



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Juliana Gonçalves

Regionalização em saúde: O Nordeste em questão

Recife

2022

Juliana Gonçalves

Regionalização em saúde: O Nordeste em questão

Tese de Doutorado em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutorado em Ciências.

Orientadoras: Prof.^a Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa

Prof.^a Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Recife

2022

Título do trabalho em inglês: Regionalization in health care: the Brazilian Northeast in question.

G643r Gonçalves, Juliana.
Regionalização em Saúde: O Nordeste em questão / Juliana Gonçalves. --
2022.
123 f. : il. color.

Orientadora: Islândia Maria Carvalho de Sousa.
Coorientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.
Tese (Doutorado em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública),
Recife, 2022.
Bibliografia: f. 107-116.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Atenção à Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4.
Regionalização da Saúde. I. Título.

CDU 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Juliana Gonçalves

Regionalização em saúde: O Nordeste em questão

Tese de Doutorado em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutorado em Ciências.

Aprovada em 13 de abril de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Kátia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Keila Silene de Brito e Silva
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira
Universidade do Estado da Bahia

Para Bruno e Vinícius.

*Para todos que lutam diariamente pelo
nosso Sistema Único de Saúde.*

AGRADECIMENTOS

Às divindades que me permitiram chegar até aqui.

Às orientadoras, Prof.^a Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa e Prof.^a Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra, pela parceria, ensinamentos, partilha e valiosa orientação.

Às professoras membro da banca, Prof.^a Dra. Kátia Rejane de Medeiros, Prof.^a Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira, Prof.^a Dra. Keila Silene de Brito e Silva e Prof.^a Dra. Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira, pelas preciosas contribuições a este trabalho.

Ao Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde, que me acrescentou enquanto pesquisadora e trouxe amigas para a vida.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por financiar o projeto no qual esta pesquisa está envolvida.

Ao Instituto Aggeu Magalhães, pela importante contribuição na formação de pesquisadores nordestinos.

Aos meus colegas de turma, pela partilha de tantas experiências e amigas construídas.

Às Secretarias Estaduais de Saúde e seus bravos gestores, que fizeram este estudo acontecer.

Aos amigos queridos que acreditaram e seguraram minha mão em tantos períodos turbulentos.

Às minhas tias amadas, Graça, Lourdes e Ivonete, por todo apoio e impulso para que eu lutasse por meus sonhos.

Ao meu companheiro, Bruno Macêdo, pela verdadeira parceria e apoio que me permitiram vencer os desafios impostos nesta trajetória.

Ao meu filho, Vinícius, fonte de minha força e resiliência.

RESUMO

GONÇALVES, Juliana. Regionalização em saúde: o Nordeste em questão. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

Princípio inerente à organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a Regionalização tem sido objeto de estudo na academia e aposta da gestão para o alcance de avanços no processo de reestruturação do SUS. Em particular, a Região Nordeste apresenta um histórico de desenvolvimento econômico desigual em seu território, cenário que influenciou no desdobramento do setor saúde e projetou vazios assistenciais, o que provoca a necessidade de intervenção direcionada. Este trabalho objetivou analisar o processo de Regionalização da saúde no Nordeste brasileiro, na perspectiva da gestão estadual. Trata-se de uma pesquisa de delineamento qualitativo do tipo estudo de casos múltiplos. A coleta de dados decorreu de visita *in locu* aos estados para realização de entrevista semiestruturada, sendo os dados submetidos à análise de conteúdo. Diante dos resultados obtidos, no geral, os estados têm as normativas como base e buscam nelas manter um direcionamento que confere ao sistema e suas organizações um comando único, ideário do SUS, havendo empenho de acompanhar as normativas ministeriais. Ainda assim, os múltiplos casos analisados permitem evidenciar que cinco estados nordestinos apresentaram maiores esforços em atuar junto às regiões, e, portanto, se alinham à tese de estados mais favoráveis a fortalecerem a gestão regional, diante da execução de tais normativas e necessidades regionais. Estes estados estabeleceram estratégias de trabalho contundentes e sistemáticas de aproximação com as regiões de saúde, como Grupos de Trabalho, Apoio Institucional, presença nos espaços de governança regional, entre outros. Com o estudo foi possível compreender os estados nordestinos para além de meros executores de normativas, mas também em suas potências e fragilidades para condução de uma gestão fortalecedora dos processos de gestão regional.

Palavras-chave: sistema único de saúde; atenção à saúde; gestão em saúde; regionalização da saúde.

ABSTRACT

GONÇALVES, Juliana. **Regionalization in health care: the Brazilian Northeast in question**. 2022. Thesis (PhD in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2022.

Being a principle inherent to the organization of the Unique Healthcare System (SUS), Regionalization has been the focus of studies in academia, and it is the government's bet to achieve advancements on SUS' re-structuring process. In particular, The Brazilian Northeast presents a history of inequitable economic development in its territory. This scenario influenced the unfolding of the healthcare sector and projected assistance voids, which creates the need for a customized intervention. The purpose of this study was to analyze the process of the regionalization of healthcare in the Brazilian Northeast under the states' management perspective. This research has a qualitative outline of a multiple case-studies type. The data gathering derived from *in locu* visits at the different states where semi-structured interviews were conducted, and the collected data was subsequently submitted to content analysis. Given the obtained results, in general, the states have the norms as baselines, and they aim to maintain in them a directive that provides the system and its organizations an unified command, that is in accordance with SUS' ideology. There is an effort to follow the ministerial norms. Nevertheless, the multiple cases analyzed evidence that five states presented greater efforts towards acting along with the regions; therefore, these states are alligned to the thesis of states in favor of strengthening the regional management in the face of the given norms and regional necessities. These states established systematic and assertive work strategies when approaching healthcare regions such as Work Groups, Institutional Support, and presence in the spaces of regional governance, among other strategies. With the study, it was possible to comprehend the northeastern states not just as mere norm-enforcers, but also in their potentials and weaknesses to practice management aiming to strengthen the regional managerial processes.

Keywords: unified health system; delivery of health care; health management; regional health planning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS na Formulação de políticas e planejamento e na Regulação, coordenação, controle e avaliação.....	41
Quadro 2 -	Resumo das competências estaduais conforme as normas publicadas entre 1990 e 2017.....	44
Quadro 3 -	Apontamentos observados para análise da condução da gestão estadual direcionada às regiões de saúde.....	60
Figura 1 -	Características gerais na organização da Regionalização.....	63
Figura 2 -	Caminhos percorridos na conformação das Regiões de Saúde...	78
Figura 3 -	Dialética das normativas na consolidação dos desenhos das Redes Temáticas.....	87
Figura 4 -	Relação da gestão estadual e gestão regional, via Comissão Intergestores Regional.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CGR	Colegiados Gestores Regionais
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	Conselhos de Secretários Municipais de Saúde
IDS	Integrated Delivery Systems
ISRS	Indicador Sintético Regional de Saúde
GERES	Gerências Regionais de Saúde
GPEPS	Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ONG	Organizações não-governamentais
OS	Organizações Sociais
PAB	Piso de Atenção Básica
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PGASS	Programação das Ações e Serviços de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde

PPI	Programação Pactuada Integrada
PRI	Planejamento Regional Integrado
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESA	Secretaria de Saúde do Estado
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	A REGIONALIZAÇÃO NA TRAJETÓRIA DO SUS.....	19
3.1.1	Redes de Atenção à Saúde	27
3.2	REGIONALIZAÇÃO EM TERRA DE LEI - AS NORMATIVAS EM SUAS FACES.....	29
3.3	A GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE NA PAUTA REGIONALIZAÇÃO.....	37
4	MÉTODO	55
4.1	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA – TIPO DE ESTUDO.....	55
4.2	O LOCAL DE ESTUDO.....	55
4.3	A PREPARAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO E ELEIÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	57
4.4	PROCESSO DE COLETA DE DADOS.....	58
4.4.1	Realização de Entrevista Semiestruturada	58
4.5	TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS.....	59
4.5.1	Análise dos dados das entrevistas	59
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	61
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
5.1	A VIVÊNCIA E O OLHAR DO GESTOR ESTADUAL.....	62
5.1.1	Características gerais na organização da Regionalização	62
5.1.2	Caminhos percorridos na conformação das Regiões de Saúde	77
5.1.3	Dialética das normativas na consolidação dos desenhos das Redes Temáticas	87
5.1.4	Relação da gestão estadual e gestão regional, via Comissão Intergestores Regional	96

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
	REFERÊNCIAS.....	107
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	117
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	119
	APÊNDICE C - APONTAMENTOS OBSERVADOS PARA ANÁLISE DA CONDUÇÃO DA GESTÃO ESTADUAL DIRECIONADA ÀS REGIÕES DE SAÚDE.....	121

1 INTRODUÇÃO

Princípio inerente à organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a Regionalização tem sido objeto de estudo na academia e aposta da gestão para o alcance de avanços no processo de reestruturação do SUS à medida em que, diante da capacidade de racionalizar e distribuir equitativamente as ações e serviços de saúde, poderia enfrentar mais assertivamente a problemática do acesso e equidade em um sistema em que muito se priorizou a base municipal.

Como estratégia da descentralização das ações de saúde, a Regionalização possui uma trajetória normativa que se faz presente em importantes marcos legais, como as Normas Operacionais de Assistência à Saúde, Pacto pela Saúde e, mais recentemente, o Decreto 7.508/2011. Porém, houve um distanciamento entre Regionalização e Descentralização, muito pela priorização política, histórica e conceitual a favor desta última. Tal processo culminou em rede de serviços distribuídos desigualmente nos territórios dos estados brasileiros (MELLO *et al.*, 2017).

A regionalização é definida por Lima, Viana e Machado (2014) como um processo técnico-político de variados aspectos, que perpassam as relações e distribuição de poder que se estabelecem entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos nos mais diversos territórios, o desenvolvimento de estratégias de gestão e planejamento para viabilizar e operacionalizar a implantação de uma rede de ações e serviços de saúde no território, a agregação de elementos da dinâmica socioespacial na formulação e implementação de uma política de saúde e o enfrentamento das desigualdades regionais ao integrar e articular os campos da atenção à saúde e as políticas econômicas e sociais.

Há de se convir que o debate e esforço em alavancar a Regionalização nas últimas décadas provocou condutas ministeriais direcionadas e orientadoras de fluxos e processos para construção de um paradigma em torno de um projeto de consolidação de regiões de saúde e redes de atenção regionalizadas. Tal processo induziu alguns avanços importantes como instituição e inserção na rotina da gestão da saúde do Plano Diretor de Regionalização (PDR), assim como a instauração efetiva das regiões e implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), em áreas temáticas prioritárias. No entanto, por motivos já mencionados, a distribuição das ações e serviços nas diversas regiões de saúde carece de mais igualdade.

Neste contexto, a região de saúde é objeto essencial para o alcance do sucesso da Regionalização, para que possa superar o entrave do fracionamento das ações e serviços de saúde e o centralismo muitas vezes trazido pelas normativas federais e que fragilizam o planejamento regional. A região de saúde é a aposta para promoção da integração dos serviços dos municípios em busca da integralidade da assistência e, tem sido, portanto, alvo de muito debate (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Nesta direção, é latente a responsabilidade da esfera estadual em, se não coordenar, conduzir o processo de planejamento no âmbito das regiões de saúde junto aos entes municipais, liderando a organização das ofertas especializada e hospitalar nas regiões de saúde e no estado como um todo, enquanto ente capaz de mediar os diversos atores e atuar para o estabelecimento da governança democrática no planejamento/programação, regulação e contratualização integradas nos territórios.

Ao mesmo tempo em que descentraliza capacidade técnica e operacional capaz de fortalecer os processos de contratualização da Rede estadual própria de administração direta, de administração indireta e conveniada estatal e privada, busca-se integrar efetivamente os serviços hospitalares na dinâmica das RAS e de fortalecer a participação dos prestadores e lideranças profissionais nos espaços de governança do SUS, em uma perspectiva de Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, em gestão compartilhada, de modo a organizar as redes de ações e serviços obedecendo aspectos operacionais, financeiros e administrativos de cada ente federado (BRASIL, 2021; BRASIL, 2018; VIANA *et al.*, 2018; SHIMIZU *et al.*, 2017; DOURADO; ELIAS, 2011 ; SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

Um espaço de governança considerado fértil e legítimo para atuação da gestão estadual junto aos gestores regionais é a Comissão Intergestores Regional (CIR), que agrega a gestão dos municípios das regiões de saúde e pode dispor de ações integradas para o enfrentamento coordenado das desigualdades e demandas locais. Ouverney *et al.* (2021) analisaram o perfil de governança institucional das 434 CIR ativas em 25 estados da federação brasileira, apresentando e comparando as características de organização e de funcionamento. Dentre os achados, destaca-se a transferência de competências da esfera federal para estados e municípios, que assumem integralmente a gestão operacional do Sistema nos territórios.

Face a isso, fortaleceram-se os vínculos interinstitucionais no âmbito das regiões de saúde, seja pela vinculação das CIR, as unidades administrativas das SES

ou pela instituição e normatização negociados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), com regimentos elaborados por meio de arranjos colaborativos envolvendo os gestores estaduais e os municipais.

Outro achado importante a ser destacado consiste no uso dessas instâncias interfederativas como espaço para elaboração e/ou aprovação de programas e políticas ministeriais para constituição de linhas de cuidado ou redes temáticas nos territórios, demonstrando a importância desses espaços enquanto lócus para pactuação e coordenação interfederativa. Todo este contexto evoca a atuação do ente estadual para conformação dessas políticas no âmbito macrorregional e regional, onde as RAS são de fato constituídas, de modo a mediar as necessidades locais e de execução das normativas ministeriais (OUVERNEY *et al.*, 2021; SHIMIZU *et al.*, 2017).

Mesmo considerando os marcos e avanços deste processo, alguns impasses e desafios são impostos para que os propósitos almejados pela Regionalização e sua consequente força no desenvolvimento regional e enfrentamento às desigualdades tenham pleno sucesso. Segundo Viana e Iozzi (2019), entraves de diferentes ordens e naturezas, baseadas em pesquisas recentes, identificaram cinco grandes pontos, de extrema complexidade, e que afetam diretamente a condução da Regionalização, a saber: contexto epidemiológico, em que a transição de um perfil de doenças agudas para crônicas, e todos os condicionantes institucionais, sociais e estruturais que estão relacionados, gera um cenário em que parte das regiões de saúde sofre impactos à medida em que dispõe de uma rede fragilizada e insuficiente para atender às condições crônicas; estrutura insuficiente de recursos, tanto físicos quanto humanos, com consequentes vazios assistenciais; assimetrias federativas, que pedem uma melhor cooperação federativa territorial; Contratualização e empresariamento, que geram uma teia complexa na relação público-privada e a consolidação das regiões de saúde; base política, que precisa, necessariamente, de uma estrutura sólida para construção de uma agenda capaz de enfrentar tais dilemas.

Em particular, a Região Nordeste apresenta concentração de desenvolvimento econômico centrada na faixa litorânea e alguns pólos regionais no interior dos estados, o que configura concentração de riquezas e influência nas relações sociais. Com isto, as experiências de Regionalização, voltadas para conformação de pólos de desenvolvimento, seja industrial, extrativista ou agropecuário, mantiveram o padrão de desigualdade. De acordo com o atlas do desenvolvimento humano no Brasil, um

ranking publicado em 2020 deixa os estados nordestinos nas piores colocações. No indicador referente ao Índice de Desenvolvimento Humano, os três últimos estados são Piauí, Maranhão e Alagoas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017; BRASIL, 2020).

Segundo Albuquerque *et al.* (2017) este cenário repercute na saúde, visto que a capacidade instalada e investimentos em ações e serviços seguiram o padrão de centralização nas capitais e em alguns polos no interior, o que acarretou significativos vazios assistenciais. É válido destacar que o Nordeste apresenta um contexto de dificuldade de descentralização política e conseqüente dependência de muitos municípios das capitais e de governo estadual e federal para execução técnica e financeira das políticas de saúde, além de muitos municípios ainda carregam a herança oligárquica do poder político. Esta análise classifica o Nordeste como região desfavorável para execução do atual processo de Regionalização no que tange o contexto histórico-cultural e político-institucional.

Destarte, considera-se necessário compreender a condução da gestão estadual, tida como coordenadora dos processos de Regionalização, em meio a diferenças econômicas, históricas e de priorização política entre os estados, para que se possa concernir como cada um pode orientar um caminho para maior ou menor proximidade com as regiões de saúde e conseqüente desenvolvimento delas no enfrentamento às desigualdades territoriais no âmbito do cuidado.

Partindo-se da tese que cada ente federado precisa se entender responsabilizado pelo papel a ser desempenhado e articulado para condução da Regionalização, e que em particular, o estado precisa estar preparado técnico, pedagógico e politicamente para contribuir com tal processo junto às regiões de saúde, fortalecendo a gestão regional e mediando as relações de força entre a norma e suas projeções para organização das regiões de saúde, questiona-se: Como a gestão estadual da saúde tem conduzido o processo de Regionalização de modo a relacionar o contexto normativo e regional nos estados nordestinos?

A pesquisa se estrutura em analisar o processo de Regionalização da Saúde no Nordeste brasileiro, na perspectiva da gestão estadual, sob o prisma da percepção de gestores estaduais implicados com a temática da Regionalização e seus processos nas regiões de saúde de seus estados.

A gestão estadual é conferida nesta tese como uma mediadora no processo de execução dos atos normativos e as necessidades locais das regiões de saúde, e não apenas uma condutora e operadora de normas. Ao compreender a performance da

gestão estadual busca-se identificar uma conduta que respeite a autonomia das regiões, se volte para suas necessidades e medie as induções externas que as normativas impõem. Para tanto, defende-se uma gestão autônoma e que fortaleça a gestão regional, o que é possível em atitudes e iniciativas que a aproximem de sua rotina e realidade local. Este olhar sobre a gestão estadual torna o estudo inovador, visto que oferece um modo diferente de analisar sua conduta, que lhe confere mais dinamicidade, responsabilidade e compromisso com a região de saúde.

No campo científico, é urgente que a gestão estadual seja analisada em uma perspectiva ampliada. A cada ato publicado sobre Planejamento Regional Integrado, diretrizes operacionais de organização das Redes de Atenção à Saúde, vê-se o quanto é urgente que a região de saúde seja o campo fértil para o alcance do sucesso das ações e serviços regionalizados. Diante disso, estudar os estados Nordestinos, cenários históricos de desigualdades e centralização de serviços de saúde em faixas litorâneas e metropolitanas, permitiram observar quais estados estão mais próximos e mais distantes do que se entende por uma gestão ideal no fortalecimento da gestão regional (BRASIL, 2021; BRASIL, 2018).

Os achados são apresentados no capítulo: “A vivência e o olhar do gestor estadual”, cujo entrevistas realizadas com gestores estaduais apresentam as características e particularidades de cada estado nordestino na condução da Regionalização, assim como a atuação na construção do desenho das regiões e Redes de Atenção à Saúde. Este capítulo permitiu o conhecimento das ações dos estados sobre a condução da Regionalização para além da execução de atos normativos, procurando entender os reflexos nos processos de gestão regional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o processo de Regionalização da saúde no Nordeste brasileiro, na perspectiva da gestão estadual.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a condução da gestão estadual na organização da Regionalização em seus estados, diante de suas características e contextos;
- Analisar a contribuição da gestão estadual nos processos de gestão regional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A REGIONALIZAÇÃO NA TRAJETÓRIA DO SUS

Quase cem anos após a primeira constituição brasileira, em meados da década de 1980, o Brasil vivia um momento histórico de ebulição político-social, após a superação de um regime militar ditatorial, a imersão em uma crise econômica, o elevado endividamento externo e com a população ocupando as ruas bradando pelas “Diretas Já”. Como resultado, o Estado brasileiro consegue propor uma Constituição Federal, em 1988, mais consistente com os valores democráticos, que garantiu diversos direitos e reconheceu outros tantos fundamentais à pessoa humana (RIBEIRO, P., 2009; MÜLLER NETO, 2010).

Nesse momento, surge o terceiro ente federado no Estado brasileiro – os municípios – com plenos poderes para o exercício da atividade administrativa e detentor de poder político. Apesar disso, mesmo com o fortalecimento dos valores democráticos e de descentralização, a União permaneceu com poderes incompatíveis com a federação, a exemplo da centralização da arrecadação de impostos, que mantém os entes federados – Estados e municípios – subordinados tributariamente à União. Descentralizando, portanto, responsabilidades, ao tempo em que centraliza recursos (SANTOS, L., 2012).

Para o setor saúde, a implementação do processo de descentralização já se projetava de forma bastante incipiente, ainda durante o período da ditadura militar, na década de 1970 e 1980, através de estratégias municipais para atendimentos precários à saúde, realizados com viaturas itinerantes e postinhos de saúde em áreas nas periferias. Aos poucos, essas estratégias se fortaleceram com propostas e iniciativas de um crescente número de jovens sanitaristas que, na medida em que qualificava os serviços municipais, introduziram as diretrizes da Atenção Primária à Saúde no país, integrando ações preventivas e curativas, até para a formalização de convênios com o governo federal nos anos 1980, que fortaleceram a prestação desses serviços básicos (COHN, 2012; SANTOS, N., 2013).

Em um contexto de crise crescente da medicina previdenciária e a saúde pública, diversos projetos de intervenção na atenção à saúde pública sob responsabilidade de governos municipais emergiram enquanto uma alternativa. Por sua vez, tanto os projetos de medicina previdenciária quanto de saúde pública,

essencialmente distintos, articulados estruturalmente junto ao movimentos da Reforma Sanitária Brasileira, podem ser apontados enquanto elementos determinantes à conformação de modelos assistenciais característicos e de uma forma de gestão das questões da saúde à população, orientados principalmente na constituição e administração de redes básicas de serviços de saúde que atendem todos os municípios brasileiros (LAVRAS, 2011).

Fortemente influenciada e fortalecida pelo movimento da Reforma Sanitária, marcado pela realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a Constituição Federal Brasileira de 1988 consagrou a Saúde enquanto um direito de todos e um dever do Estado e consolidou a descentralização enquanto um princípio que, juntamente com a hierarquização, orientam a consolidação de redes regionalizadas de serviços de saúde, finalmente compondo um Sistema Único, organizado segundo três diretrizes básicas: descentralização; atendimento integral centrado nas ações preventivas, sem prejuízo aos serviços de assistenciais; e a participação da comunidade (COHN, 2012).

No entanto, na década de 1990, o Brasil emergiu em um intenso processo de reforma do Estado, marcado pelos conflitos entre dois projetos distintos de sociedade - um de fundo econômico liberal e transnacional, de modernização e redução do papel do Estado; e um projeto construído socialmente, voltado à ampliação e universalização de direitos cidadãos e para a redemocratização do estado brasileiro – pressionando e influenciando decisivamente a evolução das propostas federativas, o estabelecimento das novas relações intergovernamentais e para a reorganização da gestão de políticas públicas no país (RIBEIRO, P., 2009; PELLEGRINI, 2007).

Prevaleceu, no cenário econômico nacional, uma agenda de estabilização monetária com a criação do Plano Real e definição de prioridades como metas de inflação, o fortalecimento do câmbio e superávits fiscais. Configurou-se, assim, um cenário desfavorável à construção de políticas de caráter universal, reduzindo a capacidade de formulação e implementação de políticas mais democráticas e inclusivas para o desenvolvimento do país. Em função da valorização do mercado na provisão de bens e serviços sociais, restringiu-se a participação da sociedade nos governos, limitando o financiamento para políticas sociais e reduzindo a ação Estatal no direcionamento de processos socioeconômicos (FLEURY *et al.*, 2010).

Viana *et al.* (2018), organiza o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) para os entes subnacionais de governo em dois ciclos – o primeiro

compreende o período de 1988 a 2000, com protagonismo da esfera municipal; e o segundo, que tem início nos anos 2000 a partir da regulamentação federal, busca regionalizar o sistema de saúde cuja proposta é maturada dez anos depois com a introdução das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como mecanismo de construção de sistemas integrados de saúde e com o fortalecimento do processo de construção de Regiões de Saúde.

Para analisar tal percurso, todavia, faz-se necessário aprofundar a discussão tanto no âmbito institucional como cultural e de valores, reconhecendo componentes políticos regionais de dimensão institucionalista, sem perder de vista uma investigação histórica sobre as múltiplas bases de constituição do SUS. Reconhecendo, no entanto, a necessidade do desenvolvimento de novos instrumentos que não compõem o arcabouço teórico de investigação do primeiro ciclo, como o maior entendimento das RAS e da complexidade urbana, com base em análises multiescalares, dada a grande interdependência entre os espaços urbanos, periurbanos e rurais (VIANA *et al.*, 2018).

Notadamente, a configuração territorial do SUS se expressa reproduzindo as desigualdades regionais do país. A distribuição espacial dos serviços públicos de saúde, por exemplo, acompanhou as tendências de desconcentração e desigualdade que marcaram o processo de globalização característico da década de 1990.

Ao passo em que a Atenção Básica, capitaneada pela Saúde da Família, obteve grande expansão nas regiões mais pobres do país, com maior dificuldade de implantação nas periferias metropolitanas, justamente nas cidades mais ricas e com maior densidade populacional, serviços de média e alta complexidade continuam predominantemente concentrados em capitais, regiões metropolitanas e poucos polos regionais, o que impõe extrema complexidade na constituição de fluxos e efetivação de redes organizadas e resolutivas voltadas à necessidade do usuário (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

Para além do quesito tamanho populacional, as metrópoles urbanas se diferenciam em razão da oferta e da qualidade dos serviços que oferecem, como escolas, hospitais, bancos, comércio e universidades, sendo um elemento essencial para a compreensão da geografia e da integração socioeconômica de uma região (CARMO; CAMARGO, 2020). Todavia, é importante evidenciar que a oferta não se converte necessariamente em acesso, de modo que mesmo em espaços geográficos reduzidos podem existir múltiplas redes e fluxos de atenção à saúde.

A análise da constituição de um território tão complexo com uma região de saúde merece o reconhecimento do seu entorno e a incorporação de diversas escalas na metodologia, de modo que seja possível visualizar, problematizar e confrontar diferenças e especificidades de porções mais amplas ou reduzidas de um território (VIANA *et al.*, 2017a). Proximidade geográfica não se traduz em acesso, limites fronteiriços por si não estabelecem relações e tampouco podem ser negligenciados por uma norma geral, fenômenos locais, regionais, nacionais e até mundiais produzem efeitos distintos que contribuem para integração ou divergência e/ou competição entre si.

Para Viana *et al.* (2018, p. 1792), a análise da conformação de Redes de Saúde demanda a inclusão de outros elementos, dentre os quais destaca:

- a) uma visão integrada de sistemas de saúde e determinantes sociais, com intervenções intersetoriais de diferentes tipos operadas por uma multiplicidade de agentes e instituições;
- b) definição dos padrões de contratualização entre público e público e entre o público e privado, dado o acelerado processo de empresariamento da assistência pelo setor público;
- c) introdução de um novo paradigma tecnológico visto que a conectividade, integração e regulação pressupõem o uso de um novo arcabouço tecnológico com uso intensivo de novos dispositivos e plataformas, como telessaúde;
- d) os novos e complexos contornos da regulação, que se definem pela clássica regulação do acesso e pela regulação de profissionais e prestadores (serviços), regulação assistencial ou do cuidado e ainda requer novos instrumentos que avancem na regulação da qualidade e segurança da assistência.

Tais elementos corroboram para o desequilíbrio do desenvolvimento regional do país e produzem dinâmicas atípicas, fluxo migratório e ocupação territorial diversos e sazonais ora concentrada, ora desconcentrada ou seletiva, porém, ainda insuficiente para reverter a concentração histórica de pessoas e riqueza nos grandes centros. A composição da população de uma determinada região varia desde seus elementos básicos, como sexo e idade, e está diretamente relacionada a processos econômicos, como mercado de trabalho, que caracteriza um mercado consumidor com padrões próprios relacionados a um número maior ou menor de homens e de mulheres, assim

como à preponderância relativa de crianças, jovens adultos ou idosos (VIANA *et al.*, 2017b; CARMO; CAMARGO, 2020).

Albuquerque *et al.* (2017) investigou quais mudanças relacionadas às desigualdades regionais se expressam no sistema de saúde brasileiro no período de 2000 a 2016 e identificou avanços importantes derivados da combinação entre política social, econômica e regional para o desenvolvimento de forma mais disseminada no território. Partindo da distribuição de renda na base da população e dos expressivos ganhos quanto aos indicadores de saúde que mantiveram tendências de redução da mortalidade infantil e de aumento da expectativa de vida verificadas nas últimas décadas, atingindo níveis bem melhores do que outros países emergentes e de renda média em 2010, o autor destaca que o Brasil experimentou importante diminuição da pobreza e das desigualdades nos anos 2000, em contraposição a realidade vivenciada em países ricos e democráticos, sendo alçado a posição de exemplo para o mundo.

Porém, os avanços do período se manifestaram paradoxalmente no território brasileiro: ao mesmo tempo em que se registra a redução dos patamares médios da pobreza e aumento da distância entre as áreas com menor e maior concentração de pessoas pobres se mantém elevados níveis de desigualdade. O mesmo se verifica na saúde, enquanto a Atenção Básica se expande no território nacional, inclusive nas regiões metropolitanas, houve diminuição da oferta de leitos hospitalares com aumento do número de hospitais de pequeno porte em diversos municípios do país, bem como a permanência da concentração de equipamentos de média e alta complexidade em grandes centros e a decorrente necessidade de grandes deslocamentos entre macrorregiões e estados do país entre 2000 e 2015 (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017; CARMO; CAMARGO, 2020).

No estudo, Albuquerque *et al.* (2017) tipifica e classifica as regiões de saúde em cinco grupos: Grupo 1 – apresenta como principal característica o baixo desenvolvimento socioeconômico; Grupo 2 – caracteriza-se por apresentar níveis médios e altos de desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta e complexidade dos serviços de saúde locais; Grupo 3 – representa as regiões de saúde com níveis médios e altos de desenvolvimento socioeconômico e de oferta de serviços; Grupo 4 – caracteriza-se por agrupar regiões com alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; e Grupo 5 – expressa regiões com alto desenvolvimento

socioeconômico e alta oferta de serviços. Os resultados foram analisados em dois períodos: 2000-2008 e 2010-2015.

No primeiro período, apenas 6 regiões de saúde do agrupamento 3 e nenhuma dos agrupamentos 4 e 5 localizavam-se nas regiões Norte e Nordeste. Em 2016, com exceção do agrupamento 5 na região Norte, cresceu o número de regiões dos diversos agrupamentos com a presença do grupo 4 (em 2016) e a expansão do grupo 2 (entre 2000 e 2016). Evidenciou-se que a região Nordeste se caracterizava por uma maior presença, em 2016, dos grupos 3, 4 e 5, o que demonstra uma melhoria no perfil de desenvolvimento socioeconômico e da oferta de serviços, enquanto a região Centro-Oeste registra maior presença dos grupos 2 e 3 e as regiões Sudeste e Sul apresentaram desconcentração e interiorização do desenvolvimento e da oferta de serviços, com forte presença dos grupos 3 e 5 (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

Dentre os achados, merece atenção o fato de que das 336 regiões classificadas no Grupo 1 no primeiro período, 175 (52,1%) permaneceram no Grupo 1 em 2016. Essas regiões localizavam-se basicamente nas macrorregiões Norte e Nordeste.

Quanto à oferta de serviços de alta complexidade, Albuquerque *et al.* (2017) conclui que o investimento na oferta de leitos não acompanhou as tendências de crescimento de outros indicadores que provocaram mudanças nas regiões de saúde do país: crescimento populacional, da renda, do PIB (Produto Interno Bruto) e do nível educacional. O estudo apontou a redução do número de leitos por mil habitantes de 2,5 em 2000, para 2,2 em 2016. Ao mesmo tempo, verificou-se o aumento de 1,18 para 1,72 médicos por mil habitantes e a participação dos planos de saúde, expressa pelo percentual de beneficiários, o qual passou de 19,8% para 35,3% da população brasileira entre 2000 e 2015.

Apesar da melhora dos indicadores observados, destaca-se a persistência da desigualdade entre as regiões.

Enquanto a renda domiciliar dos residentes nas regiões do grupo 1 equivaliam a 30% do observado no grupo 5; No grupo 1, os médicos que atendiam ao SUS representavam 92% do total de médicos contra 70% no grupo 5; Enquanto no Grupo 5, 58% da população possuía plano de saúde, no grupo 1 esse percentual equivalia a 5% (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017, p. 1060).

Os achados são corroborados por Carmo e Camargo (2020), que identificaram que, apesar dos estados das regiões Norte e Nordeste permanecerem nas últimas posições na transição demográfica, a região Nordeste apresentou importantes avanços na dinâmica demográfica recente demonstrando maior queda no nível de fecundidade; elevados volumes de migração de retorno, apesar de não obter resultado positivo; maior redução da mortalidade; e aumento no grau de urbanização, junto com a região Norte, apesar de ainda serem as regiões menos urbanizadas.

Segundo os autores, os estados das regiões Norte e Nordeste apresentam as mudanças demográficas mais acentuadas no período, destacando a maior concentração populacional nas grandes cidades e apontando a necessidade de maiores investimentos em infraestrutura. Ademais, tem destaque o aumento da população idosa, especialmente no Nordeste, o que implica o crescimento da demanda por políticas de saúde, por exemplo.

Além do estudo demográfico, Viana *et al.* (2017a) resgatam outras três áreas que agrupam os condicionantes dos processos de regionalização - econômica, política e social – e apontam para incremento das desigualdades entre classes sociais, territórios e nações. Em decorrência da globalização, há conseqüentes alterações nos fluxos que envolvem a economia, como de pessoas e mercadorias, quando se envolve mercado de trabalho e difusão de conhecimento.

Dada complexidade da questão e conjunto de desafios postos a serem superados em busca da compatibilidade dos fluxos da saúde com a realidade dos fluxos geográficos regionais (culturais, econômicos, viários etc.) fica clara que a necessidade da formulação a partir do reconhecimento/planejamento regional com vistas ao investimento equânime de recursos e políticas públicas para melhoria das condições de vida e redução das desigualdades é a que combine incentivos econômicos com investimentos em políticas sociais (VIANA *et al.*, 2017; 2018).

Em sentido oposto, é possível afirmar que desde a criação do SUS até os dias atuais, prevaleceu a descentralização de responsabilidades desacompanhadas de investimentos compatíveis com a constituição de redes de saúde ou de desenvolvimento regional. Indiferente aos desafios postos, o debate acerca do processo de descentralização e regionalização vem sendo resumido à questão do financiamento via políticas de saúde, marcada pela transferência de recursos mediante “serviço prestado”, tal qual uma relação de contratual e distante da ação articulada das três esferas de governo para implementação de ações integradas,

fundamentais ao funcionamento satisfatório do sistema de saúde em construção (LAVRAS, 2011; COHN, 2012; SANTOS; GIOVANELLA 2014).

Santos, L. (2012) afirma que o movimento de descentralização do sistema brasileiro foi marcado predominantemente pela transferência de encargos e responsabilidades do governo central para os entes subnacionais, sem a devida equivalência de recursos financeiros, desenvolvimento econômico e social municipal. De maneira que ainda não houve um processo para o fortalecimento, desenvolvimento, de modernização administrativa e de práticas políticas efetivamente republicanas e democráticas, para além do período eleitoral.

Dessa forma, mesmo com a regulamentação do SUS em 1990, através da Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, o Brasil embarcou em um consistente retrocesso quanto ao sistema único previsto na Constituição Federal de 1988 – público, de qualidade e universal, voltado aos direitos e necessidade da população. Ao passo em que dificuldades e desafios a serem superados desde o seu “nascimento”, consolidaram-se em quatro obstáculos estruturais, claros e intencionais, decorrentes de uma “outra” política de Estado, apontados por Santos, N. (2013):

Subfinanciamento federal: apesar dos bons resultados do processo de descentralização e dos primeiros repasses federais a estados e municípios, ainda nos anos 1980, o governo federal começou a reduzir seus investimentos em saúde, na medida em que os investimentos dos outros entes aumentaram. E destaca que entre 1981 e 2008 o número de atendimentos em saúde com financiamento público caiu de 70% para 60%, ao mesmo tempo em que a Lei de Responsabilidade Fiscal, aprovada no ano 2000, restringe o gasto municipal com pessoal a 13% do seu orçamento, induzindo a absorção de “terceiros” – cooperativas de saúde, prestadores, Organizações não-governamentais (ONGs), Organizações Sociais (OS) e etc. Cohn (2012) aponta que, apesar da vertiginosa redução, a maior parte do financiamento da SUS ainda é responsabilidade do governo federal, cerca de 65% em 2013, e dessa forma, é essa instância quem acaba estabelecendo os parâmetros para a efetivação da descentralização da saúde, definindo as atribuições de estados e municípios e seu grau de autonomia em cada procedimento ou processo.

Subsídios federais ao mercado de planos privados de saúde: uma subvenção estatal ao mercado de saúde que, em 2013, correspondia a aproximadamente 30% do faturamento anual da soma do faturamento de todas as empresas de planos privados de saúde. Este cenário se compôs por meio de:

incentivos às empresas por meio de isenções e deduções ao recolher; utilização de orçamento público para contribuir nos custos de planos de saúde privados voltados para servidores federais representantes dos três poderes – executivo, legislativo e judiciário, nisto incluem-se as empresas Estatais; e não ressarcimento obrigado pela Lei nº 9.656 de 1998.

Resistência à reforma da estrutura gerencial estatal da prestação de serviços: evidencia a baixíssima eficiência administrativa, com lentidão extrema para procedimentos essenciais, como a contratação através de concurso público, licitações e reposição de materiais durando entre 1 e 2 anos, com sorte.

Entrega do gerenciamento de estabelecimentos públicos a entes privados: omitindo os fatos anteriores, à concessão do gerenciamento de serviços públicos de saúde à grupos privados, recorrendo a falácia de que o setor público não detém competência ao gerenciamento desses e que o setor privado é reconhecidamente competente para tal (FLEURY *et al.*, 2010; SANTOS, N., 2013).

3.1.1 Redes de Atenção à Saúde

Dados os níveis de desigualdade entre as diferentes regiões e estados brasileiros, o perfil econômico e o porte populacional da maioria dos municípios, não é razoável supor a viabilidade da garantia do direito à saúde por meio de serviços de base municipal sem escala regional.

A estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS é apresentada por Mendes (2011) enquanto uma alternativa viável e potente para redução da fragmentação do sistema, a exemplo de países que conseguiram consolidar sistemas nacionais de saúde integrados, que viabilizem o acesso, a continuidade do cuidado, a integralidade e a racionalização dos recursos. Todavia, as propostas de organização de redes têm diferentes conformações e exigem a compreensão da natureza dos sistemas, seus valores e princípios.

Países que buscam a garantia do acesso universal e a regionalização enquanto princípio e caminho, a exemplo de Canadá e Espanha, incorporam o modelo de redes como estratégia organizacional centrado no cuidado integral ao usuário, porém, com diferentes arranjos e conformações. Outro caso relevante é o dos Estados Unidos da América que recentemente introduziram um movimento de integração vertical, denominado Integrated Delivery Systems (IDS), redes que proveem diversos tipos de

serviços de saúde a uma população definida, se contrapondo a um sistema de saúde bastante segmentado, com forte predominância do setor privado (SHIMIZU, 2013).

As RAS visam redefinir sistemas complexos adaptativos com capacidade autorregulatória em torno de um sentido sistêmico ético e organizado a partir centralidade nas necessidades da população e dos indivíduos, baseada na integralidade dos direitos humanos e sociais (VIANA *et al.*, 2018).

No Brasil, a disputa entre campos que defendiam uma assistência médica curativa no âmbito previdenciário e outra preventiva no domínio da saúde pública remonta aos anos de 1930 e se encontram no contexto da reforma sanitária na década de 1970-1980 contribuindo para criação do Sistema Único de Saúde brasileiro estruturado a partir da integralidade das ações curativa e preventiva (MELLO; VIANA, 2012).

Viana *et al.* (2018) afirmam que não há alternativas efetivas senão soluções sistêmicas para os aprimoramentos dos níveis/serviços e a relação entre eles significa apenas a recuperação de atrasos, sem qualquer perspectiva de inovação sistêmica regionalizada no Brasil. A autora aponta que a ideia de níveis de complexidades não deve ser completamente descartada, porém, que esse modelo teórico alcançou limites históricos (VIANA *et al.*, 2018).

O Programa Saúde da Família (PSF) é proposto na Norma Operacional Básica 96 (NOB 96) enquanto um modelo de atenção que organiza o sistema em níveis de complexidade com vistas a superação da fragmentação do Sistema e a partir do fortalecimento da Atenção Básica (AB) e do processo de referência e contrarreferência (VIANA *et al.*, 2018).

Todavia, experiências internacionais mostram que sistemas abrangentes são compostos de modelos variados de acesso em Atenção Primária à Saúde (APS) ou diversas modalidades de provisão de serviços. Uma APS historicamente forte, a exemplo do Canadá, é considerada “extremamente difícil de reformar” e foi identificada como entrave ao processo de regionalização do sistema de saúde (VIANA *et al.*, 2018).

Segundo Paim (2012), um modelo único e rígido não poderia comportar um sistema complexo adaptativo autorregulado e centrado no usuário. É imprescindível a capacidade articular diversos entes, atores, vertentes e interesses em torno de princípios gerais responsáveis por manter a unidade (o modo de atenção), buscando

balizar a coerência dos diferentes modelos que podem ser conformados segundo as necessidades sociais e contextos regionais.

Nesse contexto, a APS perde o status de ‘solução’, para ser encarada como parte do problema a ser equacionado, lembrando que uma APS robusta e resolutiva só é possível dentro de um sistema de saúde, reiterando que não há perspectiva de eficiência e efetividade em APS – e no sistema – que não passe pelo cuidado centrado na pessoa. (VIANA *et al.*, 2018).

É evidente que a soma das redes preferenciais constituídas no Brasil nos últimos anos (Cegonha, Urgência e Emergência etc.) sozinhas não resultará em uma Rede complexa, que constitua uma verdadeira RAS. O desafio vai além da substituição de um modelo de agudos por um modelo de crônicos, o desafio é a garantia adequada e oportuna às necessidades inerentes à cidadania, que sempre serão diferentes frente a heterogeneidade do território brasileiro (VIANA *et al.*, 2018).

Para Paim (2012), é urgente e necessário a qualificação desse debate no âmbito do SUS, uma vez que as RAS construídas em sistemas universais de saúde são estruturadas a partir de estratégias compartilhadas de coordenação do cuidado clínico, protocolos, articulação funcional entre profissionais dos diversos níveis de atenção, enquanto aquelas implantadas em sistemas de mercado são centradas na competição.

3.2 REGIONALIZAÇÃO EM TERRA DE LEI - AS NORMATIVAS EM SUAS FACES

A organização de serviços de saúde com vistas ao estabelecimento de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, por nível de complexidade assistencial, tendo como base um território definido foi descrito pela primeira vez no Relatório Dawson (OPAS, 1964), em 1920. A partir de tais concepções foi estruturado o Sistema Nacional Britânico, em 1948, com vistas a oferta de serviços de saúde com baixo custo, acesso amplo e qualificado cuja porta de entrada é a Atenção Primária à Saúde, passando a subsidiar a reorganização dos sistemas nacionais de saúde por todo o mundo.

No Brasil, se desenvolveu em diferentes momentos políticos do país, desde o processo de redemocratização do Estado até os dias atuais. Normativamente, esse percurso descreve um conjunto de fases distintas, começando pela municipalização do Sistema, orientado pela primeira Norma Operacional Básica do SUS em 1991;

passando pela retomada da regionalização e redefinição de papéis entre os três níveis de governo através das Normas Operacionais da Assistência à Saúde de 2001 e 2002; cujo muitas das propostas foram consolidadas apenas em 2006 pelo Pacto Pela Saúde; até a o Decreto Presidencial nº 7.508 de 2011, que regulamenta a lei orgânica do SUS e reorganiza o Sistema em redes de Atenção, dentre outras coisas. O objetivo desta seção é apresentar os principais elementos de cada fase, de maneira a evidenciar uma trajetória intensa, rica e, a princípio, democrática.

A retomada do processo de regionalização do SUS teve início com a municipalização dos serviços de saúde, ainda em na primeira metade da década dos anos 1990, com as Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS) 01 de 1991 - que instituiu os mecanismos de repasse financeiros – e 01 de 1992 – que iniciaram o processo de descentralização político-administrativa. Transferiu-se assim responsabilidades e recursos do nível federal para estados e municípios. Todavia, somente em 1993, através das Normas Operacionais Básicas NOB/SUS-01/93, foram estabelecidas normas que orientavam de fato seu funcionamento e conferiam operacionalidade ao SUS (LAVRAS, 2011; SANTOS, L., 2012).

Efetivamente, a NOB/SUS-01/93 consolidou o mecanismo de transferência de recursos “fundo a fundo” e criou espaços estratégicos de negociação e pactuação entre os entes federados no âmbito dos estados – Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – e da União – Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Ao mesmo tempo, estabelece fluxos decisórios visando a consolidação da municipalização na medida em que definiu “sistemáticas de relacionamento” entre municípios e União, habilitando três modalidade possíveis – Gestão incipiente, Gestão Parcial e Semiplena – conforme sua capacidade de assumir: a gestão da prestação de serviços; o planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; o gerenciamento da rede pública existente no município; a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, das Vigilâncias (Epidemiológica e Sanitária) e de saúde do trabalhador no seu território; e percentual de recursos financeiros que receberia para custeio ambulatorial e hospitalar (LAVRAS, 2011; BRASIL, 1991, 1992, 1993).

No entanto, nas NOB a descentralização foi implementada a partir do estabelecimento de relação direta entre municípios e união, atribuindo a esfera estadual uma condição de obsolescência, sem responsabilidades essenciais

definidas, o que resultou na fragilização das relações entre esta esfera e os municípios de seu território (DOURADO; ELIAS, 2011).

Para Silva e Gomes (2013), o objetivo fundamental da regionalização de um Sistema de saúde é potencializar a qualidade dos serviços, na medida em que reduz os custos econômicos, sociais e sanitários. Reconstituo, dessa forma, a organização dos serviços através de um sistema cooperativo entre um conjunto de municípios que equacionam potencialidades e necessidades de uma região. Sendo assim, a esfera estadual passa a ter a responsabilidade de articulação entre os municípios, inclusive, assumindo o papel de liderança regional, principalmente perante a fragmentação da rede em decorrência de competições intermunicipais para a superação da atitude de “cada um por si”, desde que em acordo com os municípios.

Diante disso, em 1996 foi publicada a Normas Operacionais Básicas NOB/SUS-01/96 com o objetivo, dentre outros, de consolidar o pleno exercício por parte das instâncias subnacionais, da função gestora da atenção à saúde, definindo as responsabilidades dos três níveis de gestão por meio da ampliação do funcionamento das CIB e da instituição das Programações Pactuadas e Integradas de Assistência à Saúde (PPI), tentando, dessa forma, fortalecer o papel dos estados na condução dos SUS (BRASIL, 1997).

Apesar de não ter sido suficiente para a organização de redes assistenciais, os esforços para o cumprimento da NOB/96 resultou na instituição de elementos essenciais ao SUS, como a efetivação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de gestão e a redefinição dos modalidades de gestão municipal para Plena de Atenção Básica e Plena de Sistema, bem como dos critérios de financiamento, rompendo com o pagamento por produção e estabelecendo a transferência per capita automática “fundo a fundo”, a exemplo da criação do Piso de Atenção Básica (PAB) (LAVRAS, 2011; DOURADO; ELIAS, 2011).

Mesmo diante de tais esforços, fica claro que a descentralização do SUS se efetivou a partir da priorização da municipalização em detrimento da regionalização do Sistema (GERSCHMAN, 2001; SANTOS, L., 2012). A definição de critérios de habilitação a partir da capacidade dos municípios administrarem recursos e responderem aos incentivos financeiros do nível central, base fundamental das NOB, conduziram os municípios ao desenvolvimento de autonomia progressiva da gestão de serviços e ações de saúde em seus territórios, ampliando sua capacidade de gestão e elevando a responsabilização pelo sistema, ao passo que criou obstáculos à

conformação de mecanismos de coordenação Interfederativa, principalmente nas relações em municípios (SANTOS; ANDRADE, 2011; DOURADO; ELIAS, 2011).

Dessa forma, frente à heterogeneidade do território brasileiro, ficou evidente que uma estrutura municipalizada não poderia oferecer condições à plena efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Diante disso, ao final da década de 1990, a regionalização retorna ao foco das discussões e passa a ser assumida enquanto uma estratégia essencial, o que resultou na elaboração das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), em 2001 e 2002, enquanto estratégias à regionalização do SUS, voltada à otimização de recursos regionais para contornar as disparidades na provisão de serviços entre os municípios (VIANA; LIMA 2011). Nas NOAS, a regionalização foi assumida enquanto arranjo primário e essencial à reorganização da atenção à saúde no país e orientou a conformação de unidades assistenciais e redes de serviços articulados e referenciados a uma determinada região de saúde (BRASIL, 2001; 2002).

Para Lavras (2011), as NOAS foram um importante marco, na medida em que apontaram a importância da regionalização para o sistema, no entanto, a autora destaca a rigidez burocrática delas, que ainda não consideravam a diversidade sanitária e cultural do país, corroborando para a manutenção da histórica fragmentação da atenção e da gestão do SUS, na medida em que se limitou a normatizar processos assistenciais em detrimento aos caracteres político e institucional do SUS.

Dentre outras coisas, as NOAS redefiniram definitivamente a participação dos estados na gestão do SUS, que passaram a conduzir o processo de regionalização sanitária a partir do planejamento regional, equacionando os recursos disponíveis em cada região e consolidando o Plano Diretor de Regionalização (PDR) que seria efetivado a partir da Programação Pactuada Integrada (PPI). Dessa forma, esperava-se garantir o acesso de todos os cidadãos a qualquer nível de atenção à saúde em uma área adscrita (região de saúde), a partir do estabelecimento de redes hierarquizadas, com a pactuação de fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais e estaduais, vislumbrando a funcionalidade e resolutividade do Sistema (DOURADO; ELIAS, 2011).

Porém, segundo Viana e Lima (2011), o restabelecimento de funções estratégicas às instâncias estaduais, principalmente por interferir imediatamente no planejamento regional, foi objeto de resistência dos municípios, que entenderam tais mecanismos

enquanto estratégia de re-centralização do Sistema. Desencadeando disputas entre os níveis municipais e estaduais pela coordenação de serviços, evidenciando a insuficiência das NOAS para a indução de espaços de coordenação federativa frente à estrutura política criada pelo processo de municipalização (GUERREIRO; BRANCO, 2011).

Diante disto, em 2006 foi instituído o Pacto pela Saúde, que através de seus componentes - Pela Vida; em Defesa do SUS; e de Gestão - consistiu em um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios. Foram estabelecidas diretrizes claras à Gestão do SUS, referentes a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento e programação, participação e controle social e gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2006).

Dourado e Elias (2011, p. 209), afirmam que o Pacto consiste em “uma proposta de equilíbrio entre os dois mecanismos básicos de cooperação e coordenação federativa: negociações diretas entre os governos locais (relação horizontal) e indução pelo ente central (relação vertical)”, ao mesmo tempo em que reafirma a regionalização como um fundamento primário do SUS e “eixo estruturante do Pacto de Gestão”.

Mantendo os mecanismos instituídos pelas NOAS - como PDR, PDI (Plano Diretor de Investimento) e PPI - sob a coordenação estadual e responsabilidade compartilhada com os municípios, passa a assumir que todos estes têm a capacidade instalada para garantir a oferta de serviços e estratégias básicas da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica. Assim estabelece que as demais ações complementares devem ser negociadas e pactuadas entre os gestores municipais, vislumbrando a integralidade do acesso à toda a população adscrita. Logo, ficando a cargo das CIB a homologação das redes regionais, tomando por base a suficiência da Atenção Básica e um mínimo de serviços de Média Complexidade, excetuando-se regiões fronteiriças, que devem ser deliberadas em CIT (BRASIL, 2006).

Para isso, o Pacto 2006 criou os Colegiados Gestores Regionais (CGR) e determinou a obrigatoriedade do mesmo para a legitimação e operacionalização das regiões de saúde, uma instância deliberativa tal qual as CIB e a CIT, distinguindo-se em abrangência e pela obrigatoriedade da participação de todos os gestores municipais de cada região. Esperava-se dessa forma equacionar os poderes e responsabilidades entre as três esferas de governo, de maneira a reduzir o protagonismo do Ministério da Saúde e aumentar a participação dos estados,

garantindo a autonomia e a proatividade dos municípios na construção dos processos de regionalização (SILVA; GOMES, 2013; COHN, 2012).

O pacto, dessa forma, reitera a importância da articulação entre os municípios e da coordenação do processo de regionalização pelo nível estadual, fortalecendo e apoiando a definição de prioridades e de construção de soluções à saúde da população, dos Colegiados Gestores Regionais (CGR) e coordenando o processo de pactuação de diretrizes, normas e metas na CIB, na organização e acompanhamento do Plano Diretor de Regionalização (PDR) (GUERREIRO; BRANCO, 2011). Procura-se superar o senso comum estabelecido, que sugere que “os municípios são responsáveis pela gestão da atenção básica de saúde e o estado pela atenção média e complexa” (SILVA; GOMES, 2013, p. 1110).

Fleury *et al.* (2010) estudaram as mudanças decorrentes do processo de descentralização do SUS entre 1996 e 2006. E, apesar de não ter por objetivo estabelecer relações entre as normativas aqui apresentadas, nos permite visualizar uma considerável mudança, principalmente na gestão do Sistema. Destaca-se um aumento importante da influência dos secretários municipais de saúde e dos conselhos municipais de saúde na elaboração do orçamento e na definição de prioridades em saúde na medida em que reduziu a influência de políticos locais em tais aspectos, ao passo em que houve o fortalecimento dos pareceres técnicos e das propostas dos espaços de controle social. Tais achados corroboram para o argumento de Santos *et al.* (2015), que aponta as regiões de saúde como “o caminho” para o SUS e trata a regionalização como uma estratégia determinante à efetivação do Sistema.

Assim, o Pacto pela Saúde é proposto com a intenção de superar a burocracia das normatizações, promover um “choque” e radicalizar a descentralização de atribuições do MS para estados e municípios a partir da territorialização da Saúde, estruturando regiões sanitárias e instituindo os CGR. Diante do exposto até aqui, é possível concluir que os Pactos Pela Saúde consistem em um marco normativo para os SUS que, além de definir “inequivocamente” as responsabilidades de cada instância gestora do SUS, estabelece diretrizes para a consolidação da descentralização, da regionalização, do financiamento, da PPI, da regulação, da participação e controle social, do planejamento; e, finalmente, para a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, que até então, apesar da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde na estrutura do Ministério da Saúde (MS)

em 2003, não havia sido pautada enquanto uma política prioritária para “operacionalização” do SUS.

Segundo Lavras (2011), o Pacto de Gestão exigiu maior compreensão dos gestores sobre o Sistema e a potencialidade do planejamento e da articulação regional, na medida em que flexibiliza a pactuação entre os gestores das três esferas de governo através de acordos interfederativos, destinados a fortalecer a capacidade regional de responder às necessidades de saúde da sua população. Buscando, portanto, assegurar equidade social, com base na pactuação, entre gestores municipais e estaduais, de fluxos de referências intermunicipais locais regionais voltadas à estruturação de redes regionalizadas de atenção à saúde.

Ainda no ano de 2006, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais assume enquanto prioridade a implantação de **Redes de Atenção à Saúde** em contraposição a um modelo de atenção voltado para eventos agudos, que não apresentavam soluções adequadas às necessidades da população. Propôs-se o rompimento com o modelo da época para estruturação de redes de atenção organizadas a partir da Atenção Primária à Saúde, naquele momento priorizando as redes de atenção à mulher e à criança, de atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes, a rede de atenção aos idosos e de atenção às urgências e às emergências (MENDES, 2011). Modelo mais tarde adotado e normatizado pelo MS através da portaria ministerial nº 4.279 de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

Por fim, em 2011, o Decreto Presidencial nº 7.508, regulamentou a Lei nº 8.080/1990, e dispôs acerca da organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa, reiterando a estrutura regionalizada e hierarquizada ao passo em que determina que a Assistência à Saúde deve se iniciar e findar na Rede de Atenção à saúde, estabelecida através de referências entre municípios de uma região de saúde, entre regiões de saúde e estados, e entre estados e União. Inclusive, determinando a organização em torno de dois instrumentos primários – a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

O Decreto 7508/2011 define que compete às Comissões Intergestores pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em Redes de Atenção à Saúde, que consistem em: aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS; diretrizes gerais sobre Regiões de

Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência; diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde; responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde; e referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Reitera-se, portanto, o papel da CIT, no âmbito da União, e da CIB, no âmbito dos Estados, ao passo em que institui a Comissão Intergestores Regionais (CIR). Uma comissão que assume as funções dos até então Colegiados Gestores Regionais (CGR), no âmbito regional, mas que, diferentemente, é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, observando as diretrizes pactuadas em CIB (BRASIL, 2011).

Diferente do que aponta Viana e Lima (2011) sobre as estratégias de regionalização firmadas até aqui – que não garantiam instrumentos jurídico-administrativos adequados à sua configuração e gestão regional – o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) é definido enquanto instrumento para firmar acordos de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde, e constituiu, segundo Santos *et al.* (2015, p. 443), um instrumento “jurídico-institucional”, regional, fundamental, que concerne aos entes subnacionais, organizados enquanto região de saúde, juntamente com seu estado e União, a capacidade legal de integrar seus serviços de saúde, seus recursos financeiros, bem como negociar e pactuar as atribuições de cada ente na região. Porém, a autora defende ainda que o instrumento se constitui em um “espaço de negociação interfederativa regional” e, portanto, não deve ser transformado em um termo de adesão elaborado por uma única esfera de governo (SANTOS *et al.*, 2015, p. 443)

Ao considerar os avanços, Silva e Gomes (2013), no entanto, afirmam que apesar de o decreto reiterar os princípios normativos do SUS e indicar a necessidade da constituição de redes de assistência, ainda não fornece elementos suficientes para explicitar os níveis de rede de regionalização para a organização destas. Segundo o autor

O Decreto 7.508/11 busca esclarecer os instrumentos para promover a regionalização do SUS mediante rede integrada de atenção. No entanto, não esclarece como estruturá-la em níveis acessíveis ao cidadão (SILVA; GOMES, 2013, p. 1114).

Para o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), no entanto, do ponto de vista de um ordenamento jurídico, um decreto não tem finalidade de inovação, mas de explicar o que está previsto em Lei, no caso a 8.080 de 1990. Nessa perspectiva, o Decreto 7.508 consolidou avanços importantes ao explicitar e/ou ratificar alguns conceitos já estabelecidos no SUS, em sua grande maioria através de portarias do MS e do próprio Pacto pela Saúde, a exemplo das “Regiões de Saúde”, das “Redes de Atenção à Saúde”, do “Mapa da Saúde”, do “Planejamento” e das “Comissões Intergestores”. Dessa forma, traz o processo de regionalização novamente ao centro da agenda do SUS, na medida em que reforça o protagonismo das relações interfederativas, consagrando as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regional (CIR), como instâncias de pactuação e construção de consensos entre os entes federativos acerca do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2016).

O intervalo de vinte anos desde a NOB/SUS-01/91 até Decreto nº 7.508 de 2011, consiste em um processo de amadurecimento normativo com a finalidade de fortalecer, organizar e estruturar o SUS, visando a sua viabilidade enquanto direito de todos, erguido sobre as diretrizes constitucionais da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. E dos princípios finalísticos da universalidade do Sistema, da integralidade do cuidado e equidade das ações (SANTOS, L., 2012; SANTOS, N., 2013).

3.3 A GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE NA PAUTA REGIONALIZAÇÃO

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990, determina que a direção do SUS é única em cada esfera de governo e estabelece como órgãos responsáveis pelo seu desenvolvimento o Ministério da Saúde, no âmbito nacional, as Secretarias Estaduais da Saúde, no âmbito estadual, e as Secretarias Municipais de Saúde, no âmbito dos municípios.

Mais do que um órgão de governo, a direção do SUS constitui autoridade sanitária cuja responsabilidade implica no desenvolvimento e condução das políticas de saúde nos termos da constituição federal e das leis orgânicas da saúde. Ou seja, as consequências das ações desenvolvidas extrapolam um período de gestão e estão sujeitas a tensões entre um projeto de governo e uma política de estado setorial,

impactando diretamente na continuidade e consolidação das políticas públicas e da garantia do direito à saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2012).

Desde a década de 1990 diversas normas e portarias foram editadas com o objetivo de delimitar e diferenciar os papéis da gestão do SUS em cada esfera. Todavia, ao analisar as funções delineadas para a União, Estados e Municípios, Machado, Lima e Baptista (2012) constatam a existência de atribuições concorrentes entre essas esferas de governo, com padrões de autoridade e responsabilidade pouco delimitados.

Observa-se uma mistura entre a existência de competências concorrentes e competências específicas de cada esfera, característica acentuada na descentralização político-administrativa que vem reconfigurando as funções gestoras das três esferas de gestão do SUS, cuja expressão pode ser diversificada conforme o campo de atenção, a exemplo da lógica de repartição por complexidade empregada para divisão de atribuições das vigilâncias epidemiológica e sanitária entre estados e municípios (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2012; OUVENEY *et al.*, 2021).

De maneira geral, as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) têm a missão de fortalecer o SUS, garantindo atenção integral à saúde da população, por meio de ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016). A SES é a Gestora Estadual do SUS no sentido mais amplo de uma política tripartite, de modo que não se restringe ao gerenciamento da sua rede própria ou de prestadores de serviços privados e/ou públicos. Estão dentre suas responsabilidades e competências as funções de regulação, formulação e avaliação de políticas de saúde, negociação, mediação e coordenação da política estadual de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016; SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

Ademais, a maior parte das SES é responsável pela gestão e execução de serviços de ações especiais a exemplo de laboratórios públicos, hemorredes mais ou menos complexas, serviços de transplante e assistência farmacêutica. Serviços esses que, embora componham a estrutura estadual do SUS, podem ser prestadas diretamente pela entidade estatal ou indiretamente, apresentar diferentes níveis de autonomia e interação no sistema estadual (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016).

De acordo com a Lei nº 8.080/1990, são competências da esfera estadual:

1. promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;
2. acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS;
3. apoiar técnico e financeiramente os municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
4. coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador;
5. participar do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
6. participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
7. participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
8. formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
9. gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
10. coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
11. estabelecer normas, em caráter suplementar para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde, incluindo padrões de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
12. colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
13. acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federativa (BRASIL, 1990a).

A descentralização política e administrativa dos estados foi fortemente disseminada na América Latina na década de 1990, e encontrou eco na reforma gerencial do estado brasileiro conduzida por Bresser – Pereira que, dentre outras coisas, valorizava a descentralização e a regionalização da Saúde por não colidir com os interesses da racionalidade econômica, estratégica para reforma gerencial de reestruturação do Estado brasileiro (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019 NOGUEIRA; OLIVEIRA; COSTA, 2021).

Em 1996, ainda com processo de municipalização do Sistema em foco, as competências do ente estadual são direcionadas por meio da Norma Operacional Básica do SUS nº 1 (NOB – 01/96) que atribui quatro grandes responsabilidades: exercer a gestão do SUS estadual; promover condições para que os municípios assumam a gestão de saúde de seus municípios; assumir, transitoriamente, a gestão de sistemas municipais e promover a harmonia, a integração e a modernização dos sistemas municipais, o que pode ser resumido em dois grandes papéis – ser gestor do SUS estadual e fortalecer a municipalização da saúde (BRASIL, 1997).

Em 2001, as NOAS delegam às SES a condução do processo de regionalização sanitária a partir do planejamento regional, equacionando os recursos disponíveis em cada região e consolidando o Plano Diretor de Regionalização (PDR) que seria efetivado a partir da Programação Pactuada Integrada (PPI) (DOURADO; ELIAS, 2011; FLEURY *et al.*, 2010; SHIMIZU *et al.*, 2017).

Em 2006, o Pacto pela Saúde reitera a responsabilidade da esfera estadual pela coordenação dos mecanismos instituídos pelas NOAS (PDR, PDI e PPI) ao mesmo tempo em que compartilha com os municípios a responsabilidade pela garantia da oferta de serviços e estratégias básicas da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica. Assim estabelece que todas as demais ações complementares devem ser negociadas e pactuadas entre os gestores municipais, vislumbrando a integralidade do acesso à toda a população adscrita. Logo, ficando a cargo das CIB a homologação das redes regionais, tomando por base a suficiência da Atenção Básica e um mínimo de serviços de Média Complexidade, excetuando-se regiões fronteiriças, que devem ser deliberadas em CIT (BRASIL, 2006).

Machado, Lima e Baptista (2012), identificaram importantes mudanças na atuação da esfera estadual ao analisar a evolução das normativas que definiram as competências e responsabilidade dos entes federados no SUS, entre 1990 e 2007, classificou as atribuições estaduais - Formulação de políticas e planejamento; Financiamento; Regulação, coordenação, controle e avaliação; e Execução direta de serviços. Dentre estas, destaca-se a **Formulação de políticas e planejamento** e a **Regulação, coordenação, controle e avaliação**, conforme sintetizado no Quadro 1.

A função de formulação de políticas e planejamento é uma atribuição comum às três esferas de governo, respeitada a autonomia e independência de cada ente, todavia, a fim de responder as responsabilidades que lhes são atribuídas, cabe aos governos federal e estaduais especial atenção para atuação à redução das desigualdades regionais e locais, sendo o compartilhamento da formulação de políticas entre todas as esferas de gestão do SUS essencial para isso (VIANA *et al.*, 2017a; VIANA *et al.*, 2018; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016; ALBUQUERQUE *et al.*, 2017 NOGUEIRA; OLIVEIRA; COSTA, 2021).

Enquanto isso, a responsabilidade de regulação sobre prestadores recai quase que exclusivamente sobre municípios e estados, enquanto o Ministério da Saúde exerce seu poder regulatório sobre as redes por meio de normas e portarias federais,

predominantemente atreladas a mecanismos financeiros (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2012; SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

Quadro 1 – Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS na formulação de políticas e planejamento e na regulação, coordenação, controle e avaliação

Principais Atribuições	Município	Estados	União
Formulação de políticas e planejamento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal. ✓ Planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos. ✓ Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual. ✓ Promoção da regionalização. ✓ Estímulo à programação integrada. ✓ Apoio no processo de fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional. ✓ Papel estratégico e normativo. ✓ Manutenção da unicidade, respeitando a diversidade. ✓ Busca da equidade. ✓ Apoio no processo de fortalecimento institucional e de práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. ✓ Planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias, insumos e recursos humanos.

<p>Regulação, coordenação, controle e avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organização das portas de entrada do sistema. ✓ Estabelecimento de fluxos de referência. ✓ Integração da rede de serviços. ✓ Articulação com outros municípios para referências. ✓ Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados. ✓ Regulação sanitária (nos casos pertinentes). ✓ Avaliação dos resultados das políticas municipais. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Regulação de sistemas municipais. ✓ Coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal. ✓ Apoio à articulação intermunicipal. ✓ Coordenação da PPI no estado. ✓ Implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex.: centrais, protocolos). ✓ Regulação sanitária (nos casos pertinentes). ✓ Avaliação dos resultados das políticas estaduais. ✓ Avaliação do desempenho dos sistemas municipais. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ regulação de sistemas estaduais. ✓ Coordenação de redes de referência de caráter interestadual/nacional. ✓ Apoio à articulação interestadual. ✓ Regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde. ✓ Normas de regulação sanitária no plano nacional. ✓ Regulação de mercados em saúde (planos privados, insumos). ✓ Regulação das políticas de recursos humanos em saúde. ✓ Coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde. ✓ Avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais.
--	---	---	---

Fonte: Adaptado de MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2012.

As comissões intergestores e os conselhos de saúde constituem lócus estratégico para atuação coordenada voltada à construção coletiva para formulação de estratégias e iniciativas de regulamentação desse processo, mesmo que em geral tal atuação tenha se limitado a elaboração de planos de saúde que, por sua vez, tem pouco efeito na constituição de redes regionais eficientes, marcadas pela pouca padronização e grande diversidade entre regiões em todo território nacional (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2012; OUVENEY *et al.*, 2021). Por vezes não se dialoga necessariamente com as necessidades e características locais regionais preconizadas por todas as normativas que tratam da regionalização até o momento. Em que pese a necessidade de customização de ações, estas deveriam estar alinhadas e conduzidas por uma política nacional, dessa forma, a pouca convergência dos planos de saúde podem apontar para uma atuação pouco eficiente das esferas estadual e federal.

Segundo Vieira *et al.* (2017a), a governança regional no Brasil se desenvolve de forma singular e não pode ser plenamente compreendida em nenhum dos três padrões de governança regional descritos na literatura internacional - **esvaziamento**

do estado pela perda do controle sobre as políticas públicas, a partir da emergência e adensamento das interações entre atores estatais, do mercado e da sociedade civil; **deslocamento do estado para outras funções**, que passa a regular ao invés de produzir e prestar serviços, isto é, desloca-se a capacidade do estado da produção para a regulação - sem perda de centralidade, continuando no controle, na formulação e financiamento das políticas públicas; e **aumento da colaboração e intensificação das interações entre atores estatais e não estatais na produção de políticas públicas**, o que pode resultar em complementaridade e sinergias.

No Quadro 2 são resumidas a evolução das competências estaduais conforme as normas publicadas entre 1990 e 2017, destacando a mudança do papel e a posição do ente Estadual na condução das políticas de saúde.

Quadro 2 – Resumo das competências estaduais conforme as normas publicadas entre 1990 e 2017

Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 / 1990	NOB – 01/96	A NOAS – 01/02	FESP (CONASS, 2007)	Pacto pela Saúde	Diretrizes RAS (Portaria 4279/2010)	Lei Complementar nº 141/2012	Diretrizes PRI (Res CIT 23/2017)
Participar do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana	Promover condições para que os municípios assumam a gestão de saúde de seus municípios	Gestão das atividades referentes ao Tratamento de Domicílio, Medicamentos, Excepcionais, Central de Transplantes	Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde	Apoiar técnica e financeiramente os municípios na atenção à saúde dos seus municípios.	Pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos Estados e Distrito Federal;	Aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.	A Secretaria de Estado da Saúde fornecerá os meios necessários para o desenvolvimento das atividades dos comitês vinculados às CIB.
Estabelecer normas, em caráter suplementar para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde.	Promover a harmonia, a integração e a modernização dos sistemas municipais	Cooperação técnica e financeira aos municípios no processo de descentralização e organização da rede de serviços	Desenvolvimento de políticas, planejamento e gestão pública da saúde	Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios,	Destinar recursos estaduais para o financiamento da Atenção Básica, de modo regular e automático, entre outras formas,	Realizar transferências de ações e serviços públicos de saúde diretamente aos Fundos Municipais de Saúde.	A CIB deverá instituir, em espaços regionais onde se organizam as RAS, observadas as realidades locais, Comitês Executivos de Governança das RAS, de natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e

<p>Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e de saúde do trabalhador</p>	<p>Assumir, transitoriamente, a gestão de sistemas municipais</p>	<p>Coordenação do sistema de referências intermunicipais, gestão do sistema nos municípios não habilitados</p>	<p>Desenvolvimento de Recursos Humanos</p>	<p>Apoiar técnica e financeiramente os municípios nas ações de atenção básica, acompanhar e avaliar no âmbito estadual</p>	<p>o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;</p>		<p>propor soluções para o funcionamento adequado das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde;</p>
<p>Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permanecem</p>	<p>Exercer a gestão do SUS estadual</p>	<p>Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar</p>	<p>Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde</p>	<p>Desenvolver um processo de planejamento, monitoramento e avaliação, regulação e programação e pactuada e integrada;</p>	<p>Analisar dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os</p>	<p>Instituir por lei e manter em funcionamento Fundo de Saúde, que constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a</p>	<p>As CIB garantirão mecanismos de comunicação, visando à transparência dos processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das RAS;</p>
<p>Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e de saúde do trabalhador</p>	<p>Assumir, transitoriamente, a gestão de sistemas municipais</p>	<p>Coordenação do sistema de referências intermunicipais, gestão do sistema nos municípios não habilitados</p>	<p>Desenvolvimento de Recursos Humanos</p>	<p>Apoiar técnica e financeiramente os municípios nas ações de atenção básica, acompanhar e avaliar no âmbito estadual</p>	<p>o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;</p>	<p>Manter registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.</p>	<p>A CIB definirá a composição, atribuições e funcionamento dos Comitês Executivos de Governança das RAS;</p>

em sua organização administrativa		Gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de saúde pública	Garantia da qualidade dos serviços individuais e coletivos	Responder, solidariamente e com municípios, Distrito Federal e União, pela integralidade da atenção à saúde da população;	Verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais;	ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.	
Apoiar técnico e financeiramente os municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde					Dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde; Manter o Conselho de Saúde e Tribunal de Contas de informações sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.	As CIB deverão fortalecer as CIR como espaço de governança regional e de gestão, envolvendo os três entes federados para a implementação do processo de planejamento regional integrado visando a organização das RAS;	

Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico	Elaboração de planos de saúde, de investimentos e programação pactuada integrada	Monitoram ento, análise e avaliação da situação de saúde do Estado	Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;	Divulgar periodicamente os relatórios de Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;	Obrigatoriamente registrar e atualizar permanentemente o Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo.	
Participar das ações de controle e avaliação das condições dos ambientes de trabalho	Operacionalização do Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria	Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde	Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão.	Prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia da Saúde Família;		
Formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde	Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia.	Condução da mudança do modelo de atenção à saúde	Formular e implementar políticas para áreas prioritárias.	Definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção		

<p>Acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federativa</p>		<p>Apoio às atividades de atenção à saúde das populações indígenas</p>	<p>Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde</p>	<p>Coordenar as relações intermunicipais no processo de configuração da rede de atenção;</p>	<p>Básica: Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção;</p>		
<p>Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras</p>		<p>Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica</p>	<p>Participação social em saúde</p>	<p>Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade;</p>	<p>Articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e</p>		
<p>Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizada</p>		<p>Coordenação e operação dos Sistemas Nacionais de Informação</p>	<p>Promoção da saúde</p>	<p>Promover a estruturação da assistência farmacêutica sob sua</p>	<p>Fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços</p>		

A depender da unidade federativa, as atividades do ente estadual podem ser prestadas diretamente pela SES ou indiretamente, por meio de entidade pertencente à denominada administração indireta – pessoas jurídicas de direito público ou privado criadas legalmente pelo Poder Público Estadual com finalidade de prestar determinada atividade ou finalidade - autarquias, as fundações governamentais, as empresas públicas, as sociedades de economia mistas e as associações públicas de consórcio (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016; DOURADO; ELIAS, 2011).

O grau de autonomia dessas estruturas depende de sua finalidade e do arcabouço jurídico legal compatível, o que adiciona mais um componente de complexidade para a atuação do ente Estadual, tendo em vista que constituem pessoa jurídica com regulamentação própria, estrutura independente das SES e diferentes níveis de comprometimento de seus dirigentes com o projeto político de gestão em andamento.

Consistem na multiplicação dos centros de decisão e de ação - *Um sistema mais descentralizado caracterizar-se-ia por uma multiplicidade de pontos ou centros de decisão* – oposto a um sistema totalmente integrado a uma autoridade hierárquica central. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016).

A presença de múltiplos serviços vinculados à esfera estadual com diferentes níveis de autonomia e de responsabilização para com a efetivação de políticas de saúde, que por vezes são geridos por Organizações Sociais, adiciona mais um complexo desafio para atuação das SES nas regiões de saúde em consonância com as atribuições estabelecidas.

Segundo Goya *et al.* (2016), a descentralização administrativa instaurada nas estruturas das SES, vem sendo frequentemente associada a modelos de terceirização de serviços, sobretudo hospitalares, e a forte presença do ente privado prestador de serviço sinaliza para um processo de ruptura das fronteiras do SUS público, universal, integral e de direção única, frente ao fenômeno do “empresariamento” em engendramento na regionalização da saúde, colocando-os – regionalização e “empresariamento” – como produções em coexistência e em tensionamento.

Outro arranjo organizativo importante da gestão estadual do SUS a ser destacado decorre da desconcentração de estrutura administrativa a partir da distribuição interna de competências e atribuições aos órgãos que compõem a hierarquia, estabelecendo uma relação de coordenação e subordinação em relação à

SES. Busca-se a desconcentração de um grande volume de atribuições à diversos atores sob um comando central, arcabouço normativo comum e atribuições delegadas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016; FLEURY *et al.*, 2010)

Um exemplo importante a ser citado são as unidades administrativas descentralizadas das SES, com denominações diversas – Gerências, Coordenadorias, Diretorias, Departamentos e outras – porém, sempre regionalmente situadas, territorialmente presentes e politicamente alinhadas ao nível central. Diferente dos serviços descentralizados, essas unidades desempenham papel fundamental no processo de descentralização do SUS, sobretudo após a superação da municipalização e retomada da regionalização como estratégia de reorganização do Sistema com vistas a garantia de cuidado integral no âmbito das regiões de saúde (OUVERNEY *et al.*, 2021; VIANA *et al.*, 2017a; MEDEIROS *et al.*, 2017; VICENTINE *et al.*, 2018; SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

Tal aproximação pode, por um lado, constituir um arranjo com grande capacidade operacional para gestão do SUS nas regiões de saúde, mas, por outro, pode representar um desequilíbrio na relação interfederativa, uma vez que poderia ampliar as prerrogativas da SES (OUVERNEY *et al.*, 2021).

Medeiros *et al.* (2017) e Vicentine *et al.* (2018) apontam que, apesar da importância, a participação dessas unidades ainda tem fragilidades, sobretudo para o planejamento regional, sendo muitas vezes centralizada em indivíduos, sem o envolvimento de todas as áreas que as compõe ou a atuação organizada e planejada dessas unidades para a condução do processo de regionalização. No âmbito do planejamento regional, Ouverney *et al.* (2021) descreveu que a participação na CIR não é uma prioridade e infere que o trabalho nessas unidades administrativas das SES é fragmentando e alguns servidores envolvem-se somente com discussões relacionadas com seu âmbito de atividades setorial e que deveria ser compreendido como uma ação estruturante é considerada apenas como mais uma tarefa que desfalca outras pautas.

Para Albuquerque *et al.* (2017), os diversos atores exercem diferentes graus de influência nas decisões no âmbito das Comissões Intergestores Regionais (CIR) em cinco regiões interestaduais estudadas. Dentre os atores com alto grau de influência nas decisões de saúde nas regiões estudadas, novamente essas unidades administrativas das SES destacam-se como o principal organizador da região de

saúde. Achado corroborado por Vicentine *et al.* (2018) ao analisar os aspectos que influenciam o processo de planejamento regional em uma região de saúde em São Paulo e descreve a atuação das unidades administrativas da SES como essencial para construção dos instrumentos de planejamento regional no âmbito do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (PlanejaSUS), além de fundamentais para a sustentabilidade do processo de regionalização, frente a renovação do quadro de gestores municipais.

Os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) demonstram influência na maioria das regiões, porém, não tanto quanto os próprios secretários e/ou seus representantes estaduais e municipais que exercem alto grau de influência em todas as regiões. Da mesma forma, os prestadores de serviços assistenciais públicos exerceram alto grau de influência nas decisões (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

É possível afirmar que desde a NOB/SUS-01/96 o papel das SES foi gradualmente delineado ao mesmo tempo em que houve o aumento da diversidade do número de atores político–institucionais com influência no processo de planejamento regional, sobretudo do orçamento. Todavia, prevalecem as instituições públicas – MS e SES e suas unidades administrativas descentralizadas regionais, bem como outros espaços de organização, como o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) (VIANA *et al.*, 2017b; FLEURY *et al.*, 2010; DOURADO; ELIAS, 2011).

MS e SES rivalizam na proposição de diretrizes de fomento ao processo de regionalização e, embora as diretrizes estaduais sejam reconhecidas como importantes, ainda prevalecem as diretrizes do MS. O que sinaliza que, apesar de exercer alto grau de influência nas regiões de saúde, as SES ainda ocupam principalmente o locus operacional com pouca atuação na formulação e condução regional das políticas de saúde, além de apontar para o baixo compartilhamento entre os três níveis de gestão, minimizando a implementação de políticas com alta participação das instâncias subnacionais (VIANA *et al.*, 2017b; FLEURY *et al.*, 2010; SHIMIZU *et al.*, 2017).

Viana *et al.* (2017b) descreveu três dimensões que influenciam no processo de regionalização: Política, Estrutura e Organização. Segundo os autores, em estudo que analisou processo de regionalização da saúde no Brasil, dentre as três dimensões a Política é a que apresenta melhor desempenho, enquanto a dimensão Organização

ocupa um lugar intermediário e a Estrutura a mais débil, constituindo um obstáculo para a regionalização.

Segundo os autores, na dimensão de Estrutura, a principal deficiência apontada pelos gestores e prestadores de serviços nas regiões de saúde, é a insuficiência de recursos físicos nas regiões, seguida pela insuficiência de recursos humanos e de financiamento das RAS. Explicado pelo peso do financiamento municipal nas regiões, sempre superior à participação das outras esferas que, apesar de importante, mesmo associado ao bom desempenho da dimensão Política, não é capaz de superar a deficiência de serviços de média e alta complexidade em muitas regiões de saúde. Enquanto a atuação do MS se concentra no financiamento, junto com os municípios, sendo a absoluta maioria dos incentivos para implantação das redes temáticas ainda exclusivos da União, as SES têm pouca ou nenhuma contribuição importante na maioria dos estados brasileiros, tampouco compartilha a responsabilidade dos gestores municipais na gestão de serviços de saúde municipais ou regionais (VIANA *et al.*, 2017b; SHIMIZU *et al.*, 2017; SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

A deficiência da dimensão Estrutura não é resultado de um evento recente, historicamente o necessário debate acerca do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se protagonista pela garantia da cobertura e do acesso a serviços de saúde ao ponto de criar um ambiente quase dicotômico entre essa e a atenção de média e alta complexidade. Como resultado, a atenção hospitalar, em especial, foi abandonada como “objeto de reflexão estratégica para o SUS em função de um discurso crítico ao hospitalocentrismo”, sendo secundarizada sem a devida avaliação quanto a sua capacidade estrutural e efetividade sistêmica, subestimando a necessidade de uma reforma hospitalar que adequasse às unidades às RAS para além do redesenho de fluxos e pactuação de metas, avaliando capacidade instalada e reorientando seu funcionamento, em especial junto aos prestadores privados ou de serviços sob gestão terceirizada (VIANA *et al.*, 2018).

Segundo Viana *et al.* (2018), alguns estados brasileiros têm avançado na inserção de núcleos de produção do cuidado que desconstruem a figura de unidade hospitalares independentes e apresentam-nas como condomínio de serviços que interagem de diferentes formas e em diferentes níveis das RAS, a partir de linhas de atenção e produção do cuidado que demandam a interação orgânica da APS e com a atenção especializada.

O Ceará é um dos estados que tem se destacado no cenário nacional quanto à atuação da esfera estadual, Secretaria de Saúde do Estado (SESA), na condução da regionalização e do planejamento regional do Sistema de saúde. Um processo histórico que remonta a 1998 quando foram aprovadas as “Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará” que norteou e deu sustentação à institucionalização do sistema de base regional até os dias atuais, de modo que poucas alterações ocorreram entre 1998 e 2015 (GOYA *et al.*, 2016 NOGUEIRA; OLIVEIRA; COSTA, 2021).

É notório que a trajetória normativa da Regionalização tem buscado concretizar a operacionalização desta e que a capilarização nas regiões, consolidação das redes de atenção à saúde e papel dos entes federados estão cada vez mais precisos. Todavia, o ato normativo precisa ir muito além de orientações burocráticas, visto que é urgente viabilizar a realidade das diferentes regiões de saúde. Para tanto, as relações políticas, o desejo dos governantes, o preparo técnico de gestores da saúde são imprescindíveis nesse processo.

Exemplo disto é a assinatura do COAP, que mobilizou os estados, gerou expectativa e não chegou muito perto de seu objetivo, tornando um processo que culminou em desconfiança e frustrações entre os gestores dos estados. O Ceará, estado nordestino que mais avançou nesta pauta, freou os processos ao perceber insegurança entre os gestores e pouco apoio da esfera federal, optando por arranjos locais de contratualização de consórcios.

Na condução das redes de atenção, discursos conservadores e com fragilidade no aparato técnico e científico têm sido palco na esfera federal, tensionando o debate e operacionalização das redes prioritárias como a Materno Infantil e de Saúde Mental, por exemplo.

Questões como estas, e tantas que influenciam na performance dos estados na condução da Regionalização precisam continuar no centro do debate, de modo a se criar estratégias de enfrentamentos dos desafios, amparado nos atos normativos, mas em estreita relação com a ciência, capacidade técnica e respeito ao contexto regional e suas necessidades.

4 MÉTODO

4.1 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA – TIPO DE ESTUDO

Optou-se por abordar a metodologia qualitativa, que, segundo Pope e Mays (2005), busca investigar a natureza dos fenômenos sociais a partir do significado que os sujeitos atribuem às suas vivências, e em seus ambientes naturais, não em locais para fins experimentais. Portanto, a pesquisa qualitativa é essencialmente subjetiva e, dentro desse complexo de subjetivações e senso comum, procura em suas investigações imergir nas representações e interpretá-las cientificamente. Assim, no contexto desta pesquisa, gestores diretamente implicados com a condução da Regionalização em seus estados puderam expressar suas percepções a partir das vivências, ações e decisões enquanto atores-chave no processo de gestão estadual em saúde.

A tipologia eleita foi o estudo de caso, que é uma estratégia metodológica que aprofunda a análise de um fenômeno associado ao seu contexto, permitindo que o caso em questão seja investigado de modo a reter uma perspectiva holística e crítica do mundo real. Diante da análise e comparação de nove estados nordestinos, e seus contextos na condução da Regionalização, o estudo foi classificado como de múltiplos casos (YIN, 2015).

Este estudo integra o projeto de pesquisa intitulado: “Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta do SUS: um estudo avaliativo”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio do Edital 41/2013. Tal estudo é o único financiado na região Nordeste neste edital, na respectiva faixa de fomento, e preza por um retorno científico contundente e útil ao sistema de saúde nesta região, firmando o compromisso ético e militante por um sistema efetivo e inovador.

4.2 O LOCAL DE ESTUDO

O Nordeste possui uma extensão territorial de 1.558.000 km² e é a região brasileira com o maior número de estados, a saber: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. Sendo a segunda região

mais populosa do país, com 53.081.950 habitantes, o Nordeste não possui distribuição populacional homogênea, e sim grandes concentrações em áreas litorâneas e em torno de grandes centros, de acordo com dados do último Censo Demográfico (BRASIL, 2010).

Quanto às regiões de saúde, o Nordeste apresenta 133, sendo assim distribuídas: Alagoas (10 regiões), Bahia (28 regiões), Ceará (22 regiões), Maranhão (19 regiões), Paraíba (16 regiões), Pernambuco (12 regiões), Piauí (11 regiões), Rio Grande do Norte (8 regiões) e Sergipe (7 regiões) (XAVIER *et al.*, 2019).

Em estudo realizado sobre tipologias de regiões de saúde no Brasil, distribuiu-se as regiões em agrupamentos segundo arranjos categorizados por dados do índice de desenvolvimento humano, nas dimensões renda, educação e longevidade. As Regiões de Saúde foram classificadas, em ordem decrescente, nos tipos 1 a 5. Na Região Nordeste, com exceção de algumas capitais, a maioria das unidades, 78,9% de suas regiões de saúde, pertence às últimas categorias (4 e 5). As regiões do tipo 5 encontram-se no semiárido nordestino e na floresta amazônica (DUARTE *et al.*, 2015).

Compreender os perfis de desenvolvimento socioeconômico permite analisar as relações destes com a oferta de serviços e desempenho na implantação das ações de saúde nas realidades estudadas. Outros estudos sobre os perfis das regiões de saúde apresentam o Nordeste como de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019). Além disso, o Nordeste concentra uma relevante quantidade de municípios de médio e pequeno porte, nos quais apresentam condições desfavoráveis na capacidade de financiamento e intervenção de serviços de saúde (CALVO *et al.*, 2016).

Tais características conferem ao Nordeste uma herança de sua própria conformação, que consta de concentração de desenvolvimento econômico centrada na faixa litorânea e alguns pólos regionais no interior dos estados. Os pólos de desenvolvimento, seja industrial, extrativista ou agropecuário, mantiveram o padrão de desigualdade. Seguindo esta trajetória de distribuição econômica desigual, a oferta de ações e serviços de saúde do Nordeste mantiveram o padrão e sua capacidade instalada centralizados nas capitais e em alguns polos no interior, o que acarretou significativos vazios assistenciais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

Diante da realidade histórica da região Nordeste, faz-se imperativo que as premissas da Regionalização da saúde sejam executadas para intervir em tal realidade e contribuir para amenizar as desigualdades nas regiões de saúde.

4.3 A PREPARAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO E ELEIÇÃO DOS PARTICIPANTES

Inicialmente, algumas reuniões de planejamento, estudos sobre a temática e método, preparação de instrumentos de coleta de dados e estratégia de contato com o campo foram realizadas pelo Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde (GPEPS)/UFPE/CNPq. Neste processo delineou-se a execução da presente pesquisa, que consistiu em realização de entrevistas com gestores estaduais de saúde, à frente da pauta da regionalização, para compreensão dos processos de operacionalização de tal pauta.

Cada Secretaria de Estado da Saúde foi contatada por telefone e solicitou-se uma conversa, à distância, com o profissional técnico do setor da secretaria que atuasse com a Regionalização. Neste momento foram apresentados sumariamente o GPEPS, o projeto de pesquisa e seus objetivos e, por fim, a intenção de realização de visita *in loco* para que os (as) gestores (as) referências nesta pauta pudessem receber a pesquisadora. Assim foi realizada agenda com gestores da Regionalização dos nove estados nordestinos. Apenas um estado não dispunha em seu organograma setor que discutisse essa pauta, ficando as entrevistas a cargo de gestores na assistência à saúde e regulação, mas que se alinhavam aos critérios estabelecidos.

Conjuntamente às SES, pôde-se eleger os informantes-chave de acordo com os critérios apresentados, a saber: ter histórico com a trajetória de consolidação da Regionalização em seu estado, pois com isto poderia analisar o objeto sob uma perspectiva histórica e com propriedade enquanto ator desse trajeto, podendo assim refletir para os avanços e desafios atuais sob a óptica do que rege a Regionalização; e ser referência para a condução da conformação das regiões de saúde, visto que permite entender internamente o processo de negociação entre gestores para consolidar o desenho regional.

É importante destacar que esta pesquisa integra um projeto maior, que envolve outros dois subprojetos, a saber: 'Redes assistenciais e seu potencial na efetivação da integralidade' e 'O Processo de Implantação do Programa Mais Médicos no Estado Brasileiro: avanços e entraves'. No momento em que os pesquisadores levantaram os

sujeitos da pesquisa junto às SES, foi possível atender aos três projetos, ficando com a temática da Regionalização os que atendiam os critérios já mencionados.

Diante disto, a pesquisa totalizou onze entrevistados, sendo 7 mulheres e 4 homens. Foi possível entrevistar gestores que construíram os primeiros PDR em seus estados, que passaram pela experiência de governos diferentes, participaram da construção dos desenhos regionais, lecionam na área de Saúde Pública e até mesmo estudaram a Regionalização em dissertações e teses acadêmicas. Por serem sujeitos de referência e de fácil identificação em seu estado de origem, por compromisso com a ética e anonimato selados em momento de entrevista, detalhes na identificação dos entrevistados não foram elencados.

4.4 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

4.4.1 Realização de Entrevista Semiestruturada

A entrevista trata-se de uma conversação oral, face a face, de natureza interativa e que permite discorrer sobre temas complexos, explorando-os com profundidade, o que dificilmente seria possível com aplicação de questionários. No geral, nas entrevistas de cunho qualitativo o entrevistador procura conhecer o significado que o entrevistado dá a determinados fenômenos (LAKATOS; MARCONI, 2011).

Para este estudo, optou-se pela entrevista semiestruturada, que foi construída a partir da revisão de literatura do objeto da pesquisa e dos objetivos da mesma. Assim, o roteiro formulado foi construído na perspectiva de compreender o olhar e a vivência do gestor sobre a conformação das regiões de saúde no estado, em seu contexto histórico, administrativo, político e cultural, assim como a operacionalização da regionalização pela gestão estadual (Apêndice A).

As entrevistas foram realizadas pessoalmente, nos nove estados nordestinos, e gravadas em aparelho multimídia. Além do cuidado com o agendamento prévio, assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), autorização para gravação foram tomadas. Neste momento do estudo foi possível observar de perto os estados, conversar sobre os contextos de construção dos processos em suas conquistas e desafios, pôde-se dialogar mais intimamente com os gestores e compreender o que não era possível por telefonemas. As viagens para as

coletas qualitativas permitiram um grande salto na compreensão das potencialidades e lacunas dos estados e contribuíram para um amadurecimento do olhar sobre estes.

O período de coleta das entrevistas compreendeu entre julho de 2016 a setembro de 2017. No ato da entrevista, apresentou-se novamente o projeto, o grupo de pesquisa a que ele integra e foi salientado o compromisso de retorno dos produtos acadêmicos advindos do processo. Foi esclarecido que não seriam mencionados nomes dos entrevistados nas falas dos resultados da pesquisa e em demais produções científicas, assim como características que pudessem identificar o informante, buscando assim garantir o anonimato. Logo após esses passos iniciava-se a gravação. O roteiro de entrevista foi aplicado devidamente, porém, não foi cerceada a fala do entrevistado ao discorrer sobre temas outros de seu interesse, que ao final constituíram substrato a compreensão histórica e de contexto. O tempo médio de duração das entrevistas foi de uma hora e quarenta minutos.

4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 Análise de dados das entrevistas

As entrevistas foram analisadas à luz da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Perante o conjunto de técnicas de análise de conteúdo, a assumida neste estudo foi a Categorical, em particular a *análise temática*. Tal técnica consiste em estruturar o texto em unidades, categorias segundo reagrupamento analógico.

Segundo Bardin (2011, p.147), “As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos”.

Para tanto, os áudios contendo as informações colhidas nas entrevistas foram devidamente transcritos e examinados em seu conteúdo seguindo uma pré-análise, exploração do material e categorização a partir da análise temática (BARDIN, 2011). Foram realizadas leituras exaustivas de todas as entrevistas para análise e categorização dos resultados, os quais foram divididos em temas de maior relevância e congruência com o objeto de pesquisa, que, por fim foram categorizados, conforme organização abaixo:

locais de gestão									
Potencializa as CIR									
Dispõe de Apoio institucional nas regiões									
Desenho das regiões de saúde definido junto aos atores regionais									
Executa as normativas das redes temáticas e planeja a oferta de serviços junto às regiões									

Fonte: A autora, 2022.

Além da revisão realizada sobre o tema para subsidiar a pesquisa, estes critérios foram também baseados na Resolução de Consolidação CIT, nº 1, de 30 de março de 2021, a qual Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde. Este documento direciona “*os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão do SUS, orientando a organização e integração das redes de ações e serviços entre os entes federados*”.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os entrevistados foram devidamente esclarecidos quanto ao objetivo do trabalho e de seu envolvimento com este. Solicitou-se autorização para gravação da entrevista e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), elaborado obedecendo ao disposto na Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Este estudo foi financiado pelo CNPq por meio do **Edital 41/2013**, submetido e aprovado no Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número do parecer 674.336.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A VIVÊNCIA E O OLHAR DO GESTOR ESTADUAL

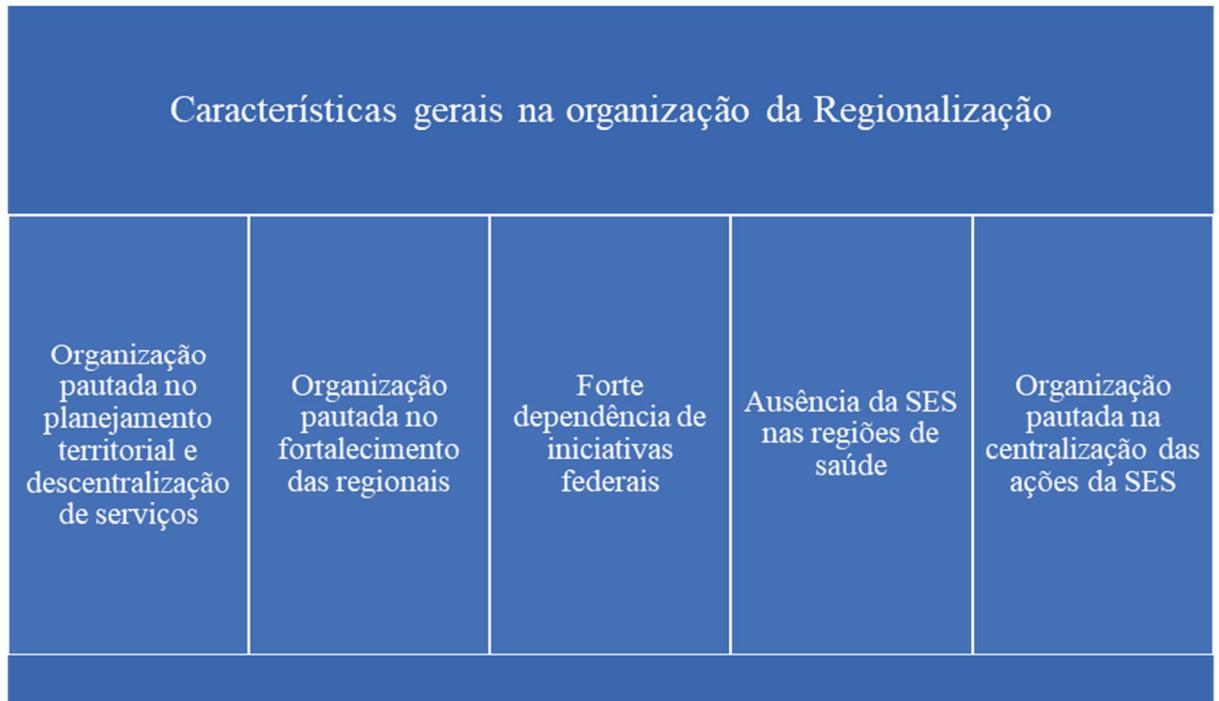
A análise das entrevistas realizadas com os gestores estaduais buscou aprofundar o conhecimento das ações realizadas pela gestão estadual sobre a condução da Regionalização para além da execução de normativas, procurando entender tal procedimento e os reflexos deste nos processos de gestão regional.

Os temas são assim compostos: “Características gerais dos estados na organização da regionalização”, que apresenta o perfil dos estados e a marca que os identifica quanto a esta pauta; “Caminhos percorridos na conformação das regiões de saúde”, que discorre sobre as fases e contextos para a formalização do desenho das regiões nos estados; “Dialética das normativas na consolidação dos desenhos das redes temáticas”, em que se discute a importância das diretrizes apresentadas nas normativas para implantação das redes, ao mesmo tempo em que as mesmas podem provocar alterações nos desenhos e realidades dos territórios para mero atendimento aos critérios de implantação de serviços e “Relação da gestão estadual e gestão regional”, que apresenta a conduta da gestão estadual nos espaços de gestão regional e suas relações com os gestores locais. A partir de cada tema, apresenta-se as categorias que emergiram nos discursos.

5.1.1 Características gerais dos estados na organização da Regionalização

Esta categoria procurou traçar um perfil que possa apresentar, em linhas gerais, a característica da Secretaria Estadual de Saúde na condução e coordenação da regionalização em seu estado. É importante destacar que todos os estados seguiram as diretrizes normativas vigentes de cada contexto histórico na trajetória da regionalização para estruturar o desenho e organização das regiões de saúde. O que traz as características próprias de cada estado é a realidade local, as decisões de gestão e governo, estrutura política, entre outros. Nesta direção, ao analisar os relatos dos gestores, os estados se caracterizam da seguinte maneira:

Figura 1 - Características gerais dos estados na organização da Regionalização



Fonte: A autora, 2022.

A **Organização pautada no planejamento territorial e descentralização de serviços** foi observada no discurso das entrevistas dos estados do Ceará, Piauí e Maranhão. Em sentido oposto, é possível afirmar que desde a criação do SUS até os dias atuais, prevaleceu a descentralização de responsabilidades desacompanhadas de investimentos compatíveis com a constituição de redes de saúde ou de desenvolvimento regional (MELLO *et al.*, 2017).

Diante da complexidade da questão e desafios postos a serem superados em busca da compatibilidade dos fluxos da saúde com a realidade local fica clara que a necessidade da formulação a partir do reconhecimento/planejamento regional com vistas ao investimento equânime de recursos e políticas públicas para melhoria das condições de vida e redução das desigualdades é a que combine incentivos econômicos com investimentos em políticas sociais (VIANA *et al.*, 2017a; 2018).

Nesta direção, o estado do Ceará operacionaliza a regionalização baseado em uma proposta de modelo de atenção voltado para valorização da Atenção Primária em Saúde e estruturação de serviços implantados de modo descentralizado nas 22 regiões e cinco macrorregiões, de acordo com os níveis de atenção à saúde.

Todos os municípios do estado do Ceará teriam nível de suficiência, da Atenção Primária em Saúde, a região de saúde ela teria um nível de suficiência da atenção secundária em saúde e com implantação de policlínicas, centros especializados de odontologia, e a nível da macrorregião com a inserção destes equipamentos é, por exemplo nos hospitais regionais (Entrevistado, CE).

O Ceará é um dos estados que tem se destacado no cenário nacional quanto à atuação da esfera estadual na condução da regionalização e do planejamento regional do Sistema de saúde. Isto reflete sua boa performance na análise anterior deste estudo. O estado detém um processo histórico que remonta a 1998 quando foram aprovadas as “Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará” que norteou e deu sustentação à institucionalização do sistema de base regional até os dias atuais (GOYA *et al.*, 2016; NOGUEIRA, OLIVEIRA, COSTA, 2021).

Com a tradição em atuar sob planejamento territorial da saúde, o que resulta em uma rede de serviços territorialmente estruturada, é natural que o debate flua para uma discussão ampliada e de operacionalização do desenho já instituído. Para tanto, defender modelo de atenção à saúde e consolidação da rede por meio de uma eficiente Atenção Primária nos municípios é razoável diante do contexto do Ceará.

Nos aspectos relacionados à gestão, o estado possui uma estrutura de modelos que perpassa desde a administração direta, a indireta e o terceiro setor, sendo o investimento em consórcios nas regiões de saúde um projeto consolidado.

Da administração direta que é a administração como exemplo é, que o município vai prestar diretamente a sua população [...] nós temos administração indireta que é algo inclusive que nós de certa forma somos diferenciados eu creio da maioria dos estados é, que é um modelo de gerenciamento para os CEO e para as policlínicas nós temos hoje 22 consórcios públicos de saúde, que tem além do componente estado nós temos o componente municípios que gerencia aqueles equipamentos isso tem um componente fortíssimo dentro da governança [...] uma forma muito presente este modelo de gestão do terceiro setor que são as organizações sociais, sobretudo assim pelo que eu saiba é pra gestão ou melhor para direção, para o gerenciamento dos hospitais. Então tem esses três modelos para cada uma delas eu tenho forma diferente por exemplo de acompanhar e monitorar e até de decidir, ok? (Entrevistado, CE)

Com a atuação de 22 consórcios nos serviços de atenção secundária das regiões de saúde, o papel do estado na gestão dos processos é de orientar e subsidiar as pactuações contratualizadas nos consórcios, vislumbrando as demandas de saúde das populações. Com o início das atividades propostas nos contratos dos consórcios,

a SES atua como um ente social nos espaços de decisão, que ficam a cargo de prefeitos.

Nosso papel aqui como estado é, de certa forma, apresentarmos para estes entes consorciados qual seria o perfil mais indicado para suprir as necessidades da população, ok? [...] a gente apresenta uma minuta de contrato, com os itens, com o perfil mais apropriado, por exemplo para que seja desenvolvido naquela região de saúde. Mas quem tem que aprovar é a assembleia do consórcio, não é o estado, o estado é apenas um ente social. (Entrevistado, CE)

Enquanto associação pública, de personalidade jurídica e natureza autárquica e interfederativa, o consórcio possibilita que estado e municípios, enquanto entes consorciados, negociem e estabeleçam os pactos que definem a rede de assistência e sua manutenção nas regiões de saúde. Como ordem prática na condução dos processos, é facultado aos secretários municipais de saúde e coordenadores regionais sua participação, não havendo direito a voto, uma vez que a representação legal compete aos prefeitos. Instituir os consórcios no Ceará é uma pauta anterior ao Decreto 7508/2011, há relato das primeiras iniciativas em 2007 (BRASIL, 2011; GOYA *et al.*, 2016).

Segundo Goya *et al.* (2016), a descentralização administrativa instaurada nas estruturas das SES, vem sendo frequentemente associada a modelos de terceirização de serviços, sobretudo hospitalares, e a forte presença do ente privado prestador de serviço sinaliza para um processo de ruptura das fronteiras do SUS público, universal, integral e de direção única, frente ao fenômeno do “empresariamento” em engendramento na regionalização da saúde, colocando-os – regionalização e “empresariamento” – como produções em coexistência e em tensionamento. Tal cenário é um risco que a gestão do Ceará assume quando inclui os consórcios e terceiro setor na dinâmica de sua gestão e é fato relevante de se considerar.

Quanto ao estado do Maranhão, este possui uma trajetória histórica marcada pela longa presença de um mesmo grupo político no governo do estado, havendo um monopólio e domínio que refletiu nas decisões, políticas e programas de saúde, os quais atendiam aos interesses de tal grupo em detrimento da própria população.

O que mais me chama atenção é justamente essa construção histórica, política, do Maranhão. Nós passamos um período muito grande dominado por um grupo político só, e isso foi afastando o poder público da população. Então, assim, existia uma lógica político-eleitoral que predominava em cima de qualquer política pública. Por exemplo, de 2009 a 2013 foi lançado aqui

um plano, da secretaria de saúde, de construção de hospitais. Então se abandonou tudo, vigilância, Atenção Primária, tudo ficou abandonado em função da construção desses hospitais para que se criasse uma rede hospitalar gerenciada pelo estado. Esse período foi muito longo de abandono das políticas públicas de promoção, que causaram danos muito profundos ao ponto de que a gente está aí há mais de um ano tentando evoluir na estruturação, na reorganização da Atenção Primária, porque a coisa ficou abandonada de uma forma, a gente pode dizer, esquecida mesmo (Entrevistado, MA).

Por meio século o estado do Maranhão foi comandado centralmente pela família Sarney de forma sistemática. Em diversos arranjos políticos, a família reforçou seus laços e envolvia mais sujeitos nessa teia complexa e de forte influência, monopolizando inclusive os meios de comunicação do estado (ARAGÃO, 2017). Tal situação reflete em uma condução de políticas públicas muito permeada por interesses cada vez menos coletivos e de sociedade, o que pôde ser facilmente observado na visita ao estado, assim como o grande esforço da nova equipe gestora de mudar este cenário.

Um exemplo da condução do estado na implantação de serviços é denotado por Leite e colaboradores (2003) ao estudar a situação dos serviços de saúde de alta complexidade no estado do Maranhão, no ano de 2002. Os autores constataram que no estado era inexistente uma política de Serviços de Saúde de Alta Complexidade que fosse planejada a partir de evidências e critérios constituídos da real necessidade da população. Os serviços eram instalados em cidades maiores, deixando municípios menores, que sofriam com precários sistemas de transporte e rodovias, além de esmagadora população vivendo no limite da pobreza, desassistidos. Isto foi uma marca do governo da família Sarney por muito tempo no estado.

O Maranhão foi o único estado que não possuía, à época da realização das entrevistas, setor no organograma da SES que respondesse pela regionalização. Em tempos de mudança de governo e gestão no estado, havia um movimento que apostou em empreender na gestão participativa e colegiada, com o vislumbre de intervir nos cenários de vulnerabilidade em que o estado se encontrava, inclusive de conduta de gestão.

Existe toda uma mudança de lógica, inclusive na mentalidade do servidor da secretaria de estado para que a gente trabalhe integrado, para que a gente planeje, para que a gente saiba o que nós estamos fazendo [...] não é o estado que vinha sendo o órgão que planejava, que apresentava as necessidades e que os municípios entendiam essa lógica. Na verdade, hoje, ainda, dentro dessa lógica de que as coisas são construídas com um caráter

político-partidário dentro de uma desorganização muito grande, a gente tem um diagnóstico e nós estamos já agindo para mudar essa realidade. Porque existe uma consciência nos novos gestores de que da forma que está, não pode ficar (Entrevistado, MA).

Por meio de espaços colegiados, a gestão estadual delineou um modo de se aproximar das regiões e de fortalecer o gestor regional.

A gente criou um mecanismo simples de gestão chamado Câmara Técnica, a gente chamou algumas pessoas das áreas, elas mesmas se voluntariaram, cada uma da área, porque nós temos 10 departamentos na estrutura, e esses 10 departamentos colocaram à disposição da nossa superintendência pessoas que servirão e já estão servindo de elo entre a secretaria e a regional. Então, o primeiro foco é empoderar as pessoas de seu papel e recompor o papel do gestor regional [...] essas pessoas ficavam à margem, então nós estamos recompondo isso, o gestor regional ele tem que estar empoderado porque ele é nossa representação mais próxima do município (Entrevistado, MA).

Iniciativa que a princípio pode parecer simples, ou óbvia, mostrou ser importante para a gestão do estado do Maranhão, que passava por um processo de reconhecimento de seu papel na gestão enquanto ator social e ativo no processo de planejamento regional, o que permite estar melhor preparado e articulado com os atores locais para assim atuar no enfrentamento de problemas, na capacidade de gestão e de desenvolver ações que atendam às demandas locais (GIL, C.; LUIZ; GIL, M., 2016).

O estado do Piauí apresentou um perfil de valorização do planejamento em saúde, em que há atribuições e responsabilidades definidas neste setor da secretaria. A Regionalização demonstrou ser pauta assumida, coordenada e bem posicionada no processo de trabalho da equipe técnica da SES.

Nós aqui temos algumas responsabilidades bem definidas. Exemplo: cabe à diretoria de planejamento a gestão e o acompanhamento da execução orçamentária, então a gente trabalha a formatação do orçamento da Secretaria de Saúde [...] aqui também, na área de planejamento, nós temos a responsabilidade pela gestão de convênios. Então, cabe a área de convênios todo o processo de formalização, interlocução com o Ministério da Saúde [...] cabe ao planejamento a responsabilidade pela formatação do PPA, pela formatação do plano estadual de saúde, pela consolidação e sistematização da programação anual de saúde e pela elaboração do relatório anual de gestão, e dos relatórios quadrimestrais da secretaria [...] nós fazemos parte do comitê que faz avaliação das pesquisas, então toda a interface com a FAPEPI, a fundação de Amparo à pesquisa do Estado do Piauí, especificamente para o PEPSUS [...] a gente tem a responsabilidade pela coordenação da política estadual de humanização da atenção e da gestão em saúde [...] todo o processo de regionalização e de coordenação do COAP, do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, acabou ficando

aqui também, no planejamento, pela proximidade da área [...] então assim, essas ações, elas acabam vindo para o planejamento, pela capilaridade que tem e pela visão, pela abrangência mais sistêmica que o planejamento, enquanto processo, tem, no rol das responsabilidades do estado e da Secretaria Estadual de Saúde como gestora do SUS no Estado (Entrevistado, PI).

Ferreira e colaboradores (2018) apresenta o planejamento como ferramenta de gestão que, em sua prática, viabiliza a organização da rede de serviços públicos de saúde ao passo em que incide sobre a tomada de decisões no que tange prioridades e investimentos para instalá-la e, no Piauí, a gestão para condução dos processos de regionalização se propõe a ser alinhada com o conceito e prática do planejamento em saúde.

Algo marcante na condução da regionalização em saúde no estado do Piauí é o quanto as normativas e suas orientações para implantação de redes e serviços ditam as adaptações e arranjos territoriais no estado. Dependendo do orçamento federal para estas ações e almejando descentralizar serviços, o estado em alguns momentos propõe redesenhar os territórios para que possa se encaixar nos critérios das portarias.

Considerando a questão da concentração populacional do estado do Piauí, 80% dos Municípios do estado do Piauí têm menos de 20 mil habitantes. Somente um município tem mais de 100 mil, somente um município tem mais de 500 mil habitantes [...] então, considerando que dificilmente o estado iria fazer investimentos para dotar esta região com cinco municípios de autonomia, em termos de oferta de serviços em todos os níveis de complexidade, o que é que a gente percebeu? Nós precisamos trabalhar um processo de agregação inter-regional para dar possibilidade, inclusive ao estado, de captar recursos financeiros para investimento na implantação das redes de atenção à saúde [...] então a atualização do PDR, em 2015, foi feita tendo esse viés. Porque, porque as regiões de saúde em nada teriam as suas competências e as suas responsabilidades diluídas ou desestruturadas, a partir da agregação macrorregional. Essa lógica de agregação macrorregional está voltada para a estruturação da alta complexidade ambulatorial e hospitalar (Entrevistado, PI).

As decisões e condução destes processos eram disparadas na SES e levadas às regiões de saúde para debate e aprovação. As adaptações eram bem-vistas, no geral, pois possibilitam angariar recursos e instalar serviços em locais mais desconcentrados no estado.

Sabe-se que o planejamento em saúde pública se estrutura em uma gama de fundamentos legais, desde a Constituição Federal de 1988, NOBS, NOAS, Pacto pela

saúde e Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2009). Como gestão que busca atender e operar alinhada com as orientações normativas, esta característica marca sua trajetória na condução da regionalização, mas com a ressalva do debate e decisão junto aos gestores regionais, no intuito de fortalecer regiões mais desconcentradas.

A **Organização pautada no fortalecimento das regionais** é uma categoria que se apresenta em uma perspectiva de estrutura organizacional que capilariza a representação da gestão estadual nas regiões de saúde. Paraíba e Pernambuco foram estados que representaram este discurso nesta categoria.

A Paraíba dispõe gerências regionais em 12 das 16 regiões de saúde do estado, assim como disponibiliza apoiadores regionais e institucionais que acompanham as pautas de regionalização dando subsídio técnico, operacional e pedagógico aos gestores locais.

A gente tem um apoio dentro das regiões de saúde, apoiadores regionais e apoiadores institucionais [...] a gente faz reuniões com eles para a gente potencializar para que eles possam dar apoio aos municípios com relação a todos os instrumentos [...] a gente potencializa esses apoiadores para que eles lá dentro da gerência possam apoiar os municípios tanto no relatório anual de gestão, quadrimestral, programação anual, tudo que for PGASS, tudo eles, esses apoiadores eles estão envolvidos. A gente se envolve para que eles possam nos substituir porque eles são parte da gente aqui da sede (Entrevistado, PB).

Articulando referenciais e conceitos dos campos da administração, saúde coletiva, pedagogia e psicanálise, além da contribuição da Análise Institucional inglesa, o Apoio Institucional foi formulado por Gastão Wagner de Sousa Campos, em sua tese de livre docência. No SUS, as primeiras experiências se deram na década de 2000, sendo uma importante estratégia de articulação interfederativa ao passo em que vislumbra maior horizontalidade, cooperando assim na construção das Redes de Atenção à Saúde e nas Regiões de Saúde (MACHADO; GUIZARDI; LEMOS, 2019; BRASIL, 2011b).

Na Paraíba, a primeira experiência nesta perspectiva foi realizada pela gestão estadual em 2011, quando os profissionais que atuavam como supervisores nas regiões de saúde passaram a atuar como apoiadores regionais, após processos formativos destes atores baseados nos conceitos de apoio matricial. Com esta iniciativa, a gestão estadual buscava uma mudança na organização e papéis dos apoiadores, em busca de ações articuladas, dialógicas e próximas das regiões de saúde e sua realidade. Além desses atores, em 2013, a gestão estadual viabilizou a

implantação do Apoio Institucional, figura que daria unidade e direcionamento, a partir de demandas da Secretaria Estadual de Saúde, articulando e apoiando as regiões de saúde, seus apoiadores regionais, gerentes regionais e secretários municipais de saúde. Esta iniciativa contribuiu fortemente no processo de trabalho da gestão estadual junto às regiões de saúde, que se tornou presente e direcionada no objetivo de fortalecimento da regionalização (BRUTSCHER *et al.*, 2017).

Em um complexo relacionamento com as regiões de saúde, a gestão estadual entende que em algumas regiões de saúde as relações políticas e de poder acabam interferindo nessa função, o que torna ainda mais necessária a atuação técnica e preparada da equipe para lidar com estas questões.

A gente tem um papel forte de coordenador, de apoiador. Em poucas regiões há confusão política partidária e aí a gente não consegue muito se aproximar, mas no geral o estado assume o papel de coordenador realmente. João Pessoa por ser a primeira região de saúde, e sede, e por ser um município grande e forte, termina que a questão política termina que atrapalha, mas no geral acho que não temos grandes problemas não de assumir esse papel (Entrevistado, PB).

Estudo realizado por Albuquerque (2013) avalia a atuação da Paraíba como incipiente quando se refere a instâncias regionais, sem a consolidação dos papéis no processo, além de conflitiva com regiões de saúde detentoras de mais poder, como a situada na capital paraibana. Isto corrobora com a fala da gestão estadual sobre a dificuldade de atuação em determinadas regiões e reforça a importância da presença do apoio institucional em lócus para mediar as relações institucionais e superar tal entrave.

Pernambuco possui uma rede de apoio regional, instituída pelas Gerências Regionais de Saúde (GERES) nas doze regiões e demonstra nitidez quanto seu papel enquanto coordenação da Regionalização.

O papel da gestão estadual tem que ser por princípio o colaborador, coordenador e indutor do processo, o regulador do processo, o grande parceiro do município, a mão forte que ajusta, que capta recursos, que organiza, que apoia da forma mais pedagógica e transparente possível [...] entendendo que o papel de executar não é nosso e sim do município, é no município que o usuário do SUS precisa ser atendido, claro que tem serviços de Média e Alta complexidade que tá com a gente, mas a APS tem que está com o município com o apoio do estado né, um política que seja realmente mais forte (Entrevistado, PE).

A gestão estadual de Pernambuco compreende a importância da desconcentração de estrutura administrativa a partir da distribuição interna de competências e atribuições aos órgãos que compõem a hierarquia, estabelecendo uma relação de coordenação e subordinação em relação à SES. As unidades administrativas descentralizadas das SES, com denominações diversas – Gerências, Coordenadorias, Diretorias, Departamentos e outras – porém, sempre regionalmente situadas, territorialmente presentes e politicamente alinhadas ao nível central, desempenham papel fundamental no processo de descentralização do SUS, sobretudo após a superação da municipalização e retomada da regionalização como estratégia de reorganização do Sistema com vistas a garantia de cuidado integral no âmbito das regiões de saúde (OUVERNEY *et al.*, 2021; VIANA *et al.*, 2017a; MEDEIROS *et al.*, 2017; VICENTINE *et al.*, 2018; SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

No intuito de qualificar a gestão regional, a SES buscou selecionar os gestores conforme perfil técnico, evitando indicações políticas. Além disso, ações de apoio, retaguarda pedagógica e acompanhamento dos gerentes são planejadas.

A gente tem um caminho importante a seguir e a universidade foi muito parceira, tanto a UFPE como UPE e o Aggeu Magalhães agora no processo seletivo dos gerentes de GERES. Mesmo sendo um cargo de livre provimento, a gente teve um cuidado de discussão com o governo do estado pra que a gente fizesse um processo seletivo, pra que a gente realmente... do jeito que foi feito em 2011 a gente pudesse colocar pessoas de um perfil mais técnico e com isso não deixar a cargo de outro tipo de segmento (Entrevistado, PE).

A gente tem buscado a qualificação dos nossos gerentes, a gente entende isso como fundamental, a gente tem feito momentos de articulação juntos aos municípios, a gente tem buscado fortalecer as equipes regionais, né? e a gente tem trabalhado do ponto de vista da assistência esse entendimento de fortalecer os regionais (Entrevistado, PE).

Pernambuco, por meio de um trabalho capilarizado, realizou discussão nas regiões do estado e concretizou o novo PDR ainda no ano de 2011, quando da publicação do Decreto 7.508/2011. Atento às modificações da legislação e buscando a participação dos atores regionais no debate sobre a conformação de novos serviços e as prioridades em cada espaço do estado. Com este esforço, observou-se o fortalecimento dos espaços de governança, como as Comissões Intergestoras Regionais, porém ainda incipiente a questão da descentralização de recursos que pudessem dispor maior autonomia para as regionais de saúde e os municípios (SANTOS, L., 2015). Neste sentido, Pernambuco caminha entre os esforços para

fortalecer as regiões perante desafios de ordem econômica e financeira da saúde, como observado nas entrevistas.

Em alguns casos foi observada uma **forte dependência de iniciativas federais** no processo de condução da regionalização, onde principais decisões e atuações advinham de incentivo e orientação federal, sem maiores demandas e iniciativas provocadas pela própria gestão estadual, conotando uma característica de estagnação dos processos.

O Rio Grande do Norte procurava estruturar as ações de Regionalização pautadas no Decreto 7508/2011, sendo seu processo de trabalho voltado para estruturação das redes temáticas. Havia um vislumbre de formalizar os processos via COAP, o que não foi possível devido a contribuição do governo federal ter sido aquém das expectativas do estado, ocasionando em uma paralisação no andamento do projeto de assinatura.

Olhe, veja bem, nós temos aqui uma história. Uma história que, aliás, que começa a muito tempo. Porém, quando foi no ano de 2013, precisamente no dia 13 de setembro de 2013, 11 de setembro de 2013, nós estivemos em Brasília [...] a secretaria de Estado, sinalizava pra SEGEP a intenção em assinatura do COAP, né?! E com essa assinatura do COAP a gente estava ali, digamos assim, formalizando um processo de regionalização que aconteceria no estado a partir daquele dia. Então a gente formalizou o grupo condutor do COAP através de portarias e resoluções da CIB, né?! Mas assim, nós temos hoje outros mecanismos que foram dadas, como, digamos assim, como ponta pé para que a gente trabalhasse o processo de regionalização, mas não necessariamente com todo aquele arcabouço do Decreto 7508 (Entrevistado, RN).

O próprio Ministério, por um tempo, ele passou meio quieto em relação às questões, digamos, é... de alavancar os pressupostos do decreto [...] então isso deixou todos os outros estados meio parados também. Uma vez que não havia sinalização de dinheiro novo, de proposta nova e todos os municípios também ficaram meio quietos. E, também, muito receosos em relação ao, digamos assim, ao instrumento do contrato organizativo, né? Ao instrumento do COAP propriamente dito, entendeu? O que estava escrito lá precisava de muitos ajustes para eles se sentirem seguros e tranquilos em assinar (Entrevistado, RN).

Este contexto foi observado por Fleury e Ouverney (2017), ao afirmar que estados mais propensos a conformar suas políticas às políticas nacionais, vislumbrando aumento de recursos, tendem a ponderar a relação dos recursos envolvidos e responsabilidades adicionais assumidas. A garantia de constantes fluxos de transferências financeiras intergovernamentais pesará sobre a adesão das propostas nacionais. Portanto, o COAP era uma esperança que o estado nutria de

uma boa relação entre responsabilidades e custeio, a qual almejava ter suporte financeiro, e técnico, suficiente para assumir um pacto de ordem jurídica que nortearia todo o processo de regionalização do estado. Como não obteve o retorno esperado, recuou e não declarou outras alternativas diante da situação.

Sergipe afirmou que seu desenho regional e estrutura na organização e coordenação dos processos de Regionalização remontam da época do PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. O estado possui experiência em regionalização administrativa e de saúde relacionadas ao contexto e formação de desenvolvimento econômico do estado, como é o caso também do Rio Grande do Norte (ALBUQUERQUE, 2013).

O processo de regionalização aqui no estado de Sergipe é um processo antigo porque ele remonta à época do PIASS, que era um projeto criado pela SUDENE, e que tinha a proposta de trabalhar com o processo regionalizado. Então, a gente começou a trabalhar esse processo já há muito tempo, e ele se deu aqui no estado de Sergipe, pelas características geográficas e geopolíticas do estado, de uma forma muito espontânea, porque se você perceber a distribuição geopolítica do estado você vai ver que, naturalmente, se estabeleceu polos de desenvolvimento que bem organizados em função de fluxos naturais (Entrevistado, SE).

Desde a época do PIASS, todo investimento novo era em função, respeito à regionalização. Então, tudo foi se conformando naturalmente. O PIASS influenciou muito na organização do estado de Sergipe, muito, e como era um estado pequeno o pouco que foi feito, foi feito muito, em termos de abrangência, não é verdade? (Entrevistado, SE)

O anunciado é que a organização no estado se deu naturalmente e que a cada necessidade de adaptação, às novidades trazidas pelo Ministério da Saúde na prática já ocorria no estado, e precisava apenas serem renomeadas. O processo de atuação do estado se deu em executar o que era posto, sem maiores demandas discutidas e provocadas pelo próprio estado. Isto se deu devido ao desenvolvimento das políticas de saúde acompanharem o desenvolvimento social e econômico do estado como um todo (ALBUQUERQUE, 2013).

Historicamente foi se estabelecendo, pelas relações comerciais, pelas relações de políticos administrativos... elas já foram formatando, naturalmente no próprio desenvolvimento do estado, certo? E, em função disso, quando chegou a necessidade de se regionalizar, a coisa estava mais ou menos definida naturalmente, então os municípios polos foram estabelecidos em função de um processo de desenvolvimento deles naquelas microrregiões (Entrevistado, SE).

A gente não discute mais a regionalização. Bom, você sabe que hoje essa é uma discussão muito tensa, pelo próprio sistema de governança do SUS, que essa história de interfederações é complexo, não é para nossa cultura. Se você pega, quem é que manda no SUS? Quem é que manda no SUS? É um colegiado interfederativo. Você responsabiliza quem quando as coisas não dão certo? Quem? Fica um empurrando com a barriga, o outro empurrando com a barriga, todo mundo empurrando com a barriga e ninguém resolve nada. É esse o clima desses colegiados. Agora tem reunião sistemática das diretorias regionais. A principal pauta é oferta. A grande discussão nos regionais é oferta (Entrevistado, SE).

Nesta direção, ao que se trata das entrevistas e olhar dos gestores, Rio Grande do Norte e Sergipe configuram a gestão dando um peso maior aos moldes das iniciativas federais, o que pode configurar um fator complicador nos processos de aproximação e atuação junto à gestão local/regional.

A **ausência da SES nas regiões de saúde** foi uma categoria representativa e de bastante relevância no discurso da entrevista realizada com gestores de Alagoas, que seguiu as orientações e normativas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, e, nesta trajetória, chegou a um número de dez regiões de saúde em seu território. A gestão estadual, no que tange o acompanhamento local das regiões de saúde, não possui uma estrutura física nem equipe da SES nas regiões, que chegaram a existir, mas em algum momento histórico foi tomada a decisão de desfazer esse arranjo.

Nós tínhamos em cada região uma Regional, uma estrutura física do estado com um coordenador de região, com a equipe mínima de Enfermeiros, médicos, qual era o perfil epidemiológico daquela região, ele era identificado e a gente tinha ali uma estrutura mínima de profissionais [...] eu não sei precisar exatamente quando, mas algum infeliz teve a infeliz ideia de acabar com isso. Acabou todas as regionais, o que não deixamos de ter regionais demarcadas no mapa e funcionando como regional, mas nós deixamos de ter as sedes do estado nessas regiões (Entrevistado, AL).

Esta decisão acarretou um fluxo de gestão e comunicação com as regiões e seus municípios fragilizada, sendo necessário o apoio do Conselho de Secretários Municipais de Saúde para operacionalizar a regionalização junto à Secretaria Estadual de Saúde. Desse modo, para além de participações nas reuniões de CIR, a SES buscou atuar nas pautas junto às regiões em uma estrutura na qual direciona um secretário municipal que representa toda a sua região e faz a interlocução desta junto ao estado, com presença do COSEMS para intermediar.

Cada região tem um secretário responsável, que é secretário da região, por exemplo, 1ª região eu tenho os municípios da região, eu tenho um secretário dessas regiões, que é o interlocutor junto à secretaria e ao COSEMS para elaborar a pauta, para trazer reivindicações, porque não dá para gente estar chamando dez/doze todas as vezes. Então, até acontecer a CIR, que os dez/doze vão estar juntos, na reunião da CIR a gente pode ter ele como interlocutor. Olhe, eu preciso que a mensagem chegue aos dez, eu falo para você, você para os dez ou traz dos dez para mim. [...] Tudo via COSEMS [...] (Entrevistado, AL).

Por exemplo, agora à tarde mesmo eu liguei para o COSEMS para dizer: “todas as resoluções dos indicadores interfederativos estão prontas para serem impressas e assinadas por cada coordenador de região, não é por cada município, é por cada coordenador de região que representa os seus municípios daquela região”. Então, eu ligo para o COSEMS, eu começo a mobilizar o pessoal para passar aqui para assinar. Eu posso até ligar para eles também, mas o COSEMS tem que estar junto (Entrevistado, AL).

Shimizu *et al.* (2017), em estudo que analisa as contribuições do COSEMS para o processo de regionalização em saúde, afirmam que o acúmulo histórico desta entidade na interação com os municípios, em especial nos espaços de governança como CIR e câmaras técnicas, possibilita o fortalecimento da governança regional à medida em que assume o suporte técnico e operacional nas regiões, dispondo de recursos tecnológicos e humanos.

Apesar desta estratégia contribuir para que haja uma comunicação entre estado e municípios, fica evidente que a ausência da gestão estadual nas regiões de saúde implica em um distanciamento da realidade, demandas e rotinas dos municípios. Um sistema regional se constrói efetivamente no processo cotidiano de articulação entre os sujeitos envolvidos nas diferentes esferas de governo. Nesta perspectiva, a capacidade técnica e política dos gestores estaduais na coordenação regional é decisiva para a regionalização e, apesar de sua importância, a ausência é apontada como uma relevante lacuna entre as funções dos gestores estaduais (REIS; CESSE; CARVALHO, 2017).

O estado da Bahia, segundo relatado na entrevista, tem uma **organização pautada na centralização das ações da SES**. Com histórico centralizador marcante, discutir a pauta de descentralização no estado podia provocar uma instabilidade política. Tal postura resulta em uma porcentagem pequena de municípios com comando único do sistema de saúde.

A Bahia foi muito dominada nessa lógica de grandes líderes, que não eram militares, mas eram piores ainda na questão da centralização. Então a Bahia não se libertou disso não. É incrível como a gente ainda tem muita dificuldade de descentralizar, mas muita, muita mesmo (Entrevistado, BA).

O Antônio Carlos Magalhães voltou de novo a ser o governador, e ele tinha ódio do que a gente chamava de municipalização [...] então eu dava um monte de palestra sobre municipalização, mas eu não podia falar a palavra, então eu dava aula falando descentralização de ações e serviços de saúde. A gente não podia escrever a palavra municipalização porque tinha ódio, ele não admitia a possibilidade de descentralizar para os municípios. Então, por conta disso, a gente, nós fomos a última capital a assumir a gestão como plena e pasmem, no mundo de hoje, nós só temos de 417, 92 municípios com gestão plena. É uma excrescência no país, mas é (Entrevistado, BA).

O que contribuiu para que alguns municípios assumissem a gestão plena da saúde foi uma mudança de governo nas eleições de 2006. Até este momento, enquanto a gestão que estava há 16 anos no poder, se colocava contrária à assinatura do Pacto pela Saúde, ao assumir em 2007, a nova gestão estimulou a discussão da regionalização no estado, reconfigurando regiões de saúde e realizando movimentos para implantação de colegiados de gestão microrregional (SANTOS, A., 2018).

No contexto do Pacto pela Saúde, 83% dos municípios baianos ainda se encontravam sob gestão estadual do sistema de saúde e os 17% restantes assumiram o comando único, comprometendo-se com a gestão plena do sistema de saúde no seu território. Dos 417 municípios, 269 assinaram o Pacto (SANTOS, A., 2018).

A descentralização e valorização da autonomia regional têm resistência histórica no estado. Dentre tantos processos vividos pela Bahia na caminhada pela descentralização, a entrevista realizada neste estado relata que no final da década de 1970 e início da década de 1980, o PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, que tinha ‘a finalidade de implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da Região’ (BRASIL, 1976) provocou um movimento na secretaria de desconcentração administrativa e, ainda assim, houve uma polaridade de opiniões e posturas a favor e contra tal processo.

Houve, inclusive, internamente aqui na secretaria, criou-se dois blocos de pessoas inclusive, um grupo de sanitaristas que achavam que a descentralização devia gerar uma autonomia às regiões, e outro grupo que não, ainda continuavam muito ligada aos ditames Federais que era de programas desse país onde cada programa tinha seu gerente e o gerente do programa era o dono do programa (Entrevistado, BA).

Com o advento do Pacto pela Saúde, estudo de análise da implantação da gestão descentralizada em saúde realizado Vieira-da-Silva e colaboradores (2007), em municípios de gestão plena da Bahia, revelou que a descentralização sozinha não

explica o grau de organização de sistema municipal de saúde, sendo a gestão do sistema e as práticas assistenciais fatores também relevantes.

Em meio a debates entre técnicos e estudiosos, o desenho da Regionalização no estado chegou a 28 regiões de saúde e nove núcleos regionais, que acompanham até quatro regiões de saúde. Neste arranjo, não há sedes administrativas da SES em todas as regiões de saúde e, segundo a entrevista, os núcleos regionais não têm a pauta da regionalização como prioridade.

O Núcleo Regional de Saúde ele é executivo de desconcentração da secretaria, ele tem um pouco de vigilância sanitária, porque os municípios têm fragilidade de assumir, ele assume pelos municípios, e ele repassa treinamentos, é membro da CIR, mas ele não tem uma agenda de regionalização (Entrevistado, BA).

Neste contexto, a Bahia operacionaliza os processos na tentativa de acompanhar as diretrizes normativas, analisar criticamente seu contexto histórico e político e mediar os conflitos administrativos internos para atuar em uma agenda de enfoque regional.

O problema é que quando a gente fala, você fala que tem movimento, é movimento de técnicos, entendeu? Se você disser que esse é um movimento do secretário e dá maioria da estrutura da secretaria, não é, não é (Entrevistado, BA).

Nós somos duas coordenações, uma responde por esse lado do planejamento em saúde mais amplo da política estadual e eu atuo em uma coordenação que é chamada planejamento Regional integrado, que lido com a questão do planejamento regional. Então é assim onde estou... (Entrevistado, BA).

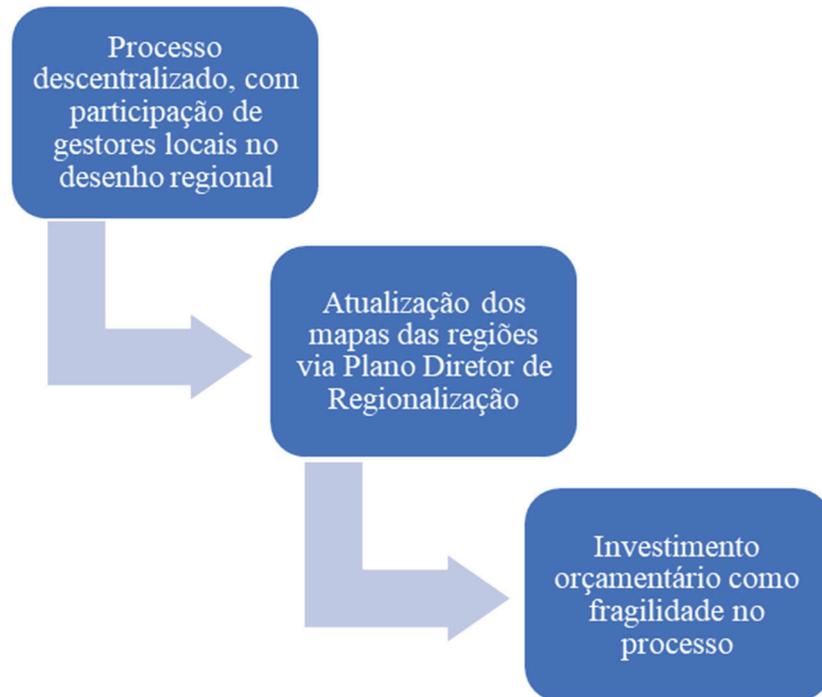
A coordenadoria de planejamento regional integrado se dispõe a atuar enquanto gestora da regionalização, estimulando suas premissas nos espaços de gestão. Além disso, a Bahia possui um Observatório Baiano de Regionalização, onde informações dos processos são catalogadas. Estas iniciativas contribuem em uma atuação que enfrente e vislumbre mudanças na trajetória centralizadora do estado.

5.1.2 Caminhos percorridos na conformação das Regiões de Saúde

Mesmo apresentando contextos diferenciados na gerência da Regionalização, os estados nordestinos evidenciaram alguns caminhos semelhantes na trajetória de conformação das regiões de saúde. Isto se deve às orientações e diretrizes das

normativas, que a cada atualização impulsionaram os estados a reavaliarem seus desenhos regionais, modos de implantação de redes e serviços de saúde e condução da gestão a nível regional. Em relação a este tema foram identificadas as seguintes categorias:

Figura 2 - Caminhos percorridos na conformação das Regiões de Saúde



Fonte: A autora, 2022.

Em discurso comum nas entrevistas, os caminhos se deram em um **processo descentralizado, com participação de gestores locais no desenho regional** e constou inicialmente em preparar uma proposta a nível central em que eram categorizados critérios como malha viária, contiguidade geográfica, capacidade instalada, vazios assistenciais e necessidade de saúde semelhantes entre os municípios da região. Estes critérios eram apresentados em discussão descentralizada junto aos municípios e assim os desenhos das regiões iam se conformando à medida que os gestores locais e SES discutiam as adequações e validavam os mapas das regiões.

A capacidade de deslocamento da população pelo acesso né, e naturalmente tem alguns outros condicionantes por exemplo: afinidades na região por determinados equipamentos de saúde (Entrevistado, CE).

Então, a população que tem necessidades semelhantes, que tem uma malha viária que facilita o deslocamento, a resolutividade dos serviços que existem naquela região (Entrevistado, AL).

Então é dentro dessa lógica que o desenho de regionalização, ele está sendo construído. Nós definimos os pontos de atenção é um desenho estadual, e aí, vai trabalhar com as regiões de saúde (Entrevistado, PI).

Ao montar a proposta de região de saúde para debate entre os gestores locais, as SES se orientavam pelas normativas que indicavam a região como território para execução das ações e serviços de saúde de uma rede de atenção, constituindo um espaço contínuo e delimitado por identidades culturais, econômicas e sociais, além de uma rede de transportes e comunicação compartilhadas. Nesta direção, os mapas de saúde representam o recurso para identificar e localizar as necessidades de saúde, orientando o planejamento e intervenções necessárias entre os municípios envolvidos para construção de metas compartilhadas (DUARTE *et al.*, 2015).

Instituir um desenho de região de saúde, delineando redes e responsabilidades sanitárias, sob coordenação do estado, de acordo com diretrizes nacionais constitui a essência organizativa do Sistema Único de Saúde em seu âmbito sistêmico. O modo de operacionalizar a constituição das regiões de saúde mencionado nas entrevistas segue esta afirmação e remonta um comportamento que procura não se limitar somente às questões de oferta e demanda, mas também a outras igualmente relevantes, como espaço geográfico, transporte, relações econômicas e de poder entre os municípios (RIBEIRO, A., 2004; SANTOS, 2018).

Quanto às adequações, foi contundente nos discursos falas que tratam sobre pedidos de municípios para mudar de região, diante da proposta inicial apresentada pela SES, com a justificativa de facilidade nas relações e pactuações com municípios em que havia uma articulação anterior ao processo, seja para referência em alguns serviços de saúde ou mesmo por afinidade política. Os entrevistados avaliaram que não eram questões técnicas, em sua maioria, mas que acabavam acatando as proposições, visto que já era uma relação instituída.

Uma decisão política é, da saída de determinado município de uma região para ir para uma outra região por uma condição meramente de afinidade, ou seja, eu não me senti acolhido em uma determinada região de saúde, então eu não quero não fazer parte dela, isso não quer dizer que seja melhor para população, tá? Isso quer dizer que por uma conveniência de gestão, porque o processo de regionalização ele acaba sendo político, né? Ele é político, ou seja, se os gestores eles definirem que o processo de regionalização dar-se-

á de um jeito, ele vai, não há uma consulta direta por exemplo para que se avalie com a população, que seriam os beneficiários de imediato (Entrevistado, CE).

O estado de Pernambuco atuou nos territórios nos momentos de instituição dos mapas regionais com um estímulo muito forte à participação de uma ampla frente de atores e setores notáveis localmente, incluindo nos debates representações do âmbito político, jurídico e social. Com isto, houve participação não somente de secretários(as) e técnicos(as) do setor saúde dos municípios e estado, mas também de câmara de vereadores, Ministério Público, Conselhos Municipais e Estadual de Saúde e sociedade civil organizada.

A gente trabalhou envolvendo secretários municipais de saúde, gerentes de GERES, conselho estadual de saúde. Nas nossas grandes reuniões a gente ampliava para o Ministério Público, câmara de vereadores, sociedade civil, assim o processo como um todo foi extremamente rico, ele aconteceu nas 11 regionais de saúde, foi quando a gente conformou a 12ª regional de saúde. Foi validado e depois foi feita a devolutiva e o COSEMS viu enquanto conselho de saúde e secretários, participou o tempo inteiro (Entrevistado, PE).

Lima *et al.* (2012) afirmam que a presença de atores com relevante representatividade político-institucional e consequente legitimidade e poder de articulação, necessárias para mediar e solucionar possíveis conflitos inerentes em um espaço de governança, quando somados a equipes técnicas qualificadas na área a ser discutida é crucial na adoção de novas experiências de planejamento e gestão em saúde.

Compreendendo esta questão, a gestão estadual do Maranhão que estava à frente da SES no momento da entrevista, ao reconhecer as fragilidades nesse aspecto, tomou a iniciativa de aproximação com os gestores locais na pauta de constituição das regiões de saúde, a qual herdou o seu desenho das regiões administrativas já existentes.

Porque o que é que a gente tem quando tu falas de estado, tem uma secretaria e tem um conjunto de municípios. Tinha um ente que estava solto, que é o ente regional. Na composição administrativa do Maranhão, o Maranhão é dividido em 19 regiões de saúde, regiões administrativas que se tornaram regiões de saúde. Quando a gente pactuou o que significa uma região, embora a gente tenha controvérsias, porque nem tudo se sustenta, se autodefine no conceito do Decreto 7508, mas tem uma configuração. Então esse ente regional ele estava fora da discussão, o município ele era acessado diretamente pelo estado, ou então o município fazia uma vida independente (Entrevistado, MA).

O que eu percebo agora, a gente está... as comissões intergestores regionais estão entendendo o que é seu papel, as discussões estão ficando na região, e aí, a discussão da Atenção Primária está indo para região também. Porque o que é que a gente tinha, a gente tinha municípios que não davam conta de muitas coisas, nem da Atenção Primária (Entrevistado, MA).

A representação do Ceará detinha um discurso muito forte de valorização da Atenção Primária à Saúde, por acreditar que a discussão não pode ser apenas de âmbito operacional, mas de instituição também de um modelo de atenção que atenda às racionalidades necessárias para o sucesso da Regionalização e insira um paradigma ideológico na assistência e gestão.

O que a gente está tentando aqui discutir é a questão do modelo de atenção, se eu não entendo isso nosso sistema está falido, assim como a Espanha e outros países na Europa sobretudo, eles vem desenvolvendo uma agenda de transformação e a gente também quer começar a discutir isto com gestores, trazendo obviamente as experiências exitosas dentro daquilo que a gente pode considerar como necessário para o sistema de saúde [...] a gente hoje defende por exemplo que a atenção primária à saúde deve ser priorizada, eu acho que isso no mundo inteiro, no mundo inteiro, mas a gente sabe que tem linhas que advogam também por outra atenção, é um modelo de organização, a gente precisa entender um pouco como que seria esta coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde, que não tá clara sabe (Entrevistado, CE).

Se os municípios eles tivessem realmente assim como sabe, a sua grande meta, seu grande desejo, sua grande prioridade a Atenção Primária à Saúde, nós teríamos menos problemas (Entrevistado, CE).

Na conformação de Regiões e Redes de Atenção à Saúde de sistemas universais, a Atenção Primária à Saúde é peça fundamental para integração e resolutividade na assistência. Conseqüentemente, para a regionalização a APS é crucial, visto que a integração dos níveis assistenciais que compõem uma região de saúde precisa de ordenamento e coordenação, realizada por esta. Visando bem-estar e uma rede de assistência que cumpra tal objetivo, SUS e APS precisam estabelecer redes capazes de coordenar o cuidado desde territórios de grandes centros urbanos aos localizados nos mais longínquos interiores do país, e esta defesa foi uma clara opção da gestão do Ceará para conformar e manter suas regiões de saúde (BOUSQUAT *et al.*, 2019).

Todos os entrevistados relataram que o processo de conformação do desenho regional em seus estados aconteceu com a participação dos gestores locais. O tipo de participação se deu para aprovação, sugestão e validação do desenho estudado e

proposto pela SES. O fato de ser um produto de mapeamento e territorialização implica que os atores locais estejam envolvidos para que possam compartilhar as experiências, rotinas e analisar a viabilidade da execução do plano em realidade local. Todavia, uma observação relevante neste processo são as interferências de cunho político e partidário, que podem atravessar os debates técnicos.

A gente tem o que é semelhante, segundo o perfil epidemiológico da região, para onde naturalmente você vai, você se desloca ... não é tão perfeito assim, porque também tem interferência política, que de vez em quando o município pula da linha ou entra na linha (Entrevistado, AL).

A gente hoje ainda sente a necessidade de diminuir esse número de regiões de saúde e não é coisa que seja fácil porque tem a questão política também, que deve existir em todos os estados [...] Houve uma época em que a gente tinha o município aqui que ele fazia parte dessa região aqui por que a esposa do prefeito daqui era a prefeita daqui e queria participar da mesma região de saúde que o prefeito era na época (Entrevistado, PB).

Cientes das relações horizontais que existem nos territórios, os gestores estaduais compreendem que sem a validação e participação dos gestores regionais a proposta poderia não alcançar sucesso nas regiões de saúde. Seria preferível que esta fosse construída desde sua primeira fase nos territórios, mas entende-se que um olhar global, avaliando e ponderando os critérios em todo o estado, precisa ser realizado em momento anterior. Isto pode conotar a qualidade técnica e o respaldo que a gestão estadual precisa disponibilizar enquanto coordenadora no processo, ao mesmo tempo em que deve considerar o olhar e realidade local.

A regionalização da saúde está diretamente ligada à estrutura e organização territorial em seus aspectos relacionais, econômicos e políticos. Este cenário imputa um desafio na implantação de uma rede homogênea frente a uma heterogeneidade no território, que por sua vez exige uma regulação centralizada que não deixe para trás a autonomia de gestões locais (LIMA *et al.*, 2012). Respeitar e considerar o lugar e fala da representação local é determinante para o bom andamento na condução da regionalização e, dentre os fluxos estabelecidos para instituir o desenho regional houve esse esforço pelos estados nordestinos. Um cuidado a ser adotado é na qualidade do debate e tomada de decisão no momento das discussões locais, pois é imprescindível superar os critérios de relações políticas e partidárias que fortemente influenciam as solicitações dos gestores municipais.

Mesmo com conceitos e critérios definidos nas orientações normativas, o processo de instituição das regiões de saúde pode revelar algumas contradições práticas. Nesta perspectiva, a **atualização dos mapas das regiões via Plano Diretor de Regionalização** constitui uma categoria importante na compreensão sobre a atuação da gestão estadual diante das necessidades de adequações e atendimento às demandas das regiões.

Os planos diretores podem precisar de uma adequação diante de três demandas de ordem prática: os arranjos políticos, administrativos e orçamentários. É possível que o processo de conformação das regiões de saúde se constitua em torno desses três elementos, ficando tantos outros critérios recomendados na normativa em segundo plano (XAVIER *et al.*, 2019).

Neste íterim, há algumas particularidades que são válidas de destaque, a saber: os estados da Bahia, Paraíba e Sergipe têm mantido seus mapas das regiões de saúde estáveis após instituídos. As adequações acontecem quando há solicitação de municípios para mudanças de região, o que é avaliado quanto aos critérios e atendidos, geralmente.

Do primeiro PDR para o de agora uma região se dividiu em duas porque estava muito grande. Uma outra pegou um pedaço dos municípios, mas não teve grandes modificações, a gente tem mantido ele muito, muito fixo (Entrevistado, BA).

Tem município (que ele é Salgado) que ele expressou uma vontade, eu não sei em que nível, se ele veio direto para aqui, não sei se já tratou, o que me foi passado foi, Salgado quer mudar de região, ele quer vir para a região de Aracaju, sair da região de Lagarto, e aí como é que se trata? Precisa primeiro conversar com eles sobre os motivos e tal, para que a gente possa depois fazer uma discussão no colegiado dele e no colegiado de quem vai receber para ver se quer receber, porque tem uma questão de ter remanejamento de recursos com relação à população dele [...] então assim, essa discussão é feita no colegiado interfederativo regional de quem quer fazer mudança. Nunca houve, da parte do estado, pelo que eu estou vendo, de dizer assim: “Não, eu quero fazer uma proposta de mudança no PDR”. Não, mas depois de instituído, as acomodações foram de municípios (Entrevistado, SE).

Durante todo esse processo, alguns municípios de periferias de regional pleitearam mudanças, por causa de facilidade. Às vezes você está com o município numa região, mas, em função de desenvolvimento das vias, de estradas, ele ficou mais fácil de ir para uma outra sede do que ir para sede que ele pertencia anteriormente, então houve algum ajuste nesse processo durante o tempo, coisas muito pontuais (Entrevistado, SE).

Alagoas, Piauí e Rio Grande do Norte referiram em suas falas a prática de atualização do Plano Diretor de Regionalização, em decorrência da publicação das

novas orientações do Decreto 7508/2011. A ênfase é dada para o Piauí, que tem uma característica bem normativa e declarou atualização do plano a cada mudança de legislação do SUS, mas existe intuito técnico de adaptar o plano, que é descentralizar serviços no estado.

Em 2003, quando eu cheguei à Secretaria Estadual de Saúde, o estado estava concluindo o primeiro Plano Diretor de Regionalização do estado. Ele foi concebido em 2002, foi finalizado em 2003, então esse plano diretor, como ele teve como base legal, principalmente a NOAS, ele foi construído a partir de um viés puramente assistencial. Atendendo todas as diretrizes preconizadas na NOAS 01 de 2001, na NOAS 02 (Entrevistado, PI).

Coincidentemente com o advento do pacto, nas três dimensões, em 2007 o Governo do Estado do Piauí institui uma lei complementar de nº 87 que redefine a territorialização no Estado. Então, ao redefinir esse processo de territorialização, eles fazem o redesenho do Estado em 11 territórios de desenvolvimento (Entrevistado, PI).

Com essa atualização e considerando que a portaria que criou o pacto pela saúde ela extinguiu todas as outras portarias anteriores, inclusive as NOAS, as normas operacionais básicas da assistência, nós trabalhamos apenas a ideia da região de saúde, e a diretriz vigente até o momento no Ministério da Saúde é o fortalecimento da região de saúde, o decreto 7508, ele já fortalece esse processo de regionalização, fortalece, também, a concepção do planejamento Regional, portanto não mais o planejamento local, mas o planejamento integrado (Entrevistado, PI).

No contexto da Regionalização, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), é um instrumento normativo que confere ordenamento ao processo. Abrangendo conceitos como módulo assistencial, município sede, município polo, unidade territorial de qualificação na assistência à saúde e microrregião, o PDR construído pelos estados e regiões de saúde deverá promulgar o desenho que expressa a identificação e autoridade das regiões de saúde, procurando garantir a qualificação da assistência e racionalização dos gastos (DUARTE *et al.*, 2015).

O Decreto 7508/2011 impulsionou a discussão e atualizações do PDR na perspectiva da assistência e fortalecimento das redes temáticas de saúde, o que contribuiu para discussão de qualidade da assistência, descentralização de serviços de saúde e intervenção nos cenários de vazios assistenciais (BRASIL, 2011). O cuidado no acompanhamento e avaliação frequentes do PDR pode demonstrar uma busca de atualizar os debates nos estados e manter a pauta presente nas regiões de saúde, o que foi mais evidente em um terço dos estados do nordeste.

Contudo, planejar o aumento do número de serviços de saúde no estado, seguindo uma estratégia de descentralização e consequente fortalecimento das redes de saúde, exige uma dotação orçamentária para execução das ações e, neste aspecto, as entrevistas revelaram o **investimento orçamentário como fragilidade no processo** de conformação das regiões de saúde. Diante disto, foi unânime nas entrevistas a fala sobre a não atualização do Plano Diretor de Investimento (PDI), uma vez que não se vislumbrava mudanças no cenário orçamentário. Com isto, o PDI ocupou um lugar pouco notado e priorizado.

PDI, por exemplo, há muito tempo que ninguém nem discute PDI. Até porque o próprio estado, né, da própria Secretaria de Estado, ela não está conseguindo propor nem sequer cofinanciamento de programas comuns, políticas comuns, entende? Então não está nem fácil a discussão de PDI (Entrevistado, RN).

A gente terminou de fechar o PDR 2011, ficou faltando o PDI e o Secretário da época disse que não teria PDI, porque não tinha dinheiro e se não tinha dinheiro e se é plano diretor de investimento, como é que eu vou ter plano diretor de investimento sem recurso? Então o Ministério não sinalizava aporte de recurso para coisa nenhuma, a não ser algumas assistências pontuais e quando se torna gritante: Pernambuco tem uma epidemia de alguma coisa aparece o dinheiro de algum lugar para essa alguma coisa, mas sistematicamente nem aqui, nem em lugar nenhum [...] neste, foi o primeiro dos anos que eu estou aqui que não tem PDI, porque não tinha proposta de recurso (Entrevistado, AL).

Eu diria que o PDI a gente nem fala, né? Porque o PDR que veio em 2011 também ele não veio acompanhado do PDI. Então você tem um PDR que se limitou a fazer um redesenho de território, mas você não garantiu atrelado a isso o instrumento que seria natural de acompanhá-lo que é o plano de investimento (Entrevistado, PE).

Viana *et al.* (2017b) descreveu três dimensões que influenciam no processo de regionalização: Política, Estrutura e Organização. Segundo os autores, na dimensão de Estrutura, a principal deficiência apontada pelos gestores e prestadores de serviços nas regiões de saúde é a insuficiência de recursos físicos nas regiões, seguida pela insuficiência de recursos humanos e de financiamento das RAS. Explicado pelo peso do financiamento municipal nas regiões, sempre superior à participação das outras esferas que, apesar de importante, mesmo associado ao bom desempenho da dimensão Política, não é capaz de superar a deficiência de serviços de média e alta complexidade em muitas regiões de saúde (VIANA *et al.*, 2017b; SHIMIZU *et al.*, 2017; SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

Como estratégia de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na Região, o Decreto 7508/2011 orienta a assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, o qual contratualiza responsabilidades entre seus representantes. O COAP neste caso foi pensado como uma solução para compartilhar e angariar recursos, o que poderia sanar o desafio imposto pelo PDI. Todavia, mesmo com a proposta do COAP indicada no decreto, os gestores convergem suas análises sobre esta questão em semelhança ao PDI, sendo o COAP expressamente comentado nas entrevistas como um instrumento que perdeu força à medida em que os municípios não tinham qualquer vislumbre de aumento de investimento financeiro para operacionalizar o contrato.

A gente acredita que tem uma série de questões que ainda não foram adequadamente e suficientemente resolvidas em relação a esse COAP, criando um sentimento de insegurança dos gestores municipais e dos gestores estaduais (Entrevistado, PI).

Termina que se transforma num papel assinado e não assume as responsabilidades que estão postas lá no documento e não há o monitoramento [...] O ministério lança as portarias, lança os instrumentos e depois vai caindo no esquecimento, caindo no esquecimento e termina aqui. Eu não achei... não vi nenhum assim, algo que incentivasse, que estimulasse a assinar o COAP. Sinceramente aqui não vejo nenhuma perspectiva não (Entrevistado, PB).

A gente não tem como trazer mais essa responsabilidade para gente sem discutir recurso novo, para gente é muito difícil (Entrevistado, PE).

Visto por alguns pesquisadores como uma estratégia de segurança jurídica aos que aderirem a este contrato, o COAP por algum tempo foi defendido como fundamental para a operacionalização do processo de regionalização. A administração pública por contratos foi mencionada como sucesso em outros países, tais como França, Itália e Espanha (SANTOS; ANDRADE, 2011; LÓPEZ-VALCÁRCER, 2006).

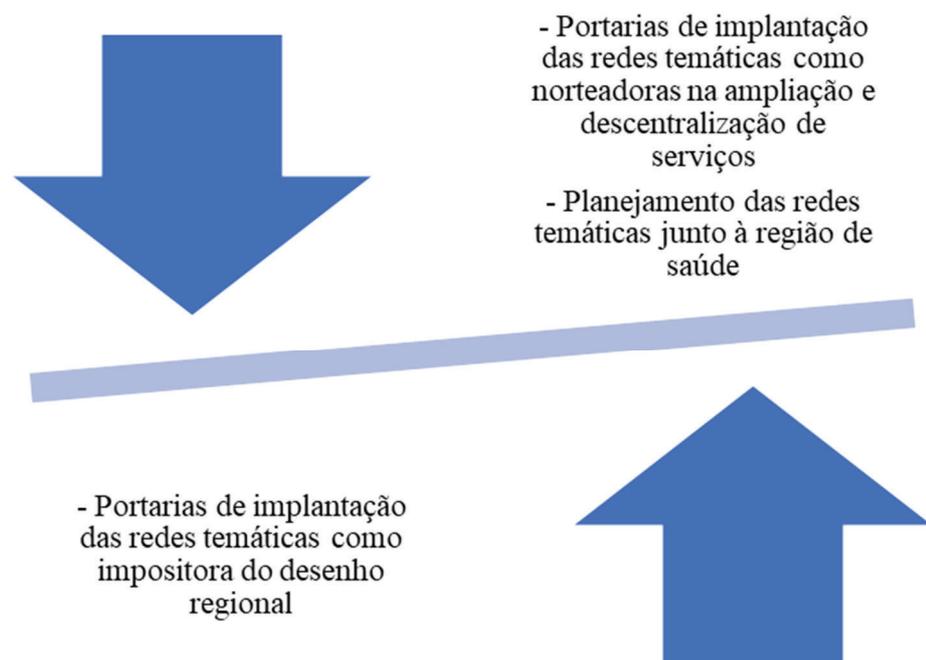
Todavia, quando ponderado pelos atores que operam a gestão da assistência nos diversos municípios e regiões de saúde, a análise toma outra direção. Em pesquisa realizada com 412 municípios brasileiros localizados em 256 regiões de saúde, em avaliação do COAP realizada por municípios que assinaram o contrato em sua região, mais da metade das respostas foram negativas, especialmente nos quesitos estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde e identificação

das necessidades de saúde locais e regionais. Este resultado converge com a opinião dos entrevistados quanto a pouca eficiência do COAP na prática e cotidiano dos municípios, além de certa resistência fundamentada no argumento da incipiência de novos recursos (SILVA; MOTA, 2015). Diante disto, o financiamento para estruturar as regiões de saúde continua sendo um importante complicador para o bom andamento do processo de regionalização da saúde nos estados.

5.1.3 Dialética das normativas na consolidação dos desenhos das Redes Temáticas

Em relação a esta temática foram identificadas as seguintes categorias:

Figura 3 - Dialética das normativas na consolidação dos desenhos das Redes Temáticas



Fonte: A autora, 2022

Com a missão de estruturar as regiões e Redes de Atenção à Saúde em todo o território de modo racional e funcional, os estados vislumbraram **nas portarias de implantação das redes temáticas como norteadoras na ampliação e descentralização de serviços**. A orientação para abertura de serviços em linhas de cuidado prioritárias, tendo a região de saúde como principal objeto (BRASIL, 2014)

contribuiu para o fortalecimento da Regionalização. Neste sentido, é plausível compreender as normativas como uma estratégia de destaque e relevância neste processo, uma vez que configuram uma ferramenta de operacionalização e viabilidade deste.

Além disso, as diretrizes apresentadas nas normativas de implantação das redes prioritárias norteavam e padronizaram alguns pontos elementares para constituição dos processos, como critérios para implantação dos serviços, que conformam a elegibilidade do território. Para estados com cenários complicadores, como os de contextos centralizadores da administração da saúde, esta condição é de suma importância para que se crie meios de descentralização da governança.

A proposta de estruturação das Redes de Atenção à Saúde oferece uma relevante possibilidade para intervir e minimizar a fragmentação do sistema, visto que favorece acesso, continuidade e racionalização de custos. Para conduzir o processo de implantação das Redes é necessário um sistema de fortalecimento de governança, com efetivas parcerias e cooperações entre os sujeitos políticos e sociais envolvidos (SHIMIZU, 2013; MENDES, 2011). Neste sentido, atuar por fortalecer as RAS nas regiões exige um esforço compartilhado e orientado.

A gente fez o dever de casa bem direitinho, planejamento ascendente. A gente trabalhou da base para cima, a gente trabalhou envolvendo secretários municipais de saúde, gerentes de GERES (Entrevistado, PE).

O Nordeste é desigual em capacidade instalada, havendo concentração de investimento em capitais e alguns polos no interior. A baixa densidade populacional e pouco dinamismo econômico em muitos municípios configura um empecilho para a estruturação de redes regionalizadas (ALBUQUERQUE, 2013).

Considerando a questão da concentração populacional no estado do Piauí, 80% dos Municípios do estado do Piauí têm menos de 20 mil habitantes. Somente um município tem mais de 100 mil, somente um município tem mais de 500 mil habitantes (Entrevistado, PI).

Este contexto é reconhecido pelos entrevistados, que relatam a existência de vazios assistenciais em muitas regiões de saúde. Esta configuração direciona a tomada de decisão das gestões estaduais para priorizar em seus planos de implantação das redes de atenção à saúde a ampliação e descentralização de

serviços de média e alta complexidade direcionados para suprir os vazios assistenciais identificados.

A média e a alta complexidade são a crise. Primeiro, que os municípios são muito pequenos, eles não têm escala para montar uma média complexidade, o máximo que se consegue é nas sedes regionais (Entrevistado, SE).

A estruturação de sistema de saúde regionalizado e hierarquizado por nível de atenção, tendo como base um determinado território, foi mencionado pela primeira vez no Relatório Dawson em 1920. Adotado no sistema nacional de saúde britânico em 1948, o que possibilitou acesso qualificado e a baixo custo e passou a orientar os sistemas em vários países do mundo (SHIMIZU, 2013). Este modelo é aceito e defendido pelos gestores entrevistados.

O mapeamento realizado da capacidade instalada e vazios assistenciais em seus territórios foram os guias para o planejamento da implantação das redes nos estados nordestinos. Destaque para o Ceará e Maranhão pelo esforço em trabalhar além da lógica da análise de oferta, mas em discutir internamente e com as regiões o modelo de atenção que valoriza o papel da Atenção Primária nos municípios.

O secretário sempre fala que é preferível que os municípios aloquem todo seu recurso na Atenção Primária e procurem responder da forma mais eficiente, mais efetiva possível as necessidades da população do que eles quererem, por exemplo, pactuar média e alta complexidade, coisas que a gente não vai conseguir porque o custo é muito maior. Quando for para referência, por exemplo, para alta complexidade, deixe que aí é um problema do estado, aí é um problema do estado. Se os municípios, eles tivessem realmente assim como sabe, a sua grande meta, seu grande desejo, sua grande prioridade a Atenção Primária à Saúde, nós teríamos menos problemas (Entrevistado, CE).

O plano estadual foi para o Ministério e veio para reformular algumas observações. Então nesse momento, eu entendo, que a gente está ainda tirando a Atenção Primária da margem, recompondo a Atenção Primária nos grupos condutores, se aproximando da temática, e aí a gente se aproxima de conhecer a capacidade instalada (Entrevistado, MA).

A organização das redes baseada na Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta validada pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS, visto a necessidade de estruturar modelos que possibilitem um arranjo que ofereça serviços equitativos e integrais para uma determinada população (OPAS, 2008). Desse modo, a APS é estratégica e conota eficiência no cuidado e, cientes disto, Maranhão e Ceará investem em debater este modelo nas pautas com as regiões.

A operacionalização do processo de implantação das redes temáticas nos estados obedeceu a diretrizes padrões, de acordo com normatizações e protocolos de implantação de Redes de Atenção à Saúde divulgados pelo Ministério da Saúde. Nessa direção, as fases seguiam em realizar o diagnóstico situacional, formar grupos condutores, pactuar fluxos e pontos de atenção, contratualizar os serviços, para enfim planejar qualificação e certificação da rede (BRASIL, 2014).

Os grupos condutores estaduais foram os espaços colegiados de potência para que fossem planejados e executados os planos estaduais e regionais de redes nas áreas temáticas prioritárias, a saber: rede cegonha, de doenças crônicas, urgência e emergência, psicossocial e atenção à pessoa com deficiência.

Com as orientações e normativas à frente, os estados realizaram o diagnóstico situacional, traçaram o planejamento nas cinco redes prioritárias e buscaram discutir nas regiões de saúde a execução e viabilidade dos planos. Para a primeira fase, entrevistados do Ceará e Pernambuco relataram ter utilizado os dados dos Sistemas de Informação em Saúde para subsidiar as análises.

Uma questão muito importante que a gente utiliza para definir as prioridades são os nossos sistemas de informação [...] A gente vai fazendo à luz dos sistemas de informações enquanto uma ferramenta gerencial para dar conta das necessidades (Entrevistado, PE).

Identifica-se algumas fragilidades, dentro desta linha de cuidado, como os vazios assistenciais que a gente tem, aqueles exames que não estão sendo contemplados, tudo isso pelo sistema de informação. A gente faz uma leitura e identifica todas as necessidades apresentadas (Entrevistado, CE).

Em alguma medida, visto que havia estados com debate avançado em algumas redes mais que outras, todos realizaram o **planejamento das redes temáticas junto à região de saúde**, cujas discussões regionais se deram para concluir os planos das redes em acordo com necessidades locais. Alguns destaques analisados nas entrevistas são: Paraíba foi o único estado que, além das pactuações para conclusão dos planos, conseguiu concluir a primeira fase da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde – PGASS, com a contribuição do apoio institucional, o que reflete o esforço do trabalho local nas regiões; o Piauí buscou atualizar o desenho regional para que pudesse descentralizar o máximo de serviços; Pernambuco procurou trabalhar com os municípios referência nas regiões em capacidade instalada para delinear um plano que garanta a retaguarda assistencial e complemente o já existente para fortalecer a região; e Ceará, que possuía um cenário favorável para este

processo dado a instituição de uma rede de média e alta complexidade descentralizada, representada pelos serviços das policlínicas e hospitais regionais.

O Maranhão apresentava um vazio assistencial relevante e um cenário econômico preocupante, uma vez que possui muitos municípios com baixo poder aquisitivo. Todavia, por estar na fase de transição de modelo de gestão, investiu na discussão com as regiões e tem no apoio e fortalecimento da gestão regional como objetivo na condução da Regionalização e implantação das Redes de Atenção à Saúde.

Para fins de investimento e de captação de recursos, ou a gente tinha uma concentração populacional, uma densidade populacional que justificasse a implantação de um serviço de alta complexidade, ou nós continuaríamos a ter uma concentração na oferta desses serviços na capital. Então a atualização do PDR, em 2015, foi feita tendo esse viés (Entrevistado, PI).

A discussão da modelagem é que a gente vai trabalhar com essas redes de forma regionalizada, que a gente vai utilizar aqueles municípios historicamente que já vem se destacando naquela atividade, naquela ação, de como eles poderiam, com a capacidade instalada que tem, ampliar e atender outros municípios da região. Tudo isso impacta na programação financeira pra que a gente possa fazer esse redesenho e rediscussão (Entrevistado, PE).

Esta atitude reflete os apontamentos de Shimizu (2013), a qual afirma em seu estudo que o caminho para construção do planejamento integrado e regionalizado é iniciado pela gestão estadual e sua capacidade de adotar uma postura dialógica com os entes envolvidos e, nesta atuação a maior prioridade são as regiões que apresentam mais dificuldades para desenvolver sua rede de serviços.

O olhar para a região de saúde e suas complexidades, considerando a população local, os interesses dos gestores da região, as relações instituídas e os serviços existentes são crucial para uma condução estadual assertiva e alinhada com os preceitos da forma organizativa do SUS. Esta é uma visão que deve extrapolar o local de município, mas ter em vista toda uma região e suas particularidades. Assim, a mediação e construção do debate deve estimular que o município de grande porte compreenda as necessidades dos de menor porte e reconheça seu papel de referência na região, assim como os de menor porte deve considerar os recursos regionais para referenciar seus munícipes (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Na perspectiva do planejamento regional que as redes precisam ser implementadas e instituídas, tomando como base a realidade local e as normativas

condutoras do processo de maneira a estimular o desenvolvimento da região. Entretanto, Viana e Lima (2011) afirmam que mesmo com avanços, como a constituição de espaços de governança regional e evolução dos marcos geográficos da regionalização e programação de oferta, ainda é preciso avançar na pactuação entre gestores para a integração regional. Este é um desafio que ainda parecia realidade dos estados nordestinos em tempo deste estudo.

O Rio Grande do Norte e Sergipe procuraram incentivar a realização dos planos regionais vislumbrando as normativas da PGASS, mas criticam o não apoio do Ministério da Saúde para sua execução nem em alguns momentos operacionais do processo ou mesmo disponibilizando novos recursos.

O próprio Ministério, por um tempo, ele passou meio quieto em relação às questões, digamos, é... de alavancar os pressupostos do decreto. E o estado, e todos os estados, sofreram influência disso, né? Dessa quietude, digamos assim (Entrevistado, RN).

Você sabe que o PGASS é uma ilusão, né? Porque a PGASS é você identificar as necessidades da população, em termos de saúde, considerando os aspectos epidemiológicos, mas tem o aspecto financeiro que não permite a execução dela (Entrevistado, SE).

É compreensível a preocupação dos estados na qualidade do suporte e direção que a esfera federal possa ofertar neste processo, visto que é preciso considerar muitos fatores para a eficiência da organização das redes de atenção, como economia de escala, recursos, acesso, integração horizontal e vertical, formalização de territórios sanitários (MENDES, 2011). Porém, a autonomia e proatividade da gestão estadual, igualmente responsável por tal eficiência, precisa ser compreendida e exercida pelos atores, para que o sucesso ou fracasso da condução do processo não seja depositado em um ente federado apenas.

Considerando todos os contextos e entrevistas, ao analisar o esforço dos estados em instituir o processo de implantação das redes em uma perspectiva de participação e fortalecimento regional, a Bahia e Alagoas foram os estados que menos expressaram tal perspectiva. Apesar do planejamento e algum esforço para implantação das redes possuir uma perspectiva de atuação nas regiões de saúde, a entrevistada de Alagoas considerou que as linhas de cuidado mais completas continuam centradas nas duas regiões de referência do estado, Maceió e Arapiraca. A Bahia avaliou que mesmo havendo a estratégia de realização de discussões do planejamento das redes temáticas prioritárias nas regiões de saúde, trabalhou-se com

algo muito pré-formatado, sem maiores possibilidades de contribuição da gestão local.

Hoje a gente só tem duas macros, que é Maceió para primeira macro, que a linha vermelha divide essas regiões, e Arapiraca para segunda macro. Por que Maceió e Arapiraca? Maceió porque é capital e Arapiraca porque é o maior município do Estado de Alagoas, ele tá bem no centro do estado e tem alta complexidade como Maceió tem [...] você tem Maceió e Arapiraca que concentra a maior oferta de serviços não só de saúde, mas se você for analisar a economia desses municípios, a oferta de Educação, etc. (Entrevistado, AL).

Aí tem o grupo de redes, o grupo condutor de rede e o planejamento das redes, mas também, quando vai para a região, vai muito amarrado, já vai com a planilha, já vai para discutir, para preencher, aqui vai ser o ponto, aqui não vai ser o ponto. Não nasce de um diagnóstico, a priori, para depois fazer a planilha. Desce com as planilhas arrumadas. Essa é uma síndrome do país inteiro com a história das redes, porque o ministério direciona muito, nas portarias, do que como vai ser o ponto de atenção tal tem que ter isso, isso e isso, é muito normatizado (Entrevistado, BA).

O caso Alagoas e Bahia, ambos com dificuldade de manter uma contínua e próxima relação com as regiões de saúde, apresentou como reflexo na organização das redes de atenção uma fragilidade na governança compartilhada. Ao estudar a percepção dos gestores do SUS acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil, Shimizu (2013) afirma que o processo de governança das regiões é intrinsecamente ligado à forma como ela foi concebida, do contexto em que ela foi formada. Destarte, fica posto um desafio para estes estados no sentido de superar esta limitação.

Compreende-se que as normativas podem dispor de um direcionamento para execução dos processos em estados de diferentes contextos. Entretanto, os critérios divulgados nas portarias para credenciamento de serviços específicos das redes temáticas por vezes não projetavam a realidade dos estados, em especial os que possuíam uma razoável quantidade de municípios de pequeno porte, o que tornava as **Portarias de implantação das redes temáticas como impositora do desenho regional**.

As entrevistas evidenciaram o quanto os ditames das portarias de implantação de serviços impunham um desenho regional diferente do estabelecido até então. Diante disto, para angariar os recursos e atender às normativas, os estados precisavam realizar adequações e novas pactuações com os municípios e regiões.

E o ministério é esdrúxulo demais. Se você pegar uma portaria de sala de estabilização desse país, no mínimo, estava bêbado quem escreveu. Porque

ele bota uma tecnologia que é inviável em qualquer município do país. [...] aí o ministério traz numa portaria de sala de estabilização para inserir nos municípios x, y e z, com tais e tais populações, se não tiver x de população não tem sala de estabilização, quer dizer, quem for pequeno morra (Entrevistado, AL).

A gente tem a maior parte, acho que 80% das cidades possuem menos de 20 mil habitantes. [...] a gente tem problema, enquanto estado, de colocar uma política, tipo, mamografia, por quê? Porque pelo Ministério da Saúde, para tantos habitantes têm que ter tantos mamógrafos. Aí, então, a depender da quantidade de mamógrafos para a população estadual, você não consegue nem botar nas regiões, entendeu? Então, essa questão interfere muito na questão de você ter autossuficiência na questão da média e alta complexidade. Só existe uma região plena de média e alta complexidade, que é a região de Aracaju, que é onde está a capital, só (Entrevistado, SE).

Dos nove estados nordestinos, o Piauí evidenciou um projeto mais complexo no que tange novos arranjos territoriais, formalizados em Plano Diretor de Regionalização e discutidos em Comissões Intergestores Regional. A proposta consistiu em agrupar regiões de saúde para que se alcançasse a quantidade de habitantes preconizada em determinadas portarias e assim, conseguisse implantar um serviço em locais mais descentralizados e próximos dos municípios de menor porte.

Somente um município tem mais de 500 mil habitantes, que é justamente o município de Teresina. Além da capital, você tem 30 municípios que ficam aqui, no entorno de Teresina, municípios pequenos, mas que é, conformam esse território denominado de Entre Rios. Então, considerando que dificilmente o estado iria fazer investimentos para dotar esta região com cinco municípios de autonomia, em termos de oferta de serviços em todos os níveis de complexidade, o que é que a gente percebeu? Nós precisamos trabalhar um processo de agregação inter-regional para dar possibilidade, inclusive ao estado, de captar recursos financeiros para investimento na implantação das redes de atenção à saúde (Entrevistado, PI).

Não obstante, mesmo com o esforço despendido para atender às normativas, o Ministério da Saúde modificava algumas diretrizes das portarias no decorrer do processo, o que causava frustração na gestão estadual, além do desconforto e descrédito diante dos gestores regionais.

Eu, enquanto rede de urgência, fui lá pactuar com eles. Primeiro eu fui prometer a questão da sala de estabilização, conforme a portaria 1010 coloca. Financiamento de trinta e cinco mil custeio/mês [...] aí eu fui, pactuei, todo mundo aderiu, fizemos os cadastros, botamos lá no sistema a solicitação de habilitação, tal, tal... está no plano tudo certinho. Seis meses, um ano depois, vem dizer assim, ó: essa portaria a gente vai modificar para tal, aí muda, sai de um leito pra dois leitos, exige que ela tenha coisa de energia vinte quatro horas, caso falte energia tem que ter um gerador, nobreak para não sei o quê [...] os secretários dos municípios, aprovou um score, dizendo que: "ah, choveu de habilitação, a gente não tem dinheiro pra financiar todos, então vamos fazer um score", que não estava na portaria anterior [...] O que

é que diz o score? A unidade precisa estar a tantos quilômetros de distância de outra unidade hospitalar. A unidade precisa ter tanto de população. A gente só teria uma sala de estabilização! A gente tinha dezenove e, pelo score, ficou uma! Aí como você negociou tudinho, aí agora vai dizer que só um tem direito? (Entrevistado, SE).

Sobre a indução ministerial, Almeida *et al.* (2016) relatam que alguns estudos têm retomado o debate sobre as implicações e contradições da estrutura federativa na descentralização e regionalização do SUS, muito por haver diferentes visões, projetos e ideais entre governos, que nem sempre são em defesa do sistema, exigindo mais habilidade na articulação interfederativa.

É sabido que o planejamento e operacionalização das ações de descentralização de serviços, na perspectiva de racionalizar recursos e fluxos, possui a exata pretensão de provocar rearranjos nas regiões de saúde para que se estruture linhas de cuidados e serviços de referências descentralizados nas principais redes temáticas, porém, as normativas acabam em uma relação dialética nos processos de condução da Regionalização, uma vez que em momentos podem facilitar e auxiliar estados com realidades distintas, mas também podem desestruturar acordos, pactuações e planos junto às regiões de saúde, ocasionando verdadeiros desmantelos organizacionais e relacionais.

Além disto, a característica vertical que as normativas federais impõem afeta a atuação do estado enquanto coordenador da Regionalização. Em alguma medida, o Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Estadual de Saúde rivalizam na proposição de diretrizes de fomento ao processo de regionalização e, embora as diretrizes estaduais sejam reconhecidas como relevantes, ainda prevalecem as diretrizes do Ministério da Saúde. Tal condição sinaliza que, apesar de exercer alto grau de influência nas regiões de saúde, as secretarias estaduais ainda ocupam principalmente os lócus operacional com pouca atuação na formulação e condução regional das políticas de saúde, além de apontar para o baixo compartilhamento entre os três níveis de gestão, minimizando a implementação de políticas com alta participação das instâncias subnacionais (VIANA *et al.*, 2017; FLEURY *et al.*, 2010; SHIMIZU *et al.*, 2017).

Neste sentido, ao tomar como base a análise da organização das Redes de Atenção à Saúde, os estados que demonstraram mais habilidade em conduzir o processo junto às regiões de saúde foram Ceará, Paraíba, Piauí e Pernambuco. Sugere-se que isto decorre pelas seguintes características: descentralização de serviços mais avançada (CE), presença de apoio institucional nas regiões (PB),

disponibilidade da gestão em fazer todas as adaptações possíveis para descentralizar serviços e recursos (PI) e próxima relação com regiões e suas referências locais (PE). A existência de significativos vazios assistenciais impediu uma melhor performance do Maranhão, mas o cenário adverso tem sido um catalisador de iniciativa e projetos para reverter a situação, o que demonstra atitude da gestão estadual alinhada a estes preceitos.

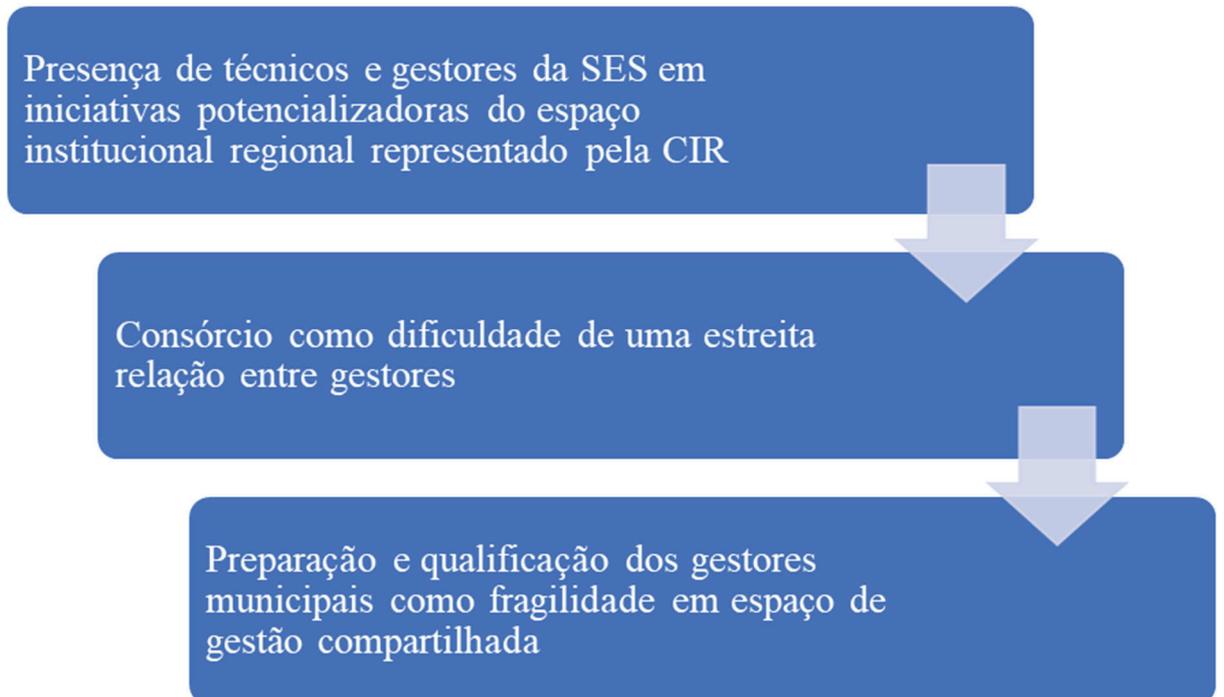
Para Rio Grande do Norte e Sergipe, a expectativa além do que foi possível quanto a direcionamentos e apoio do Ministério da Saúde pareceu prejudicar a celeridade das ações nas regiões de saúde. Quanto aos estados de Alagoas e Bahia, apesar do planejamento e esforço para implantação das redes, por dificuldade em capilarizar sua atuação nas regiões de saúde, se colocam neste estudo como os estados de maior dificuldade em operacionalizar os processos junto às regiões.

5.1.4 Relação da gestão estadual e gestão regional, via Comissão Intergestores Regional

Enquanto coordenadora na condução dos processos de Regionalização da saúde, a gestão estadual precisa lançar mão de atributos que permeiam a criação de estratégias e iniciativas de gestão promotoras do desenvolvimento e protagonismo das suas regiões de saúde.

Para Fleury e Ouverney (2017), um caminho de construção de uma regionalização solidária está interligado a uma convergência entre os sujeitos envolvidos com a política de saúde em cada estado, o que depende do histórico político do setor. De posse de uma estratégia definida para o estado e suas regiões de saúde em torno de uma estrutura sistêmica, é crucial o comprometimento da sociedade civil, academia, gestores estaduais e municipais, além dos profissionais de saúde e prestadores. Neste tema, a relação das Secretarias Estaduais de Saúde com respectivas Comissões Intergestores Regional (CIR), espaço legítimo de governança nas regiões de saúde, foi considerada como critério balizador de análise. Ao considerar a CIR, as categorias assim se estruturam:

Figura 4 - Relação da gestão estadual e gestão regional, via Comissão Intergestores Regional



Fonte: A autora, 2022.

Os estados que despontam com a **presença de técnicos e gestores da SES em iniciativas potencializadoras do espaço institucional regional representado pela CIR** são: Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Sergipe. O Maranhão se inclui neste grupo uma vez que apresenta estratégias de intervenção junto às regiões para que se fortaleça o vínculo com a gestão local, buscando superar as fragilidades existentes. O Rio Grande do Norte mencionou o cuidado na organização junto às regiões de calendários de reuniões das CIR anteriores à CIB, para que as demandas regionais possam subsidiar as discussões no âmbito bipartite.

Todas as regiões de saúde têm data, por exemplo, todas elas têm um combinado com os municípios e com o estado de que elas têm que fazer a reunião. Por exemplo, na última semana útil de cada mês, para que elas possam subsidiar alguns pontos para levar para CIB, que é na terceira útil do mês subsequente (Entrevistado, RN).

Tudo o que é mudança de fluxo, mudança de oferta dentro da própria região, essa discussão se esgota no nível regional, vem só para formalizar a deliberação. Quando essa mudança de fluxo ou de oferta tensiona uma outra região, isso é trazido para a deliberação, a não ser que haja um pacto entre

as duas regiões lá embaixo, mas se não tiver consenso lá embaixo, vem pra SES, para se chegar a um consenso (Entrevistado, SE).

Toda discussão nossa é feita primeiro entre as áreas técnicas através de grupos técnicos, bipartite, estado e município, representação do estado e municípios. Em seguida a gente faz a apresentação para pactuação ou não dentro do colegiado, mas antes do colegiado tem algumas discussões [...] a gente pactua do ponto de vista da pactuação e da política, a discussão técnica é feita em várias sessões e reuniões de discussões... tudo nosso a gente envolve... é tudo feito nas CIR E CIB. [...] qualquer discussão maior, qualquer pactuação, toda ela é feita de forma bipartite, isso Pernambuco foi vanguarda lá atrás (Entrevistado, PE).

A gente levou um desenho macrorregional e isso foi discutido com todos os secretários municipais de saúde e eles diziam se concordavam, se aceitavam, se pleiteavam para o município deles. Então foi um fórum de discussão bastante amplo, bastante pactuado. Nessas discussões a gente saiu, trouxe para a CIB, saiu com resoluções CIB para, de aprovação, dos pontos de atenção para a rede. Não é da rede dos pontos operacionais, porque cada região teria obrigatoriamente que fazer seu plano de ação regional, mas um plano de ação regional que vai levar em conta as definições do desenho macrorregional (Entrevistado, PI).

Os estados mencionados possuem sistemática de acompanhamento das reuniões de CIR, onde preconizam as discussões das pautas regionais. Sergipe relata que possui representantes de suas câmaras técnicas disponíveis para discutir demandas regionais junto às regiões. Na mesma direção, o Piauí declara que dispõe de coordenação regional para dar todo o suporte necessário aos municípios, além de garantir debate regional para implementação de suas propostas de desenhos interregionais.

Tendo a região como o território onde as demandas de saúde do cidadão serão atendidas, é mister que os serviços ofertados resultem de uma gestão compartilhada, cooperativa, que possua financiamento regional e vislumbre o planejamento integrado. Para tanto, é preciso garantir a governança, com espaços deliberativos. Neste sentido, as Comissões Intergestores Regional podem ser tais espaços em uma região de saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

A governança regional enquanto estratégia de fortalecimento das redes das regiões de saúde é fundamental e decorre de uma estreita relação entre os entes federados, em uma clara atribuição de papéis que, para ser efetiva precisa ocorrer em um ambiente de pacto federativo regional, com participação e envolvimento da sociedade civil e demais atores do sistema de saúde no território (SHIMIZU *et al.*, 2021). Ao considerar estas questões, os gestores e técnicos da gestão estadual estruturam seus processos de trabalho vislumbrando o fortalecimento das regiões de

saúde enquanto assumem seu papel de coordenador e facilitador dos processos regionais.

A Paraíba e Pernambuco possuem um destaque, uma vez que dispõem das gerências regionais presentes nos espaços das CIR e na dinâmica das regiões cotidianamente. Há ainda diferenciais nesses dois estados que são: na Paraíba, a presença dos apoiadores institucionais, o que pode possibilitar qualificação dos espaços colegiados de gestão; em Pernambuco, seleção pública para gerentes regionais de saúde, na tentativa de ofertar às regiões representantes da gestão estadual qualificados tecnicamente e não por indicação político-partidária. O cuidado em manter profissional técnico qualificado próximo à região de saúde é um diferencial nestes estados.

A gente tem um apoio dentro das regiões de saúde, tenho apoiadores regionais e apoiadores institucionais. Eles acompanham isso e a gente aqui na gerência de planejamento a gente faz reuniões com eles para a gente potencializar para que eles possam dar apoio aos municípios com relação a todos os instrumentos (Entrevistado, PB).

A gente tem um caminho importante a seguir, nós estamos assim, e a universidade foi muito parceira, tanto a UFPE como UPE e o Aggeu Magalhães agora no processo seletivo dos gerentes de GERES exatamente mesmo sendo um cargo de livre provimento, a gente teve um cuidado de discussão com o governo do estado pra que a gente fizesse um processo seletivo, pra que a gente realmente... do jeito que foi feito em 2011 a gente pudesse colocar pessoas de um perfil mais técnico e com isso não deixar a cargo de outro tipo de segmento (Entrevistado, PE).

Os diversos atores exercem diferentes graus de influência nas decisões no âmbito das Comissões Intergestores Regionais. Dentre os atores com alto grau de influência nas decisões de saúde nas regiões, as unidades administrativas das SES destacam-se como o principal organizador da região de saúde, o que é essencial para construção dos instrumentos de planejamento regional, além de fundamentais para a sustentabilidade do processo de regionalização, frente a renovação do quadro de gestores municipais. Compreendendo estas premissas que a gestão de Pernambuco e Paraíba investe em suas gerências regionais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017; VICENTINE *et al.*, 2018).

Brutscher *et al.* (2017) apresentam o trabalho do apoiador institucional da Paraíba como importante catalisador dos processos de consolidação das regiões e redes de atenção uma vez que há uma dinâmica de apoio na criação de regimentos

de CIR, implantação de Grupos Condutores de Redes, acompanhamento de indicadores de saúde e retaguarda técnica para discussão qualificada das pautas regionais em CIR.

Em semelhante perspectiva, o estado do Maranhão, mesmo em cenário adverso e de transição da gestão da saúde, possui um plano para recuperação e fortalecimento das regiões de saúde e consequente governança regional. Foi criado um Grupo de Trabalho para assistir os gestores nos municípios e da unidade regional, tanto tecnicamente quanto pedagogicamente. Dentre as atividades desenvolvidas pelo grupo estão a elaboração e disponibilização de material instrutivo sobre atuação do gestor e planejamento regional, no intuito de instrumentalizar os gestores e contribuir no reconhecimento do seu papel no planejamento regional.

Tem um GT só para isso, um GT chamado GT para a governança regional. Esse GT está trabalhando em cima desse material para ficar o material feito para todo mundo a muitas mãos. A primeira característica totalmente diferenciada é a gestão participativa. A gente escuta, a gente faz conversa afiada, que é uma metodologia que a gente usa para ouvir os gestores, a gente faz enquetes permanentes, periódicas pra ouvir os gestores e, tudo o que a gente ouve, a gente dá a devolutiva para eles e isso a gente pega os pontos negativos e passa para providenciar (Entrevistado, MA).

Compete às comissões determinar, em comum acordo, a execução das políticas de saúde pelos entes federados em suas esferas de governo (BRASIL, 2011) e, ao reconhecer esses espaços de governança como legítimos na condução da regionalização, fortalecendo-os e apoiando, a gestão estadual caminha para uma resolutiva condução dos processos.

Em contramão estão os estados de Alagoas e Bahia. Por não possuírem estrutura administrativa da SES nas regiões, estes estados já enfrentam um fator limitante no que tange uma relação mais próxima do cotidiano dos municípios das regiões de saúde. A CIR neste contexto torna o espaço mais exclusivo para encontro e realização de ações conjuntas. Nos espaços de reunião da CIR são decididos importantes aspectos da assistência à saúde local e, por meio do planejamento regional espera-se que se conforme as referências, diretrizes e organização das redes de atenção, além do monitoramento destas. Se a CIR não for atuante, se não houver direcionamento e participação ativa de seus componentes, aspectos elementares da cooperação regional poderão não acontecer (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

A gestão de Alagoas relata que prioriza participar das reuniões de CIR que têm pautas de alguma superintendência da gestão do estado, sempre mediado pelo apoio institucional do COSEMS, estratégia importante para o estado, visto que a SES não possui estrutura física e de recursos humanos descentralizados nas regiões de saúde, todavia é limitante quando avalia pelo prisma da coordenação da Regionalização, papel que deveria ser desempenhado pela gestão estadual.

Cada superintendência, diante da necessidade do tema de cada superintendência, eles pedem a esta Superintendência [...] então todos os setores da secretaria e o COSEMS, quando tem, define a pauta dos municípios eles mandam para nós aqui. É elaborada uma pauta, encaminhada ao secretário de estado, para ele tomar conhecimento que a próxima CIR vai acontecer no município tal, na hora tal, no dia tal e que a pauta é essa, ele pode sugerir também, tirar, botar, ou ter uma pré-reunião com os apoiadores do COSEMS (Entrevistado, AL).

Os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) demonstram influência na maioria das regiões, porém, não tanto quanto os próprios secretários e/ou seus representantes estaduais e municipais que exercem alto grau de influência em todas as regiões. Ao direcionar, ou mesmo transferir atribuições para o COSEMS nas agendas colegiadas de CIR, a gestão de Alagoas abre mão de um compromisso e papel importante (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

A Bahia tem uma melhor organização para garantir participação dos gestores estaduais nas reuniões de CIR, quando comparado ao estado de Alagoas. Por meio dos núcleos regionais, técnicos da SES se direcionam para reuniões de CIR para acompanhar as pautas específicas. Todavia, a gestão estadual ainda tem dificuldade em trabalhar a autonomia dos gestores locais e revezam a coordenação da CIR a cada ano com um gestor municipal, além dos gestores dos núcleos poucos pautarem a temática regionalização.

A coordenação da CIR é compartilhada. Um ano é do estado, um ano é do município. Então a gente faz um pouco movimento assim, agora, o Núcleo Regional de Saúde ele é executivo de desconcentração da secretaria, ele tem um pouco de vigilância sanitária, porque os municípios têm fragilidade de assumir, ele assume pelos municípios, e ele repassa treinamentos, é membro da CIR, mas ele não tem uma agenda de regionalização, não tem, não tem agenda de regionalização. Eles são até gestores, mas gestores com pouca autonomia (Entrevistado, BA).

Medeiros *et al.* (2017) e Vicentine *et al.* (2018) apontam que, apesar da importância, a participação da SES na região de saúde ainda tem fragilidades,

sobretudo para o planejamento regional, sendo muitas vezes centralizada em indivíduos, sem o envolvimento de todas as áreas que as compõem ou a atuação organizada e planejada dessas unidades para a condução do processo de regionalização. No âmbito do planejamento regional, Ouverney *et al.* (2021) descreveu que a participação na CIR por vezes é fragmentando e alguns servidores envolvem-se somente com discussões relacionadas com seu âmbito de atividades setorial e que deveria ser compreendido como uma ação estruturante é considerada apenas como mais uma tarefa que desfalca outras pautas.

O Ceará possui uma particularidade, que é o **consórcio como dificuldade de uma estreita relação entre gestores**, visto que, apesar de ter a gestão presente por meio de suas gerências regionais, este tipo de estratégia possui uma agenda de trabalho paralela às agendas das CIR. Como as temáticas dos consórcios compõem, entre outras, a oferta, contratações e implantação de serviços, orçamento e mais decisões da operacionalização da rede de média complexidade, não articular os debates e encaminhamentos com as representações das CIR pode fragilizar a governança regional.

O prefeito de um município ele é eleito para responder por aquele consórcio público de saúde, não é o município que gerencia, mas sim o consórcio público de saúde, mas isso vai variar... Dependendo da condução daquele consórcio, entendimento daqueles entes, daqueles que compõem o consórcio, pode de repente ter um olhar focado para de repente algumas ações que nos interessa população ou das necessidades das daquela região (Entrevistado, CE).

A gente apresenta uma minuta de contrato, com os itens, as laudas com o perfil mais apropriado, por exemplo pra que seja desenvolvido naquela região de saúde. Mas quem tem que aprovar é a assembleia do consórcio, não é o estado, o estado é apenas um ente social (Entrevistado, CE).

Defendido como uma oportunidade de aumentar escala e poder de compra/contratos realizados pelos municípios, uma vez que não há vislumbre de novas rubricas orçamentárias para suprirem as demandas cada vez maiores de ações e serviços de saúde, os consórcios foram defendidos por alguns estados como uma importante alternativa de gestão nas regiões. Diante disto, há estado mais avançado nesta iniciativa, como o Ceará, assim como o estado que procurava se espelhar na experiência cearense e estava em processo de implantação de consórcios nas regiões de saúde, como a Bahia.

Eu estou negociando consórcio para ver se eu vou dar algum sentido de economia de escala, porque como não vai ter dinheiro novo, a gente vai ter que fazer o mesmo ficar maior, a única forma do mesmo ficar maior é a gente diminuir a fragmentação e aumentar a escala [...] agora estamos discutindo consórcio, estamos implantando um consórcio agora no planejamento regional, no momento, a gente tá implantando os consórcios em saúde [...] a gente quer formar 28, quer dizer, não vai ser 28, porque regiões aqui já juntaram, provavelmente, então serão 25 consórcios (Entrevistado, BA).

Porém, ao voltar o olhar para a governança e autonomia dos gestores locais nos espaços colegiados de gestão regional, como as CIR, os consórcios configuram um fator limitante, visto que a gestão é realizada pelos prefeitos, atores que em muitas ocasiões não possuem formação e experiência na área da saúde. Além disto, as reuniões da equipe gestora dos consórcios não ocorrem necessariamente nas CIR, o que fragiliza bastante este espaço e suas representações.

A lei Federal dos consórcios diz que tem que ser com os entes respectivos que compõem, que são os prefeitos, que já tem um fator limitante na parte do processo de governança. A gente sabe que os prefeitos têm dificuldade grande, por conta da agenda, de se reunirem para discutir todo mês o processo de trabalho daqueles equipamentos, né? Porque o gerenciamento é feito por município, porque assim, o prefeito de um município ele é eleito para responder por aquele consórcio público de saúde (Entrevistado, CE).

Uma vez que os consórcios constituem associações públicas entre o estado e os municípios componentes de cada região de saúde, com personalidade jurídica de direito público, de natureza autárquica e interfederativa, sua condução é delegada aos respectivos prefeitos e ao secretário estadual de saúde. Sendo facultativa a participação dos secretários municipais de saúde. Tal arranjo privilegia a negociação direta entre prefeitos e governador, deixando os atores regionais do SUS alheios às decisões, bem como suas motivações e base técnica, cabendo aos secretários de saúde a orientação e/ou convencimento do seu respectivo prefeito quanto a aplicação de recursos e pactuação de metas e indicadores (GOYA *et al.*, 2016; NOGUEIRA; OLIVEIRA; COSTA, 2021; JULIÃO; OLIVIERI, 2020).

Outra questão apontada nas entrevistas como limitante tange a **preparação e qualificação dos gestores municipais como fragilidade em espaço de gestão compartilhada**, visto que foi levantado nas entrevistas vulnerabilidades técnicas em atitudes e decisões de gestores municipais. Este cenário por vezes dificulta as discussões realizadas pela SES com os gestores locais sobre definição das regiões de saúde e implantação das redes, pois existem argumentos apresentados pelos

municípios em que mais são valorizadas questões políticas e partidárias que as técnicas.

O gestor, ele não está, nós não temos massa crítica de gestores preparados para argumentar com a população e com prefeito, de que essas outras áreas precisam de financiamento (Entrevistado, BA).

Eu sou Deputado de Mata Grande e foi lançada uma portaria que vai implantar a sala de estabilização. Eu quero no meu município. Critério não interessa, eu quero no meu município (Entrevistado, AL).

O estado tem que ter um papel aí de mediador desse processo. Primeiro, a gente tem que ver que tecnicamente houve uma decisão para ele estar lá, e a gente tem que... tem um perigo nessas relações que são as relações políticas transitórias, porque às vezes o prefeito de Salgado não se dá bem com o prefeito de Lagarto e transforma isso numa prioridade para sair da região, e aí o Estado tem que ter cuidado pra mediar muito esse tipo de conflito (Entrevistado, SE).

Em uma pesquisa de âmbito nacional, que analisou o perfil e as percepções dos Secretários Municipais de Saúde sobre as perspectivas para SUS, Ouverney *et al.* (2019) destacaram que 66% dos secretários entrevistados, em um universo de 2.313 gestores, apontaram como desafio a qualificação das equipes gestoras municipais para a prática do planejamento em saúde, sendo esta uma prioridade nacional.

Estudos que debatem sobre as dificuldades da gestão na regionalização em saúde no país, discorrem especialmente sobre a fragilidade da capacidade técnica de representantes dos entes envolvidos na política de saúde: Ministério da Saúde, estados e municípios. Além da dificuldade técnica, outro entrave é a questão política, com seus conflitos e disputas (SHIMIZU, 2013; FLEURY; OOVERNEY, 2007). Esta não é uma realidade apenas dos estados nordestinos e é um grande e importante desafio a ser enfrentado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo respondeu ao questionamento sobre a condução da gestão estadual quanto ao processo de Regionalização diante do contexto normativo e regional nos estados nordestinos, de modo a investigar as iniciativas dos estados enquanto seu papel coordenador na Regionalização, pressupondo que cada ente federado precisa se colocar como responsável pelo papel a ser desempenhado e articulado para condução da Regionalização, e que em particular, o estado precisa estar preparado em requisitos técnico, pedagógico e político para contribuir com tal processo junto às regiões de saúde, fortalecendo a gestão regional e mediando as relações de força entre a norma e suas projeções para organização das regiões.

Destaque-se que o debatido neste estudo é a condução da Regionalização pelos estados da Região Nordeste diante das ações junto às regiões de saúde, o que não deslegitima todo o processo, esforços e complexidade destes estados na pauta geral da regionalização.

Ao analisar a condução da gestão estadual na organização da Regionalização e a contribuição desta nos processos de gestão regional, objetivos específicos propostos, pôde-se observar e evidenciar, diante do trabalho de campo, que o processo de Regionalização tem as normativas como base e buscam nelas manter um direcionamento que confere ao sistema e suas organizações um comando único, ideário do SUS, e que há empenho de acompanhar as normativas ministeriais.

As evidências apontadas pelas entrevistas, catalogadas nas categorias apresentadas e nos apontamentos/critérios que contribuiriam para subsidiar as análises, permitem destacar que cinco estados nordestinos apresentaram maiores esforços em atuar junto às regiões, e, portanto, se alinham à tese de estados mais favoráveis a fortalecerem a gestão regional, diante da execução de tais normativas e necessidades regionais. Ceará, Paraíba, Piauí, Pernambuco e Maranhão estabeleceram estratégias de trabalho contundentes e sistemáticas de aproximação com as regiões de saúde, como Grupos de Trabalho, Apoio Institucional, presença nos espaços de governança regional, entre outros.

Os estados que apresentaram maior dependência da esfera federal ou de entidades representativas de gestão municipal, assim como os que possuem dificuldade em modificar sua estrutura centralizadora, refletiram em seu resultado como menos colaborativo para fortalecimento da gestão regional.

Com o estudo foi possível compreender os estados nordestinos para além de meros executores de normativas, mas também em suas potências e fragilidades para condução de uma gestão incentivadora e/ou fortalecedora dos processos de gestão regional, diante da execução de normativas em uma conduta que possa respeitar e apoiar as diversas realidades.

Pôde-se contribuir no campo da ciência ao debater a gestão estadual em uma perspectiva ampliada e que possa ser solo fértil para potencializar as ações e serviços de saúde regional, foco do planejamento em saúde no SUS. Além disso, os achados deste estudo podem ser elementos para subsidiar outros estudos, com vistas às mudanças no cenário técnico e político transcorridos do tempo da pesquisa.

No campo da gestão e planejamento em saúde, a contribuição se dá na tomada de decisão, no intuito de conduzir os processos de Regionalização de maneira próxima da população, com medidas integradoras e interativas com a gestão local e consequente população, e que priorize ações conjuntas entre os entes nacionais, que gerem autonomia e respeito às demandas locais e seus espaços legítimos de governança.

No que condiz a limitações metodológicas conferidas na pesquisa, tem-se o tempo transcorrido entre trabalho de campo para finalização do produto, sendo os desafios para o Sistema Único de Saúde cada vez mais críticos, o que exige estratégias de gestão cada vez mais racionais, solidárias e eficazes.

Neste íterim, a Regionalização e suas dimensões é reafirmada como o caminho possível e viável na organização do Sistema Único de Saúde, sendo condicionante para seu sucesso o rigor da ciência e técnica, a qualificação dos gestores nas três esferas de governo e olhar técnico e atento para as demandas locais das regiões de saúde, para que esta seja efetiva em disponibilizar ações e serviços de saúde resolutivos e eficazes.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. São Paulo, 2013. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. Ciência e Saúde Coletiva [online]. v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>. Acesso em: 15 jan. 2022.

ALBUQUERQUE, A. C. *et al.* Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, 2019. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pFVmfPCFTYY8FsJRRXKfkGs/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2020.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/f46c8MY3bQLgJNsFY4WnMkh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2020.

ARAGÃO, E. R. O. Os donos do Mar(anhão): herança política e poder local em um Estado brasileiro. Revista NEP (Núcleo de Estudos Paranaenses), Curitiba, v. 3, n. 1, p. 285-304, maio 2017. Acesso em: <https://revistas.ufpr.br/nep/article/view/52571/32316>. Acesso em: 13 dez. 2021.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOUSQUAT, A. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pv3MZr9z77kkRmC4ZPnDGrk/?lang=pt> Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, Ipea e FJP, 2020.

BRASIL. Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 de ago. 1976. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto->

78307-24-agosto-1976-427254-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258 de 07 de Janeiro de 1991. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 01/91. Brasília: 1991. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: 05 dez. 2018.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Portaria nº 234 de 07 de fevereiro de 1992. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 01/91. Brasília: 1992. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Acesso em: 05 dez. 2018.

BRASIL. 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. 1990a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 12 set. 2018.

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 e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 12 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 – NOAS-SUS 01/02. Brasília: MDS, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. BRASIL. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília: MDS, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96. Brasília: MDS, 1997. Disponível em: <http://www.desenvolvimentoqs.ufba.br/sites/desenvolvimentoqs.ufba.br/files/NOB%20-%20SUS%20%2096.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 01/93. Brasília: MDS, 1993. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html Acesso em: 18 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento. 2. ed. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 18 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do apoio institucional integrado do Ministério da Saúde: QUALISUSREDE. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_referencia_processo_formacao_profissionais_apoio_qualisus_rede.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf. Acesso em: 15 dez. 2018.

BRASIL. Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-consolidacao-cit-n-1-de-30-de-marco-de-2021-323572057>. Acesso em: 10 maio 2022.

BRASIL. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 10 maio 2022.

BRUTSCHER *et al.*, 2017. Apoio Institucional: concepção e arranjo organizativo na Paraíba. In: Gestão do SUS na Paraíba: estratégias de educação e apoio. BRUTSCHER, V. J. BRITO, D. G. PEREIRA, R. C. F. G, organizadores - Recife: Fiocruz-PE, 2017.

CALVO, M. C. M. *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 25, n. 4, p. 767-776, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/nYQtkd4HypncJ5Rkk9hKntS/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 20 maio 2022.

CARMO, R. L.; CAMARGO, K. C. M. Dinâmica demográfica brasileira recente: padrões regionais de diferenciação. In: NETO, A. M (Org.). Desenvolvimento regional no Brasil: políticas, estratégias e perspectivas, vol. 2. Rio de Janeiro: Ipea, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/200619_LV_206962_Cap.1.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

COHN, A. Estudo da Políticas e saúde: implicações e práticas. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Guia de apoio à gestão estadual do SUS. Funcionamento da administração pública – Secretarias Estaduais de Saúde. 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/funcionamento-da-administracao-publica-secretarias-estaduais-de-saude/>. Acesso em: 15 ago. 2021.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1944.pdf> . Acesso em: 11 mar. 2021.

DUARTE, C. M. R. *et al.* Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1163-1174, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FGVz3pwQ7gGjDr4d5TKCLZf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2020.

FLEURY, S. *et al.* Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v.28, n.6, p. 446-455, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n6/v28n6a06.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 1990. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 417-435, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200011&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 11 ago. 2021.

GIL, C. R. R.; LUIZ, G. C.; GIL, M. C. R. (Org.). A importância do planejamento na gestão do SUS. São Luís: Edufma, 2016.

GOYA, N. *et al.* Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. Saúde e Sociedade [online]. v. 25, n. 4, p. 902-919, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016161198>. Acesso em: 15 jul. 2020.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300006. Acesso em: 11 ago. 2021.

JULIÃO, K. S.; OLIVIERI, C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 3, p. 01-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7vLv4HDkPmwbq4y88XMFmjc/?lang=pt>. Acesso em: 08 jan. 2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Metodologia Científica. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LAVRAS, C. C. C. Descentralização, Regionalização e Estruturação de Redes. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2011.

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. Ciência e Saúde Coletiva [online]. v. 17, n. 11, p. 2881-2892. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100005>. Acesso em: 21 nov. 2018.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S. (Org.). Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G. *Políticas contractuales en atención especializada*. In: REPULLO, J. R.; IÑESTA, A. (Orgs.). Sistemas y servicios sanitarios. Madri: Diaz de Santos, 2006.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In.: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (ORGS). Qualificação dos gestores do SUS. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, p. 47-72, 2012. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/PrincipiosOrganizativos.pdf>. Acesso em: 11 set. 2020.

MACHADO, F. R. S.; GUIZARDI, F. L.; LEMOS, A. S. P. A burocracia cordial: a implantação da estratégia de apoio institucional na política nacional de atenção básica em saúde. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/QgvsmGV3VWPrkVpS9fMzcMF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2022.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. Saúde e Sociedade [online], v. 26, n. 1, p. 129-140, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KVvqFXPY8LsdX4ZHtXWGzKp/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 mar. 2021.

MELLO, G. A *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. Ciência e Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ML5vsyD9WccNyD93RmJtJRH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 ago. 2018.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. História, Ciências e Saúde, v. 19, n. 4, p. 1219-1239, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/DDn53xdrLyZXDdGw8hVgt9z/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 ago. 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf. Acesso em: 11 ago. 2021.

MÜLLER NETO, J. S. A relação entre democracia, descentralização e políticas de saúde no Brasil: atualização do debate e estudo de caso em uma perspectiva comunicativa. Rio de Janeiro: s.n., 2010. Tese (doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

NOGUEIRA, M. S. L.; OLIVEIRA, L. C. C.; COSTA, L. F. A. Comissão Intergestores Regional como mecanismo de governança da política de saúde no Ceará. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 263-274, abr.-jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112901>. Acesso em: 02 ago. 2021.

OUPERNEY, A. M. *et al.* Federalismo Cooperativo, Regionalização e o Perfil de Governança Institucional das Comissões Intergestores Regionais no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva [online]. v. 26, n. 10, p. 4715-4726, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.22882020>. Acesso em: 25 out. 2021.

OUPERNEY, A. M. *et al.* O COAP e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. Ciência e Saúde Coletiva [online]. v. 22, n. 4, p. 1193-1207, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03002017>. Acesso em: 25 out. 2021.

OUPERNEY, A. M. *et al.* Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. Saúde e Debate. v. 43, n. 7, p. 75-91, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe7/75-91/pt>. Acesso em: 12 jul. 2022.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

PELLEGRINI, B. O discurso do gestor federal no processo de descentralização política: obstáculos à municipalização do SUS. Ciência e Saúde Coletiva [online]. v. 12, n. 2, p. 325-333. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8YN7RcZkBVnsWQMw5JbdNKz/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jan. 2022.

POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2. ed. Porto Alegre, Artmed. 2005.

REIS, Y. A. C.; CESSE, E. A. P.; CARVALHO, E. F. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil. Recife, v. 10 (Supl. 1), p.157-172 nov. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/yLRmFYPWgXXcdDLm63ZZVzD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2022.

RIBEIRO, A. C. T. Regionalização: fato e ferramenta. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R.; MOREIRA, R. (Orgs.) Brasil, século XXI: por uma nova regionalização? Agentes, processos e escalas. São Paulo: Max Limonad, 2004.

RIBEIRO, P. T. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. Ciência e Saúde Coletiva [online]. v. 14, n. 3, p. 819-828, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kLm76wQdMNqhzKVgKjfnWy/abstract/?lang=pt#>. Acesso: 15 jan. 2022.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. Rev. Saúde Pública, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fPbZYg5dFrmkHdLTDgrbpzm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2021

SANTOS, A. M. Regionalização da saúde na Bahia: aspectos político-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. In: SANTOS, A. M. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, p. 87-98. ISBN 978-85-232-2026-6.

SANTOS, F. A. S. *et al.* A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 402-408, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZhFzqzm86c6ktDsSxB3bhbf/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 10 dez. 2021.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V4TTj93jqVrPzDzfnycNndj/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 10 dez. 2021.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.1671-1680, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/02.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes, 2012.

SANTOS, L. SUS: A Região é o Caminho. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V4TTj93jqVrPzDzfnycNndj/?format=pdf&lang=pt> . Acesso: 13 ago. 2021.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 273-280, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n1/28.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

SHIMIZU H. E. *et al.* O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. Ciência e Saúde Coletiva [online]. v. 22, n. 4 , p. 1131-1140, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28232016>. Acesso em: 15 jan. 2022.

SHIMIZU H. E. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. Ciência e Saúde Coletiva [online], v. 26, n. supl. 2, p. 3385-3396, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PcGfvXTSWTxWWKdMbkNNQmw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2022.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das redes de atenção à saúde no Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 23, n. 4, p. 1101-22, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2013.v23n4/1101-1122/pt/>. Acesso em: 10 jun. 2019.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/13.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2021.

SILVA, H. P.; MOTA, P. H. S. 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. ação das Regiões e Redes de Atenção à Saúde na Perspectiva dos Municípios Brasileiros. Novos Caminhos, n.11. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2015 Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/06/Novos-Caminhos-11.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2019

SILVEIRA FILHO, R. M. *et al.* Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 26, n. 03, p. 853-878. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300008>. Acesso em: 15 jan. 2022.

VIANA, A. L. D. *et al.* O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 17, (suppl 1), 2017a. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/YVvkPKNzP7bb77LW7X4RPnhb/abstract/?lang=pt#> .
Acesso em 15 jan. 2022

VIANA, A. L. D. *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, (suppl 1), 2017b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/4cRGtDKTb8F6Vvj7fXVnKNq/?lang=pt#>. Acesso em 15 jan. 2022.

VIANA, A. L. D. *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hy8xWrRVWXQkbZdY8BVt6tf/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jan. 2022.

VIANA, A. L. D.; IOZZI, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. Cad. Saúde Pública, v.35, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Q3YCMvdQG83vHbHSKSxDpXp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2021.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestoras Bipartites. In: _____. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VICENTINE, F. B. *et al.* Aspectos da gestão que influenciam o processo de planejamento municipal e regional do Sistema Único de Saúde. Medicina (Ribeirão Preto), v. 51, n. 1, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/150073>. Acesso em: 15 jan. 2022.

XAVIER, D. R. *et al.* As Regiões de Saúde no Brasil segundo interações: método para apoio na regionalização de saúde. Cadernos de Saúde Pública, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WrQKVdTbbJ8NfBvvYhkfn6d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2022.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
GRUPO DE PESQUISA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE****Questionário****Dados sociodemográficos**

Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: 20-29 (); 30-39 (); 40-49 (); 50-59 (); 60-69 (); >=70 ()

Tempo que atua no SUS: _____

Tempo que atua na secretaria estadual de saúde, setor e função:

Tempo que atua na gestão do SUS: _____

Formação básica (graduação): _____

Pós-graduação/Área: Sim () Não ()

Residência _____

Especialização _____

MBA _____

Mestrado _____

Doutorado _____

Roteiro de Entrevista - Gestor SES

Como se deu, historicamente, o processo de conformação das regiões de saúde?

- Contexto político, econômico
- Atores que contribuíram no processo
- Elementos que foram condicionantes para delimitar a região de saúde

Como o estado está operacionalizando a regionalização na saúde?

- O papel da gestão estadual
- Os instrumentos de gestão (destaque para os instrumentos abordados no decreto 7508 e o PDR)
- A relação com os gestores municipais, CES e COSEMS
- A relação do nível central com as regiões de saúde
- A atual realidade do planejamento e da implementação das RAS
- Possíveis instrumentos utilizados para avaliar e monitorar o processo nas regiões de saúde
- Avaliação da gestão sobre potencialidades e fragilidades do processo de regionalização do estado

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada **“Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no sus: um estudo avaliativo”**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901– Telefone: (081) 99622571 ou e-mail: afalangola@uol.com.br)

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A participação do entrevistado na pesquisa ocorrerá durante o período de janeiro de 2015 a maio de 2017.
- A pesquisa em questão traz para os participantes riscos no que se refere ao constrangimento em responder às questões abordadas. Entretanto, o entrevistado poderá a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo. Trará também benefícios no momento que reconhece o ator entrevistado como protagonista do processo e considera suas contribuições para sistematização de um trabalho que poderá desencadear referências para a sua prática específica e o projeto em que está inserido. O benefício direto se dará por meio da devolutiva aos participantes acerca do estudo desenvolvido, permitindo o acesso à informação sobre o impacto na estruturação da oferta no SUS a partir de iniciativas inovadoras da gestão. Desta forma, pode-se favorecer a tomada de decisão na perspectiva da efetivação do cuidado em saúde.
- As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de gravação e entrevista, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do Pesquisador no endereço acima informado pelo período de 8 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra
UFPE/DMS

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no sus: um estudo avaliativo”**, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local /Data

Assinatura do participante

Impressão digital (opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APÊNDICE C - APONTAMENTOS OBSERVADOS PARA ANÁLISE DA CONDUÇÃO DA GESTÃO ESTADUAL DIRECIONADA
ÀS REGIÕES DE SAÚDE**

	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE
Estimula estratégias locais de gestão	Não	Aposta nos consórcios para auxiliar na gestão dos serviços de média complexidade na região. Em processo de implantação	A prática dos Consórcios é muito forte. Prefeitos que participam das reuniões e isto é limitante. As reuniões não são necessariamente nas CIR	Criação de Grupos de Trabalho (GT) para desenvolver a governança regional	Apoio Institucional	Conselhos gestores nos serviços de saúde da gestão estadual, incentivando o debate e prioridades de demandas locais	Não mencionado	Cita consórcio mas não acredita que a gestão estadual esteja preparada para discutir este tema	Não mencionado
Potencializa as CIR	Não ter estrutura administrativa da SES nas regiões dificulta uma relação mais próxima com os gestores locais. O COSEMS tem um papel muito forte neste processo.	Sem estrutura administrativa nas regiões, o espaço de CIR é a maior oportunidade para diálogo entre gestores estaduais e locais, que compartilham a coordenação da CIR em rodízio.	A dinâmica dos consórcios pode fragilizar o papel da CIR enquanto centro de debate das pautas regionais.	Os procuram potencializar as CIR e dar subsídio técnico para os gestores locais	Apoio Institucional participa, além do gerente regional e técnicos da gerência. Acompanhamento sistemático das CIR pelo Apoio. Organizam com todas as regiões as agendas da CIR em	Gestão estadual se esforça em participar das reuniões de CIR e realizam seleção pública para gerentes regionais de saúde, na tentativa de ter representantes qualificados/técnicos para discutir as pautas nas regiões de saúde	A coordenação regional dá todo o suporte. Os arranjos regionais propostos são todos discutidos e deliberados com os atores das regiões	Organizam com as regiões as CIR em momentos anteriores à CIR, para que possam subsidiar as discussões na Bipartite	Câmaras técnicas estaduais discutem demandas regionais nesses espaços e estão disponíveis para as regiões

Dispõe de Apoio institucional nas Regiões de Saúde	Apoio do COSEMS	O comando único em apenas 92 municípios reflete dependência maior do estado para execução das políticas	Não	Não	Sim	momentos anteriores à CIB, para possam subsidiar discussões na bipartite	Não	Não	Não	Não
Desenho das Regiões de Saúde definido junto aos atores regionais	Último PDR de 2011 atualizado em 10 regiões. Foi um processo muito participativo. Enquanto maior e melhor estrutura, na prática, o estado tem duas referências na Regionalizaç	O PDR de 2008 (28 regiões) tem se mantido bem estável. As mudanças e atualizações decorrem de solicitações de municípios para migrarem de região. Se permanece contiguidade, a SES apoia as mudanças.	Mapeamento trabalhado remonta à época da descentralização. Muito forte o discurso de valorização da APS. Há 22 regiões	Não	As 19 regiões administrativas se tornaram também regiões do setor saúde. Passou a buscar uma relação maior proximidade com os gestores locais. Vazios assistenciais bem significativos	PDR de 2008, que teve o número de regiões alterados apenas com resolução de CIB A PGASS é vista como uma ferramenta que oportuniza as atualizações. Possui 16 regiões de saúde	Planejamento muito participativo, envolvendo diversos atores, inclusive de outros setores, como câmara de vereadores, sociedade civil, Ministério Público. Possui 12 regiões.	Bem normativo. Revisou o desenho regional a cada marco legal do SUS como NOAS (2003), Pacto pela Saúde (2007) e Decreto 7508 (2015). Há 11 regiões de saúde. Para atender portarias ministeriais de implantação de serviços também	Não	Alteraram o mapa em 2014, do PDR de 2007 para ressignificar o território regional. Possui 8 regiões
										Retrata que se estabeleceu espontaneamente. Quando precisou regionalizar já estava naturalmente definida. Depois do PDR instituído, as acomodações vieram dos municípios. Possui 7 regiões

Executa as normativas das redes temáticas e planeja a oferta de serviços junto às Regiões de Saúde	Centraliza na SES boa parte dos processos	Planejamento bem definido em momento anterior na SES, encaminhando para as regiões algo bem pré-formatado.	Valoriza Sistemas de Informação em Saúde para subsidiar o planejamento o. Define projetos prioritários e apresentam para a comunidade	A prioridade na nova gestão é de envolver gestores locais	Único estado com primeira fase da PGASS completa, realizada em cada região, localmente, com participação do Apoio Institucional.	Valoriza Sistemas de Informação em Saúde para subsidiar o planejamento. Trabalha redes de forma regionalizada, apoiando os municípios de referência para a partir de sua capacidade instalada planejar a região	revisa desenho regional, com participação de gestores locais	Planejou as 5 redes junto aos municípios. Trabalhou com a regiões os desenhos e suas atualizações	Grupo condutor à frente. Deseja que as regiões elaborem seus planos de rede	Afirma ter feito oficina de implantação das redes nas regiões
--	---	--	---	---	--	---	--	---	---	---

Fonte: A autora, 2022.

