ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIRA

**Redes interestaduais de saúde: o caso da rede de atenção à
saúde Pernambuco/Bahia**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutora em Ciências

Programa: Medicina Preventiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Luiza D'Ávila Viana

São Paulo

2017

Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira

**Redes interestaduais de saúde: o caso da rede de atenção à
saúde Pernambuco/Bahia**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutora em Ciências

Programa: Medicina Preventiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Luiza D'Ávila Viana

(Versão corrigida, Resolução CoPGr 6018/11 de 1 de setembro de 2011. A versão original
está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Pereira, Ana Paula Chancharulo de Moraes
Redes interestaduais de saúde: o caso da rede de
atenção à saúde Pernambuco ? Bahia / Ana Paula
Chancharulo de Moraes Pereira. -- São Paulo, 2017.
Tese (doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.
Orientador: Ana Luiza D'Ávila Viana.

Descritores: 1.Regionalização 2.Descentralização
3.Federalismo 4.Política de saúde 5.Gestão em saúde
6.Sistema Único de Saúde

USP/FM/DBD-487/17

AGRADECIMENTOS

Nesta página, quero expressar minha gratidão a todos aqueles que com gestos e palavras tornaram esse caminho mais suave e agradável!

Rendo graças hoje e sempre a Deus pelo dom da vida e por todas as bênçãos derramadas sobre mim e sobre minha família, fazendo-se presença constante, iluminando e dando sabor ao meu viver.

À minha amada orientadora Ana Luiza Viana, que com sabedoria e generosidade soube colher o melhor de mim.

Aos professores Fernando Aith, Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza e Eronildo Felisberto pelas contribuições no exame de qualificação.

Ao meu companheiro de vida Alex por seu amor incondicional e às minhas filhas Ana Clara e Ana Luísa por compreenderem os momentos de ausência e da importância desse curso para minha vida profissional.

Aos meus pais Manuel e Heloisa e aos meus irmãos Ana Patrícia e Rodolfo pelo amor e incentivo.

Aos amigos que a vida tão generosamente me deu de presente durante o curso, Liza, Paulo, Fabiola, Guilherme e Miriam Regina, pela nobreza em compartilhar saberes e práticas que tanto contribuíram para meu amadurecimento intelectual.

Aos colegas da Preventiva Juliana, Cleiton, Ana Paula Loch, Betânia, Cátia, Cristine e Márcia pelas discussões e pelo apoio intelectual.

A Lilian e Gorete por estarem sempre prontas a ajudar nos processos administrativos e burocráticos do Programa de Pós-Graduação.

Aos colegas pesquisadores do Regiões e Redes pelas parcerias no desenvolvimento do trabalho de campo.

Às pessoas que participaram deste estudo dividindo suas experiências, as quais serviram de substrato para elaboração desta tese.

À Universidade do Estado da Bahia (UNEB) por conceder minha licença, que só foi possível pela disponibilidade dos colegas da área de Saúde Coletiva do Departamento de Ciências da Vida para assumirem minhas atividades docentes durante o meu afastamento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de doutorado.

DEDICATÓRIA

À minha amiga Maiza Teles Dias (*in memoriam*) com quem compartilhei momentos memoráveis nesta vida!

Ao meu companheiro Alex e às minhas filhas Ana Clara e Ana Luísa pelo amor e pela compreensão.

*“Fé na vida, fé no homem, fé no que virá
Nós podemos tudo, nós podemos mais
Vamos lá fazer o que será” (Gonzaguinha)*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NA GESTÃO DO SUS: O DESAFIO DE ESTABELECEER CONSENSOS E PACTUAÇÕES	10
1.1 O ESTADO FEDERAL.....	10
1.2 ESTADO FEDERAL E A PECULIARIDADE DO MODELO BRASILEIRO.....	13
1.3 SISTEMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS: O PAPEL DA COORDENAÇÃO FEDERATIVA E DAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS	15
CAPÍTULO II – PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS: DO MUNICIPALISMO À REGIONALIZAÇÃO	25
2.1 REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE – O QUE APONTAM OS ESTUDOS NACIONAIS	37
2.2 REDE DE POLÍTICAS PÚBLICAS E O DESAFIO DA GESTÃO COMPARTILHADA NO SUS	42
CAPÍTULO III – PLANO DE ANÁLISE: INTERPRETANDO O PROCESSO DE CRIAÇÃO DE UMA REDE INTERESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE SOB AS BASES DO NEOINSTITUCIONALISMO E DO MODELO DE ANÁLISE DE POLÍTICA	47
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	47
3.2 FONTES DE DADOS	47
3.3 VALIDADE	51
3.4 FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS DO MODELO TEÓRICO	52
3.5 MODELO TEÓRICO.....	62
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	68
CAPÍTULO IV – ANTECEDENTES DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NA BAHIA E EM PERNAMBUCO: UM PROCESSO DE ENCONTROS E DESENCONTROS	69
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE JUAZEIRO E PETROLINA.....	69
4.1.1 História das cidades irmãs separadas por um rio	69
4.1.2 Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) – Petrolina-Juazeiro	70
4.1.3 Caracterização das regiões de saúde de Petrolina e de Juazeiro	72
4.1.3.1 Região de Saúde de Petrolina	74

4.1.3.2 Região de Saúde de Juazeiro	76
4.1.4 Diagnóstico da região de Petrolina e Juazeiro	77
4.2 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA BAHIA E EM PERNAMBUCO.....	81
4.2.1 A regionalização em saúde na Bahia	81
4.2.2 A regionalização da saúde em Pernambuco.....	92
4.2.3 Semelhanças e diferenças da regionalização na Bahia e em Pernambuco	99
CAPÍTULO V – DA FORMAÇÃO DA AGENDA E IMPLANTAÇÃO DA REDE:	
O CASO DA REDE PERNAMBUCO-BAHIA	107
5.1 ENTRADA NA AGENDA	107
5.2 FORMAÇÃO DA POLÍTICA E TOMADA DE DECISÃO.....	111
5.3 IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA	121
5.4 PERSPECTIVAS	130
6 CONCLUSÕES.....	132
REFERÊNCIAS	139
APÊNDICES	152
APÊNDICE 1 – ROTEIRO A (INFORMANTES-CHAVE).....	152
APÊNDICE 2 – ROTEIRO B (SES).....	153
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO	154
APÊNDICE 4 – RESUMO ANALÍTICO DAS ATAS DA CIR DE PETROLINA E DE JUAZEIRO	157
APÊNDICE 5 – RESUMO DAS NOTÍCIAS VINCULADAS NA MÍDIA SOBRE A REDE PE/BA, 2015 E 2016.....	179
ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP-FMUSP.....	181

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bahia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CGMR	Colegiados de Gestão Microrregionais
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselhos Municipais de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CRIE	Colegiado Regional Interestadual
CRIL	Central de Regulação Interestadual de Leitos
DIRE	Diretoria Regional de Saúde
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GERES	Gerência Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NRS	Núcleo Regional de Saúde
OS	Organização Social
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PE	Pernambuco
PES	Plano Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPP	Parceria Público-Privada
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Portaria
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TOPAMA	Rede Tocantins, Pará e Maranhão
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
UPAE	Unidade Pernambucana de Atenção Especializada

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 – Obstáculos conceituais para implementação da regionalização no Brasil .	41
Figura 2.2 – Obstáculos relacionados com o Sistema de Saúde para implementação da regionalização no Brasil	41
Figura 3.1 – Esquema analítico do ciclo da política.....	62
Figura 3.2 – Esquema analítico gestão da rede	66
Figura 3.3 – Projeto de implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco – rede PEBA.....	67
Figura 4.1 – Visão cartográfica da RIDE Petrolina-Juazeiro	71
Figura 4.2 – Linha do tempo com principais marcos do processo de regionalização na Bahia	91
Figura 4.3 – Macrorregiões e regiões de saúde, estado da Bahia – 2017	92
Figura 4.4 – Linha do tempo com marcos do processo de regionalização – Pernambuco	99
Figura 4.5 – Regiões de Saúde, estado de Pernambuco – 2017	99
Figura 5.1 – Sistematização dos princípios fatos que levaram a formação da agenda.	111
Figura 5.2 – Formação da agenda e a criação da Rede PE/BA.	121
Figura 5.3 – Dispositivos de implantação e implementação da Rede PE/BA.....	130

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1 – Modelos de descentralização e coordenação federal adotados pelo Ministério da Saúde no período de 1990 a 2016.....	24
Quadro 2.1 – Características do processo de regionalização	40
Quadro 3.1 – Relação de indicadores	48
Quadro 3.2 – Caracterização dos informantes-chave – 2017	50
Quadro 3.3 – Documentos analisados	51
Quadro 3.4 – Principais características das abordagens neoinstitucionalistas	58
Quadro 3.5 – Características dos tipos de agenda proposto por Kingdon (1984)	60
Quadro 3.6 – Natureza das dimensões do processo de regionalização	64
Quadro 3.7 – Matriz de análise para o estudo da constituição e implementação da rede intraestadual de atenção à saúde	64
Quadro 3.8 – Aspectos para caracterização do espaço de governança segundo as variáveis de análise	65
Quadro 4.1 – Caracterização socioeconômica das regiões de saúde de Petrolina e Juazeiro – 2017	73
Quadro 4.2 – Indicadores de Recursos Humanos, PROADESS	81
Quadro 4.3 – Quadro comparativo do processo de regionalização de Bahia e Pernambuco sob a perspectiva das normativas ministeriais	103
Quadro 4.4 – Indicadores demográficos e sociais para cada Região de Saúde e para o estado, Bahia – 2017	104
Quadro 4.5 – Indicadores de cobertura, despesa com saúde e indicador sintético para cada Região de Saúde e para o estado, Bahia – 2017	105
Quadro 4.6 – Indicadores demográficos e sociais para cada Região de Saúde e para o estado, Pernambuco – 2017	106
Quadro 4.7 – Indicadores de cobertura, despesa com saúde e indicador sintético para cada Região de Saúde e para o estado, Pernambuco – 2017	106
Quadro 5.1 – Perfil assistencial das unidades hospitalares de referência macrorregional	120
Quadro 5.2 – Tema das pautas nas reuniões do CRIE, 2010 a 2014.....	129

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1 – Indicadores sociodemográficos e de oferta e complexidade dos serviços de saúde para as regiões de Petrolina e Juazeiro – 2017	77
Tabela 4.2 – Número de estabelecimentos de saúde, segundo tipo nas regiões de saúde de Petrolina e de Juazeiro – 2017	78
Tabela 4.3 – Número de leitos segundo tipo e disponibilidade SUS nas regiões de Juazeiro e Petrolina – 2017	79
Tabela 4.4 – Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde das regiões de Juazeiro e Petrolina segundo alguns indicadores selecionados do PROADESS – 2017	80

RESUMO

Pereira, APCM. *Redes interestaduais de saúde: o caso da rede de atenção à saúde Pernambuco/Bahia* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

A adoção da diretriz de regionalização na organização de sistemas públicos de saúde é uma estratégia antiga na experiência internacional, já apontada no relatório Dawson, em 1920. No Brasil, conforma-se como algo recente e complexo, pois o forte movimento municipalista, ao mesmo tempo que expandiu a oferta de ações e serviços de saúde, gerou também iniquidade e desigualdade de acesso. Desse modo, a regionalização é um processo que busca gerar unidade regional, sem desconsiderar as particularidades/individualidades dos municípios. Procura romper com a fragmentação da atenção à saúde, favorecer a constituição de redes de atenção integradas e promover a equidade de acesso. Apesar do volume crescente de estudos sobre regionalização, verificou-se uma lacuna importante no que diz respeito a pesquisas que abordem as peculiaridades de regiões e redes de atenção à saúde envolvendo dois ou mais estados. O objetivo foi analisar o processo de constituição da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale Médio São Francisco – rede PE/BA. Foi realizado um estudo de caso exploratório de abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico o neoinstitucionalismo e o ciclo de análise de política pública. Foram utilizados dados secundários (bibliografia, documentos e informações estatísticas) e primários (entrevista semiestruturada). Participaram vinte pessoas, sendo a maioria mulheres (65%) e com formação na área da saúde (85%). O resgate do processo de regionalização na Bahia e em Pernambuco é um fenômeno complexo, condicionado por um conjunto de variáveis de natureza histórico-cultural e político-institucional. As gestões estaduais implementaram ações significativas que favoreceram a ampliação de acesso, contudo, ainda convivem com a fragmentação e a concentração de serviços de maior densidade tecnológica na capital e nas cidades mais desenvolvidas. Quanto à criação da rede PE/BA, os achados empíricos demonstram que o intercâmbio de serviços e ações de saúde entre os municípios de Petrolina e Juazeiro, mesmo que informal, configurou-se como o grande marco histórico do caso em estudo. O reconhecimento por parte dos gestores municipais de que sozinhos não conseguiriam mobilizar os recursos necessários para resolver o problema resultou em um processo de cooperação a articulação que, gradativamente, construiu uma rede de política que deu notoriedade ao problema que passou então a integrar a agenda política das três esferas de governo. A formação da política e a tomada de decisão no caso específico aconteceram concomitantemente. Conformou-se em um amplo processo de debate envolvendo governo, trabalhadores e sociedade civil. A construção da proposta de constituição da rede não ficou limitada às regiões de Petrolina e de Juazeiro, pois, dada a robustez do movimento, agregou outras quatro regiões de saúde: duas de Pernambuco (Salgueiro e Ouricuri) e duas da Bahia (Paulo Afonso e Senhor do Bonfim). O projeto teve como substrato as normativas vigentes na época, sendo definidas como áreas estratégicas o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, redução da mortalidade materno-infantil, atenção às urgências e a regulação de acesso. Na fase de implantação, podem-se observar dois momentos distintos: um marcado por grande efervescência, com relações intergovernamentais cooperativas e solidárias que possibilitou a instituição de um colegiado de gestão interestadual e de uma central de regulação interestadual de leitos; e outro, mais recentemente, de relações intergovernamentais pouco cooperativas

materializadas na grande dificuldade do colegiado de gestão interestadual em dar respostas às demandas da rede e no não cumprimento dos pactos firmados. Por outro lado, os indícios sinalizam para uma possibilidade de mudança no curso do processo. O sentimento de pertencimento à rede por parte dos gestores municipais, trabalhadores e população oportunizou uma mobilização que cobra a retomada da negociação e da pactuação pelos gestores estaduais, com vistas a qualificar e melhorar a resposta da rede às necessidades da população. A trajetória institucional do Sistema Único de Saúde e o modelo federativo brasileiro conformam-se como variáveis que limitam a criação de redes interestaduais. Em contrapartida, a análise permitiu identificar determinantes estruturais, institucionais, políticos, ideológicos e socioculturais que conformaram um contexto favorável à inovação no âmbito da conformação de redes regionalizadas.

Descritores: Regionalização; Descentralização; Federalismo; Gestão em saúde.

SUMMARY

Pereira, APCM. Interstate health networks: the case of the health care network Pernambuco/Bahia [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2017.

The adoption of the regionalization guideline in the organization of public health systems is an old strategy in international experience, as pointed out in the Dawson report in 1920. In Brazil, it is something recent and complex, since the strong municipalist movement, while expanding the supply of health actions and services, also generated inequity and inequality of access. That way, regionalization is a process that seeks to generate regional unity, without disregarding the particularities/individualities of the municipalities. It seeks to break with the fragmentation of health care, favor the constitution of integrated networks of care and promote equity of access. Despite the increasing volume of studies on regionalization, there has been an important gap regarding research that addresses the peculiarities of health care regions and networks involving two or more states. The objective was to analyze the process of constitution of the Interstate Network of Health Care of the Vale Médio São Francisco – PE / BA network. An exploratory case study of qualitative approach was carried out, having as theoretical reference the neoinstitutionalism and the public policy analysis cycle. Secondary data (literature, documents and statistical information) and primary data (semi-structured interview) were used. Twenty people participated, most of them women (65%) and trained in the health field (85%). The rescue of the regionalization process in Bahia and Pernambuco is a complex phenomenon, conditioned by a set of historical, cultural and political-institutional variables. The state administrations implemented significant actions that favored the expansion of access, yet they still coexist with the fragmentation and concentration of services of greater technological density in the capital and in the more developed cities. With regard to the creation of the PE/BA network, the empirical findings show that the exchange of health services and actions between the municipalities of Petrolina and Juazeiro, even if informal, was the historical landmark of the case under study. The recognition by municipal managers that they alone would not be able to mobilize the necessary resources to solve the problem resulted in a process of cooperation and articulation that gradually built a network of policies that emphasized the problem that became part of the political agenda of the three spheres of government. The formation of the policy and the decision making in the specific case happened concurrently. It consisted of a broad process of debate involving the government, workers and civil society. The construction of the proposed network was not limited to the regions of Petrolina and Juazeiro, for, given the robustness of the movement, it added four other health regions: two from Pernambuco (Salgueiro and Ouricuri) and two from Bahia (Paulo Afonso and Senhor do Bonfim). The project had as a substrate the regulations in force at the time, being defined as strategic areas the strengthening of Primary Health Care, the reduction of maternal and child mortality, attention to urgencies, and access regulation. In the implementation phase, two distinct moments can be observed: one, marked by great effervescence, with intergovernmental cooperative and solidarity relations that made possible the institution of an interstate management collegiate and of an interstate regulation center of beds; and another one, more recently, of uncooperative intergovernmental relations materialized in the interstate management collegiate's great

difficulty in responding to the demands of the network and in failing to comply with the signed pacts. On the other hand, the signs point to a possibility of change in the course of the process. The feeling of belonging to the network by part of the municipal managers, workers, and the population provided a mobilization that demands the resumption of negotiation and agreement by the state managers, in order to qualify and improve the network response to the needs of the population. The institutional trajectory of the Unified Health System and the Brazilian federative model are defined as variables that limit the creation of interstate networks. On the other hand, the analysis made it possible to identify structural, institutional, political, ideological, and sociocultural determinants that formed a favorable context for innovation in the scope of regionalized networks.

Descriptors: Regional Health Planning; Decentralization; Federalism; Health Management.

INTRODUÇÃO

Em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o objetivo primaz de garantir o preceito constitucional “saúde direito de todos e dever do Estado”, definido no art.196 da Constituição Federal (CF) brasileira (Brasil, 1988); o qual buscava elevar a saúde à qualidade de direito de cidadania, romper com a segmentação de clientela, com a fragmentação institucional e com a gestão centralizada.

A definição da saúde enquanto direito de cidadania promoveu profundas mudanças no setor, pelo caráter universal das políticas, pela responsabilidade do Estado no planejamento e na execução das ações de saúde e pela gestão descentralizada do sistema.

O processo de descentralização da gestão do SUS, iniciado na década de 1990 com a edição da Norma Operacional Básica (NOB) em 1993, possibilitou, desde então, a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde (Brasil, 1993). Entretanto, a fragmentação e a distribuição desigual dos serviços ainda são importantes obstáculos para o alcance de resultados mais efetivos do sistema público de saúde.

A problemática da fragmentação da assistência é um tema recorrente no campo da gestão e organização de sistemas de saúde, e a proposta de implantação de redes regionalizadas remontam da década de 1920 com o Relatório Dawson (Kuschnir; Chorny, 2010). Os textos fundamentais que expressam a configuração ideal do SUS, o Relatório da 8ª Conferência de Saúde, a CF de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/1990 definem que o sistema de saúde precisa compatibilizar os princípios da descentralização e unicidade, articular de forma hierárquica e regionalizada as ações e serviços de saúde, a fim de promover a integralidade da atenção (Ouverney, 2015).

As experiências internacionais de constituição de sistemas de saúde que articularam descentralização e regionalização apontam para a possibilidade de organizar redes de atenção associado com o fortalecimento das autoridades regionais (Lima et al., 2012a).

Por outro lado, no Brasil, a experiência de implantação do SUS demonstra um descompasso entre a descentralização e a constituição de sistemas regionais de saúde (Lima et al., 2012b). A constituição de sistema regionais de saúde ganha destaque a partir dos anos 2000, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), do

Pacto de Gestão e mais recentemente com o Decreto Federal 7.508/2011, ou seja, uma década após a edição da primeira NOB do SUS.

O atraso no processo de regionalização e o forte movimento municipalista favoreceram a instituição de sistemas locais de saúde isolados, o frágil papel dos estados na coordenação regional da política pública¹ de saúde em seu território e uma disputa predatória por recursos (Machado, 2013).

A descentralização trouxe avanços significativos, como a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, com destaque na Atenção Primária à Saúde (APS). Contudo, problemas relacionados com o subfinanciamento, a distribuição desigual de serviços de média e alta complexidade, a baixa efetividade da APS e a fragilidade dos mecanismos de regulação assistencial revelam dilemas ainda não resolvidos (Silva, 2014; Vargas et al., 2014; Ipea, 2015; Santos; Giovanella, 2014).

Ao mesmo tempo que expandiu a oferta de ações e serviços de saúde, a descentralização, também, transferiu para os municípios um conjunto significativo de responsabilidades que lhes conferiu um protagonismo inédito na política de saúde (Ouverney, 2015). No entanto, acabou por explicitar a realidade social, política e administrativa do país e suas especificidades locorregionais (Brasil, 2006); demonstrou que grande parte dos municípios brasileiros, isolados, são incapazes de garantir a integralidade da atenção e que pensar de modo a estabelecer regiões de saúde poderia implicar ganhos de racionalidade e melhoria na oferta assistencial (Viana et al., 2017).

Ao eleger o município como núcleo básico para a organização do SUS, a descentralização gerou iniquidade, desigualdade e comprometimento da sua sustentabilidade. Constituir um sistema único, integral, a partir de 5.565 municípios e de 27 estados, é uma tarefa hercúlea e audaciosa (Lima, 2013; Santos; Campos, 2015). Como fomentar uma unidade regional? Como constituir sistemas regionais de saúde em um país heterogêneo e com governos subnacionais portadores de distintas capacidades governativas?

A incorporação da diretriz da regionalização na política pública do setor saúde está presente no Brasil desde a década de 1980, com as Ações Integradas em Saúde (AIS) no momento de transição democrática do país. Nesse primeiro momento, tinha como finalidade o ordenamento racional de atuação do Estado e a integração das atividades

¹ O termo política pública é compreendido enquanto um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas com as tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre as realidades econômicas, sociais e ambientais (Bobbio, Matteuci, Pasquino, 1995 apud Viana, Baptista, 2012, p. 60).

preventivas, curativas e de reabilitação ofertadas pelos governos em uma rede hierarquizada. Predominava uma lógica gerencial para racionalização da oferta e gastos públicos, conduzida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (Ribeiro, 2015).

Por outro lado, o movimento da reforma defendia uma regionalização que promovesse a superação das desigualdades resultada do modelo de intervenção estatal do país. Ou seja, instrumento essencial para a integralidade da atenção e equidade de acesso (Ribeiro, 2015).

A organização de redes regionalizadas envolve a integração, a interconexão e a interação de serviços com diferentes níveis de densidade tecnológica distribuídos em um dado território, que pode ser um município, uma região ou um estado. Essa organização, portanto, fundamenta-se no modelo de relações intergovernamentais baseadas no federalismo cooperativo, com importante participação dos governos subnacionais (Ouverney, 2015).

A área da saúde expressa os maiores avanços no campo da articulação intergovernamental, com a criação de arenas formais de discussão, negociação e pactuação que contam com a participação das três esferas de governo (Sano; Abrucio, 2013; Ouverney, 2015). A participação de estados e dos municípios no processo de tomada de decisão vem acentuando-se cada vez mais, seja por meio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), seja por meio de técnicos especializados que possuem assentos nos fóruns intergovernamentais, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (Ouverney, 2015).

A complexidade da estrutura do Estado brasileiro exige a criação de mecanismos de coordenação que estimule a articulação entre as esferas de governo, que resulte no compartilhamento de ações em prol da implementação da política pública de saúde. Existem diversos mecanismos que possibilitam a coordenação de políticas, como: instrumentos legais e normativos que definam as competências de cada gestor e distribuam funções; instâncias federativas de negociação; funcionamento regular das instituições; coordenação federativa (Lima, 2013).

No âmbito do SUS, verifica-se a existência desses mecanismos, entretanto, um olhar mais atento sobre a sua realidade nos diz que a sua mera existência não tem sido suficiente para estabelecer pactos robustos, capazes de dar materialidade a um sistema universal, equitativo e com atenção integral. Talvez porque o maior desafio do SUS esteja

no campo político, já que os impasses do financiamento, da relação entre o público e o privado e das desigualdades regionais não são resolvidos apenas na esfera técnica (Paim et al., 2011).

De modo resumido, a literatura que estuda o processo de descentralização do SUS e seu impacto nas relações intergovernamentais pode ser agrupada em duas correntes distintas. Na primeira, estariam os estudos que tentam explicar esse fenômeno a partir de condicionantes macropolíticos (Abrucio, 2005; Arretche, 2002; Almeida, 2005; Fleury, 2009); na segunda, aqueles de âmbito setorial da saúde nos quais está alicerçada (Santos; Andrade, 2011; Solla, 2006; Scatena; Tanaka, 2001; Silva, 2001). Por outro lado, alguns autores argumentam que o arranjo federativo brasileiro é o condicionante que explicaria a tipologia das relações intergovernamentais no processo de implantação do SUS. Alegam, ainda, que o modo como a federação brasileira foi constituída reflete na maneira como as relações intergovernamentais são estabelecidas (Lima, 2013).

Apesar das distintas visões analíticas de cada uma das correntes, uma característica parecer ser comum: o papel das instituições² no processo de descentralização e nas relações intergovernamentais.

Assim como na descentralização, a constituição de sistemas regionais de saúde defronta-se com dilemas na esfera política, técnica e administrativa, tendo em vista a necessidade de agregar interesses locais e regionais, autonomia e interdependência e um conjunto de competências técnica e administrativa dos entes subnacionais. Soma-se ainda: recuperar o papel da esfera estadual no planejamento e na coordenação regional e instituir fóruns intergovernamentais robustos que fomentem a discussão e a pactuação balizados na solidariedade e cooperação (Viana; Lima, 2011; Kehrig; Souza; Scatena, 2015).

Dar materialidade a uma região de saúde é um outro grande desafio, pois o arranjo federativo brasileiro não contempla essa instância, a qual precisa ser construída, gerida e financiada mediante o estabelecimento de acordos e de pactuações entre as esferas de governo. Caracteriza-se, desse modo, como um processo político que postula concessões e privilégios do interesse comum (Levi; Scatena, 2011).

Diferentemente da descentralização, a regionalização não alcançou o mesmo êxito, visto que produziu baixo impacto institucional; fenômeno que pode ser explicado

² Entende-se instituição como qualquer regra ou forma de constrangimento que molda as interações humanas; pode incluir regras formais e informais; possui caráter mais amplo que o de organização (grupos e agentes políticos) (Machado, Lima, 2015).

sob a luz das regras de cada um dos marcos normativos, da manutenção de legados anteriores (polarização das relações intergovernamentais, municipalismo), da responsabilização do ente estadual, do subfinanciamento levando à prática predatória por recursos ou da natureza particular da vida política brasileira (Dourado; Dallari; Elias, 2012; Arretche, 2012; Viana et al., 2017).

As transformações socioespaciais que integram o processo de reestruturação do território brasileiro apontam para mudanças significativas, que tanto operam no sentido de conectar como de fragmentar o território (IBGE, 2016). O Brasil é um país que congrega, além da sua dimensão continental, cinco biomas, diversidade étnica e cultural, diferentes arranjos produtivos, irregular distribuição de serviços que conferem aos territórios dinâmicas próprias.

As ideias de coesão e integração vêm sendo utilizadas por diversos órgãos estatísticos internacionais e por estudos acadêmicos que abordam a dimensão espacial no mesmo plano dos processos sociais e econômicos. O entendimento acerca dos movimentos pendulares tem-se mostrado importante no estudo da dinâmica urbana, sendo utilizado para compreender a organização funcional dos espaços regionais. As interações espaciais são uma das conexões mais relevantes na formação das concentrações urbanas e do deslocamento diário de pessoas da residência para trabalho e estudo, servem de vínculo que configuram o processo de urbanização, não mais restrito as regiões metropolitanas (IBGE, 2016).

Nesse contexto, os deslocamentos populacionais imprimem um novo olhar sobre o território. Os movimentos pendulares são cada vez mais importantes para compreender os fluxos gerados para trabalho, estudo e serviços (IBGE, 2016); e por que não para a conformação de regiões de saúde?

No modelo federativo brasileiro, a região é um recorte instituído pelo Estado, seja no âmbito da esfera federal ou estadual, todavia, não cria um novo ente. A sua viabilidade e sustentação dependem da solidariedade das esferas de governo e da existência de redes (Albuquerque; Viana, 2015; Ribeiro, 2015).

As legislações mais recentes que imprimem a diretriz da regionalização no espectro de organização do SUS, como a NOAS, Pacto e Decreto, estabeleceram conceitos de região de saúde e tentaram defini-la como base para o planejamento regional. Na NOAS, a região ficou definida como base para o planejamento, e sua delimitação deveria considerar características demográficas, socioeconômicas, geográficas,

sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços e relações entre municípios (Brasil, 2002). O Pacto, por sua vez, conceitua a região como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território; e estabelece quatro escalas: a intraestadual, a intramunicipal, a interestadual e a fronteira (Brasil, 2006). O Decreto mantém o conceito de região estabelecido no Pacto, suprime o escalonamento adotado no regramento anterior, mas guarda a possibilidade de conformação de regiões interestaduais e fronteiriças (Brasil, 2011b).

No SUS, a conformação de regiões foi pensada em combinação com redes de saúde, influenciada pelo conceito de redes regionalizadas e hierarquizadas de origem inglesa e de sistemas integrados em saúde de origem norte-americana (Albuquerque; Viana, 2015). As autoras mencionam que a configuração de regiões e de redes de atenção se apresenta como uma possibilidade viável para o planejamento e gestão do SUS, de modo a respeitar a nossa diversidade territorial.

Imaginar um modelo único de regionalização parece ser algo perigoso e pouco efetivo (Ribeiro, 2015). Analisar processos particulares de implementação da regionalização significa reconhecer a diversidade, a desigualdade e a heterogeneidade tão próprias do nosso país (Viana; Lima 2011). A dinamicidade de cada território pode fazer emergir distintas modalidades de regionalização, de acordo com o potencial de cada situação; ou mesmo outros arranjos não necessariamente regionais (Ribeiro, 2015).

Os estudos nacionais que abordam a regionalização em saúde conferiram pouca atenção às regiões interestaduais (Casanova et al., 2017). Apesar da relevância e das peculiaridades das regiões interestaduais de saúde, verificou-se a carência de estudos que abordem o processo de regionalização e gestão regional de redes interestaduais de saúde.

Os processos de regionalização em territórios que envolvem mais de dois estados da federação são fenômenos complexos que apresentam tensões, limites e desafios condicionados pela trajetória institucional do SUS e pelo modelo federativo brasileiro.

No âmbito do SUS, existem algumas experiências de constituição de redes interestaduais³, a exemplo da rede Tocantins, Pará e Maranhão (TOPAMA), que abrange

³ Regiões interestaduais de saúde conformam-se em um arranjo territorial para constituição de uma RAS que integra dois ou mais estados, vários municípios com participação da União e conta com arenas formais de discussão, negociação e pactuação (conceito elaborado a partir das normas infraconstitucionais – Decreto 7.508/2011 e das normas administrativas do Ministério da Saúde – NOAS e Pacto de Gestão).

três macrorregiões (norte do estado de Tocantins, sudeste do Pará e sudoeste do Maranhão) com 110 municípios – 65 no Tocantins, 22 no Pará e 23 no Maranhão – distribuídos em 7 regiões de saúde (Casanova et al., 2017); da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF)⁴ formada pelo Distrito Federal, 19 municípios do estado de Goiás e 3 de Minas Gerais; e da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, que congrega 6 regiões de saúde (3 do estado da Bahia e 3 de Pernambuco) e 53 municípios.

Assim, diante do exposto, questiona-se: **como ocorreu o processo de implantação e efetivação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (rede Pernambuco/Bahia)?** Como perguntas norteadoras:

- Como o desenho federativo e a trajetória institucional da política de regionalização influenciaram na implantação e repercutiram na gestão da rede Pernambuco/Bahia?
- Como se caracteriza o modelo de gestão da rede Pernambuco/Bahia?
- Como se conforma a estrutura organizacional da rede Pernambuco/Bahia?
- Como se caracterizam as relações intergovernamentais no processo de negociação e pactuação no âmbito do Colegiado Regional Interestadual (CRIE)?

Ao estudar o processo histórico-institucional da rede Pernambuco/Bahia, vislumbra-se apontar potencialidades e limites dessa modalidade de regionalização, que poderão servir de base para novos estudos e indicar caminhos para a qualificação e aprimoramento da política de regionalização no SUS. A escolha pelo referido objeto de estudo decorreu da minha atuação enquanto auditora em saúde da Secretaria de Saúde do estado da Bahia (SESAB). O acúmulo dessa experiência, aliada à minha inserção no grupo de pesquisa Regiões e Redes, despertou em mim o interesse em analisar como se dá, em uma realidade concreta, a operacionalização de uma rede interestadual de saúde.

Desse modo, a presente pesquisa teve como objetivo geral analisar o processo de constituição da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (rede PE/BA), de modo a compreender sua criação e efetivação no contexto federativo brasileiro e das relações intergovernamentais. Como objetivos específicos, buscou

⁴ Dados disponíveis em: <http://www.mi.gov.br/regioes_integradas_df_rides>.

descrever os antecedentes históricos da regionalização nos estados da Bahia e de Pernambuco e as especificidades da rede PE/BA; caracterizar o modelo de gestão da rede PE/BA; caracterizar a organização e o funcionamento do CRIE; e analisar o perfil das relações intergovernamentais no processo de negociação e pactuação no âmbito do CRIE.

Além desta introdução, a tese foi estruturada em cinco capítulos e nas conclusões.

No **capítulo I, “Relações intergovernamentais na gestão do SUS: o desafio de estabelecer consensos e pactuações”**, descrevem-se as principais características do federalismo e as peculiaridades do modelo federativo brasileiro com enfoque do papel da coordenação federativa e das relações intergovernamentais no processo de regionalização.

O **capítulo II, “Processo de descentralização do SUS: do municipalismo à regionalização”**, descreve o processo de descentralização da política pública de saúde e a implementação do SUS, seguida de uma síntese com as principais evidências sobre a regionalização apontadas por estudos nacionais e de uma discussão sobre o desafio da gestão compartilhada de uma política social em um país federado.

Demonstra que o modelo de descentralização adotado pelo estado brasileiro conferiu grande autonomia política e administrativa aos governos subnacionais, com destaque para os municípios, o que trouxe implicações substanciais ao processo de regionalização e conformação das redes de atenção. Aponta ainda que a regionalização é um processo tardio e que as estratégias até então implementadas não foram suficientes para transpor os desafios de constituir um sistema universal e equânime.

O **capítulo III, “Plano de análise: interpretando o processo de criação de uma rede interestadual de atenção à saúde sob as bases do neoinstitucionalismo e do modelo de análise de política”**, apresenta o percurso metodológico realizado que sustentou a interpretação dos achados empíricos. Assume-se que as normas exercem papel importante sob o objeto em análise, porém, não se desconsidera a relevância da conjuntura histórica e da atuação dos atores políticos perante esse fenômeno. A gestão do SUS é uma gestão em rede, e que, portanto, é constituída por um conjunto de atores, materializada na negociação entre as esferas de governo (relações intergovernamentais) e, também, entre gestores e prestadores (relações interinstitucionais) (Fleury; Ouverney, 2007; Kehrig et al., 2014).

O **capítulo IV, “Antecedentes do processo de regionalização na Bahia e em Pernambuco: um processo de encontros e desencontros”**, analisa os achados

empíricos relacionados com a regionalização da atenção à saúde implementada nos estados da Bahia e de Pernambuco, apontando os principais marcos históricos e o papel da gestão estadual na condução do referido processo. Traz, ainda, a caracterização das regiões de saúde de Petrolina e de Juazeiro, considerando aspectos históricos e sociodemográficos das cidades-polos e a estrutura da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O capítulo V, **“Da formação da agenda e implantação da rede: o caso da rede Pernambuco-Bahia”**, traz o resgate histórico da criação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale Médio São Francisco, considerando a influência da trajetória institucional do SUS, em especial da regionalização e das relações intergovernamentais, na implantação e gestão da rede. Com base nos achados, analisou-se como o modelo de organização do SUS e as estratégias de regionalização condicionam a conformação de cenários mais ou menos favoráveis à institucionalização de uma rede interestadual de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Ao final, são sumarizadas as principais evidências encontradas no estudo de caso e algumas reflexões acerca dos desafios impostos à efetivação da rede PE/BA.

CAPITULO I – RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NA GESTÃO DO SUS: O DESAFIO DE ESTABELECEER CONSENSOS E PACTUAÇÕES

1.1 O ESTADO FEDERAL

O Estado⁵ Federal é um fenômeno moderno que nasceu com a criação dos Estados Unidos da América (EUA). Em 1781, as 13 colônias, agora estados independentes, assinaram um tratado conhecido como Artigos de Confederação⁶, o qual previa soberania, liberdade e independência entre seus partícipes.

A experiência demonstrou a fragilidade desse tratado, em especial quando havia a necessidade de uma ação conjunta, por isso, em 1787, ocorreu uma Convenção na Filadélfia com objetivo de aperfeiçoar o tratado, porém, havia duas correntes: uma que defendia apenas a revisão das cláusulas e outra que desejava a transformação da Confederação em Federação. As discussões foram calorosas, mas prevaleceu da ideia da criação do Estado Federal (Dallari, 1986).

O Estado Federal tem como principais características a existência de uma Constituição comum, proibição de secessão (não se reconhece o direito de se desligar da federação), a soberania pertence à União, autonomia dos Estados-membros (existência de vários centros de decisão), existência de competências próprias e exclusivas e autonomia financeira da União e dos Estados (Dallari, 1986; Dallari, 2007; Santos, 2013). Ou seja, subunidades políticas, dotadas de poderes políticos para definirem suas leis e políticas (IDS, 2013).

Como se pode ver, no Estado Federal, existe o compartilhamento do poder decisório (autonomia), ausência de hierarquia entre os governos (pacto) e a existência de mais de um agente na definição e elaboração de política pública. Outro aspecto importante do Estado Federal é a separação de poderes: a ideia é a distribuição do poder entre vários ramos, de modo a evitar a tirania. Esse modo de organização foi chamado de sistema de freios e contrapesos (*checks and balances*), o qual distribuía as funções do governo entre o Executivo, o Legislativo e o Judiciário.

⁵ Estado – compreendido como uma sociedade política organizada (constituída de território e povo) dotada de autoridade superior (soberania) e de personalidade jurídica (direitos e deveres).

⁶ Confederação – conforma-se na união de Estados soberanos, unidos por um tratado que pode ser desfeito a qualquer momento (Dallari, 1986).

Dallari (1986) aponta que a criação do Estado Federal foi a resposta encontrada pelas antigas colônias inglesas a um desafio histórico, as quais queriam viver como Estados livres. Portanto, esse é o problema ao qual o federalismo respondia.

Federação é um verbete que tem sua origem no latim, que traz a ideia de aliança entre estados. Nessa perspectiva, cabe indagar em que base essa aliança é estabelecida.

O federalismo⁷ no mundo não se apresenta de modo único, verifica-se uma variedade de formatos, aplicados a contextos distintos. Entretanto, essas várias experiências apresentam alguns traços comuns: existência de no mínimo dois níveis de governo e de uma Constituição com definição formal de competência legislativa e fiscal aos níveis de governo (Rocha, 2013). Frutuoso (2010) acrescenta ainda a existência de arenas institucionais que garantam representação política, controle mútuo e espaço para deliberação.

Dito em outras palavras, uma federação tem como características ser dotada de uma referência constitucional, suas regras devem ser garantidas por um judiciário forte e independente, distribuição de autoridade para legislar, bicameralismo e distribuição de recursos financeiros (Rocha, 2013).

Na atualidade, verifica-se uma variabilidade de novas experiências e propostas federalistas (Viana; Lima; Oliveira, 2002). A esse respeito, Elazar (1979 apud Dallari, 1986) chama atenção que o federalismo tem sido a alternativa para o Estado Unitário, porém, essas várias experiências mantêm a característica básica que é a multiplicidade de centros de poder.

Abrucio e Franzese (2013) assinalam que, do ponto de vista das relações entre as esferas de governo, pode-se identificar três tipos de arranjos federativos: o dual – dois centros de poder, o total (União) e os parciais (Estados), ainda que existam e sejam exercidos nos mesmos limites territoriais, constituem soberanias distintas e separadas, que atuam de forma separada e independente, nas esferas que lhes são próprias; centralizado – governos estaduais e locais transformados em agentes administrativos do governo federal; e cooperativo – ação conjunta entre instâncias de governo, nas quais as unidades subnacionais guardam significativa autonomia decisória e capacidade própria de financiamento.

⁷ O sentido de federalismo adotado neste estudo é o de pacto, o qual produz arranjos institucionais baseados na existência de diferentes centros de poder. Portanto, uma característica fundamental do federalismo é a difusão de poder, cuja existência e autoridade são garantidas por uma constituição (Elazar, 1987 apud Franzese, 2010).

Para Stepan (1999), a formação de uma nação a partir da união de estados independentes é uma das motivações, porém, o federalismo também pode ser instituído após a divisão de um governo unitário.

Para os autores Frutuoso (2010) e Abrucio (2005), o compartilhamento territorial de poder deriva da existência de heterogeneidades (físicas, étnicas, culturais, socioeconômicas) e de uma prática da unidade na diversidade. Existem federações que buscam unir atores sociais relevantes naquela sociedade e outras que buscam manter a união (Stepan, 1999). O Brasil e a Índia são exemplos daqueles que adotaram o modelo federativo para manter a união (IDS, 2013).

O federalismo⁸ aumenta o grau de complexidade do processo de tomada de decisão devido à ampliação do número de atores e de arenas decisórias. Entretanto, traz como possibilidades a ocorrência de processos mais democráticos, de negociação e de respeito às peculiaridades. Como limites, destacam-se a fragmentação do poder que pode gerar um Estado frágil, a ausência de uma planificação global, a dispersão de recursos (modelo oneroso) e a existência de conflito jurídico e político devido a não explicitação clara dos limites (Frutuoso, 2010; Abrucio; Franzese, 2013).

Elazar (1985 apud Ortolan, 2013), ao analisar a origem e estrutura de várias federações, elaborou a teoria do pacto (*concept of covenant*) que repousa sobre a ideia de que a estrutura institucional do federalismo (vários centros de poder) necessita de mecanismo de cooperação e competição e pressupõe uma necessária interação. Posteriormente, Elazar desenvolve a teoria do pacto federativo, que resulta da combinação de interdependência (*shared-rule*) e autonomia (*self-rule*) dentro de um mesmo sistema político (Ortolan, 2013). Desse modo, supera-se a noção de federalismo dual, do isolamento entre as esferas de governo. Outra contribuição dos estudos de Elazar foi a de que, no estudo das relações intergovernamentais, o mais apropriado seria considerar o *continuum* competição-cooperação ao invés do *continuum* centralização-descentralização (Ortolan, 2013).

As críticas a esse modo de organização repousam sobre a incapacidade de assegurar a participação igualitária de todas as unidades federadas e o tratamento igualitário em um ambiente em que existe desigualdade, sendo, portanto, o início da injustiça (Arretche, 2012).

⁸ Federalismo e descentralização são termos distintos: federalismo, uma forma particular de organização do Estado, em que diferentes níveis de governo têm autoridade sobre a mesma população e território e autonomia fiscal e política; descentralização, transferência de responsabilidade, de funções gerenciais, de recursos.

1.2 ESTADO FEDERAL E A PECULIARIDADE DO MODELO BRASILEIRO

O Brasil é um dos casos mais ricos e complexos entre os sistemas federativos existentes (Abrucio, 2010). Parte dessa complexidade pode ser explicada pelas diversas soluções federativas encontradas ao longo de sua história, que oscilou entre centralização e descentralização (Almeida, 2001; Souza, 2002).

A independência do país ocorreu em 1822, sob a forma de Estado unitário, tendo o governo central grande poder sobre as províncias durante o Primeiro Reinado. Com a abdicação de D. Pedro I do trono, em 1831, iniciou-se no Brasil o período chamado de Regencial, que se estendeu até 1840, quando, então, D. Pedro II assumiu o trono. Essa fase foi marcada por intensas revoltas ao longo do país. Diante desse cenário conturbado, o Segundo Reinado foi marcado por um modelo centralizador, com escolha dos governadores da época pelo imperador.

Frutuoso (2010) chama atenção que esse modelo centralizador tinha bases frágeis, dado o perfil político da elite (localista e oligárquica). Logo após a Abolição da escravidão, em 1888, ocorre a queda do imperador e a proclamação da república, em 1889, ano em que nasce da federação brasileira.

O modelo federativo adotado foi fortemente influenciado pelo modelo norte-americano. A Constituição de 1891 delegou forte poder aos estados, que favoreceu o fortalecimento das oligarquias, o aumento das desigualdades territoriais e o enfraquecimento do governo central.

A escolha pelo modelo federativo, em uma primeira análise, poderia ser vista como errada. No entanto, apesar de o Brasil não apresentar profundas divisões cultural e religiosa (situação que a princípio não justificaria), possui uma distinção entre Norte e Sul que remonta da sua história e que resulta em profundas desigualdades econômicas e sociais (IDS, 2013).

No período de governo de Getúlio Vargas (1930 – 1945), esse cenário sofreu modificações importantes. Como destaque, tem-se: o fortalecimento do Executivo federal, em especial durante o Estado Novo (1937 a 1945) quando os governos subnacionais perderam seu poder; e a expansão de políticas nacionais (Abrucio, 1998).

Com a queda do Estado Novo, iniciou-se um processo de retomada da democratização e federalização. Nesse período (1946 – 1964), ocorreu o retorno da

autonomia dos estados, porém, no campo das políticas públicas a predominância foi do governo federal que manteve o modelo varguista (Abrucio, 1998).

Com o golpe de 1964, todo esse processo foi interrompido. A ditadura militar rompeu com o federalismo e instaurou um modelo centralizador e tecnocrático de Estado, que reduziu o poder de estados e municípios. O pacto federativo era o chamado unionista-autoritário. As relações intergovernamentais tinham como base a centralidade das receitas tributárias nas mãos do executivo federal, uniformidade da atuação administrativa dos três níveis de governo e controle das eleições para governadoria (Abrucio, 1998).

Como o enfraquecimento do modelo nacional-desenvolvimentista, a situação fiscal brasileira e a eleição direta para governador em 1982, no final da ditadura, favoreceram uma conjuntura para o processo de redemocratização (IDS, 2013). Com a promulgação da Constituição de 1988, iniciou-se o período que foi denominado nas palavras de Abrucio (1998) como Novo Federalismo brasileiro.

O papel decisivo dos governadores no processo de redemocratização promoveu a mudança do centro do poder. A União não conseguiu manter seu poder e influência como ocorreu na ditadura militar, os governadores assumiram a centralidade do poder – federalismo estadualista. Esse deslocamento do centro de poder decorreu da crise financeira do Executivo Federal e do grande poder de veto do Legislativo Federal (câmara e senado), que reduziram muito a capacidade do governo federal em implementar reformas e políticas de âmbito nacional (Abrucio, 1998).

Ao analisar a coordenação federativa no Brasil durante o governo de Fernando Henrique Cardoso FHC, Abrucio (2005) aponta que esse período pode ser caracterizado por dois momentos distintos. O primeiro marcado por um amplo processo de descentralização, com forte apelo à municipalização. Já no segundo verifica-se um caráter mais predatório e não cooperativo, talvez pelo forte poder dos estados e seus governadores, levando ao enfraquecimento da União.

De modo geral, nessa fase inicial de pós-democratização, no plano federal predominava o “jogo de empurra”, no estadual, a lógica de cooptação e indefinição de suas competências e no municipal, a assunção de grande parcela de encargos. Todo esse cenário resultou em um fenômeno chamado de federalismo compartimentalizado, ou seja, cada nível de governo buscou o seu papel específico, e não havia incentivos para o compartilhamento de tarefas e a atuação consorciada (Abrucio, 2005).

O governo FHC imprimiu mudanças significativas na estrutura federativa, que repercutiram em uma melhor equalização do poder entre os entes federados (União e estados) e na retomada da coordenação do processo de descentralização de políticas. Resultado alcançado pela existência de um contexto favorável que foi sendo construído ainda quando FHC era ministro do governo Itamar.

Contudo, não foram suficientes para mudar profundas desigualdades nacionais. A fragilidade das instituições de controle sob os governos estaduais, a burocracia pouco qualificada de parte significativa dos governos subnacionais (destaque para os municípios), a manutenção de práticas pouco republicanas e a forte dependência econômica favoreceram o clientelismo na repartição de recursos (governadores, prefeitos, deputados e senadores com atuação locorregional), pouco contribuindo para a implementação de um projeto de nação.

É notório que, na área social, a criação de mecanismos de transferências automáticas, a exemplo do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo na área da saúde, colaborou para uma distribuição menos predatória de recursos. Todavia, a manutenção da lógica de pagamento por procedimentos para as ações de média e alta complexidade (MAC) ainda privilegia as regiões com maior capacidade instalada, e, com isso, a permanência de grandes vazios assistenciais em áreas das regiões Norte e Nordeste.

A segunda questão é a manutenção da permeabilidade entre governo e elite locorregional. Essa relação, em parte, é fortalecida pelo modelo político, que compromete o caráter democrático do nosso federalismo.

1.3 SISTEMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS: O PAPEL DA COORDENAÇÃO FEDERATIVA E DAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

Sendo o federalismo uma forma de organização territorial do poder, essa conformação tem impacto na definição e no modo de implementação de políticas públicas.

A ciência social reconhece a interferência do federalismo na produção de políticas públicas e analisa diferentes aspectos dessa interação, com destaque na definição de competências, distribuição de recursos e a dinâmica das relações intergovernamentais (Abrucio; Franzese, 2007; Abrucio; Franzese, 2013).

No campo das teorias que analisam a relação entre federalismo e política pública (Leibfried; Castles; Obinger, 2005; Abrucio; Franzese, 2007; Abrucio; Franzese, 2013),

apontam-se duas importantes linhas de análise: uma é a da classificação sobre o tipo de federalismo – competitivo e cooperativo –, outra é aquela que utiliza o tempo como variável explicativa, que define essa interação entre federalismo e política pública como uma relação de reciprocidade, ou seja, existe uma relação de interferência entre eles.

No modelo competitivo, a distribuição de competências, baseada na divisão de responsabilidades, é uma característica fundamental, a qual tem como pretensão a preservação da autonomia das unidades federativas na produção de políticas, favorecendo a competição. Como ponto fraco, apontam o fenômeno denominado *race to the bottom*, que se caracteriza pela dificuldade de promover uma ação coletiva, pois os entes reduzem seus investimentos na área social a fim de evitar a atração de novos beneficiários de outras unidades federadas (Abrucio; Franzese, 2013).

No modelo cooperativo, existe um estímulo à colaboração, com divisão de poderes funcionalmente e a execução de tarefas conjuntamente com sistema de tributação com taxação conjunta e equalização fiscal horizontal e vertical. Como aspecto negativo, aponta uma maior rigidez nas políticas públicas e a dificuldade no processo de tomada de decisão (Abrucio; Franzese, 2013).

Essa linha de análise pode ser útil na medida em que auxilia na discussão sobre o impacto das instituições federativas na produção de políticas públicas, porém o cotidiano da elaboração de políticas é mais dinâmico e menos dicotômico, cuja linha de análise não consegue responder a essa complexidade (Abrucio; Franzese, 2013).

O federalismo baseia-se no compartilhamento da legitimidade e das decisões, para tal, prevê a instituição de um pacto federativo e a coexistência de diferentes Entes autônomos, que possuem autonomia com interdependência com divisão de funções e poderes. A escolha por essa modalidade de organização deriva da heterogeneidade e do ideal da unidade na diversidade. A manutenção do pacto federativo é feita pela Constituição e pelas instituições responsáveis pelo controle e coordenação (Abrucio; Franzese, 2007).

Esse modelo de organização teve sua origem na constituição dos EUA, que antes eram constituídos de entes autônomos independentes que se uniram e formaram a União (Abrucio; Franzese, 2007).

Diferentemente do que aconteceu nos EUA, a nossa federação não surgiu de estados soberanos e independentes, mas de províncias da época do Império que não possuíam autonomia. O federalismo foi a alternativa encontrada para superar o

centralismo do Império. No caso brasileiro, as unidades dependentes ganharam autonomia (Santos, 2013).

O federalismo que se instalou no Brasil, a partir de 1889, não favoreceu a aliança entre os Estados-membros, mas sim a competição em busca de favores. O processo de integração nacional prejudicou o crescimento econômico em função do isolamento dos estados do Centro-Sul com próspero desenvolvimento, apesar de uma sociedade fragmentada, que conseguiram conformar uma aliança política em função de um objetivo comum, situação que não ocorreu nos estados do Nordeste. Isso favoreceu o isolamento dessa região do centro das decisões nacionais (Levine, 1980).

O modo como a estrutura federativa brasileira foi se constituindo ao longo da história, contexto marcado por oligarquias que dominavam o poder, instabilidade política e golpes de estados, prejudicou a constituição de um Estado Federal pautado por práticas federativas verdadeiras – cooperação e interdependência (Santos, 2013).

No Brasil, como afirmou Rui Barbosa, “tivemos o todo antes das partes”, ou seja, o nosso pacto federativo não foi para constituir uma nova instituição, mas para promover a descentralização, já que o que o antecedeu foi um modelo de governo central, tendo na figura do imperador o seu maior representante. Além disso, o nosso federalismo, no início, fortaleceu o executivo estadual, devido à famosa política do “café com leite”, diferentemente do aconteceu nos EUA (Abrucio; Franzese, 2007).

Em 1930, esse cenário mudou com o golpe de Getúlio Vargas, o qual imprimiu uma nova dinâmica, a centralidade no executivo federal, e em seu auge aboliu o federalismo da CF em 1937. Como herança desse período, tem-se o fortalecimento do executivo e a burocracia federal. O federalismo retornou em 1946 e promoveu com ele a expansão da União e o retorno das elites regionais ao poder. No período de 1945 a 1964, ocorreu a radicalização política devido à guerra fria, e, por falta de adesão da elite ao processo democrático em 1964, teve-se, então, o golpe de Estado com implantação do regime ditatorial que imprimiu uma forte centralidade e controle sobre os governos subnacionais, o qual durou até 1985 (Abrucio; Franzese, 2007).

Com a redemocratização a partir de 1985, ocorreu o fortalecimento dos estados e municípios que culminou na constituição de uma federação formada por três entes: União, Estados e Municípios, todos com autonomia política, administrativa e financeira. Entretanto, a distribuição de poder não é simétrica entre as unidades federadas, parte explicado pela heterogeneidade da configuração socioeconômica e administrativa locais

e pela pouca capacidade de alguns entes em exercer sua autonomia (Abrucio; Franzese, 2007; Abrucio; Franzese, 2013).

Apesar dos riscos de haver competição entres os governos subnacionais, a concentração de autoridade regulatória na União compensa. O desenho federativo brasileiro dotou o governo federal de autoridade normativa e capacidade de gasto que lhe permite interferir na agenda dos governos subnacionais, apesar da descentralização política, fiscal e de competências definidas na CF de 1988 (Arretche, 2012).

A Constituição de 1988 deixou claro que as principais políticas públicas deveriam ser descentralizadas, fez com que os governos subnacionais (estados e municípios) passassem a ter importantes atribuições na definição e provisão (Ribeiro, 2015) e tornou os municípios elementos-chave na construção do Estado de Bem-Estar Social brasileiro (Abrucio; Franzese, 2013).

Esse panorama criou um ambiente competitivo, que resultou na multiplicação da quantidade de municípios e na disputa pelos recursos federais (Fundo de Participação dos Municípios – FPM), e, como consequência, a pulverização dos recursos. Para lidar com esse contexto, muitos municípios buscaram ampliar a arrecadação própria e incentivos fiscais – guerra fiscal (Abrucio, 2005; Abrucio; Franzese, 2013).

Na área social, o problema da coordenação federativa é um aspecto central, que emerge da tensão constitutiva entre o caráter uniforme dos direitos sociais e a preservação das diversidades regionais. Uma das variáveis que afetam a capacidade de coordenação federativa diz respeito à maneira como são distribuídas as responsabilidades entre as esferas de governo (Machado; Palotti, 2015). O modelo institucional do federalismo cooperativo prevê a existência de competências comuns entre os entes e uma rede de relações intergovernamentais, o que resulta em um fenômeno complexo.

A Constituição de 1988 não deixou explícitas as competências e atribuições dos diferentes níveis de governo na elaboração e na implementação de políticas sociais (Ribeiro, 2009; IDS, 2013). A descentralização feita dessa maneira pode levar alguns entes federados (em especial os municípios) à falência, à dependência, à ineficiência e a desperdícios de recursos (IDS, 2013).

Assim, em uma primeira análise, pode-se afirmar que o desenho federativo compromete a execução de políticas sociais. Obinger et al. (2005 apud Machado; Viana, 2009) defendem a ideia de que nessa análise são importantes o desenho das instituições e os recursos de poder, contudo, as variáveis histórico-culturais precisam ser incluídas.

O resultado de políticas públicas deriva do modo como se combinam as dimensões política, fiscal e administrativa nos diferentes arranjos setoriais para executar políticas, tomar decisões sobre as regras de como executar e controlar os recursos (Arretche, 2012). Ou seja, é mister considerar a capacidade de executar políticas públicas na definição do arranjo federativo setorial. No Brasil, a descentralização das políticas sociais foi um movimento que adquiriu formatos e ritmos diferentes nas distintas áreas sociais, assim como teve trajetórias diferenciadas entre estados e municípios (Ribeiro, 2009).

Falleti (2006), ao fazer um estudo comparado, argumenta que, no Brasil, a descentralização começou no setor saúde, enquanto na Argentina, Colômbia e México se iniciou na educação. Uma hipótese é a de que o movimento sanitário teve presença marcante na Constituinte.

O modelo tridimensional do federalismo brasileiro produz influências no desenho e na gestão de políticas públicas (Guerreiro; Branco, 2011). A legislação infraconstitucional que regulamentou o direito à saúde gerou arranjos institucionais altamente complexos. O conjunto de regras estabeleceu de modo geral que a União tem autoridade para tomar as decisões mais importantes, aumentando a capacidade federal em coordenar as ações dos governos estaduais e municipais. Aos governos subnacionais, coube a implementação sob forte dependência das transferências federais e das regras definidas pelo MS (Leite; Fonseca, 2011).

Na saúde, a municipalização foi o farol da descentralização. A lógica que sustentava essa diretriz era a de que os municípios estavam na ponta da cadeia, e seriam capazes de adequar o geral às especificidades de seus próprios territórios (IDS, 2013). O ente estadual foi o que, relativamente, sofreu o maior impacto ao ter seu papel de executor e de contratante substituído pelo papel de coordenador e regulador do sistema estadual de saúde (Leite; Fonseca, 2011). Nesse contexto, o município assumiu grande parcela de encargos e responsabilidades, o que gerou um fenômeno denominado, nas palavras de Abrucio (2005), federalismo compartimentalizado.

Passada a primeira década da descentralização, as limitações sobre as capacidades reais dos municípios foram reveladas, e a fragilidade com que se processou a descentralização colocou em xeque o significado desse processo (Papi, 2016).

As mudanças macroeconômicas (era do Real) ocorridas no governo FHC fortaleceram o governo federal e permitiram a formulação de políticas públicas coordenadas. Os mecanismos de coordenação federativa adotados foram a regularização

dos repasses de recursos, restrição orçamentária (Lei de Responsabilidade Fiscal), condicionamento do repasse à fiscalização da sociedade (controle social por meio dos conselhos de saúde), programas sociais de transferência de renda, aprovação de leis ou mudanças constitucionais e avaliação das políticas descentralizadas (na saúde, metas ou adoção de programas formulados para todo território, PSF, por exemplo) (Abrucio, 2005).

Por outro lado, o autor aponta a manutenção de alguns limites, fragmentação de políticas, falta de uma avaliação consistente, fracos fóruns intergovernamentais, deterioração das políticas regionais e visão tributária perversa (Abrucio, 2005).

No governo Lula, experimentou-se um processo de repactuação das relações federativas com maior protagonismo da União. As políticas sociais passaram a ter uma atenção especial na agenda do governo federal que passou a formular amplamente as políticas, porém, os estados ficaram à margem do processo; e os municípios, em condição de executores (Papi, 2016).

A execução de políticas em um ambiente federativo prevê a existência de mecanismos que favoreçam a cooperação e promovam equilíbrio entre autonomia e interdependência. A mera adoção de medidas de caráter impositivo e piramidal não é prerrogativa de alcance da interdependência. No federalismo, a horizontalidade entre os entes é uma singularidade. Para além do desafio de fomentar a cooperação, o compartilhamento é um outro aspecto importante (Arretche, 2012; Abrucio; Franzese, 2013).

Estudos de âmbito internacional que compararam a condução de políticas sociais em Estados Federados demonstraram a importância da coordenação federal na atuação em áreas estratégicas e na redução das desigualdades (Machado; Viana, 2009).

A coordenação federativa pode ser operacionalizada mediante regramento legal que obrigue os atores a compartilhar decisões e atividades e/ou a existência de fóruns federativos com participação de todos os entes (Abrucio, 2005). A forma de funcionamento das instituições representativas e a construção de uma cultura política baseada no respeito mútuo e na negociação podem favorecer relações intergovernamentais mais exitosas (Arretche, 2004).

No setor saúde, a questão federativa é um fenômeno antigo e complexo, no qual a análise em uma perspectiva histórica identifica distintas formas de relacionamento entre as esferas de governo na provisão de serviços de saúde e nos padrões de negociação e pactuações (Machado; Viana, 2009).

Para as autoras, a política de descentralização promoveu mudanças nos cinco atributos fundamentais para a caracterização do federalismo: arranjos institucionais e regras de decisões do governo central, arranjos jurídico-legais para definição de responsabilidades, arranjos de transferências fiscais intergovernamentais e arranjos informais entre governos, horizontais e verticais.

A compreensão sobre uma federação deve considerar o sistema de repartição de competências e a dinamicidade entre as normas constitucionais, infraconstitucionais e as relações intergovernamentais (Franzese, 2010). A Constituição define a estrutura das relações entre as esferas de governo, mas, o que define as relações intergovernamentais são os elementos que conformam a sua dinamicidade (Anderson, 1960 apud Franzese, 2010; Ortolan, 2013).

Nos Estados Federados, pode-se identificar dois tipos de relações: as verticais e as horizontais. Nas verticais, prevalece a relação entre distintas instancias de governo, já na modalidade horizontal, as relações são entre instâncias de mesmo nível de governo (Sano; Abrucio, 2013).

Nas relações intergovernamentais, podem ser identificadas cinco características: a variedade de unidades governamentais envolvidas, o número e variedade de atores, a intensidade e a regularidade de contato entre os atores, a intencionalidade das ações e a percepção dos demais atores e os aspectos da política pública. A inter-relação dessas características resultou na definição de três tipos de relações intergovernamentais: autoridade coordenada, autoridade inclusiva e autoridade superposta (Wright, 1988 apud Franzese, 2010).

Entre a tipologia das relações intergovernamentais, a autoridade superposta é a que mais se aproxima do federalismo cooperativo, baseada em uma negociação constante entre as esferas de governo (Franzese, 2010).

A negociação e pactuação entre governos é uma tentativa de superar o desequilíbrio entre cooperação e competição, fortalecendo laços de parceria. No federalismo cooperativo, existem instituições que incentivam os governos a colaborarem, dividindo poder funcionalmente e prevendo a execução de ações conjuntamente (Guerreiro; Branco, 2011).

Franzese (2010) elaborou um quadro em que sistematiza a interação entre federalismo e política pública, descrevendo as consequências para as políticas públicas e para o federalismo. No âmbito da política pública, destacam-se a disputa pelos créditos,

possibilidade de inovação, menos investimento pelos governos subnacionais, rigidez e ineficiência e evita-se a responsabilização do governo pela redução do investimento. No campo do federalismo, dificuldade de identificação por parte do cidadão de qual esfera é a responsabilidade, interesses do executivo sobre os do cidadão e centralização do poder por meio da regulação federal.

No setor saúde, a estrutura federativa tem importantes consequências na execução dessa política pública, trazendo dilemas de coordenação e eficiência, pois a sua produção deriva de mais de um centro de poder (Franzese, 2010). Na experiência brasileira, os maiores avanços no campo das articulações intergovernamentais foram alcançados com a implementação do SUS (Sano; Abrucio, 2013).

A adoção da prática de pactuação no SUS é algo estratégico no contexto brasileiro, os pactos podem servir de estímulo à cooperação intergovernamental, reduzindo a disputa por recursos e a delegação de responsabilidades (Guerreiro; Branco, 2011).

Viana, Lima e Oliveira (2002) questionam a possibilidade de estabelecer pactos em um contexto de descentralização, conflitos por recursos, centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade reguladora e inexpressiva tradição participativa da sociedade brasileira.

A questão federativa na área da saúde é complexa e, ao longo do tempo, experimentou diferentes modelos federativos, que podem ser entendidos como as formas de relacionamento entre as instâncias de governo (Viana; Machado, 2009). A cooperação na saúde se dá por intermédio do estabelecimento dos parâmetros nacionais da política, da organização pautada na distribuição de competências e na instituição de espaços de negociação federativa (CIT, CIB, CIR) (Machado; Viana, 2009; Lima, 2013; Abrucio; Franzese, 2013).

Os foros de negociação e pactuação do SUS (CIT/CIB), estabelecidos pela NOB 93 e regulamentados pela Lei 12.466/2011, impulsionaram a adoção da pactuação. As comissões intergestores têm como objetivos:

- decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;
- definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à

sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

- fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário (DS), integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados (Brasil, 2011).

Desse modo, essas comissões são reconhecidas como espaços de tomada de decisão, e não mais como fóruns. Além disso, reconhecem formalmente a necessidade de articulação federativa (Menicucci; Marques; Silveira, 2017).

O aparato institucional do SUS define uma estreita articulação entre os governos, conformando um sistema com direção única em cada esfera de governo. A atuação de cada esfera tem caráter mais funcional do que jurisdicional (Machado; Palotti, 2015). Ou seja, o processo de implementação do SUS conduziu-o a uma forma de organização sistêmica. Essa modalidade de organização, descentralizada com compartilhamento de competência, imprimiu um novo padrão às relações intergovernamentais, sinalizando para um modelo mais cooperativo e com a participação das três esferas de governo (Franzese, 2010).

No arranjo setorial da saúde, a União foi o agente investido de maior autoridade decisória, sem desconsiderar o papel dos governos subnacionais na operacionalização e na concretização da política (Arretche, 2004). O padrão de relações intergovernamentais no SUS é uma categoria analítica fundamental, cuja qualidade é fruto do legado que foi sendo construído ao longo do seu processo de implantação.

Machado e Palotti (2015) destacam a opção do governo federal em compartilhar a definição de regras com as representações nacionais de estados e municípios na CIT, o que, nas palavras dos autores, “conferiu flexibilidade para ajustes conjunturais aos desafios colocados em diferentes momentos da implementação do SUS” (p. 65).

Na mesma linha, Noronha, Lima e Machado (2012) afirmam que a CIT desempenhou papel de destaque na regulamentação do processo de descentralização e na definição dos mecanismos de distribuição de recursos financeiros.

Por outro lado, esses mesmos autores chamam atenção para pesquisas que sugere para ocorrência de situações em que a CIT não participou da tomada de decisão acerca de questões e decisões estratégicas (Noronha; Lima; Machado, 2012).

Considerando a complexidade desse contexto, diversos autores que se dedicam a estudar a política de saúde no Brasil apontam para um conjunto de desafios para a efetivação dos princípios do SUS. No campo estrutural, as profundas desigualdades socioeconômicas e culturais, no modelo federativo, na proteção social fragmentada e no modelo de atenção que o sistema foi construído. No âmbito conjuntural, evidenciam-se a política macroeconômica (estabilização da inflação, privatização) e ações para redução do tamanho do estado (Souza, 2002; Viana; Lima; Oliveira, 2002; Arretche, 2004; Viana; Machado, 2009).

Por fim, o quadro 1.1 sistematiza os modelos de coordenação federal adotados pelos MS no período de 1990 a 2017, no qual evidencia-se um perfil de continuidade e descontinuidade.

Quadro 1.1 – Modelos de descentralização e coordenação federal adotados pelo Ministério da Saúde no período de 1990 a 2016

Período	Norma	Modelo de descentralização	Modelo de coordenação
Governo Collor (1990 – 1992)	NOB 91 e 92	Convenial, tutelada	Indefinida
Governo Itamar (1993 – 1994)	NOB 93	Início da municipalização	Apoio aos governos subnacionais (descentralização)
Governo FHC (1995 – 2002)	NOB 96	Descentralização com indução, municipalização maciça da APS	Políticas públicas coordenadas por meio de uso de mecanismos de adesão (incentivos vinculados)
	NOAS 01 e 02	Descentralização com regionalização (forte caráter normativo)	Reguladora e com forte indução a políticas nacionais
Governo Lula (2003 – 2010)	Pacto pela Saúde	Descentralização com regionalização (resgate da pactuação e cooperação entre os entes federados)	Negociação e pactuação (articulação intergovernamental)
Governo Dilma (2011 – 2016)	Decreto 7.508	Descentralização com regionalização com planejamento regional e estabelecimento do COAP	Contratual

FONTE: Adaptado de Machado e Viana (2009) e Viana et al. (2017).

CAPÍTULO II – PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS: DO MUNICIPALISMO À REGIONALIZAÇÃO

No cenário mundial, a descentralização emergiu nos países desenvolvidos, sendo uma das principais características dos processos de reforma do Estado. O modo como foi implementada na Europa e na América Latina ganhou sentido e significado variados, transitando entre o ideário democratizante e participativo até a modernização da gestão pública. A variedade de ideário resultou em distintas agendas de reforma do Estado (Pereira et al., 2015).

No contexto brasileiro, essa reforma iniciou-se na década de 1990, tendo como marco institucional a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado e a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado. Definiram-se, na época, quatro grandes problemas que precisavam ser enfrentados: o tamanho do estado, a necessidade de redefinição do seu papel regulador, a recuperação da governança e a recuperação da governabilidade (Brasil, 1995).

A descentralização pode ser compreendida como uma modalidade de reforma do Estado, composta por um aglomerado de políticas públicas que transfere responsabilidade, recursos ou autoridade do centro para os níveis periféricos (Falleti, 2006). Esse processo pode ocorrer em três níveis: da administração direta para administração indireta (privatização), entre níveis de governo e entre Estado e sociedade civil (Bobbio; Matteucci; Pasquino, 1998 apud Viana; Baptista, 2012).

Viana (2014), a partir do conceito genérico de descentralização proposto por Castro⁹ (1991), propõe que essa definição comporta diferentes arranjos. No campo político, a descentralização relaciona-se em delegar poder aos governos subnacionais; no administrativo, a desconcentração do aparelho sem implicar delegação de poder; e no econômico, a transferência da decisão para o mercado e consumidores.

Por sua vez, Falleti (2006) sugere outras categorizações tendo como substrato o tipo de autoridade transferida: a descentralização administrativa que versa sobre a administração e a provisão de serviços sociais; a descentralização fiscal que se fundamenta em um conjunto de medidas que objetiva aumentar as receitas ou a autonomia fiscal dos governos subnacionais; e a descentralização política que prevê a transferência de autoridade política ou capacidades eleitorais para atores subnacionais.

⁹ Se centralização é concentrar poder e autoridade no centro do Estado, descentralizar é distribuí-lo nas estruturas do Estado.

Assim, vemos que, dependendo do tipo de organização do estado e da autoridade transferida, as políticas descentralizadoras podem ampliar ou reduzir o poder dos governos subnacionais em relação ao governo central. Além disso, o impacto da descentralização dependerá da forma como for operacionalizada (Falleti, 2006).

As reformas descentralizadoras, além de influenciarem a organização política-territorial dos estados, trouxeram mudanças no campo das políticas públicas, entre as quais, da saúde. Na Europa e na América Latina, as reformas em seus sistemas de saúde tinham a descentralização como um dos seus pilares (Pereira et al., 2015).

A articulação entre descentralização e regionalização é um fenômeno encontrado na organização de sistemas públicos de saúde. Nos sistemas universais, a conjugação dessas duas diretrizes relaciona-se com a garantia de acesso integral e equitativo de todos os cidadãos (Pereira et al., 2015).

As transformações substanciais ocorridas no Brasil, durante o processo de redemocratização, acarretaram mudanças paradigmáticas no setor saúde, pois este passa a ser um direito, tendo o Estado o papel de garantir. Para dar materialidade a esse direito, a CF de 1988 criou o SUS, que reproduz no seio da sua organização a conformação tríplice da Federação brasileira que envolve repartição de competências (exclusivas e comuns) definidas na LOS 8.080/1990 (Dourado; Dallari; Elias, 2012).

O SUS é constituído por ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade (Brasil, 1988).

A estratégia de descentralização está presente há mais de duas décadas; no início dos anos de 1980, com as AIS, no momento de transição democrática do país. Nesse primeiro momento, tinha como finalidade o ordenamento racional de atuação do Estado e a integração das atividades preventivas, curativas e de reabilitação ofertadas pelos governos em uma rede hierarquizada. Predominava uma lógica gerencial para racionalização da oferta e gastos públicos, conduzida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (Ribeiro, 2015).

Com o avanço do processo de redemocratização, em 1986, foi elaborado o I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (PND/NR), no qual reconhecia-se que os programas sociais das últimas décadas foram desenvolvidos com elevados níveis de centralização, burocratização, concentração e inflexibilidade na alocação de recursos. No

campo da saúde, afirmava que a expansão do sistema deveria ocorrer de modo descentralizado e com favorecimentos das estruturas estaduais e municipais (Junqueira; Inojosa, 1990).

Concomitantemente, o Movimento da Reforma Sanitária ampliou seu espaço e sua legitimidade na agenda governamental. Assim, a equipe do Ministério da Previdência e Assistência Social, com anuência do Ministério da Saúde (MS), buscou operacionalizar as mudanças possíveis à época e, em 1987, criou o Programa dos Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), regulamentado pelo Decreto nº 94.567/1987, de 20 de julho de 1987 (Junqueira; Inojosa, 1990).

O objetivo era incorporar alguns princípios defendidos pela reforma sanitária, como a universalização, a descentralização pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras (Brasil, 2011c).

Apesar das limitações das duas propostas, pode-se afirmar que serviram de ponte estratégica para o SUS por representarem inflexões na política privatizante implementada durante o autoritarismo (Paim, 1992).

Durante a década de 1990, as estratégias governamentais priorizavam a descentralização da gestão para os governos subnacionais, sobretudo para o municipal (Ribeiro, 2015). A descentralização político-administrativa previa a transferência gradativa de responsabilidades e recursos do nível federal para os estados e municípios, que coaduna com a estrutura federativa do Brasil.

O processo de organização do SUS foi conduzido por atos administrativos exarados pelo MS, mediante Portarias denominadas de NOBs do SUS. Entre a década de 1990 e início dos anos de 2000, foram editadas seis NOBs do SUS – as NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93, NOB 01/96, NOAS 01/01 e NOAS 01/02, as quais contribuíram significativamente para o avanço da descentralização (Ribeiro, 2009; Dourado; Dallari; Elias, 2012).

O processo de descentralização privilegiou o município, tornando-o responsável pela provisão e organização de sistemas municipais de saúde (Viana; Lima; Ferreira, 2010; Ribeiro, 2015). A primeira hipótese para essa escolha baseia-se no discurso dos atores que defendiam a descentralização de recursos, competências e responsabilidades para os governos subnacionais, contrários ao regime militar (Viana; Lima; Ferreira, 2010).

As políticas descentralizantes na saúde apresentam diversos momentos e movimentos. O primeiro ocorreu no final de década de 1980, em que a descentralização era entendida como o mecanismo capaz de acelerar a redemocratização; o segundo ocorreu na primeira metade da década de 1990, marcada pela transferência de responsabilidades para os municípios por meio dos mecanismos de habilitação expressos na NOB 93 (Brasil, 1993) – salienta-se a criação, no âmbito do SUS, da CIT e da Comissão Intergestora Bipartite (CIB); o terceiro inicia-se com a edição da NOB 96 (Brasil, 1996), a qual traz como importante inovação o processo de redistribuição de recursos com a institucionalização do repasse per capita para custeio das ações da atenção primária e os incentivos relacionados com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF); o quarto momento é marcado pela edição da NOAS/SUS, que traz a regionalização como base para a organização do sistema e incentiva o planejamento regional com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Programação Pactuada Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Investimento (PDI).

A NOB 91, editada pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), foi o primeiro passo para a implantação e operacionalização do SUS, a qual basicamente normatizava os mecanismos de financiamento do SUS. Outro aspecto é que essa NOB também propôs recursos para investimento na rede, em uma tentativa de diminuir as desigualdades regionais (Scatena; Tanaka, 2001).

Por outro lado, os instrumentos priorizados para orientar o processo de descentralização na NOB 91 conferiram centralidade no INAMPS e mantiveram a estratégia de convênios sob um novo arranjo, a relação da União passou a ser direta com os municípios (Ouverney, 2015).

A NOB 92 foi editada pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS) do MS, setor ao qual se encontrava subordinado o Departamento do SUS (Brasil, 2011c). Essa Norma apresentou algumas inovações em relação à NOB anterior, pois foi construída a partir do consenso entre a SNAS, o INAMPS, o CONASS e o CONASEMS; traz o caráter processual da construção do SUS e introduz a ideia de planejamento, do processo de municipalização e os elementos constitutivos da descentralização. Contudo, em nada avançou quanto ao financiamento da assistência, já que manteve as regras da NOB 91, a qual priorizava o financiamento da assistência médica curativa (Scatena; Tanaka, 2001).

A NOB 93, diferentemente das anteriores, foi editada pelo próprio MS (Brasil, 1996a); além disso, buscou regulamentar não apenas o financiamento, mas também o processo de descentralização da gestão do SUS (Scatena; Tanaka, 2001), a qual institui três formas de habilitação: a incipiente, a parcial e a semiplena.

Nessa nova NOB, os entes subnacionais, em especial os municípios, passaram a exercer o papel de gestores do SUS, mediante um compartilhamento decisório e de responsabilidades, mesmo com o fato de o MS ter mantido seu forte papel indutivo e regulador (Ouverney, 2015).

Percebe-se que as primeiras NOBs não abordaram aspectos relacionados com a organização do sistema, em especial no que tange à constituição de sistemas regionalizados.

Em 1996, o MS editou a NOB 96 com o propósito de dar continuidade ao processo de consolidação do SUS, com enfoque na municipalização, “busca-se dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal” (Brasil, 1996, p. 1). Essa norma avançou no sentido de propor a reordenação do modelo de atenção a partir da definição do papel de cada esfera de governo, dos instrumentos gerenciais, para que estados e municípios superem a lógica de meros prestadores de serviços e assumam seu papel de gestor do SUS, dos mecanismos de financiamento, entre outras.

Em relação ao Sistema de Saúde Municipal, ela define que:

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS-Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional (Brasil, 1996, p. 6).

A NOB 96 incorporou os princípios da descentralização, entretanto, concorda-se com Spedo, Pinto e Tanaka (2010) e Viana (2011) quando afirmam que pouco se avançou na implementação da regionalização no SUS. As normas implementadas ao longo da década de 1990 promoveram a municipalização da gestão do SUS por meio da transferência de competências e recursos para os municípios.

A regionalização entrou na agenda política da direção nacional do SUS na década dos anos 2000, com maior força no segundo mandato de FHC. As estratégias valorizavam

o planejamento regional (PDR e PDI) para concertação intergovernamental (PPI) (Ribeiro, 2015).

Inicialmente orientada por uma visão sistêmica, circunscrita ao setor saúde, a regionalização foi direcionada por estratégias de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade no acesso por meio da organização de sistemas funcionais e resolutivos de escala regional, tecnicamente desenhados pela normativa federal (Ribeiro, p. 406).

Na NOAS publicada em 2001/2002, a regionalização e a organização do sistema foram incorporadas como estratégias ao processo de consolidação do SUS. O foco dessa organização era o ente estadual, privilegiando o processo de regionalização intermunicipal (Spedo; Pinto; Tanaka, 2010). O Estado passou então a conduzir o processo de regionalização mediante a elaboração do PDR.

O PDR tem como finalidade garantir o acesso aos serviços de saúde, mediante o planejamento do sistema de saúde estadual, com a definição das regiões de saúde, considerando as particularidades de cada estado e a disponibilidade de recursos de cada região. Aliado a isso, as necessidades de novos recursos deveriam estar expressas no PDI (Brasil, 2002).

Apesar de a proposta descrita na NOAS ter uma grande potencialidade, a efetivação da orientação enfrentou obstáculos em decorrência da atribuição às Secretarias Estaduais do planejamento regional. Desse modo, grande parte dos municípios colocou-se resistente, com o argumento que tal medida representava uma recentralização. Assim, a proposta da NOAS não foi bem-sucedida (Dourado; Elias, 2011).

A NOAS, apesar de instituir estratégias de fomento a integração sistêmica (PDR e PPI) e de tentar resgatar o papel do governo estadual na coordenação regional, manteve o forte viés normativo das normas anteriores (Ribeiro, 2015). Diante da dificuldade no processo de consolidação do SUS, em decorrência dos problemas relativos a iniquidades na oferta e no acesso (permanência de grandes vazios assistências), à fragmentação e à desorganização, aliado a disputas entre estados e municípios, ganhou força a ideia de que as responsabilidades para com a gestão do SUS deveriam ser acordadas e negociadas entre as três esferas de governo.

No primeiro governo Lula, a normativa foi revista (NOAS), e a regionalização solidária e cooperativa passou a ser conduzida sob a lógica da qualificação,

aperfeiçoamento e melhor definição de responsabilidades dos entes federados (Ribeiro, 2015).

Tal proposta foi discutida e aprovada pela CIT, sendo denominada de Pacto pela Saúde 2006. Fundamenta-se em um pacto nacional e em orientações para formular respostas regionais que buscam, entre outras, a natureza federativa das relações intergovernamentais implicadas na gestão política das regiões de saúde; a diversidade de situações existentes nos estados e municípios e o respeito à autonomia dos entes subnacionais na eleição de prioridades e no desenho das regiões de saúde; a descentralização das decisões sobre alocação de recursos para Colegiados de Gestão Regional (CGR); e a responsabilização de cada ente federado pelas decisões tomadas nas arenas de concertação federativa setorial nacional, estaduais e regionais (Brasil, 2006). Desse modo, essa norma, diferentemente das anteriores, assumiu a regionalização como macroestratégia para alcançar os objetivos do SUS (Machado, 2009).

No Pacto pela Saúde, a regionalização é o pilar para a organização do SUS, entendida como estratégia capaz de integrar sistemas municipais e de constituir sistemas regionais. Traz a cooperação e a solidariedade entre os entes como características essenciais ao processo (Brasil, 2006), com o objetivo de superar a fragmentação de políticas e programas mediante a organização de uma rede integrada e regionalizada, qualificação da gestão e valorizar a macrofunção de cooperação técnica entre os gestores.

Uma inovação trazida pelo Pacto foi a criação dos CGR. Esses colegiados são instâncias políticas que buscam promover um equilíbrio entre estado e municípios, na medida em que, nesses fóruns, ocorrem negociações diretas entre os municípios, a qual é induzida pelo estado (Machado, 2009; Viana; Dias; Ferreira, 2010).

O CGR pode ser definido ainda como o espaço de gestão com potencialidade de promover a integração em saúde fomentando a governança entre atores e organizações com a finalidade de gerenciar a interdependência e, assim, alcançar um projeto comum, ou seja, uma imagem-objetivo (Hartz; Contandriopoulos, 2004). A sua instituição possibilitará preencher um espaço vazio de governança regional (Viana; Dias; Ferreira, 2010).

Apesar da potencialidade do Pacto, sua efetivação enfrentou importantes obstáculos: institucionalizar uma rede de atenção homogênea em um território heterogêneo, composto por entes autônomos e marcado por forte disputa política (Dourado; Elias, 2011; Lima et al., 2012b).

Mendes e Pestana (Minas Gerais, 2004) apontam, como causas do não avanço, a fragilidade nos espaços de negociação, a fragilidade no planejamento regional, o excesso de instrumentos normativos (PPI, PDR, PDI, entre outros), as discordâncias em relação ao papel das esferas de governo e quanto à forma de alocação de recursos. A constituição dos CGR nos estados brasileiros tem sido gradual, com processos mais acelerados em algumas regiões do país e extrema lentidão em outras, como é o caso da região Norte (Viana; Dias; Ferreira, 2010).

Em 2011, um novo marco institucional, o Decreto Presidencial 7.508/2011, regulamenta a Lei 8.080/1990 e guarda as orientações gerais para a regionalização abordada como parte do conjunto de dispositivos que estabelece a regulação da organização do SUS (Ribeiro, 2015).

Nesse instrumento infraconstitucional, a região de saúde passa a ser o espaço que deve integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde no SUS; composta por uma RAS que agregue um conjunto de ações e serviços articulados por níveis de complexidade com o objetivo de garantir a integralidade da assistência à saúde. Estabelece a regionalização como eixo estruturante da organização do SUS, regulamenta o papel e a função das Comissões Intergestores, visto que até então eram instâncias formalizadas por meio de atos administrativos do MS (Portarias), e avança ao instituir tal espaço de gestão ao nível regional (Comissão Intergestores Regional – CIR) (Brasil, 2011b).

Carvalho (2011), em um debate¹⁰, aponta, entre outros avanços do Decreto, a definição de conceitos essenciais ao sistema, a definição da atenção primária como porta de entrada e ordenadora do acesso e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).

A esse respeito,

Os contratos vão trabalhar com a organização do sistema a partir dos conceitos constitucionais e legais da rede pública regionalizada e hierarquizada com competências e responsabilidades solidárias e próprias de cada esfera de governo e não apenas delegadas (Carvalho, 2011).

¹⁰ Blog direito sanitário: saúde e cidadania. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/08/04/regulamentacao-de-lei-8080-um-decreto-com-20-anos-de-atraso/>.

Santos e Andrade (2009) afirmam que o COAP se conforma em um instrumento jurídico que tem a capacidade de organizar a ação pública da saúde, ou seja, formalizar os consensos (acordos de vontades) interfederativos.

Para Dourado, Dallari e Elias (2012), na constituição do SUS (ainda em curso), é possível identificar dois momentos. O primeiro denominado municipalização – descentralização política-administrativa para os municípios. O segundo seria a regionalização, que surge com o imperativo de racionalizar o sistema ao reconhecer que a municipalização não era capaz de responder plenamente aos objetivos do SUS, decorrente da fragmentação da rede, da disparidade de escala e de capacidade produtiva entre municípios e estados.

A descentralização não ocupou um espaço estratégico na agenda política nacional, configurou-se em um projeto de enxugamento do Estado e de suas funções, e de estabilização macroeconômica; não assegurando as condições necessárias para um processo virtuoso de construção de um sistema universal, de atenção integral e equitativo (Viana; Dias; Ferreira, 2010).

Trouxe, entretanto, resultados positivos, a exemplo do aumento expressivo de transferências diretas da União para os demais entes federados e do fortalecimento da capacidade de gestão de diversos estados e municípios (Souza, 2001; Dourado; Elias, 2011) e a organização dos sistemas municipais e ampliação da rede de serviços, em especial os da atenção primária.

Com o avanço da descentralização, as disparidades e as profundas desigualdades de acesso avolumaram-se, e a superação da fragmentação da atenção e da desarticulação dos governos subnacionais passou a ocupar a agenda setorial.

O processo de implementação do SUS favoreceu a conformação de sistemas municipais de saúde de modo heterogêneo e em várias regiões do país de maneira solitária e sem o apoio necessário dos governos estaduais (Solla, 2006). A municipalização tem gerado mais que cooperação, mas, sim, mecanismos de competição intermunicipais (Minas Gerais, 2004).

A incorporação da diretriz da regionalização aconteceu de modo paulatino na trajetória institucional do SUS. Ao longo da década de 1990, a descentralização sob a forma de municipalização se consolidou, ampliando as responsabilidades, recursos e poder dos governos municipais.

As experiências internacionais de construção de sistemas universais apontam a articulação da descentralização com a regionalização por meio da organização de redes de serviços (Viana et al., 2008), situação que não aconteceu no Brasil.

As características geopolíticas e sociais do Brasil apontam para o grande desafio de construir um sistema universal, equitativo e com atenção integral:

O SUS é único para todo o território brasileiro, assegurando o direito ao acesso ao sistema de saúde para toda a população do país, entretanto, não se realiza da mesma forma em todos os lugares, devido as diferentes heranças territoriais e heterogeneidades presentes no Brasil. Nesse sentido, a regionalização, como principal estratégia de descentralização, precisa ser, sobretudo, um processo político de lida com a diversidade do próprio SUS e a sua relação com as desigualdades do território brasileiro. Isso torna o processo de regionalização mais complexo do ponto de vista analítico, institucional e político (Viana et al., 2008, p. 96).

Nesse contexto, a regionalização dos serviços de saúde vem se colocando como uma das estratégias para superar os entraves decorridos desse processo de municipalização (Spedo; Pinto; Tanaka, 2010; Ribeiro, 2015).

A trajetória institucional da regionalização no SUS busca, nas palavras de Ribeiro (2015, p. 406): i) ampliação e equalização do acesso a cuidados adequados para a proteção, promoção e recuperação da saúde dos cidadãos brasileiros, onde quer que eles residam; ii) integração de instituições, unidades e serviços de saúde com distintas densidades tecnológicas, na conformação de uma rede hierarquizada de acesso universal, com gestão descentralizada e compartilhada entre entes federados; iii) racionalização/otimização de recursos na provisão das ações e serviços, orientada a ganhos de equidade; e iv) adequação das respostas do SUS à enorme diferenciação de realidades sanitárias existentes no território nacional.

A autora pontua ainda que as experiências podem avançar, desde que haja uma melhor compreensão do contexto federativo que condiciona a dinâmica política setorial e da participação de cada ente federado na gestão do SUS em cada lugar (Ribeiro, 2015). A proposta de regionalização representa um engenhoso modelo de organização do sistema público de saúde, levando em consideração a organização federativa brasileira.

Nesse modelo de organização, é fundamental a existência de mecanismos capazes de compatibilizar a autonomia e a interdependência que devem pautar-se na cooperação entre os governos. Além disso, precisam garantir os direitos federativos e a

institucionalização de espaços que garantam representatividade política e controle mútuo, ou seja, descentralização do processo decisório (Abrucio, 2005).

Em um estado federado, os governos subnacionais possuem autonomia política, partilham legitimidade e o processo de tomada de decisão, desse modo, as relações de poder obedecem a uma lógica horizontal (Frutuoso, 2010). O SUS é formado por subsistemas geridos por entes federados, autônomos e interdependes e com graus variados de desenvolvimento social, econômico e sanitário, produzindo distintos resultados no âmbito das políticas públicas de saúde (Mello et al., 2017).

Constituir um sistema de saúde regionalizado no âmbito do SUS é uma ação complexa, dada a profunda diversidade territorial e a organização do Estado brasileiro (Viana, 2011). Assim, “[...] é preciso compartilhar políticas entre entes federados que, por natureza, só entram no esquema conjunto se assim o desejarem” (Abrucio, 2005, p. 6).

Para a constituição de um Sistema Nacional de Saúde – SUS, torna-se essencial uma ação conjunta e negociada, pois a interdependência entre cada esfera de governo é característica presente. Na organização federativa, as relações são mais contratuais do que hierárquicas, de modo a compatibilizar a autonomia e a interdependência, ocorrendo a divisão de funções e de poderes (Frutuoso, 2010).

Considerando o princípio constitucional de que cabe ao Estado garantir a todo cidadão brasileiro acesso universal e atendimento integral à saúde, entende-se que a conformação de uma rede regionalizada e hierarquizada é uma estratégia valiosa no alcance de tal princípio.

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (Brasil, 2002, p. 9).

A integralidade da assistência não se encerra no município nem mesmo, muitas vezes, em um estado, reforçando, assim, a necessidade de constituir uma rede interfederativa de saúde. Rede interfederativa de saúde trata-se de uma rede que engloba serviços sob a responsabilidade dos entes federados, que conta com uma gestão

intergovernamental, partilhada, com planejamento integrado e financiamento tripartite (Santos; Andrade, 2011).

A constituição de uma rede interfederativa de saúde pressupõe negociação. Contudo, a depender da qualidade do processo de tomada de decisão, alguns entraves podem surgir, tais como a dificuldade de conciliar os interesses locais com os regionais e nacionais e de concentrar esforços intergovernamentais para implementar uma mesma política, considerando que esse jogo por natureza não é cooperativo e marcado por competição (Frutuoso, 2010).

O Decreto nº 7.508/2011, em suas disposições preliminares, no art. 2º, inciso I, define Região de Saúde como:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011b).

No seu inciso VI, define RAS como “[...] conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (Brasil, 2011b). Como requisitos para a constituição de uma Região de Saúde, esta deverá contar, no mínimo, com ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar e vigilância em saúde (Brasil, 2011b).

De acordo com o art. 34 do Decreto, o objeto do COAP é a organização e a integração dos serviços, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários (Brasil, 2011b).

Com o COAP, buscava-se fortalecer o Pacto Interfederativo, definindo as responsabilidades de cada ente federado na organização do SUS; fortalecer a diretriz regional na conformação da rede atenção no SUS; ampliar e qualificar a governança do sistema; estimular a formulação de políticas integradas e baseadas nas necessidades regionais; potencializar a integração dos serviços; e organizar um modelo de atenção centrado no usuário e que garanta o acesso em tempo oportuno.

Todavia, para que o COAP seja celebrado, é necessária a execução de algumas atividades, como a definição da região de saúde articulada ao desenho das redes de atenção; definição da estrutura de governança compartilhada na região de saúde; definição da imagem-objetivo da região de saúde; programação físico-financeira; definição de responsabilidades e penalidades; e incorporação do indicador nacional de acesso e de avaliação de desempenho do SUS (id-SUS).

A ideia de solidariedade e cooperação entre os entes federativos é algo que prevalece, na medida em que caberão a eles a definição dos limites geográficos, da população usuária, do rol de ações e serviços que serão ofertados e as respectivas responsabilidades de cada ente na Região de Saúde.

Observa-se, contudo, que, até 2016, apenas 24 regiões, das 438 existentes, haviam firmado o COAP. Reis et al. (2017) apontam como hipótese para a baixa adesão ao COAP: a hipertrofia em detrimento do processo de planejamento regional, complexidade, insuficiência de financiamento, financiamento dissociado do planejamento, baixa participação dos profissionais e dificuldade na mudança dos processos.

A incorporação da diretriz da regionalização à política de descentralização no setor saúde representa uma inflexão no processo de organização do sistema, pois a base de organização desloca-se do município para a região.

As estratégias de regionalização estabelecidas nos anos 2000 ainda não alcançaram a suficiência necessária para superar os dilemas de construir um sistema regional no contexto federativo brasileiro e setorial da saúde (Mello et al., 2017; Viana et al., 2017).

2.1 REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE – O QUE APONTAM OS ESTUDOS NACIONAIS¹¹

A noção de redes integradas de atenção à saúde, derivada do conceito de sistemas integrados de saúde, inspirada no conceito de redes de Mendes, exerceu forte influência na Política das RAS (Mendes et al., 2015).

Pensar a regionalização a partir de redes permite uma análise ampla de pelo menos duas dimensões no que tange ao acesso aos serviços de saúde: a distribuição mais equitativa dos equipamentos e ações de saúde e sua articulação com as redes urbanas

¹¹ Esta revisão serviu de base para produção do artigo intitulado “O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática”. Mello G et al. Ciênc. Saúde Coletiva. 2017; 22(4):1291-1310.

regionais; e o uso da distribuição desses equipamentos como forma de desenvolvimento regional, contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população. Colaborando, assim, para busca de novas formas de planejamento regional (Contel, 2015).

O processo de regionalização no âmbito do SUS pode ser caracterizado em três fases: a primeira, fortemente normativa (2001 – 2005); a segunda, negociada (2006 – 2010) e a terceira, negociada e contratualizada (2011 – atual) (Albuquerque, 2014). Tem como centro o governo federal, a partir de um movimento de cima para baixo, com uma forte característica tecnoburocrática na definição dos rumos da regionalização (normas), associado à transferência de recursos financeiros e ao baixo (ou à ausência de) protagonismo dos governos estaduais, apesar da importância do papel das SES na condução desse processo (Albuquerque, 2014).

Uma das possíveis explicações para esse cenário pode ser a existência de lacunas ou a definição insuficiente das competências. Acrescentem-se a isso a dificuldade em estabelecer pactos federativos robustos; a prevaricação dos interesses municipais na alocação de recursos, ao invés do interesse da região; a assimetria de poder entre os entes da federação; a superposição de responsabilidades e competências entre os níveis de governo da gestão do SUS; e o mecanismo de financiamento que promove competição.

Um aspecto marcante é o de que as dificuldades enfrentadas decorrem do modelo adotado de descentralização, que induziu fortemente a constituição de sistemas locais de saúde isolados, desconsiderando a incapacidade de garantir a integralidade da atenção.

A instituição de um espaço de governança regional – CGR, hoje CIR – é um avanço importante, pois possibilita a construção de pactos fundamentados na garantia de acesso e integralidade.

O estudo de Mendes et al. (2015) aponta que quanto maior for a potência desse espaço de governança regional na condução da política de regionalização, menor será a permeabilidade de interesses político-partidários e individuais na constituição das redes de atenção.

Apesar disso, estudos apontaram que a CGR/CIR não tem autonomia política, administrativa nem técnica. Esse cenário compromete a constituição da região enquanto espaço capaz de superar as iniquidades e as desigualdades da atenção à saúde. A fragilidade desse espaço (região de saúde) decorre do modelo de descentralização, mas também do federalismo brasileiro. Apesar de a CF de 1988 definir a região como um espaço de integração de políticas públicas, não há um estatuto institucional próprio, um

status de pessoa jurídica (Souto Junior, 2010; Mesquita, 2011; Silva, 2014; Santos; Campos, 2015; Miranda; Mendes; Silva, 2017).

Pensar novas formas de gestão regional que potencialize esse espaço interfederativo no âmbito do SUS é imperativo. Santos e Campos (2015) propõem duas alternativas: a criação de uma autarquia – SUS Brasil – ou a instituição de uma associação regional de apoio aos entes federados. Miranda (2014), em entrevista ao site Regiões e Redes – Caminho da universalização da saúde no Brasil, traz como proposta o consórcio público sob a égide do direito público intergovernamental, sendo a atenção e cuidados integrais seus objetos.

Apesar de propostas distintas, ambas reconhecem a regionalização como estratégia viável para superação da fragmentação da atenção à saúde. Apontam, também, a necessidade urgente de inovação nas arquiteturas institucionais do SUS, cujo modelo deve ser coerente e compatível com o federalismo brasileiro, além de possibilitar a gestão intergovernamental compartilhada, fortalecendo, assim, o espaço de governança regional.

A consecução da Política de Saúde que garanta acesso universal, equânime e integral em nosso país exige a adoção de formas criativas de gestão, que reconheçam a interdependência dos atores públicos e privados e superem a dicotomia entre política e administração (Fleury, 2005). Experiências compartilhadas e solidárias são vistas como necessárias, pois fortalecem o processo e contribuem para o alcance de ações mais efetivas.

A pouca expressão nas normas ministeriais, a baixa participação dos gestores municipais, a competição entre os governos subnacionais, a capacidade limitada dos governos locais e a atuação dos gestores sob uma visão restrita do território conformam a regionalização como um processo incipiente no Brasil.

O quadro 2.1 sistematiza as principais características do processo de regionalização segundo as seguintes dimensões: política, organização e estrutura.

Quadro 2.1 – Características do processo de regionalização

Política	Organização	Estrutura
<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de território adotado • Sentido da regionalização na organização da rede • Tipo de relação estabelecida entre os níveis de governo • Qualidade do processo de tomada de decisão • Instrumentos de gestão regional • Capacidade técnica da equipe gestora • Modalidade de financiamento • Nível de autonomia CIR e sua capacidade de interferência na macropolítica 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de gestão adotado • Mecanismos de regulação • Critérios de definição da rede • Modelo de atenção • Papel do setor privado 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade instalada • Tipo de prestador majoritário • Qualidade do uso dos serviços pela população • Localização, especificidade e perfil epidemiológico da região

FONTE: Elaboração da autora.

Os resultados sistematizados no quadro 2.1 corroboram os condicionantes do processo de regionalização apresentados por Vargas et al. (2014). Indicam que, apesar de as redes de atenção regionalizadas terem sido consideradas na CF de 1988 e reiteradas nas legislações subsequentes, a sua implementação é limitada, em razão da criação das redes regionalizadas serem baseadas em negociação em vez de pautada pelo planejamento.

Apontam, ainda, responsabilidades amplas para governos locais com capacidade limitada; lacunas no exercício de competências para o desenvolvimento das redes de atenção regionalizadas entre os níveis de governo; e a falta de clareza nas regras para implementação da política de regionalização. As figuras 2.1 e 2.2 sistematizam os obstáculos para a organização no SUS de RAS regionalizadas.

FONTE: elaborado a partir do artigo de Vargas et al. 2014.

Figura 2.1 – Obstáculos conceituais para implementação da regionalização no Brasil

FONTE: elaborado a partir do artigo de Vargas et al. 2014.

Figura 2.2 – Obstáculos relacionados com o Sistema de Saúde para implementação da regionalização no Brasil

A implementação da regionalização não é fácil, dado o modelo municipalista de organização descentralizada do sistema de saúde. Esse modelo sugere a necessidade de centralizar certas funções a estruturas regionais ou estaduais e uma melhor definição do papel dos níveis de governo (Vargas et al., 2014).

Apesar das dificuldades, o SUS trouxe para o campo da política pública a pactuação interfederativa, algo novo que traz no seu bojo a questão política da organização de sistemas regionais de saúde considerando o pacto federativo brasileiro.

O processo de regionalização e a conformação de RAS exigem uma gestão articulada e compartilhada, envolvendo os três níveis de governo, que juntos devem definir objetivos comuns e somar esforços para a sua consecução. Contudo, é necessário reconhecer a desigualdade na distribuição de poder, o aumento das competências (em especial para a instância municipal) sem o correlativo aumento da capacidade gerencial, a diversidade territorial, as desigualdades regionais e a insuficiência de recursos.

2.2 REDE DE POLÍTICAS PÚBLICAS E O DESAFIO DA GESTÃO COMPARTILHADA NO SUS

A constituição de redes é um fenômeno cada vez mais presente nos mais diversos setores da sociedade contemporânea. Possui particularidades a depender do setor a que está vinculada, entretanto, carrega alguns elementos básicos, que são o desafio de estabelecer mecanismos gerenciais para o alcance dos objetivos comuns e a preservação das especificadas de cada um dos atores que integram essa rede (Fleury; Ouverney, 2007).

Os fatores que explicam o surgimento das redes estão relacionados com o fenômeno da globalização econômica e com a mudança no papel do Estado e da sua relação com a sociedade. No caso latino-americano e brasileiro, os processos de democratização possibilitaram uma alteração do tecido social, caracterizada pelo surgimento de organizações sociais e por uma nova consciência cidadã (Fleury; Ouverney, 2007).

Na gestão intergovernamental, é reconhecida como um assunto emergente que surge da junção das disciplinas de política e administração, como um modelo estratégico de gestão de política pública ou ainda como um novo modelo de governança (Fleury, 2005). É comum entre aqueles que estudam rede de políticas o entendimento de que se trata de:

[...] um conjunto de relações relativamente estáveis, de natureza não-hierárquica e independente, que vincula uma variedade de atores que compartilham interesses comuns em referência a uma política, e que fazem intercâmbio de recursos para perseguir esses interesses compartilhados, admitindo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar as metas comuns (Borzel, 1997 apud Fleury, 2005, p. 78).

Não existe um consenso sobre o conceito de política pública, porém, comporta dois aspectos essenciais: intencionalidade e resposta. Ganham materialidade por meio de programas, serviços, leis, impostos, benefícios sociais, entre outros.

Na vertente estadocêntrica, o Estado tem o monopólio, a conotação pública deriva da personalidade jurídica de quem tem a autoridade para fazer a política. Possui superioridade hierárquica para corrigir as relações desiguais entre mercado e sociedade e tem poder de intervenção.

Por outro lado, na vertente policêntrica, o Estado não tem o monopólio, considera outros atores e fundamenta-se na ideia de rede. O sentido público deriva da ideia de enfrentamento de um problema que é público. A tomada de decisão é descentralizada e usa como referência a teoria de governança pública e de redes de política pública.

No campo teórico, pode-se identificar duas correntes de explicação da rede de políticas: a de intermediação de interesses, de origem norte-americana que analisa as relações entre os grupos de interesse e o Estado; e a de governação, que surgiu de estudos sobre as relações intergovernamentais, realizados inicialmente na Grã-Bretanha (Fleury, 2005; Fleury; Ouverney, 2007).

A vertente de governação surgiu a partir de críticas feitas às teorias Pluralista, de Sistemas e de Ação na explicação das formas de operação ou de ação do Estado. As teorias Pluralista (conflito) e de Sistemas (integração) focam sua análise no nível macrossocial. A teoria de Ação emerge da redescoberta do conflito, porém, agora seu foco analítico passou a ser a microssocial (Schneider, 2005). O autor destaca ainda que a novidade na abordagem de governança é o esforço em apoiar a perspectiva microanalítica para mecanismos institucionais de coordenação.

Na atualidade, a produção de políticas públicas não é mais exclusividade do governo, outras organizações tanto públicas quanto privadas participam. Existe na literatura um volume significativo de obras que estudam a rede de política que guardam em si as seguintes generalizações:

1. O denominador mais comum de todas as análises de redes de políticas públicas é que a formulação de políticas públicas não é mais atribuída somente à ação do Estado enquanto ator singular e monolítico, mas resulta da interação de muitos atores distintos. A própria esfera estatal é entendida como um sistema de múltiplos atores.
2. Na formulação e implementação de políticas públicas, além de muitos atores públicos, estão envolvidos atores privados de distintos setores sociais e áreas.
3. O próprio conceito de rede se refere a vínculos diretos e indiretos relativamente duradouros, através dos quais os atores envolvidos estão integrados na formulação de políticas públicas.
4. Embora muitos atores estejam envolvidos direta e indiretamente na produção de políticas, existe entre eles diferença de poder e influência.
5. Posições de poder e influência não são determinadas somente através de status político-institucional formal, mas também por meio de vínculos informais (por exemplo, comunicação, intercâmbio de recursos, interação estratégica) (Schneider, 2005, p. 38).

A presença e a influência de novos atores no ciclo da política delineiam uma estrutura policêntrica que tende a alterar a direcionalidade da relação Estado e sociedade, ou seja, de regulação e subordinação para de horizontalidade pautada na diversidade e no diálogo (Schneider, 2005; Fleury; Ouverney, 2007).

No campo da política pública de saúde, ganha destaque pelo fenômeno da descentralização, em que o poder local passou a ter protagonismo na condução da política pública e, por conseguinte, na entrada de novos atores políticos. Assim, o conceito de rede fornece elementos importantes na análise da gestão em saúde e traz implícito que no campo da política pública o elemento-chave é a implementação.

O nível de institucionalização, o número de participantes, a configuração da política (setorial ou transetorial), tipo de atores envolvidos, função principal da rede e o equilíbrio de poder são atributos que definem o tipo de rede. Já a natureza e distribuição de recursos determinam o padrão de interdependência (Fleury, 2005; Fleury, Ouverney, 2007).

Como dificuldades, os autores apontam: prestação de contas; processo de negociação e estabelecimento de consenso (grande número de atores); responsabilidades diluídas dificultando o alcance dos objetivos; dinâmica flexível podendo levar ao abandono de atores em momentos cruciais; dificuldade de controle e coordenação da interdependência.

Para análise de redes de políticas, é essencial abordar os atores, recursos, percepções e regras. Os atores são interdependentes por compartilhar recursos para consecução de um objetivo comum. A existência de um valor compartilhado é essencial

para o estabelecimento de acordos. A criação de espaços para a negociação e para a pactuação diz respeito ao padrão de institucionalização dos padrões de interação. As regras são necessárias para poder definir a posição dos atores e a distribuição de poder, e, portanto, conformam-se em um produto da interação dos atores e precisam acompanhar a dinâmica da rede. A estratégia de ação depende do quanto desses atributos estão em posse dos atores (Fleury; Ouverney, 2007).

Nesse sentido, a rede tem um caráter policêntrico, não existindo a figura de apenas um gestor. A gestão pode ser desempenhada por vários atores ou ter presença de um mediador. No caso do SUS, vigora a rede tipo intergovernamental, pois é composta por atores políticos autônomos, envolvidos simultaneamente em outras redes cujas relações são eminentemente horizontais.

Cole e John (1995 apud Fleury; Ouverney, 2007) propõem a inserção do conceito de rede de políticas aos estudos de padrão de governança, justificada pelo reconhecimento da existência de múltiplos atores que são dependentes uns dos outros, e a cooperação possibilita aumentar a eficiência da política pública.

A gestão de redes é uma função complexa, por isso, Agranoff e Lindsay (1983 apud Fleury; Ouverney, 2007) fizeram quatro recomendações essenciais: reconhecer o contexto constitucional de todos os envolvidos, de modo a reconhecer as diferenças; reconhecer o caráter político da ação, promovendo a discussão e negociação; necessidade de participação de técnicos ou uso de meios técnicos; e o foco deve ser a resolução de problemas.

A garantia do acesso universal e da integralidade da atenção prescinde de uma organização sistêmica, efetivada mediante a celebração de pactos interfederativos pautados na cooperação e na solidariedade.

A operacionalização da gestão do SUS, portanto, materializa-se na negociação entre as esferas de governo (relações intergovernamentais) e entre gestores e prestadores (relações interinstitucionais) (Kehrig et al., 2014).

O modelo de gestão do SUS é ousado na medida em que busca fomentar acordo entre as diferentes esferas gestoras e fortalecer o controle social. Tal composição permite que vários atores políticos participem do processo de tomada de decisão e de implementação da política (Viana, 2011), o que reforça o pressuposto de que se trata de uma rede de política.

Nesse sentido, a criação das comissões intergestores cumpre dupla finalidade: compatibilizar o processo decisório com as características do federalismo brasileiro (Viana; Lima, 2011) e com o modelo de organização sistêmica do SUS. Ou seja, introduziu na administração pública o modelo da gestão por consenso em colegiados interfederativos (Kehrig et al., 2014).

Inicialmente, contatava-se com duas comissões intergestores – CIT e CIB –, mas, com o avanço no processo de regionalização e com o reconhecimento da importância de um espaço de governança regional, em 2006, instituiu-se o CGR, que, em 2011, passou a ser denominado CIR. A governança no processo de regionalização e gestão em saúde é um elemento essencial, pois prevê pactuação, mecanismos de gestão pautados na negociação permanente e no consenso para superar conflitos intergovernamentais (Kehrig et al., 2014).

A governança possibilita um novo modelo de gestão e expressa a articulação intergovernamental e interinstitucional na formulação e implementação da política. Assim, os gestores são atores centrais para viabilizar a governança na região. Trata-se de uma construção complexa, pautada no controle social da gestão, na negociação política e no compromisso democrático (Kehrig et al., 2014).

No contexto atual da gestão do SUS, identifica-se a carência de estruturas no âmbito regional que possibilitem a interação dos diferentes atores. O modo como as comissões intergestores são conformadas não possibilita a participam de todos os atores políticos envolvidos na implementação da política. Pensar novos instrumentos de gestão em redes desponta como um desafio na administração pública e, mais especificamente, no SUS.

CAPÍTULO III – PLANO DE ANÁLISE: INTERPRETANDO O PROCESSO DE CRIAÇÃO DE UMA REDE INTERESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE SOB AS BASES DO NEOINSTITUCIONALISMO E DO MODELO DE ANÁLISE DE POLÍTICA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de estudo de caso exploratório de base qualitativa, que envolveu uma região interestadual de saúde denominada Região Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, conhecida popularmente com Rede Pernambuco/Bahia (PE/BA).

A adoção da modalidade estudo de caso justifica-se por possibilitar a compreensão de um fenômeno social complexo que é a dinâmica político-institucional do processo de regionalização envolvendo dois estados da federação – Pernambuco e Bahia (Yin, 2010). Ademais, possibilita uma análise profunda, uma visão detalhada sobre um ambiente, um indivíduo ou uma situação específica (Godoy, 1995).

Esta tese é um desdobramento de pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes)¹², de âmbito nacional, na qual foi realizado trabalho de campo em seis regiões definidas a partir de uma tipologia que considera três critérios: o territorial-administrativo, o sociodemográfico e a oferta e complexidade do sistema de saúde. Em tal estudo, as regiões selecionadas foram a de Petrolina (PE) e a de Juazeiro (BA), que juntas formam o polo da rede PE/BA.

3.2 FONTES DE DADOS

A pesquisa exploratória dispõe de uma variedade de métodos, como a observação, levantamento de fontes secundárias (bibliográfica, documental, estatística) e entrevista (individual ou em grupo).

Diante da complexidade do fenômeno em estudo, o uso de múltiplas fontes de dados mostrou-se apropriado, ao possibilitar o confronto dos dados e uma multiplicidade de aspectos históricos, permitindo assim, elaborar uma possível explicação para o processo de implantação e efetivação na rede PE/BA. Desse modo, foram definidas duas fontes de dados:

¹² Projeto financiado com recursos provenientes do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e do Ministério da Saúde, por meio da Chamada MCTI/CNPq/CT – Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013. Maiores informações disponíveis em <www.resbr.net.br>.

- Secundários: dados estatísticos, disponíveis no banco de indicadores regionais e tipologia da pesquisa Regiões e Redes (www.resbr.net.br); e documental, a qual abrangeu: documentos oficiais dos governos, com destaque para aqueles relacionados com a regionalização (Plano Estadual de Saúde, PDR, Planos de Investimentos, Relatórios de Gestão, Contrato Organizativos da Ação Pública da Saúde, Mapa Sanitário, Termos de Constituição de Consórcios, entre outros); a regulamentação (leis, resoluções e portarias), os registros técnicos e atas das instâncias decisórias do SUS (CIB, CIR, Conselho Estadual de Saúde – CES), produzidas no período do estudo e que incidiam sobre a região;
- Entrevistas: semiestruturada com informantes-chave¹³ que foram conduzidas a partir de um roteiro prévio (Apêndice 1 e 2).

Para caracterização das regiões de saúde, selecionou-se um conjunto de indicadores que tivessem a capacidade de demonstrar as suas especificidades. Para tal, definiram-se três subgrupos de indicadores: demografia, condições socioeconômicas e oferta e complexidade dos serviços de saúde (quadro 3.1).

Quadro 3.1 – Relação de indicadores

Dimensão	Indicador
Demografia	Nº de habitantes
	Taxa de crescimento populacional
	Densidade demográfica
Condições socioeconômicas	Renda domiciliar per capita
	PIB per capita
	% de pessoas com 10 anos ou mais com ensino fundamental
	% de pessoas com 10 anos ou mais com ensino médio
	IDH
Oferta e complexidade dos serviços de saúde	Nº de estabelecimento de saúde segundo tipo
	Nº de leitos segundo especialidade básica
	Nº de leitos mil habitantes
	Nº de médicos mil habitantes
	Médico do saúde da família ou médico comunitário disponível ao SUS por 100 mil habitantes
	Médico gineco-obstetra e mastologista por 100 mil habitantes
	Médico cardiologista por 100 mil habitantes
	% de pessoas beneficiárias de plano de saúde
	% de internações de alta complexidade no SUS no total de internações

FONTE: Elaboração da autora.

¹³ Pessoas que possuem grande conhecimento sobre o objeto de estudo; atores políticos envolvidos na condução política e técnica da constituição da rede e/ou na gestão regional.

As entrevistas são fontes essenciais de informação para os estudos de caso, conduzidas como conversas guiadas em que os entrevistados podem sugerir outros informantes, os quais são considerados fundamentais para o êxito de um estudo de caso, ao propiciar ao pesquisador acesso a fontes corroborantes ou opostas aos indícios (Yin, 2010).

Durante uma visita ao campo de pesquisa, em março de 2015, foram identificados dois informantes-chave que deram origem a uma cadeia de sujeitos considerados importantes para compreensão do objeto de estudo. Essa técnica é conhecida como amostragem em bola de neve e é utilizada principalmente para fins exploratórios. O uso dessa modalidade requer alguns cuidados, a fim de manter a qualidade da pesquisa. Deve-se evitar grandes populações, já que as pessoas têm usualmente um maior número de contatos. O risco de argumentações semelhantes é um limite a ser considerado, porém, a possibilidade de obter informantes de outras redes aumenta o acesso a narrativas mais plurais (Vinuto, 2014).

Para a autora, outro limite a ser considerado é a omissão de outras vozes e opiniões de pessoas que não fizeram parte da rede dos informantes. Recomenda que a clara exposição dos motivos da pesquisa e a resposta adequada a todas as possíveis dúvidas que possam surgir no desenvolvimento da pesquisa se mostram como estratégias para reduzir essa limitação (Vinuto, 2014).

Entretanto, a grande vantagem da técnica bola de neve reside no fato de o entrevistado ser indicado por pessoas conhecidas e de sua rede de contatos. Esse contexto pode contribuir para que as entrevistas ocorram de modo mais fluido.

A realização das entrevistas ocorreu sob duas modalidades, a presencial e a *on-line*. Para as presencias, as entrevistas transcorreram em local definido pelo entrevistado e em um único momento. Quanto às da modalidade *on-line*, foi utilizado como recurso de comunicação a plataforma Skype®, e assim como nas presencias, as entrevistas ocorreram em um único momento. No total, foram realizadas 20 entrevistas, sendo 3 com pessoas vinculadas ao MS, 8 com a gestão estadual da Bahia, 7 com a gestão estadual de Pernambuco e 1 com o CONASS, além de um deputado federal pelo estado da Bahia (quadro 3.2).

Quadro 4.2 – Caracterização dos informantes-chave – 2017

Entrevistas	Sexo	Formação	Cargo	Instituição	Esfera	UF
01	Masculino	Medicina	Gestor	SES	Estadual	BA
02	Feminino	Enfermagem	Diretora	SES	Estadual	BA
03	Feminino	Enfermagem	Secretaria executiva	CIB	Estadual	BA
04	Feminino	Administração hospitalar	Superintendente	SES	Estadual	BA
05	Masculino	Administração	Presidente do CES	CES	Estadual	BA
06	Masculino	Enfermagem	Diretor	SES	Estadual	BA
07	Feminino	Enfermagem	Coordenador	Núcleo Regional de Saúde (NRS)	Regional	BA
08	Feminino	Contabilidade	Gerente	CRIL	Regional	BA
09	Masculino	Medicina	Gestor	SES	Estadual	PE
10	Feminino	Nutrição	Diretora	SES	Estadual	PE
11	Feminino	Medicina	Diretora	SES	Estadual	PE
12	Feminino	Odontologia	Diretora	SES	Estadual	PE
13	Feminino	Enfermagem	Gerente	Gerência Regional de Saúde (GERES)	Regional	PE
14	Feminino	Enfermagem	Gerente	CRIL	Regional	PE
15	Masculino	Medicina	Parlamentar	Câmara Federal	Nacional	-
16	Feminino	Medicina	Assessor	CONASS	Nacional	-
17	Feminino	Enfermagem	Assessora	MS	Federal	-
18	Masculino	Fisioterapia	Diretor	MS	Federal	-
19	Masculino	Medicina	Docente	UNICAMP	Estadual	SP
20	Feminino	Medicina	Diretora	SES	Estadual	PE

FONTE: Elaboração da autora.

NOTA: Entrevistado 15, na época da criação da rede, ocupava o cargo de gestor na SES/BA; entrevistada 16, em um primeiro momento, exerceu a função de consultora da empresa contratada pelo MS para elaborar o diagnóstico da rede e depois, o cargo de diretora na SES/PE; entrevistada 17 ocupava o cargo de coordenação do projeto QualiSUS-Rede do MS; entrevistado 18 ocupava o cargo de diretor no departamento de apoio à descentralização do MS; entrevistado 19 ocupava o cargo de diretor de redes no MS.

A análise documental incluiu os documentos descritos no quadro 3.3, a qual teve por finalidade sintetizar a organização da rede, o funcionamento do fórum interfederativo, bem como informações que subsidiassem a análise de como o processo de regionalização e a gestão regional foi enfocada, institucionalmente, no decorrer dos diferentes momentos de organização do sistema estadual de saúde.

Quadro 5.3 – Documentos analisados

Documento	Esfera	Fonte
Plano Estadual de Saúde da Bahia 2012 - 2015	Estadual	Site da SES-BA ¹⁴
Plano Estadual de Saúde da Bahia 2016 - 2019	Estadual	Site da SES-BA ¹⁵
PDR da Atenção à Saúde da Bahia	Estadual	Site da SES-BA ¹⁶
Regimento do Colegiado de cogestão interestadual de saúde Pernambuco/Bahia - CRIE	Interestadual	GERES VIII
Atas de reunião do CRIE de 2011 a 2015	Interestadual	GERES VIII
Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2016-2019	Estadual	Site do CES de Pernambuco ¹⁷
PDR da Atenção à Saúde de Pernambuco	Estadual	Site da SES-PE ¹⁸
Resolução CIB/BA nº 89/2010 que institui o CRIE	Estadual	Site da CIB/BA ¹⁹
Resolução CIB/PE nº 1471/2010 que institui o CRIE	Estadual	GERES VIII

FONTE: Elaboração da autora.

3.3 VALIDADE

O termo validade relaciona-se com qualidade, condição de válido. A validade será obtida pela adoção da triangulação que consiste na utilização de abordagens múltiplas. Nesse caso, adotar-se-ão diversas fontes de dados e métodos qualitativos (Ollaik; Ziler, 2012).

Apesar da constituição da região de saúde interestadual se relacionar com um contexto específico, os resultados poderão extrapolar para situações com contextos similares. Parte dessa afirmação encontra respaldo nas bases do neoinstitucionalismo histórico – as instituições²⁰ atuam como conjuntura para definição de estratégias políticas, as quais indicam um conjunto de possibilidades. Ou seja, as regras do processo de regionalização estão estabelecidas e valem para todo contexto brasileiro, a especificidade

¹⁴ http://www.saude.ba.gov.br/images/stories/profissional_e_gestor/gestao_da_saude/RBSP_Suplemento_2012_completo_02mar2013.pdf

¹⁵ http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/pdf/Plano-Estadual-de-Saude_Revista40-Sup3-2016-PES2016-2019.pdf

¹⁶ http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp

¹⁷ http://www.ces.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/PES-2016-2019-FINAL_23_12_2016-1.pdf

¹⁸ <http://portal.saude.pe.gov.br/documentos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/plano-diretor-de-regionalizacao-2011>

¹⁹ http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/index.php?option=com_content&view=article&id=258&Itemid=170

²⁰ Machado e Lima (2015), ao discorrerem sobre as contribuições do institucionalismo histórico na análise de políticas públicas, apontam que nesse tipo de abordagem as instituições têm papel central ao influenciar as estratégias dos atores, os rumos, as trajetórias e o conteúdo das políticas. As autoras ressaltam, ainda, que o conceito de instituição é amplo, podendo incluir regras formais e informais, destacando ser recomendado compreendê-la segundo suas funções principais, a de agentes e a de produtores da história.

baseia-se no processo político, na dinâmica das relações de poder e nos fatores contingenciais.

A coerência interna foi construída por intermédio da opção metodológica adequada ao objeto de estudo, que, por sua vez, corrobora a validade da pesquisa.

3.4 FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS DO MODELO TEÓRICO

Este tópico narra o processo de construção e aplicação do modelo de análise teórico utilizado para analisar a dinâmica político-institucional do processo de regionalização em uma região interestadual de saúde envolvendo os estados de Pernambuco e Bahia, enfocando as relações intergovernamentais e a organização federativa setorial que influenciaram a criação da rede PE/BA.

A regionalização surgiu no momento em que ficou evidente o esgotamento do modelo descentralizado de base municipal (municipalismo) em promover a concretização de um sistema de saúde universal, equitativo e com atenção integral. Doravante, não sendo mais possível organizar ações e serviços de saúde isoladamente e desarticulada, instalando um momento especial, marcado por mudanças significativas e o aparecimento de oportunidades (conjuntura crítica²¹).

Assim, em 2001/2002, editou-se a primeira norma operacional do SUS que incluiu a regionalização como estratégia de organização de sistemas de saúde.

Com baixo impacto alcançado pela NOAS, em 2006, o MS publicou o Pacto de Gestão; nova tentativa de superar os entraves e as dificuldades,

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade (Brasil, 2006).

O Pacto supera a trajetória institucional de habilitação presente nas normas anteriores. Além disso, previa reduzir as competências concorrentes mediante a definição

²¹ Pode ser definida como um período de mudanças significativas, que ocorre de diversas formas em contextos distintos, do qual se espera que sejam desenvolvidos legados distintos (Collier; Collier, 1991 apud Overney, 2015);

clara de cada ente federado, fortalecer a gestão compartilhada e solidária e viabilizar o avanço da regionalização (Brasil, 2006).

Reconhece, ainda, as diferenças e desigualdades, a necessidade de respeitar as singularidades regionais, desburocratiza os processos até então instituídos, estabelece a região como base para o planejamento regional e cria os CGR.

Diferentemente do que aconteceu com a NOAS, a adesão ao Pacto foi maior, porém, de modo distinto entre estados e municípios. Até 2010, 100% dos estados haviam aderido ao Pacto, já entre os municípios, verifica-se uma grande variabilidade de adesão. Lima et al. (2012a), ao analisarem a dinâmica de adesão ao pacto, agregaram os estados em quatro grupos, segundo a adesão municipal:

Grupo 1: Estados com baixo percentual de adesão municipal (abaixo de 50%): Acre, Amazonas, Amapá, Bahia, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Sergipe e Tocantins. Grupo 2: Estados com percentuais médios de adesão municipal (entre 50% e 70%): Maranhão, Paraíba e Roraima. Grupo 3: Estados com alto percentual de adesão municipal (acima de 70% até 99%): Alagoas, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo. Grupo 4: Estados com adesão total dos municípios (100%): Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraná e Rio Grande do Norte (Lima et al., 2012a, p. 1908).

As estratégias de regionalização estabelecidas nos anos 2000 ainda não alcançaram a suficiência necessária para superar os dilemas de construir um sistema regional no contexto federativo brasileiro e setorial da saúde (Mello et al., 2017; Viana et al., 2017). De fato, a incorporação da regionalização aos atos administrativos normativos que possibilitou a operacionalização do SUS representa uma inflexão no processo de organização do sistema. A base de organização desloca-se do município para a região.

A concretização dessa diretriz configura à política setorial um novo paradigma institucional de organização das ações e serviços de saúde no plano do SUS. O arcabouço legal (CF) e o infralegal (LOS) do SUS já estabeleciam a regionalização, contudo, sua incorporação às Portarias Ministeriais acontece tardiamente.

Em 2011, um fato novo ocorre, a regulamentação da LOS 8.080/1990 com a publicação do Decreto 7.508/2011, que aborda aspectos relacionados com a organização do SUS, planejamento em saúde, assistência à saúde e da articulação interfederativa. No que se refere à organização, estabelece que deve ser em regiões, definidas pelos estados em articulação com os municípios. Quanto à articulação interfederativa, regulamenta as

comissões intergestores (CIT/CIB) e institui a CIR, as quais são definidas como foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores na construção de consensos federativos, em cada nível da organização do Sistema: regional, estadual e nacional (Brasil, 2011b).

A grande novidade, todavia, foi o COAP, definido como instrumento jurídico que dará concretude aos compromissos de cada ente federado perante objetivos comuns, discutidos e consensuados em cada região de saúde, respeitando a diversidade federativa e garantindo a segurança jurídica necessária a todos (Brasil, 2011b).

Ocorre que, diferentemente do conteúdo das normas operacionais, que foi debatido nos espaços de representação de gestores e de participação da sociedade civil, as tratativas acerca do teor do Decreto ficaram restritas ao MS e à Casa Civil da Presidência da República (CONASS, 2015).

Em relação à adesão ao COAP, verifica-se um resultado ínfimo. Os dados mais atualizados²² apontam que dos 27 estados, apenas 2 – Ceará e Mato Grosso – assinaram.

Pode-se inferir, portanto, que a regionalização é um processo em curso e que não está completamente definido, ao considerar as lacunas relacionadas com o financiamento, com a capacidade técnica dos governos subnacionais, com os interesses dos atores e com os mecanismos de coordenação federativa.

Desse modo, concorda-se com Lima (2013) quando afirma que a experiência brasileira não encontra ressonância nas experiências internacionais de sistemas universais. A sua análise exige uma modelagem específica dada a complexidade do objeto em estudo.

Para a autora, os condicionantes da regionalização no Brasil estão vinculados aos seguintes eixos: (i) característica territorial brasileira; (ii) amplitude e diferentes lógicas territoriais observadas na atuação estatal e na organização da atenção à saúde; (iii) multiplicidade de atores envolvidos no planejamento, gestão, financiamento e prestação de serviços; e, (iv) variadas escalas regionais de distribuição da oferta, uso de serviços, atuação e acordos políticos.

O pressuposto analítico que conduziu este estudo é o de que **as instituições promovem um *continuum* competição-cooperação entre os níveis de governo, o qual**

²² Contratos Organizativos de Ação Pública – assinados. Disponível em: ortalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1066-sgep-raiz/dai-raiz/cgcoi/11-cgcoi/16171-coap-assinados-cgcoi.

exerce papel estratégico na constituição de redes regionalizadas; ora favorecendo, ora limitando a organização do SUS.

O modo como as instituições federativas foram desenhadas pode comprometer a eficiência e efetividade do Estado. O arranjo é bastante custoso e pode limitar a garantia do direito à saúde, pois a autoridade da União para normatizar a política de saúde está pautada em regras homogêneas, desconsiderando, assim, as desigualdades regionais e a importância das relações intergovernamentais na implementação da política (Arretche, 2012).

A adoção do referencial do neoinstitucionalismo conjugado com o do ciclo da política permitiu compreender os mecanismos de construção da rede interestadual de atenção à saúde, enfocando o processo de tomada de decisão e a influência das instituições sobre esse processo.

Marques (1997) coloca que o objetivo central do neoinstitucionalismo é construir uma teoria que possibilite articular Estado e sociedade, enfocando variáveis de nível intermediário para dar conta da variação histórica e conjuntural dos fenômenos. Viana e Baptista (2012) apontam que essa abordagem surge como uma alternativa às abordagens societal e corporativista, por não responderem satisfatoriamente à complexidade e dinâmica do processo político. Neoinstitucionalismo “ênfatiza a importância crucial das instituições/regras para a decisão, formulação e implementação de políticas públicas” (Souza, 2006, p. 37).

Dentro da abordagem neoinstitucionalista, pode-se identificar três correntes: a de escolha racional, a histórica e a sociológica. Elas buscam responder como as instituições desenham as estratégias políticas e influenciam os seus resultados (Marques, 1997). Essas três abordagens são as reconhecidas tradicionalmente, entretanto, duas novas vertentes têm apresentando avanço, a construtivista e a de redes (Hay, 2006 apud Lima; Machado; Gerassi, 2011).

Essa categorização não tem como finalidade mostrar que essas abordagens são excludentes, mas, sim, complementares. A interação entre elas traz contribuições às pesquisas. Contudo, partem de pressupostos distintos em relação a alguns aspectos. Conhecer a especificidade de cada vertente é fundamental para o uso adequado e para identificar limites e possibilidades (Lima; Machado; Gerassi, 2011).

A abordagem da escolha racional contribui por questionar dois mitos: um de que os interesses individuais agregados geram ação coletiva, e outro de que as ações coletivas

geram necessariamente bens coletivos (Souza, 2006). Nessa abordagem, o comportamento dos atores é definido por cálculos estratégicos, a fim de maximizar as suas preferências no processo decisório, e as instituições contribuem para a formação do contexto político de atuação dos atores e na definição das estratégias (Lima; Machado; Gerassi, 2011). Para Marques (1997), as instituições seriam o resultado das ações dos atores e podem funcionar para o bem ou mal.

Para Hall e Taylor (2003), a escolha racional pode contribuir para a explicação sobre os motivos da permanência das instituições, tendo como pressuposto as vantagens que elas oferecem aos atores. Porém, não consideram os efeitos não intencionais e a ineficiência de algumas instituições (Lima; Machado; Gerassi, 2011).

Na perspectiva histórica, as instituições moldam as escolhas dos atores e a ação racional dos que decidem não se restringe apenas a interesses particulares; sem negar a existência do cálculo racional e autointeressado dos decisores, esses ramos do neoinstitucionalismo afirmam que o cálculo estratégico dos decisores ocorre dentro de uma concepção mais ampla das regras, papéis, identidades e ideias (Hall, 1998 apud Souza, 2006).

Nessa abordagem, o conceito de trajetória dependente (*path dependence*) tem destaque, a qual se relaciona com a ideia de que acontecimentos do passado podem ocasionar uma cadeia de determinações que influenciaram as decisões políticas no presente (Lima; Machado; Gerassi, 2011).

Na vertente sociológica, o enfoque está no comportamento dos indivíduos, ou seja, na inserção cultural das instituições. A legitimidade das instituições é explicada mediante fatores culturais (normas internalizadas e papéis a serem desempenhados (Lima; Machado; Gerassi, 2011).

Quanto às vertentes construtivistas e de redes, ambas estão em fase inicial de desenvolvimento. A contribuição da construtivista está na ideia de que os atores agem intencionalmente para atingir seus objetivos em um contexto específico. A inserção da abordagem de redes é justificada pelo entendimento de rede enquanto instituição, a qual interfere na distribuição de poder, na construção de interesses e identidade e na dinâmica dessas interações (Lima; Machado; Gerassi, 2011). O quadro 3.4 sistematiza as principais características das vertentes neoinstitucionalistas.

A estabilidade institucional deriva da associação de três aspectos: normas, coerção e coação. Por outro lado, existem autores que sugerem como fatores equanimidade e

consenso (Marques, 1997). Como e qual a importância das instituições para explicar o resultado de políticas públicas? Para Souza (2006), a resposta é que as instituições podem ou não facilitar o curso das políticas. A autora acrescenta ainda que o neoinstitucionalismo auxilia na compreensão de que não os só os atores/grupos têm força relevante, mas também as regras formais e informais.

A relevância da abordagem neoinstitucionalista está em apontar quais instituições interferem no comportamento individual e coletivo e como elas agem e resistem. Busca compreender como as instituições influenciam as decisões políticas e se mantêm ao longo do tempo (Lima; Machado; Gerassi, 2011).

Quadro 6.4 – Principais características das abordagens neoinstitucionalistas

Correntes/ Aspectos	Institucionalismo da Escolha Racional	Institucionalismo Histórico	Institucionalismo sociológico	Institucionalismo construtivista	Institucionalismo de Redes
Abordagem teórica	Modelagem teórica de acordo com o contexto específico (quando possível)	Busca contextualizar a ação histórica e institucionalmente	Busca contextualizar a ação cultural e institucionalmente	Voltada para momentos e condições para a mudança institucional complexa	Enfatiza redes como instituições
Pressupostos teóricos	Enfoque calculador: atores são instrumentalmente racionais	Atores exibem combinação de lógica calculadora e cultural	Enfoque cultural: atores seguem normas e convenções	Atores são estratégicos e socializados, podem se comportar em variedade de diferentes modos	Perspectiva relacional no estudo das ações sociais, políticas e econômicas; redes como recursos e constrangimentos
Abordagem analítica	Dedutiva	Dedutivo-indutiva	Dedutivo-indutiva	Dedutivo-indutiva	Dedutivo-indutiva
Método	Modelagem matemática (onde possível)	Teoricamente informado, histórico, narrativo	Muitas vezes estatístico (teste de hipóteses); às vezes narrativas	Teoricamente informado; análise de discurso	Técnicas quantitativas e métodos algébricos
Conceito de Instituição	As regras do jogo em uma sociedade (North)	Procedimentos, rotinas, normas e convenções formais e informais (Hall)	Convenções culturais, normas, quadros cognitivos	Sistemas codificados de ideias e as práticas que sustentam	Padrões estáveis ou recorrentes de interações entre indivíduos, grupos e organizações
Mudança nas Instituições	Foco nas funções (positivas) da instituição. Foco no desenho institucional racional	Foco na criação das instituições como definidora do curso das evoluções subsequentes. Pouca ênfase em mudanças pós-formação institucional	Foco na criação institucional como difusão de modelo institucional pré-existente Foco nos efeitos equilibradores da institucionalização e na lógica de apropriação de práticas.	Foco na natureza socialmente construída das oportunidades políticas Foco na criação e em mudanças pós-formativas da instituição. Foco nas condições ideacionais de mudança institucional	Foco nas mudanças dos padrões de interação entre indivíduos, grupos e organizações
Temas-chave	Racionalidade dos atores	Dependência de trajetória (<i>path-dependence</i>)	Difusão de modelos institucionais	Modelagem da trajetória (<i>path-shaping</i>), dependência de trajetória ideacional (<i>ideational path-dependence</i>)	Complexidade das relações

FONTE: Lima, Machado e Gerassi, (2011, p. 123).

A articulação entre as instituições, os atores (grupos, organizações, agências estatais) e o ajuste entre a estrutura da organização dos demandantes e a forma como estão organizadas em um dado momento histórico e para cada estado resultam em uma determinada conjuntura que define condições específicas de construção de políticas públicas. Portanto, o resultado das políticas é contingente e depende do jogo de forças e das estratégias usadas pelos diversos atores na tomada de decisão (Marques, 1997).

Como qualquer teoria, o neoinstitucionalismo apresenta limites em explicar a complexidade em analisar políticas públicas, assim, destacam-se como principais limites: o seu médio alcance, não sendo adequado para longos períodos históricos; a sua negligência ao aspecto estrutural como variável na análise; subestimação do papel dos atores, das ideias, interesses e das relações interpessoais; e a dificuldade em responder sobre as dinâmicas e sobre as razões para as mudanças nas instituições (Lima; Machado; Gerassi, 2011).

A análise de política pública busca compreender o modo como o Estado opera, traduzido na ação de fazer política, a qual parte da identificação das agências públicas, dos atores participantes do processo, dos mecanismos/estratégias utilizadas na escolha da decisão, das inter-relações entre agência e atores e a conjuntura externa que influencia o processo (Viana, 1996).

O modelo explicativo construído por essa abordagem se tornou bastante popular ao desagregar o processo de uma política em fases ou ciclos. Esse método sofreu alterações ao longo do tempo. Inicialmente, o ciclo foi dividido em sete fases, mas, na década de 1990, Howlett e Ramesh condensaram as fases do processo em cinco fases: montagem da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação (Viana; Baptista, 2012).

Esse modelo recebeu críticas quanto à divisão estanque que não considerava a dinamicidade do processo e em relação a sua linearidade (Baptista; Rezende, 2011), as quais contribuíram para seu aprimoramento.

A principal contribuição desse modelo para o estudo de política pública está no fato de que existem fases dentro do processo de formulação de uma política, chamando atenção para a especificidade de cada momento. Como desvantagem, tem-se o risco que a fragmentação traz para a compreensão do fenômeno e para a ideia de previsibilidade (Viana, 1996; Baptista; Rezende, 2011; Viana; Baptista, 2012).

A primeira etapa consiste no reconhecimento do problema como de interesse público, portanto, é o ponto de partida. Kingdon (1984 apud Viana, 1996) chama atenção

para dois aspectos importantes: por que alguns problemas entram na agenda e outros não, e por que determinadas alternativas são escolhidas em detrimento de outras.

A esse respeito, Viana e Baptista (2012) partem do pressuposto de que essas escolhas resultam de alguns fatores: demandas políticas e sociais, necessidades percebidas, juízos de valor e compromissos políticos assumidos. Baptista e Rezende (2011), a partir dos postulados de Kingdon (1984), expressam que os problemas se apresentam de modo distinto, e que a mudança da agenda ocorre na medida em que os cenários políticos também sofrem alteração, situação que foi nomeada pelo autor como “janela de oportunidade”.

Kingdon (1984 apud Viana; Baptista, 2012) categorizou a agenda em três tipos: agenda sistêmica ou não governamental, agenda institucional ou governamental e agenda decisória ou política (Quadro 3.5).

Quadro 7.5 – Características dos tipos de agenda proposto por Kingdon (1984)

Tipo de agenda	Características
Sistêmica ou não governamental	Problemas do país que existem já há um certo período de tempo, mas que, por um conjunto de motivos, não despertam interesse do governo e ficam aguardando o momento e/ou disputando espaço
Institucional ou governamental	São aqueles que integram a agenda, porém, não chegaram na mesa de decisão
Decisória ou política	Corresponde aos problemas que são considerados e que serão incluídos nos processos de tomada de decisão

FONTE: Elaborado a partir de Viana (1996); Baptista e Viana (2012).

A etapa seguinte à construção da agenda é a formulação da política, momento no qual as alternativas são elaboradas e é feita a escolha de uma delas (Viana, 1996). Esse momento tem como *locus* o governo, entendido como entre intenções e ações (Baptista; Rezende, 2011; Viana; Baptista, 2012).

Vencida essa etapa de formulação que as condições para tomada de decisão estão dadas, delibera-se sobre as metas, os recursos e o horizonte temporal da intervenção (Baptista; Rezende, 2011). Viana e Baptista (2012) afirmam que essa fase articulada com a anterior são as mais importantes, pois, no decorrer, são definidos os princípios e as diretrizes da política. Alertam ainda de que as escolhas estão inseridas em um contexto cultural e influenciadas por condições socioeconômicas.

É importante questionar como as alternativas foram formuladas, como determinada solução foi escolhida e quem participou do processo (Baptista; Rezende, 2011; Viana; Baptista, 2012).

A outra etapa consiste na implementação da política, ou seja, a fase de dar materialidade e resposta ao problema (objeto da política). Trata-se de um momento complexo e decisivo que envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública, como os sistemas gerenciais, informacionais, logísticos, operacionais (recursos) e os agentes (Viana; Baptista, 2012).

Para as autoras, a implementação pode ser vista como um jogo, em que a autoridade central buscar induzir os agentes a colocar em prática aquilo que foi definido, mas que lhe são alheios. A resposta dos agentes é condicionada por um conjunto de variáveis, articulação entre formuladores e implementadores, compreensão da política, quantidade de mudança envolvida e entendimento de cada fase do processo (Viana; Baptista, 2012).

O modo como ocorre a implementação da política foi categorizada sob dois enfoques. O primeiro, denominado *top-down*, baseia-se na concepção que o alcance das metas está relacionado com o uso de técnicas tradicionais da administração, em que a autoridade central controla todos os fatores políticos, organizacionais e técnicos. Os casos de insucessos derivam da incapacidade dos agentes locais em executar a política conforme foi desenhada, ou seja, desvios de rota (Baptista; Rezende, 2011).

Segundo essas autoras, o outro enfoque emerge das críticas feitas ao enfoque anterior, e foi denominado de *bottom-up*. Nesta abordagem, a definição da política não se dá no topo da hierarquia, mas, no nível de execução. Reconhece que existe um controle imperfeito em todo processo de construção da política. Desse modo, a implementação seria o resultado de um processo interativo envolvendo a formulação, o contexto e as organizações responsáveis pela execução (Baptista; Rezende, 2011).

Os dois enfoques receberam críticas, que advogam que a análise da implementação precisa de enfoques multicausais; pois, nas palavras de Viana e Baptista (2012, p. 69):

O momento de implementação é de intensa negociação; nele se vê realmente onde se sustentam os pactos estabelecidos. Se o momento de formulação é uma ocasião de grandes consensos, em que tudo é possível, é no momento de implementação que se descobre a real possibilidade de uma política, quem são os atores que a apoiam, o que cada um dos grupos disputa e seus interesses.

Esse cenário aponta para o surgimento de novos atores, que não participaram da fase de tomada de decisão, porém, assumem um papel decisivo. São eles os responsáveis

pela prestação direta dos serviços. Portanto, a implementação guarda a possibilidade de mudanças no desenho inicial da política. As razões seriam o baixo compromisso dos políticos, a divisão institucional entre aqueles que decidem e aqueles que executam e a complexidade do processo (Baptista; Rezende, 2011; Viana; Baptista, 2012).

A última fase seria a avaliação, a qual tem sido alvo de amplo debate no campo científico. Relaciona-se com o momento de verificação dos resultados pelo governo ou por outra organização, objetivando subsidiar a análise enfocando limites e possibilidade e até mesmo propor mudança no curso da política.

No modelo analítico proposto para este estudo, a fase de avaliação não foi incluída (figura 3.1). Essa opção metodológica justifica-se no pressuposto de que a análise de implementação da rede PE/BA extrapola os objetivos da tese. A análise de implantação de um programa relaciona-se com a intervenção, seus componentes e o contexto e a comparação com a produção de efeito. Uma intervenção é constituída por elementos (agentes, estrutura, processos e objetivos) que obrigam a construção da teoria do programa, especificando sua natureza (Champagne et al 2011).

FONTE: Elaboração da autora.

Figura 3.1 – Esquema analítico do ciclo da política

3.5 MODELO TEÓRICO

Na medida em que esse processo de construção do SUS foi acontecendo, existiam “caminhos distintos e possíveis a serem tomados para materializar o caráter descentralizado do sistema” (Ouverney, 2015, p. 125). Enquanto a descentralização foi sendo operacionalizada, havia, em um primeiro momento, um leque de escolhas que, no

decorrer dos fatos, sua variedade de opções reduziu-se, ficou circunscrita ao padrão vigente (trajetórias dependentes) (Pierso, 2004 apud Machado; Lima, 2015).

Para autores que estudam esse fenômeno, existiam distintas possibilidades para a descentralização do SUS. Ouverney (2015)²³. Ao analisar a descentralização do SUS na década de 1990, estabelece que havia cinco vias possíveis: a desconcentração federal, a estadualização, a municipalização, a descentralização regionalizada e a polarização federativa.

A municipalização²⁴ foi a via que predominou (encontrava respaldo no movimento sanitário e em gestores estaduais), apesar da descentralização regionalizada estar inscrita na CF de 1988 e na LOS e ser a mais adequada em termos de racionalidade sistêmica.

Por outro lado, nas experiências de países como Inglaterra, Alemanha, Itália, Espanha e Canadá, a descentralização articulou-se com a regionalização; na América Latina, essa articulação assumiu graus variados de articulação com maior ênfase para a descentralização. Já no Brasil, esse descompasso também é verificado, caracterizado pela transferência de poder decisório, responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os governos subnacionais, especialmente para o municipal (Lima et al., 2012), caracterizando o processo brasileiro de modo bastante peculiar.

As estratégias descentralizadoras propiciaram a ocorrência de conjunturas que resultaram em mudanças expressivas na correlação de forças e o surgimento de novos atores, as quais possibilitaram alterações no exercício do poder e na trajetória institucional. Como a estratégia de regionalização se insere²⁵?

Mudanças de natureza econômica, política, organizacional e cultural podem ser fatores que explicam a alteração expressiva no curso da política de descentralização no SUS. Além disso, a qualidade de lideranças dos governos subnacionais, representadas por meio do CONASS e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), também pode ter contribuído para a introdução da regionalização nas normas do SUS.

²³ O autor estabelece essa classificação a partir da análise de estudos que analisam o processo de descentralização no SUS (PAIM, 1990; Paim, 1996; Pereira, 1996; Arreteche, 2000; Fleury, 2003; Cordeiro, 2004; Machado, 2007; Escorel, 2008; Fleury, 2009).

²⁴ Os motivos que levaram, em um primeiro momento, à escolha pela via da municipalização têm sido objeto de vários estudos que tentam compreender os seus condicionantes. Marques e Arreteche (2003) afirmam que, apesar de seu potencial redistributivo, a municipalização não produziu a equalização nos padrões de oferta; Ribeiro (2009) considera que a descentralização no país foi operada em meio ao fortalecimento da federação e às convergências e tensões entre dois projetos distintos para reformar o Estado: um projeto econômico transnacional, liberalizante, de modernização do Estado, e um projeto nacional, socialmente construído, de ampliação e universalização de direitos e de redemocratização do Estado.

²⁵ Ribeiro (2009) anuncia que aconteceu tardiamente, fruto de sucessivas tentativas de descentralização, induzido pelo Ministério da Saúde, sem a devida clareza do papel dos governos estaduais. A primeira norma operacional do SUS que introduz a regionalização foi publicada em 2001, ou seja, 11 anos após publicação da LOS, que foi reformulada em 2002; depois, em 2006, com o Pacto pela Saúde; e mais recentemente com o Decreto 7.508, em 2011.

Pode-se afirmar que a regionalização é resultado de políticas públicas instituídas ao longo dos anos de 1990 e 2000, as quais influenciaram o processo de organização e funcionamento do SUS (Quadro 3.5). Essas escolhas reduziram ou ampliaram a possibilidade de organização de uma rede interestadual? A organização federativa setorial amplia ou reduz a viabilidade de implantar redes interestaduais?

Quadro 8.6 – Natureza das dimensões do processo de regionalização

Dimensão	Natureza	Característica
Normatividade constitucional/legal	Princípios e diretrizes (estrutura*/base)	Geral
Embates/coalizões	Relação entre os atores envolvidos (jogo político)	Conflito/cooperação
Normatividade governamental	Implementação da política (conjuntura)	Específico

FONTE: Elaborado a partir de Couto e Arantes (2006).

NOTA: * A estrutura pode limitar, mas não predetermina. Outras variáveis conjunturais e institucionais também exercem influência sobre o modo de operacionalizar a diretriz da regionalização na organização do SUS.

A partir dos pressupostos do neoinstitucionalismo e do modelo de análise da política, foi construída a matriz analítica que orienta esta pesquisa (quadro 3.6).

Quadro 9.7 – Matriz de análise para o estudo da constituição e implementação da rede intraestadual de atenção à saúde

Dimensões de análise	Sentidos	Fundamentos de análise
Entrada na agenda	Refere-se ao reconhecimento do problema como de relevância	Evento ou situação que ocasionou o problema; atores (participantes agentes governamentais e não governamentais); processo pelo qual o problema foi reconhecido.
Formulação da política	Refere-se às soluções elaboradas para o problema (projetos políticos) e regras que definem as diretrizes	Ideias que fundamentam as soluções (interesses); objetivos das alternativas (finalidades); atores envolvidos na elaboração das alternativas de solução; Recursos disponíveis.
Tomada de decisão	Refere-se ao processo de escolha, pelo governo, da solução e a influência das normas	Papel das instituições e dos atores; dinâmica do jogo político (embate/coalizões); condicionantes do processo (políticos, sociais e econômicos).
Implementação da política	Refere-se ao momento de dar materialidade à estratégia escolhida (colocar em prática) considerando o papel dos atores e das normas	Atores envolvidos na execução; conjunto de atividades e de recursos necessários (estrutura); mecanismos de comunicação e indução; quantidade de mudança envolvida; grau de consenso/conflito; modelo de gestão.

FONTE: Elaboração da autora.

Por se tratar de uma rede interestadual, entende-se que o espaço de governança regional assume uma função estratégica na implementação, pois conforma-se no *locus* em que se operacionaliza a relação dos gestores (entre governos), a tomada de decisão e se imprime o modelo de gestão da rede. Assim, para esse espaço de governança, foram definidas as seguintes variáveis para a sua caracterização: **institucionalidade, conteúdo das negociações, processo político – Perfil das relações intergovernamentais e capacidade de atuação do espaço de governança** (quadro 3.8).

Quadro 10.8 – Aspectos para caracterização do espaço de governança segundo as variáveis de análise

Variável	Aspectos	Tipologia
Institucionalidade	Presença de instâncias de integração e processamento técnico-político dos temas tratados, como câmara técnica, grupos de trabalho ou estruturas similares; regularidade de funcionamento da plenária das CIB e suas estruturas de organização interna (câmara técnica e outras); existência de representatividade regional (por meio da escolha de representantes ou do funcionamento regular de instâncias regionais); legitimidade das CIB como instância de negociação e decisão técnico-política (inclui legitimidade dos membros estaduais e municipais)	Avançada Intermediária Incipiente
Conteúdo das negociações	Diversidade da temática; presença de assuntos/questões relacionados com o estado (próprios do estado, das suas regiões e seus municípios); capacidade de adaptação à realidade estadual; construção conjunta da agenda com relativo equilíbrio de poderes entre os municípios e o governo estadual (compartilhada)	Diversificada Restrita Aderente Não aderente Compartilhada Não compartilhada
Processo político (perfil das relações governamentais)	Predominância de convergência ou divergência de visões e interesses (predominantemente cooperativas ou conflitivas); presença marcante de conflito e cooperação (cooperativas-conflitivas) Intensidade das relações intergovernamentais: irregulares ou pouco frequentes (restritas), associadas apenas a procedimentos formais (formalistas), dinâmicas, intensas e abrangentes (interativas)	Cooperativas Conflitivas Cooperativas-conflitivas Interativas Formalistas Restritas
Capacidade de atuação do espaço de governança	Capacidade de formulação e implementação de políticas; capacidade de gerar coordenação intergovernamental (parcerias, formalização de compromissos, superação de impasses e conflitos)	Elevada Moderada Baixa

FONTE: Baseado em Machado et al. (2014).

Além disso, assume-se como pressuposto que a gestão do SUS é uma gestão em rede, e que essa rede é do tipo política, pois agrega um conjunto de atores com relações estáveis e interdependentes, de natureza não hierárquica e que se materializa na negociação entre as esferas de governo (relações intergovernamentais) e também entre gestores e prestadores (relações interinstitucionais) (Fleury; Ouverney, 2007; Kehrig et al., 2014). O que resultou em um esquema para orientar a análise da gestão da rede (figura 3.2).

FONTE: Elaboração da autora.

Figura 4.2 – Esquema analítico gestão da rede

A figura 3.3 sistematiza os principais elementos que subsidiaram o projeto de implantação da rede PE/BA, auxiliando na compreensão das estratégias escolhidas para a sua gestão e efetivação.

Fonte: Elaboração da autora a partir do projeto de implantação da Rede PEBA.

Figura 5.3 – Projeto de implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco – rede PEBA

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando que se trata de uma pesquisa que envolve seres humanos, o referido projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da [Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo \(FMUSP\)](#) conforme recomenda a Resolução nº 466/2012, aprovado conforme protocolo de pesquisa nº 382/2015 (anexo 1). Ainda atendendo às recomendações da referida resolução, todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3).

CAPÍTULO IV – ANTECEDENTES DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NA BAHIA E EM PERNAMBUCO: UM PROCESSO DE ENCONTROS E DESENCONTROS

*Na margem do São Francisco, nasceu a beleza
E a natureza ela conservou
Jesus abençoou com sua mão divina
Pra não morrer de saudade, vou voltar pra Petrolina*

*Do outro lado do rio tem uma cidade
Que na minha mocidade eu visitava todo dia
Atravessava a ponte aí que alegria
Chegava em Juazeiro, Juazeiro da Bahia*

*Hoje eu me lembro que nos tempos de criança
Esquisito era a carranca e o apito do trem
Mas achava lindo quando a ponte levantava
E o vapor passava num gostoso vai e vem*

*Petrolina, Juazeiro, Juazeiro, Petrolina
Todas duas eu acho uma coisa linda
Eu gosto de Juazeiro e adoro Petrolina*

*Eu gosto de Juazeiro e adoro Petrolina
Eu gosto de Petrolina e adoro Juazeiro*

(Música Petrolina Juazeiro, autor: Jorge Assis de Assunção, conhecido como Jorge de Altinho)

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE JUAZEIRO E PETROLINA²⁶

4.1.1 História das cidades irmãs separadas por um rio

O município de Juazeiro (BA) em conjunto com o município vizinho de Petrolina (PE) formam o maior aglomerado urbano do semiárido.

²⁶ Texto elaborado a partir do dossiê regiões e redes Petrolina e Juazeiro. Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2017/06/dossie_petrolina_juazeiro_dossie_completo.pdf.

De acordo com relatos históricos, Juazeiro surge como resultado da exploração agropecuária às margens do Rio São Francisco. As constantes viagens ao litoral deram origem a uma estrada que foi denominada passagem do Juazeiro.

A implantação de um cais no início do século XX (1912) e da Estrada de Ferro e da Viação Férrea Federal Leste Brasileiro (VFFLB), ligando a região à capital do estado, promoveram a prosperidade do local gerada pelas atividades comerciais que utilizavam o rio e seu porto para embarque e desembarque de mercadorias e passageiros.

Petrolina, situada na margem esquerda do Rio São Francisco, surgiu como resultado do intenso fluxo de movimentação. Tratava-se de uma passagem obrigatória de boiadeiros e negociantes dos sertões de Pernambuco, Piauí e Ceará, que cruzavam o rio em direção ao estado da Bahia e vice-versa.

Entretanto, foi apenas em 1948 que a construção da ponte rodoferroviária Juazeiro-Petrolina se iniciou, e seu tráfego foi aberto ao público em junho de 1954, sob a denominação de Ponte Presidente Eurico Dutra.

Interesses de grupos políticos ligados às oligarquias pernambucanas trouxeram investimentos para a localidade que acabaram por contribuir para o desenvolvimento de Juazeiro. Na década de 1960, os pernambucanos negociaram com o governo baiano o asfaltamento da rodovia ligando Juazeiro a Salvador, o que, por consequência, também beneficiava Petrolina.

Por fim, na década de 1970, a construção da Usina Hidrelétrica de Sobradinho, cujos canteiros de obras ficavam no município de Juazeiro, e o incentivo a fruticultura irrigada no vale do médio São Francisco alavancaram o desenvolvimento da região, que chegou ao final do século XX como um dos polos do agronegócio, atraindo incentivos diversos nacionais e estrangeiros.

O crescimento e o desenvolvimento conjunto entre as duas cidades ocasionaram o fenômeno denominado conurbação urbana; apesar de separadas pelo rio, estão ligadas pela ponte Presidente Dutra.

4.1.2 Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) – Petrolina-Juazeiro

A constituição da RIDE – Petrolina-Juazeiro nasceu dentro da Política Nacional de Desenvolvimento Regional, a qual tem como propósito reduzir as desigualdades regionais e ativar os potenciais de desenvolvimento das regiões brasileiras. A referida

política tem como principais instrumentos os planos regionais, programas governamentais e fundos de desenvolvimento regional (Brasil, 2011a).

FONTE: Imagem extraída da publicação RIDE Petrolina-Juazeiro (BRASIL, 2011a).

Figura 6.1 – Visão cartográfica da RIDE Petrolina-Juazeiro

Criada em 2001 por meio da Lei complementar nº 113, de 19 de setembro de 2001, regulamentada pelo Decreto nº 4.366, de 9 de setembro de 2002, abrange os municípios de Lagoa Grande, Orocó, Petrolina, Santa Maria da Boa Vista, no estado de Pernambuco, e pelos municípios de Casa Nova, Curaçá, Juazeiro e Sobradinho, no estado da Bahia (BRASIL, 2011a).

No plano de desenvolvimento da região, foram priorizadas atividades ligadas ao turismo, associada à agricultura irrigada, à ciência e à tecnologia e, principalmente, à vitivinicultura.

A região constitui-se hoje em um polo de desenvolvimento tecnológico da fruticultura irrigada. Recentemente tornou-se o segundo polo vitivinicultor do Brasil, com produção anual de 7 milhões de litros de vinho – 15% da produção nacional, sendo que, desse percentual, 30% são vinhos finos, premiados nacional e internacionalmente, produzidos nas oito vinícolas instaladas nos municípios pernambucanos de Lagoa Grande e Santa Maria da Boa Vista e em Casa Nova, na Bahia. A região dispõe da infraestrutura do Aeroporto Internacional de Petrolina, da Hidrovia do Rio São Francisco, com o Lago de Sobradinho, o maior lago artificial do mundo, e possui ligação rodoviária com as principais capitais do Nordeste (BRASIL, 2011a).

4.1.3 Caracterização das regiões de saúde de Petrolina e de Juazeiro

Localizada no semiárido nordestino, a região de Juazeiro – Petrolina é composta por 10 municípios no estado da Bahia e por 7 municípios no estado de Pernambuco. Sua população é de 1.044.159 mil habitantes, o que proporciona uma densidade demográfica de 18,85 hab./km², sendo que cerca de 25% da sua população encontra-se na área rural dos municípios. Está inserida totalmente na bacia hidrográfica do Rio São Francisco.

A região possui 76.269 Km², sendo 61.617 Km² no estado da Bahia (10,9% do estado) e 14.653 Km² no estado de Pernambuco (14,9% do estado). A área total da região representa 11,5% do território dos 2 estados somados.

Como visto no item anterior, movimentos pendulares entre as cidades de Petrolina e Juazeiro remontam a mais de 200 anos, resultando em uma especificidade no uso do espaço e na sua conformação. A conexão mais importante para a formação desses aglomerados urbanos são as suas interações espaciais e o deslocamento rotineiro de pessoas para trabalho ou estudo, não restrito apenas às regiões metropolitanas. Essa dinamicidade favorece a conformação de arranjos populacionais²⁷, nos quais os movimentos pendulares assumem um protagonismo jamais visto na formação de novos desenhos de expansão urbana (IBGE, 2016).

Atento a essa nova lógica do uso do espaço, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresenta um estudo que aborda um novo modelo do recorte territorial, fundamentado em critérios de integração medida pelos movimentos pendulares para trabalho e estudo ou a contiguidade urbana. Os critérios para definição dos arranjos populacionais foram: fluxo de pessoas para trabalho ou estudo igual ou superior a 10 mil pessoas ou com índice de integração igual ou superior a 0,17, ou espaçamento das manchas urbanizadas principais de até 3 km (IBGE, 2016).

No país, identificaram-se 294 arranjos populacionais constituídos por 930 municípios, os quais abrigam 55,7% da população; 89,5% dos arranjos são formados por cinco municípios ou menos, sinalizando que a aglomeração está acentuando-se em centros de menor porte populacional. Uma hipótese é o aumento da mobilidade (IBGE, 2016).

²⁷ A escolha dos critérios que formam um arranjo populacional está baseada na noção de existência de relacionamentos cotidianos por grande parte da população entre dois ou mais municípios. Os relacionamentos existem devido a fatores, tais como: crescimento de uma cidade (os casos mais comuns são os metropolitanos, onde a capital costuma atrair população do entorno); emancipação de um município; processos históricos de formação; localização de indústrias (onde uma fábrica em um pequeno município demanda população dos municípios vizinhos) (IBGE, 2016).

Na região Nordeste, esses arranjos tendem a se concentrar nas áreas litorâneas, mas verifica-se também no interior de alguns estados, como é o caso de Petrolina (PE) e de Juazeiro (BA). Esse arranjo é caracterizado como de média concentração (população entre 100 a 750 mil habitantes), o fluxo de deslocamento por trabalho é de 65%, e por estudo, de 31,9%. O índice de integração está abaixo de 0,34 (0,04), não integra o grupo com os 10 maiores PIBs, e 75% da população reside na área urbana (IBGE, 2016).

As regiões de Petrolina e de Juazeiro apresentam características similares, quanto aos setores que mais contribuem para a composição do Produto Interno Bruto (PIB) e do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Por outro lado, a participação das cidades-polos na economia dos estados é bem distinta, assim como ao PIB per capita (quadro 4.1).

Quadro 11.1 – Caracterização socioeconômica das regiões de saúde de Petrolina e Juazeiro – 2017

Dimensão	Petrolina	Juazeiro
Territorial (municípios que integram a região)	Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina, Santa Maria da Boa Vista	Campo Alegre de Lourdes, Canudos, Casa Nova, Curaçá, Juazeiro, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho e Uauá.
Econômica (renda e trabalho)	<ul style="list-style-type: none"> • PIB de R\$ 5,68 bilhões na região de Petrolina (4,7% de Pernambuco) • Serviços e comércio (47,7%) seguido da administração pública (32,9%) são os setores com maiores valores adicionados para cálculo do PIB; • PIB per capita R\$ 8.461,60 	<ul style="list-style-type: none"> • PIB de R\$ 4,17 bilhões (2,3% da Bahia); • Serviços e comércio (30,9%) seguido da administração pública (20,6%) são os setores com maiores valores adicionados para cálculo do PIB; • PIB per capita R\$ 13.500,74
Demográfica	<ul style="list-style-type: none"> • 434.713 habitantes (47,8%); • Taxa de crescimento: Petrolina 3,1%, grande maioria dos municípios da região teve crescimento populacional entre 1,0% e 2,0%, exceto Santa Maria da Boa Vista, que teve um crescimento de 0,6%; • IDH: todos os municípios da região, com exceção de Petrolina (0,70), apresentam valores a média estadual (0,68); Afrânio, Dormentes e Santa Maria da Boa Vista apresentam as menores taxas para região (0,59). 	<ul style="list-style-type: none"> • 494.431 habitantes (53,2%); • Taxa de crescimento: Casa Nova apresentou a maior taxa na região, 1,51%; 60% dos municípios (incluindo Juazeiro) o crescimento entre 1 a 1,5%, sendo que Uauá teve decréscimo de -0,67%; • IDH: todos os municípios da região, com exceção de Juazeiro (0,68), apresentam valores a média estadual (0,66); Pilão Arcado apresenta o menor para região (0,61).

FONTE: <http://www.resbr.net.br/indicadores>. Elaboração dos autores.

4.1.3.1 Região de Saúde de Petrolina

A Gerência Regional de Saúde (GERES) VIII é a unidade administrativa da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Pernambuco responsável pelo apoio técnico e operacional aos municípios que formam a região de Petrolina, a saber: Petrolina, Afrânio, Dormentes, Cabrobó, Orocó, Santa Maria da Boa Vista e Lagoa Grande. Juntos, os municípios possuem uma população de 434.713 habitantes.

Além de serviços de saúde municipais, a região conta serviços estaduais do Hospital Dom Malan, da Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE), do Laboratório Farmacêutico do estado de Pernambuco (Lafepe) e do Hemocentro Regional.

A pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil” criou uma nova tipologia para 438 regiões de saúde do país, por meio da utilização de fontes de dados do Censo Demográfico 2010, realizado pelo IBGE; dos Bancos de Dados do SUS disponíveis no Datasus; da Relação Anual de Informações Sociais – RAIS, disponibilizada anualmente pelo Ministério do Trabalho²⁸, e do Sistema de Contas Regionais – IBGE. As unidades de análise para esta tipologia foram as regiões de saúde, a partir da agregação de dados municipais e microdados do Censo Demográfico 2010. De acordo com a Situação Socioeconômica e Oferta e Complexidade dos Serviços da Saúde, foram criados cinco grupos para as regiões:

- Grupo 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços): inclui 175 regiões, 2.159 municípios e 23,6% da população do Brasil no ano de 2013.
- Grupo 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços): inclui 53 regiões, 590 municípios e 7,3% da população do Brasil no ano de 2010. A maioria dessas regiões está localizada nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste (norte de Minas e Vale do Ribeira em São Paulo).
- Grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços): inclui 123 regiões, 1.803 municípios e 20,1% da população do Brasil no ano de 2010. Localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.

²⁸ Disponível em: www.mte.gov.br.

- Grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços): inclui 35 regiões, 388 municípios e 12,9% da população do Brasil no ano de 2010. Localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.
- Grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços): inclui 50 regiões, 630 municípios e 40,5% da população do Brasil no ano de 2010. Localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.

Além do tipo de prestador:

- Prestador predominantemente público: 122 regiões;
- Situação intermediária: 185 regiões;
- Predominantemente privado: 129 regiões.

Para construção dos *clusters*, foi definido um rol de indicadores, a saber: renda familiar per capita, PIB per capita, percentual de pessoas de 10 anos ou mais com pelo menos o ensino fundamental, percentual de pessoas de 10 anos ou mais com pelo menos o ensino médio, densidade populacional, número de leitos/mil habitantes, número de médicos/mil habitantes, percentual de beneficiários de planos de saúde e percentual de internações de alta complexidade no SUS no total de internações. A tipologia foi construída a partir do cruzamento dos referidos indicadores e da análise fatorial e de agrupamento²⁹.

Segundo essa tipologia, a região de Petrolina faz parte do grupo com médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços (grupo 3), com um perfil de prestador ambulatorial de média complexidade predominantemente público, e privado na atenção ambulatorial de alta complexidade.

Petrolina, sede regional, fica à distância de 714 Km da capital, com uma área territorial de 4.561.872 Km², sendo que, deste total, apenas 244,8 Km² em perímetro urbano. O acesso ao Recife pode ser feito por meio das estradas federais BR-428 e BR-232, ou pelo aeroporto de Petrolina.

²⁹ Para maiores informações acerca da metodologia acessar:
http://www.resbr.net.br/indicadores/view/pdf/relatorio_tipologia_versaofev2016.pdf

A população é estimada em 337.683 habitantes, a densidade demográfica é de 64,44, sendo o quinto maior município do estado e o segundo do interior pernambucano. Apresenta IDH de 0,697 e o melhor índice de saneamento básico do Nordeste, com 95% de coleta de esgoto (IBGE, 2016).

A RAS é formada por 365 estabelecimentos, dos quais 86 são da administração pública municipal. Em relação ao tipo de estabelecimento, possui 45 centros ou unidades básicas de saúde, 3 academias da saúde, 8 centros de apoio à saúde da família, 3 centros de atenção psicossocial (CAPS), 99 ambulatórios especializados, 6 hospitais gerais, 1 hospital especializado, 2 hospitais dia, 2 policlínicas e 32 serviços de apoio diagnóstico terapêutico (SADT) (CNES, 2017).

4.1.3.2 Região de Saúde de Juazeiro

De acordo com o PDR da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SEASB), a região de saúde Juazeiro conjuntamente com as regiões de Paulo Afonso e Senhor do Bonfim compõem a macrorregião Norte, e administrativamente está vinculada ao Núcleo Regional Norte, o qual substitui a antiga Diretora Regional de Saúde (DIRES).

A região é formada pelos seguintes municípios, Juazeiro, Campo Alegre de Lourdes, Canudos, Casa Nova, Curaça, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho e Uauá, com uma população de 537.115 habitantes (Bahia, 2016).

De acordo com tipologia descrita no item 4.1.3.1, a região de Juazeiro faz parte do grupo com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (grupo 1), com leve predominância de prestador privado (63,5%).

Juazeiro, possui uma área territorial de 6.500,691 Km², com uma população de 220.253 habitantes, densidade demográfica de 30,45 e IDH de 0,677 (IBGE, 2016). À distância de 507,8 Km de Salvador, seus acessos se dão por via terrestre através das BR-407 e BR-324, e aérea pelo aeroporto de Petrolina – PE.

Sua RAS é composta por 203 estabelecimentos, dos quais 71 são da administração pública municipal. Em relação ao tipo de estabelecimento, há 49 centros ou unidades básicas de saúde, 40 ambulatórios especializados, 2 CAPS, 1 policlínica, 1 centro de parto normal, 2 hospitais especializados, 3 hospitais gerais, 2 hospitais dia, 1 pronto-atendimento e 18 SADT (CNES, 2017).

O detalhamento dos dados que ranquearam Petrolina no grupo 3 e Juazeiro no grupo 1 demonstrou Petrolina alcançou melhor desempenho em todos os indicadores pesquisados, com exceção apenas do nº de leitos/mil hab. Resultado que justifica o seu médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços.

Tabela 4.1 – Indicadores sociodemográficos e de oferta e complexidade dos serviços de saúde para as regiões de Petrolina e Juazeiro – 2017

Dimensão	Indicador	Região	
		Petrolina	Juazeiro
Socioeconômica	Renda familiar per capita (em real)	374,24	283,64
	PIB per capita (em real)	13.500,74	8.461,60
	% de pessoas com 10 anos ou mais com pelo menos ensino fundamental	41,61	33,59
	% de pessoas com 10 anos ou mais com pelo menos ensino médio	26,23	19,73
	Densidade populacional	8,03	29,67
Oferta e complexidade dos serviços de saúde	Nº de leitos/mil hab.	1,45	1,67
	Nº de médicos/mil hab.	1,41	0,92
	% de beneficiários de planos de saúde	19,93	10,59
	% de internações de alta complexidade no SUS do total de internações	4,83	2,61

FONTE: <http://www.resbr.net.br>. Elaboração da autora.

4.1.4 Diagnóstico da região de Petrolina e Juazeiro

A região de Juazeiro e Petrolina, juntas, agrega 838 estabelecimentos de saúde, sendo que deste total, 57,6% estão situados na região de Petrolina. Quanto à tipologia, verifica-se que existe uma predominância de unidades ambulatoriais seguida de SADT. Chama atenção o número de postos de saúde que existem na região de saúde de Juazeiro (40), três vezes maior quando comparado com a região de Petrolina (12). A região agregada conta apenas com um centro de parto normal e uma unidade de pronto-atendimento (Tabela 4.2).

Tabela 4.2 – Número de estabelecimentos de saúde, segundo tipo nas regiões de saúde de Petrolina e de Juazeiro – 2017

Tipo de estabelecimento	Região Petrolina	Região Juazeiro	Total	%
Academia da saúde	10	04	14	1,7
Central de regulação de urgências médicas	01	01	01	0,1
Centro de apoio a saúde da família	10	02	12	1,4
CAPS	07	10	17	2,0
Centro de parto normal	0	01	02	0,2
UBS	96	92	188	22,4
Central de regulação	04	03	07	0,8
Ambulatório especializado	107	49	156	18,6
Consultório	137	77	214	25,5
Farmácia	03	02	05	0,6
Hospital especializado	01	02	03	0,3
Hospital geral	09	14	23	2,8
Hospital dia	02	03	05	0,6
Laboratório de saúde pública	01	01	02	0,2
Policlínica	15	01	16	1,9
Posto de saúde	12	40	52	6,2
Pronto-atendimento	0	01	01	0,1
Unidade de saúde indígena	07	04	11	1,3
SADT	36	23	59	7,1
Unidade móvel pré-hospitalar móvel	07	18	25	2,9
Unidade de vigilância à saúde	04	03	07	0,8
Unidade móvel terrestre	07	04	11	1,3
Home care isolado	01	0	01	0,1
Unidade mista	04	0	04	0,5
Telessaúde	01	0	01	0,1
Centro de atenção hemoterápico	01	0	01	0,1
Total	483	355	838	100

FONTE: CNES/MS, 2017. Elaboração da autora.

Quanto ao número de leitos segundo especialidades, observa-se que, do total de leitos (1220), 34,7% são de clínica médica, seguida de clínica cirúrgica (27,1%). Juntas,

as duas modalidades respondem por mais da metade de todos os leitos disponíveis para as duas regiões de saúde para o SUS (Tabela 4.3).

Tabela 4.3 – Número de leitos segundo tipo e disponibilidade SUS nas regiões de Juazeiro e Petrolina – 2017

Tipo de leito	Juazeiro		Petrolina		Total SUS
	Existente	SUS	Existente	SUS	
Cirúrgico	260	228	171	103	331
Clínico	255	245	228	179	424
Obstétrico	155	145	132	108	253
Pediátrico	97	83	152	129	212
Total	767	701	683	519	1220

FONTE: SAGE/MS, 2017. Elaboração da autora.

A avaliação de desempenho dos sistemas de saúde das regiões do estudo utilizou o modelo conceitual de avaliação do PROADESS³⁰. A escolha dos indicadores para verificação do desempenho teve como critérios a capacidade de apresentar sumariamente elementos relacionados com a organização, adequação, acesso, efetividade e eficiência do sistema de saúde. No tocante à demografia, a região de Juazeiro apresenta um percentual maior de pessoas com 65 anos ou mais (6,7%) em relação a Petrolina (5,1%); mais de um terço da população vive em áreas rurais, situação que justifica a baixa densidade demográfica em alguns municípios, que chega a menos de 8,0, a exemplo de Remanso na Bahia.

Em relação ao acesso à atenção básica, verifica-se que a região de Petrolina tem desempenho melhor quanto ao percentual de crianças vacinadas com a tetravalente (94,4%); e Juazeiro, quanto à razão de Papanicolau (0,52). Quanto ao acesso à atenção terciária, Petrolina apresenta um desempenho melhor.

A região de Petrolina demonstra uma melhor adequação dos serviços de saúde quando comparado com Juazeiro. Em relação à efetividade e à eficiência, os resultados para as duas regiões são semelhantes (Tabela 4.4).

³⁰ As definições, métodos de cálculo e fontes de informação são apresentados nas Fichas Técnicas que integram cada indicador do PROADESS, disponível em <http://www.proadess.iciet.fiocruz.br>.

Tabela 4.4 – Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde das regiões de Juazeiro e Petrolina segundo alguns indicadores seleccionados do PROADESS – 2017

Dimensão/Indicador	Região de Saúde	
	Juazeiro	Petrolina
Acesso à Atenção Básica		
% de crianças vacinadas com a tetravalente	86,0	94,4
Razão de Papanicolau	0,52	0,34
Acesso a atenção terciária		
Taxa bruta de angioplastia para cada 100 mil hab. com 20 anos ou mais	16,7	34,5
Adequação dos serviços		
AVC com tomografia	30,0	68,6
Mães de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal	39,5	56,8
% de parto cesáreo	38,5	40,7
Efetividade		
Internação por insuficiência cardíaca	370,4	223,6
Mortalidade por HAS na população de 50 – 64 anos	14,0	14,6
Eficiência do serviço		
% de vasectomia em regime ambulatorial	0,0	7,7

FONTE: PROADESS, 2017. Elaboração da autora.

Avaliando os indicadores do financiamento da saúde, constata-se que as médias per capita nas regiões de Petrolina e de Juazeiro são de R\$ 664,20 e R\$ 677,50 respectivamente. Os percentuais de população beneficiária de planos de saúde na região de Juazeiro e de Petrolina são 10,9% e 20,6% respectivamente.

Quanto à capacidade instalada dos sistemas regionais, observa-se que o número de leitos para cada mil habitantes para as regiões de Petrolina e de Juazeiro está abaixo do parâmetro de 2,5 a 3 leitos. Em relação ao número de mamógrafos, a Portaria (PT) GM/MS nº 1631/2015 define que a necessidade de aparelhos deve considerar a indicação para realização de exames (rastreamento e indicação diagnóstica), e não mais a relação de 1 aparelho para cada 240 mil pessoas (Brasil, 2015).

Em relação ao aparelho de ultrassonografia, a normativa do MS estabelece um cálculo considerando a necessidade e a produtividade do equipamento ao ano; fazendo um paralelo entre a população das regiões de Petrolina e de Juazeiro e a razão por 100 mil hab., pode-se inferir que existe *deficit* no número de aparelhos, já que para Petrolina são necessários 22 equipamentos (pop. 437.713), e para Juazeiro, 27 equipamentos (pop.

537.115). Um *deficit* também foi encontrado na disponibilidade de tomógrafo em ambas as regiões. A razão de equipamento para cada 100 mil habitantes é inferior a 1 unidade.

A disponibilidade de médicos nas regiões de saúde de Juazeiro e Petrolina é distinta. Petrolina tem uma situação melhor para os indicadores avaliados, com exceção dos médicos do saúde da família. A maior disparidade é quanto ao número de **gineco-obstetras**, em que a disponibilidade de Petrolina é duas vezes maior do que a encontrada em Juazeiro (Quadro 4.2).

Quadro 12.2 – Indicadores de Recursos Humanos, PROADESS

Indicador	Região de Saúde	
	Juazeiro	Petrolina
Total de médico por mil habitante	0,9	1,2
Médico do saúde da família ou médico comunitário disponível ao SUS para 100 mil hab.	11,3	9,1
Médico gineco-obstetra e mastologista para cada 100 mil hab.	4,9	10,2
Médico cardiologista para cada 100 mil hab.	2,6	4,3

FONTE: PROADESS, 2017. Elaboração da autora.

4.2 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA BAHIA E EM PERNAMBUCO

Neste item, será apresentada a regionalização em saúde nos estados da Bahia e de Pernambuco, com a finalidade de descrever suas especificidades e a influência das normas nesse processo.

4.2.1 A regionalização em saúde na Bahia

Na Bahia, a discussão sobre regionalização teve início em meados da década de 1920, com a Lei nº 1.811/1925, que criou quatro subdiretorias sanitárias na estrutura administrativa da Subsecretaria da Saúde e Assistência Pública (Molesine, 2011).

Em 1942, por meio da PT nº 730, são criadas dez regiões sanitárias no interior. Em 1948, uma divisão do território ocorre e são criados oito DS (Molesine, 2011).

Nos primeiros anos da ditadura militar, com a Lei nº 2.321/1966, ocorreu uma nova reorganização administrativa no estado, a Secretaria da Saúde e Assistência Pública foi dividida em duas e um sistema de administração regional foi instituído, com a criação

de 21 regiões com uma sede regional denominada Centro Executivo Regional (Molesine, 2011).

A divisão do território, ao longo das décadas de 1960 e 1980, passou por diversas modificações, chegando, em 1986, com 29 regiões de saúde. Em 1981, aconteceu uma revisão da estrutura física e organizacional das DIRES, que, no entanto, mantiveram o caráter meramente administrativo. A Secretaria de Saúde possuía o Projeto de Regionalização dos Serviços de Saúde (PROSS), mas, por existirem várias concepções, a proposta não avançou (Molesine, 2011).

Verifica-se que a adoção da prática de divisão territorial no estado baiano é antiga, porém, como uma forte conotação de desconcentração administrativa, ocorrendo duas tentativas de avançar para organização regionalizada da atenção à saúde:

Em 1925 quando foi criada a SES já foi criada 04 centros executivos descentralizados, temos um estado muito grande; só que até a NOAS a configuração não é de regionalização, é de desconcentração administrativa, é só dividir território físico para desconcentrar; embora teve dois períodos que ela (SES) teve uma característica com descentralização com autonomia. Foi na época dos programas de extensão de cobertura, chamado polo nordeste que tinha perspectiva a medicina comunitária, e ela exigia no seu conteúdo, formulação a autonomia das regiões, então teve um período que se ensaio uma regionalização na perceptiva de alguma autonomia para regiões. A outra foi no governo Waldir Pires, 1986, que foi no movimento de implantação dos sistemas locais da Organização Pan-americana, que no Brasil chama distrito sanitário. A Bahia nessa gestão teve uma proposta de distritalização do Estado que teve um movimento forte de regionalização no sentido de dar autonomia para as regiões (E. 16).

Na primeira metade da década de 1980, diversas iniciativas governamentais correlacionavam-se com a proposta do SUS, a exemplo das AIS³¹ que, para Paim (2006), foi a ponte para a proposta do SUS.

Com o processo de redemocratização do país, a Bahia também experimentou um novo tempo. Em 1985, iniciou-se a implantação das AIS na Região Metropolitana de Salvador, alcançando, em 1987, 152 municípios.

Em 1987, a mudança de correlação de forças políticas no cenário nacional possibilitou a criação do SUDS, sendo a Bahia o primeiro estado da federação a assinar

³¹ As AIS surgem em um contexto de profunda crise durante a ditadura militar, inserindo-se no contexto do Plano CONASP (Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social), que, devido à correlação de forças, teve grande dificuldade de implantação. O CONASP apresentava, na perspectiva de Teixeira (1984), uma contradição interna, pois objetivava a mera contenção de gastos da Previdência com assistência médica como também e uma profunda mudança no modelo de organização do sistema de saúde, com integração, hierarquização (Paim, 1986).

o convênio com o SUDS. Entre os motivos que levaram o governo estadual a adotar essa política, está a incorporação da estratégia de reorganização dos serviços por meio dos DS (Teixeira et al., 1993).

Para os autores, não existia, à época, uma política explícita de regionalização, mas, elementos normativos que direcionavam para uma política de regionalização. Nessa direção, em 1987, a SESAB apresentou a proposta de criação dos DS, com a indicação inicial de implantação em oito áreas para implantação dos distritos, das quais, três eram na capital, Salvador. A proposta previa a criação de 104 DS, denotando um novo desenho do território baiano e do modelo de organização assistencial (centros de saúde mais hospitais para atender uma população de 50 a 200 mil habitantes).

O processo de descentralização/municipalização começou com a implantação de três DS em Salvador, um em Camaçari e quatro no interior – Mundo Novo, Vitória da Conquista, Jequié e Itabuna (Molesine, 2011).

Paim (1989), ao analisar a gestão do SUDS na Bahia, categorizou o processo em três vertentes, desenvolvimento da infraestrutura de recursos, desenvolvimento político-gerencial e reorganização do modelo de atenção. Na linha da infraestrutura, o objetivo era dotar a rede de equipamentos e expandir a oferta, bem como resgatar a credibilidade do serviço perante a sociedade e ao conjunto de trabalhadores. Na político-gerencial, o mote era democratização e abertura para participação da comunidade e dos servidores nos processos de gestão e controle das atividades. Como estratégias, foram criadas as Conferências Estaduais de Saúde (de periodicidade anual), os conselhos diretores e os conselhos técnicos em hospitais e centros de saúde. Concomitantemente, viabilizava-se a criação do CES e dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Além dessas iniciativas, previa-se o planejamento participativo, controle e avaliação e a descentralização da gestão (Paim, 1989).

A esse respeito, Molesine (2011) aponta como desdobramentos a realização da 1ª Conferência Estadual de Saúde e a elaboração do Plano Estadual de Saúde quadriênio 1988-1991.

No âmbito da descentralização da gestão, os esforços direcionavam-se para a distritalização, municipalização e implantação de unidades gestoras (Paim, 1989). A escolha política pelo modelo de DS, pelo então governo da Bahia, justificava-se por uma conjuntura nacional, caracterizada pela presença dos movimentos pela municipalização da saúde, movimento de redemocratização, aprovação da proposta da 8ª Conferência

Nacional de Saúde (CNS) e o documento da Reforma Sanitária que recomendava a implantação dos DS. Outrossim, no espectro estadual, o plano dos 100 dias, projeto de instalação do SUDS-BA, projeto de cooperação com a OPAS e o Plano Estadual de Saúde e Plano de Ação Estratégica do Governo (Teixeira et al., 1993).

Por outro lado, a proposta encontrou forte resistência, tanto no espaço da secretaria de estado como na rede, que ganhou força e materializou-se em uma campanha contra o SUDS por intermédio da grande imprensa. Além disso, mudanças nos cargos de direção do INAMPS e da SESAB resultaram na reorientação da política estadual de saúde a partir de 1989 (Teixeira et al., 1993).

Apesar das resistências, a política proposta representou um marco, pois distinguiu-se radicalmente das políticas de saúde dos governos anteriores (Paim, 1989).

Na década de 1990, uma nova conjuntura se instalou, a partir do processo de implantação do SUS. Na Bahia, em 1993, foi criada a CIB, ano em que se iniciou o processo de implantação do SUS estadual. Do total de municípios na época, 126 já estavam habilitados na modalidade de gestão incipiente. Em 1999, 97,83% dos municípios encontravam-se habilitados em uma das modalidades da gestão previstas na NOB 96 (Ávila, 2013).

Em 2003, a Secretaria de Saúde da Bahia habilitou-se na gestão plena, segundo as diretrizes da NOAS 01/2002, e iniciou o processo de organização das regiões de saúde. O primeiro PDR foi construído (2003) com um desenho que se pautou na definição das macrorregiões de saúde (atenção de alta complexidade, rede de urgência e emergência e gestação de alto risco), das microrregiões (atenção de média complexidade por meio de módulos assistenciais) e dos municípios satélites.

A construção do PDR buscou atender às exigências previstas na NOAS, a qual deixava livre o processo de definição das regiões de saúde. Na Bahia, o desenho atendeu a uma lógica de programação da assistência, ou seja, de módulos assistenciais segundo níveis de complexidade.

[...] construção do PDR articulada a PPI; antes disso, NOAS que orientava como as regiões deveriam ser conformadas e a condução do processo Marco inicial, 2003 com a definição das regiões conforme NOAS, definição dos polos assistenciais de média e alta complexidade (E. 18).

O primeiro PDR que era o que a NOAS exigia, então nós tínhamos a desconcentração administrativa do estado que eram as DIRES, que era

nada mais, nada menos de que uma perna do estado administrativa lá e criamos as regiões de saúde, que a proposta era ser programática assistencial (E. 16).

O movimento de implementação da PPI aconteceu concomitantemente com o de definição das regiões de saúde,

Foi um processo construído coletivamente, com a participação de gestores, técnicos. A PPI teve um peso ainda maior, pois, foi discutido em CIB, negociação com resolução bipartite, que obedeceu às normas da época. Desenho das regiões do estado e da programação das ações do Estado (E. 16).

Na definição das regiões de saúde, a gestão utilizou como critérios os fluxos assistenciais já existentes, a malha viária e a capacidade instalada dos municípios sede de polo assistencial. Desse modo, no âmbito da SESAB, existiam duas lógicas de divisão do território: uma de cunho administrativo que definia 31 DORES e outra que eram as regiões de saúde.

Em 2006, tem-se a edição do Pacto pela Saúde, que objetivava imprimir uma nova lógica ao processo de implantação do SUS e de regionalização. Constituído por três vertentes – pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão –, buscava superar as dificuldades sinalizadas pelos gestores na construção do SUS.

O Pacto de Gestão estabelecia as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes, tornando mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (Brasil, 2006).

O processo de regionalização tomou forma com a NOAS e corpo com o PDR, contudo, não conseguiu avançar no sentido de superar a ausência de integração regional e as instâncias de gestão regional burocratizadas e centralizadas nas secretarias estaduais (Dreyer, 2010).

A NOAS manteve as falhas das normas anteriores de desconsiderar as especificidades do país e a dos estados. Assim, o Pacto partiu de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais, é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais (Brasil, 2006).

Ao invés de definir critérios rígidos de habilitação, o Pacto trouxe princípios e diretrizes gerais que deviam fomentar o processo de negociação e pactuação entre os entes federados com vistas a organização de sistemas regionais e integrados. Essas definições deviam ficar explícitas no Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

Considerando a natureza de interdependência e de cooperação do processo de conformação de redes regionalizadas, o Pacto recomenda a criação de um espaço permanente de negociação e cogestão solidária e cooperativa, que denominou de CGR. A sua denominação e o seu funcionamento deveriam ser acordados na CIB de cada estado.

Na Bahia, por motivos de ordem político-partidária, a SESAB resolveu não aderir ao Pacto: com a eleição para governador em 2006 e com a mudança do grupo político que ocupou o cargo por 16 anos, em 2007, um novo modelo de gestão foi instituído, bem como um novo padrão de cooperação interfederativa. Dos 417 municípios baianos, 63% (269) aderiram ao Pacto.

Além da adesão da SESAB ao pacto, por meio da PT/GM nº 2587/2007, ocorreram mudanças importantes no desenho regional. A justificativa para revisão do PDR eram as desigualdades regionais, a baixa capacidade resolutiva de muitos polos assistenciais, a incapacidade de expansão da rede em alguns polos assistenciais, a ausência de PDI e a concentração de serviços de maior complexidade na capital e outras quatro cidades do estado. Além disso, o não cumprimento das pactuações de acesso definidas na PPI, que comprometiam o acesso em tempo oportuno e a integralidade da atenção.

Diante desse cenário, a gestão apresentou uma proposta de revisão do PDR, em que os critérios para definição das regiões de saúde passaram a articular os conceitos de escala e escopo, sustentabilidade econômica e acesso (raio de deslocamento de 100 Km). Nesse desenho, foram previstas 29 microrregiões de saúde e 9 macrorregiões de saúde. Existia o interesse em compatibilizar o desenho administrativo com o assistencial, porém, não alcançou êxito.

Com a Resolução CIB/BA nº 132/2007, a Bahia passou a ter 28 regiões de saúde. A nova conformação tentava superar as desigualdades, desconcentrar serviços da capital do estado, Salvador, e definir o papel da DIRES no processo de regionalização. Até então, a Secretaria de Saúde não contava com um PDI. Ademais, foram mantidas as 31 DIRES como estruturas administrativas da secretaria no território.

Seguindo as novas orientações ministeriais acerca do processo de regionalização, ainda em 2007, foram criados os 28 CGR, que, na Bahia, receberam o nome de Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR) (Resolução CIB/BA nº 143/2007); e, também, houve aprovação do novo regimento da CIB para atender a esse novo contexto institucional (Resolução CIB/BA nº 145/2007).

Com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, a Bahia reconheceu a existência de 28 regiões de saúde definidas no PDR de 2007, porém, trouxe uma configuração atualizada das regiões e instituiu as CIR em cada uma das regiões em substituição aos antigos CGMR, conforme a Resolução CIB/BA nº 275/2012 (Figura 4.2).

Ao longo da última década, o PDR sofreu modificações na tentativa de adequar seu desenho à dinâmica territorial. Os critérios utilizados para delimitação das regiões de saúde também sofreram mudanças, todavia, a exploração dos achados empíricos demonstra a inadequação do atual desenho.

Os motivos são sobreposição de distintos recortes do território pelos diversos órgãos da administração pública, fluxos de demanda assistencial discordantes e baixa capacidade instalada dos sistemas municipais de saúde.

Quando terminar esse processo³² nós vamos mudar o marco das regiões. Na Bahia existe uma confusão grande entre região e o que eles chamam de território identidade³³, não são exatamente os mesmos. Agente vai mudar, não é muito complicado, dos 400, uns 30 precisam ser relocados. E depois mudamos o PDR (E. 14).

[...] organização e fluxos de demanda assistencial, mais isso numa perspectiva do gestor municipal (E. 15).

Tem aspectos que precisam ser considerados, escala e escopo. Alguns municípios têm maior capacidade de agregar serviços, seja pela capacidade instalada, como financiamento e gestão do serviço. Se não fortalecer a região, estruturar o sistema nessa perspectiva, não tem como garantir acesso do usuário (E. 18).

³² O entrevistado refere-se à implantação dos consórcios em todas as regiões de saúde, com a finalidade de equipar essas regiões com serviços ambulatoriais de média complexidade, denominadas de policlínicas, custeadas pelo conjunto de municípios da região e o governo estadual. Essa nova diretriz será abordada de modo mais detalhado ao final deste tópico.

³³ O território identidade é conceituado como um espaço físico, geograficamente definido, geralmente contínuo, caracterizado por critérios multidimensionais, tais como o ambiente, a economia, a sociedade, a cultura, a política e as instituições, e uma população com grupos sociais relativamente distintos, que se relacionam interna e externamente por meio de processos específicos, onde se pode distinguir um ou mais elementos que indicam identidade, coesão social, cultural e territorial. São reconhecidos pelo governo da Bahia 27 territórios constituídos a partir da especificidade de cada região. Sua metodologia foi desenvolvida com base no sentimento de pertencimento, onde as comunidades, por meio de suas representações, foram convidadas a opinar (Bahia, 2017). Informações disponíveis em <http://www.seplan.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17>.

O desenho das regiões, apesar de atual, tem raízes na Reforma Administrativa do Estado, implementada na década de 1970 e sob uma racionalidade geoeconômica, ocasionando divergência entre o fluxo planejado e o real (Albuquerque; Iozzi, 2009).

A governança regional é outro elemento que influencia o modo de operacionalização da proposta de organização de redes de atenção regionalizadas. A análise das entrevistas com membros da equipe gestora da SESAB aponta que a CIR ainda não está dotada de robustez para exercer seu papel na condução da política de saúde no âmbito da região.

Se você for tu você chora, discussões na CIR os participantes desconhecem (E. 17).

Hoje nós temos um vazio na gestão da região, porque o município é um ente federativo, o estado é um ente federativo, a união... a região não é. É uma figura a gestão colegiada através da CIR não sustenta governança nenhuma; porque o que se decidiu ali, na outra reunião quando chega se não encaminhou nada, não tem quem cobre, que acompanhe (E. 16).

CIR pouco utilizada para qualificação da gestão e o entendimento da organização em rede, e aí é um espaço onde o estado precisa ser protagonista, mas, infelizmente ele é utilizado como espaço cartorial, leva discussão e que recebe um carimbo para levar para outra instância. Então é algo que a gente para além de valorizar, estabelecer um outro nível de responsabilidade (E. 15).

Pretendia-se, com a constituição dos espaços de gestão regional (CGMR/CIR), dotar as regiões de maior autonomia na condução da política de saúde, pois a Resolução CIB nº 88/2013 define que a CIR conforma-se como uma instância de caráter deliberativo sobre as competências definidas dentro do seu território, a partir de decisões tomadas por consenso, de acordo com as diretrizes estabelecidas na CIB, e de caráter consultivo para a CIB, quando se referir às questões que envolvam outras Regiões de Saúde do Estado (Bahia, 2013). Entretanto,

[...] tendia ter mais autonomia; ela aqui no estado mais ou menos; primeiro porque, esses colegiados que hoje é a CIR, eles têm toda a sua pauta induzida por políticas ministeriais, eles não têm pauta própria. Faz o plano da saúde mental, da rede de deficiente; ele tem uma pauta induzida, dizer que eles têm autonomia, vírgula, eles têm autonomia na portaria que vem definido que o ponto de atenção tem que fazer isso para compor a rede, a pauta gira em torno disso. Eu desconheço, pelo menos aqui na Bahia, notícia de que a região tenha pauta própria de fazer planejamento próprio com financiamento gerado na região.

Porque tudo é induzido pelas portarias ministeriais, que é tripartite, está lá estados, municípios, mas que induz para o país inteiro (E. 16).

Tem que, não pode ser uma instância... deve ser uma instância deliberativa, claro que teria uma influência em cascata, mas para isso que serve a CIB, para fazer a pactuação com outras regiões [...] CIR pouco utilizada para qualificação da gestão e o entendimento da organização em rede, e aí é um espaço onde o estado precisa ser protagonista, mas, infelizmente ele é utilizado como espaço cartorial, leva discussão e que recebe um carimbo para levar para outra instância (E. 15).

Ao confrontar os discursos com a análise das atas da CIR de Juazeiro dos anos de 2015 e 2016, constata-se uma sinergia entre essas distintas fontes de dados. Os registros apontam que esse espaço de governança não delibera sobre a política de saúde da região, o conteúdo das discussões na maioria das vezes definidas pela instância regional da SESAB, as deliberações pouco influenciam na condução da política de saúde marcadas pela aprovação de novos serviços de âmbito local pelo forte poder de indução das portarias ministeriais.

A CIR dentro do modelo de regionalização do SUS é o principal mecanismo para operacionalizar a governança regional. Vários estudos apontam que a inserção desse espaço promoveu avanços institucionais na implementação da política de saúde. A horizontalização do processo de tomada de decisão, em substituição ao modelo centralizado de pactuação na CIB, é um exemplo de avanço (Ouverney, 2008), a reunião de gestores responsáveis pela tomada de decisão e alocação de recursos (Santos; Giovanella, 2014) são alguns exemplos.

No entanto, as evidências aqui expostas encontram correspondência em outros estudos que mostram o estágio incipiente desse espaço de governança no âmbito do SUS, (Silva, 2011; Viana; Lima, 2011; Shimizu, 2013; Santos; Giovanella, 2014; Pinheiro et al., 2014).

De outra parte, verifica-se também, iniciativas de dotar a CIR de capacidades que qualifiquem seu papel na condução da política no âmbito regional,

A exemplo que hoje nós temos os apoiadores regionais, e isso contribui para fortalecer a CIR. Hoje, depois de uma alteração do regimento conta com técnicos do espaço regional. Temos apoiadores, que potencializa o processo, e tem também, inclui nesse regimento um técnico da gestão estadual. Você conta com atores que vivenciam o apoio institucional, que fortalece a discussão, e como consequência uma discussão fortalecida na CIR e depois pactuação na CIB mais, um

processo ascendente. A gente vem percebendo isso. Ainda não é o ideal, mas, é um avanço (E. 18).

A CIR é composta por representantes do estado e dos municípios, sendo assim constituída: três representantes do estado, dois do nível regional e um do nível central indicado pelo gestor estadual; e pelos secretários municipais de saúde, para os municípios com população acima de 100 mil habitantes é facultado a indicação de uma representação desde que amparada em legislação municipal (Bahia, 2013).

Schneider (2016) aponta que uma característica essencial do processo de tomada de decisão é que o envolvimento e a interação entre os atores políticos não se restringem apenas a instituições governamentais, mas incluem outros agentes, como associações empresariais, sindicatos, empresas privadas e organizações da sociedade civil e científicas.

Nessa direção, Ribeiro, Tanaka, Denis (2017) apontam que a governança regional representa uma forma de política regional, constituindo uma rede de parcerias com vigoroso potencial de ampliar a participação de todos os atores no desenvolvimento de políticas. Porém, na atual normativa que regula a composição e funcionamento da CIR, a participação é limitada, não dando a possibilidade de outros atores sociais envolvidos na dinâmica territorial.

A esse respeito, alguns discursos focalizam para a repercussão dessa concertação na condução dos processos políticos de organização da rede e na garantia de acesso do usuário aos serviços de saúde.

Hoje tem espaços que são, existem, os espaços de governança no SUS, existe uma disputa ideológica, político-partidária, muito mais do que, disputa econômica, e na hora que inclui esses outros entes vamos ter outros conflitos. Mas, se torna muito mais real. É, como se a gente parasse de se enganar. A gente teria outros entes que fazem parte do SUS (E. 15).

Regionalização existe, a rede está desenhada, e na prática? Esquece de dizer para o serviço que está na rede, pactuado na CIR/CIB e esqueço de avisar o prestador (E. 17).

A publicação da Resolução CIT nº 23/2017 aponta para uma possibilidade de inserção de outros atores por meio da instância que o MS chamou de Comitê Executivo de Governança da RAS (Brasil, 2017).

Retomando a construção histórica da regionalização na Bahia, em 2014, a Lei Estadual nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014, promoveu uma nova conformação na estrutura administrativa em nível regional. As 31 DIRES foram extintas, e em seu lugar foram criados 9 NRS – Leste, Centro-Leste, Nordeste, Centro-Norte, Norte, Oeste, Sudoeste, Sul e Extremo-Sul.

Na época, essa alteração gerou um forte embate político envolvendo servidores estaduais, representação dos trabalhadores, CES e antigos dirigentes da SESAB. A falta de clareza quanto à nova estrutura administrativa do estado nas regiões, a alocação dos servidores que exerciam suas funções nas DIRES, as funções a serem desenvolvidas pelos NRS e o impacto na condução estadual na coordenação do processo de regionalização foram alguns dos aspectos debatidos.

O ente estadual exerce papel importante na concertação das relações intergovernamentais, dada a natureza federativa da gestão do SUS. A gestão no âmbito regional prescinde de formas inovadoras por meio de uma construção coletiva dos atores, para viabilizar as condições necessárias para implementação do projeto regional de saúde (Kehrig; Souza; Scatena, 2015). Também, a instância estadual pode potencializar esse processo mediante apoio técnico às instâncias municipais, qualificação das equipes gestoras, mediando conflitos e a garantia institucional da regionalização.

A figura 4.2 sistematiza os marcos do processo de regionalização no estado da Bahia, e a figura 4.3, o atual desenho das regiões de saúde.

FONTE: Elaboração da autora.

Figura 7.2 – Linha do tempo com principais marcos do processo de regionalização na Bahia

FONTE: PDR Bahia, SESAB, 2017.

Figura 8.3 – Macrorregiões e regiões de saúde, estado da Bahia – 2017

4.2.2 A regionalização da saúde em Pernambuco

Ao longo da primeira metade do século XX, Pernambuco realizou vários estudos que tinham como objeto a regionalização, mas, somente em 1969, por meio do Decreto-Lei nº 59, o território do estado foi dividido administrativamente em 8 regiões. Todavia, apesar de todo esforço, o projeto não foi implantado (Condepe, 1974 apud Santos, 2005).

Em 1974, o governo do estado criou um grupo de trabalho para a elaboração de planos de desenvolvimento regional, que inicialmente considerou a divisão do território já existente. Entretanto, por motivos técnico-administrativos, houve algumas modificações que resultaram na divisão do espaço em 12 regiões (Condepe, 1974 apud Santos, 2005).

Pode-se verificar nos relatos históricos que os movimentos anteriores de recorte do território tinham um forte apelo de desconcentração administrativa. A ocupação do

espaço se deu de modo bastante heterogêneo, com forte concentração populacional na faixa litorânea, com destaque para capital do estado, Recife.

Pernambuco é um dos menores estados da federação, contudo, sua geografia é bem diversificada. Identifica-se a faixa litorânea, a zona da mata, o agreste e o sertão. Essas peculiaridades do território pernambucano acabaram por contribuir para a ocupação bastante irregular do espaço, com alta concentração populacional no litoral e com a ocorrência de áreas desérticas no sertão.

Essa heterogeneidade repercute de modo bastante significativo no processo de regionalização, pois a ocorrência de vazios não é uma particularidade do setor saúde, e que acaba por se conformar em um limite importante,

[...]características geográficas, grandes distâncias, ocupação distinta do território – sertão áreas desérticas; agreste – condição melhor, distância menores entre os municípios, colonizada por viajantes que se locomoviam cerca de 20 km dia; cidades mais próximas. Já no sertão grandes distâncias, pulverização de pequenas concentrações populacionais (E. 20).

Na saúde, o processo de regionalização iniciou-se no final do ano 2000, quando da apresentação do Plano Estadual de Saúde, durante a IV Conferência de Saúde, o qual previa a reorganização do sistema de saúde estadual. A definição do desenho regional, nesse período, ocorreu em dois momentos: no primeiro, foram realizados seminários regionais para definição dos módulos assistenciais e perfil das regionais de saúde, tendo como produto o desenho preliminar da regionalização; no segundo, foram identificadas as necessidades de investimento para subsidiar a elaboração do PDI (Santos, 2005).

Entretanto, foi apenas em 2003 que a gestão estadual iniciou o processo de regionalização subsidiada pela NOAS 01/2002, concluído em 2004. Mesmo ano em que o estado se habilitou na condição de Gestão Plena do Sistema (Sóter, 2009). O PDR proposto definiu a existência de 3 macrorregiões, 10 microrregiões e 56 módulos assistenciais.

Em 2006, o PDR sofreu sua primeira revisão. Nesse novo desenho, foi criada mais uma macrorregião (Arcoverde), além das macrorregiões de Recife, Caruaru e Petrolina, ampliou de 10 para 24 microrregiões de saúde e extinguiu os módulos assistenciais (Sóter, 2009).

Com a publicação do Pacto de Gestão, em 2006, um novo movimento para construção do Pacto do estado de Pernambuco iniciou-se em 2007, sendo concluído em 2008 com a publicação da PT GM/MS nº 2921/2008 (Sóter, 2009).

Por outro lado, a adesão dos municípios foi baixíssima, visto que dos 184, apenas 9 assinaram, enquanto no período de vigência da NOB 96, o estado alcançou a marca de 100% dos municípios habilitados em alguma modalidade de gestão (Sóter, 2009).

Com a nova institucionalidade, surgiu um movimento para construção do novo PDR em 2007, com a finalidade de tornar esse desenho mais próximo da realidade. A mudança do

Processo iniciou em 2007, quando na época com 11 regiões de saúde, necessidade de rever e reorganizar esse agrupamento, aproximação cultural, econômica, social e tentando diminuir os vazios assistenciais (E. 11).

Em 2011, com a publicação do Decreto nº 7.508/2011 e com a instituição das Redes de Atenção no âmbito do SUS, estabeleceu-se um grupo de trabalho composto de forma paritária por representantes do COSEMS e gestores da SES, para adequação do PDR à nova institucionalidade advinda com o Decreto.

Nessa mesma época, também se instituiu o Núcleo Estratégico de Regionalização (NER), composto por técnicos das diretorias da Secretaria Executiva de Regulação (Pernambuco, 2012). Um marco desse processo foi o amplo envolvimento das instâncias estadual e municipal. A equipe responsável imprimiu um movimento ascendente de construção do PDR, marcadamente participativo e negociado.

Grande processo de planejamento participativo ascendente, município – região de saúde – estado (E. 11).

[...] processo amplo de discussão com outros atores envolvidos, devido a heterogeneidade do território, distintos biomas (E. 20).

Como o novo PDR, veio também a instituição das CIR. Concomitantemente a esses processos, a gestão estadual instituiu um movimento de fortalecimento das suas estruturas regionais, que são denominadas GERES. As principais ações foram a realização de uma seleção pública para escolha dos gerentes regionais, dotar as GERES de equipe técnica qualificada e infraestrutura para conduzir no âmbito regional a

condução da política de saúde e a sobreposição da área de atuação das GERES com as regiões de saúde.

A primeira seleção ocorreu em 2012, e outra em 2015. O candidato apresentava um projeto para região de saúde vinculada à GERES, o qual era debatido em uma entrevista individual, conduzida por uma banca de examinadores que questionavam sobre os mecanismos pensados para viabilizar a implementação do plano. A entrevista era aberta ao público.

O resultado do novo modelo de gestão, em curso desde 2008, sustentando no planejamento estratégico, monitoramento constante e articulação política. A gestão colegiada, a descentralização e regionalização e reestruturação da rede assistencial são alguns dos eixos prioritários. Esse conjunto de medidas favoreceu, na percepção dos entrevistados, o protagonismo da gestão estadual na organização do sistema regional de saúde,

Hoje temos 12 gerentes técnicos e que discutem a política de saúde no estado de PE pautado no plano de governo e mediado pelo controle social (E. 11).

Fortalecimento das GERES, contribuiu mediante a colocação de gerentes qualificados, escolhidos por seleção pública; fortalecimento da estrutura, das equipes técnicas das GERES em áreas estratégicas, regulação, assistência (E. 12).

A modalidade de escolha dos gerentes tem contribuído, seleção pública com apresentação de um projeto para região e entrevista individual com discussão da factibilidade do plano apresentado. Qualificou muito o processo de regionalização e a condução estadual (E. 20).

Alocar técnicos qualificados na direção da GERES pode favorecer uma atuação mais consistente do ente estadual nos processos de gestão regional e lhe conferir uma maior institucionalidade (Kehrig; Souza; Scatena, 2015).

Percebe-se que a regionalização é uma diretriz que encontra eco na gestão estadual em Pernambuco. Um conjunto de fatores criou um ambiente bastante favorável. A correlação de forças no campo político e técnico, a estruturação administrativa da SES-PE e das GERES, a construção coletiva do PDR vigente e ações de melhoria da capacidade instalada da rede de atenção das regiões de saúde são indícios que sustentam essa percepção.

As pessoas precisam ser atendidas perto de casa, não fica mais aquela coisa de estar na estrada (E. 9).

Temos conseguido um caminhar razoável, dado pelo envolvimento de todos. Foram feitas várias oficinas primeiro com os técnicos da SES (E. 10).

A discussão da regionalização tem que estar sempre na pauta do dia. Pernambuco tem história de vanguarda (E. 11).

Hoje ela está mais consolidada, de 2013 para cá; 2012 a última revisão. A população entende a importância da regionalização na organização [...] política de estado, você passa a conhecer aquela região, as necessidades, os equipamentos necessários (E. 20).

O avanço do processo esbarra em questões relacionadas com o legado do processo de municipalização, relação intergovernamental polarizada (União – municípios), subfinanciamento, mecanismos frágeis de governança e planejamento regional.

A rede pública estadual é robusta, presente em todas as regiões de saúde. Essa característica é avaliada como uma facilidade na implementação da regionalização. Houve um investimento significativo em serviços de atenção especializada em nível ambulatorial por meio da UPAE³⁴ e recuperação de 14 dos 19 hospitais regionais.

Ao mesmo tempo que o perfil de grande prestador é encarado como uma facilidade, ressalvas são feitas quanto ao risco de deixar de exercer seu papel de indutor/coordenador. Sóter (2009), ao analisar o papel da gestão estadual na descentralização do SUS em Pernambuco, apontou que esse modelo de concentração da rede sob gerência estadual prejudicou a execução das outras funções gestoras.

O cenário da gestão às unidades estaduais aponta para uma possível mudança de direção, apostando em novos modelos, alicerçado na nova administração pública (gerencialismo). “*Temos saindo do público pelo público; utilizando a OS e contratação das filantrópicas, pelo princípio da economicidade*” (E.10). Evidência que encontra congruência no PES 2011 – 2015, pois, em 2009, teve início a experiência pioneira de administração por Organização Social (OS), do Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes.

Não foi possível verificar o avanço desse processo, pois não era o objeto desta tese. Tampouco nos documentos analisados foi encontrada outras evidências relacionadas com esse tema, o que pode ser tema de outros estudos.

³⁴ São unidades especializadas, com cerca de 20 especialidade e SADT custeadas pelo tesouro estadual. Das 12 regiões de saúde, 9 já contam com esse tipo de unidades especializada.

A governança regional, apesar ser um componente essencial, foi uma variável que ficou em segundo plano no relato dos entrevistados. Na região de saúde, a CIR é o espaço para o exercício da governança regional, em que são discutidos os modos de articulação entre os municípios na provisão de serviços de saúde e o fortalecimento da região. Como limites, há a necessidade permanente de qualificação dos gestores, por sua falta de conhecimento, e o impacto dos processos eleitorais a cada dois anos na dinâmica das relações entre os governos.

Na atualidade, o sistema estadual de saúde é organizado em 12 regiões de saúde e em 4 macrorregiões. Contudo, é um sentimento geral a necessidade de um novo olhar sobre o território. As incursões feitas no sentido de reduzir as iniquidades de acesso não foram suficientes. Além disso, a dinamicidade do território exige um revisitar constante.

A política de constituição de redes foi incorporada ao processo de regionalização, que buscou organizar os pontos de atenção existentes nas regiões priorizando os fluxos assistenciais. Existe uma assimetria de implementação das redes, apesar das cinco redes temáticas contarem com planos de ação. O fator gerador desse desequilíbrio é a existência/falta do equipamento e o volume/aporte de recurso necessário. A Rede de Urgência e Emergência (RUE) foi a que apresentou maior avanço:

[...] a de maior destaque a RUE; mais de 60% atendida pelo SAMU, com dificuldade para as regiões do sertão; 02 macrorregiões mais populosas com 100% da população coberta; 15 UPA sob gestão estadual (E. 10).

Ainda no campo dos limites, a falta de clareza quanto às atribuições dos entes no processo de regionalização é um condicionante. Reconhecem que existe um volume razoável de normas que tratam do papel de cada esfera de governo, importantes na orientação e na indução de novas práticas.

Por outro lado, o papel da União precisa ser aperfeiçoado. Ainda mantém um forte viés municipalista na elaboração das políticas, dos instrumentos de planejamento e transferência de recursos.

Precisa de definição mais clara do MS; PE política de estado, existe investimento, as políticas são pensadas de modo regional. Na União não, porque foi pensado a nível municipal. A região está entre o município e o estado. Precisa reconhecer a região como espaço intermediário. O MS desconhece, comunicação direta com os municípios (E. 20).

Falta clareza no SUS, pacto interfederativo é excelente, mas, hoje temos pouco amadurecimento político para que o pacto funcione; responsabilidades definidas, porém, tem fragilidade na sua institucionalização. Instrumentos jurídicos frágeis, com sobreposição. Política ousada e com confusão de papéis só compromete (E. 12).

Temos uma série de normas, documentos que definem as competências de cada ente. A judicialização acabou por confundir. A nível macro isso está definido, no fundo a gente sabe. No momento de crise isso fica mais difícil. [...] precisa simplificar as competências. Temos muitos documentos. [...] não é uma nova legislação, é clarear, trazer para o dia-a-dia. Já temos documentação suficiente. Brasília precisa conversar com os estados e municípios; levantar da cadeira e conhecer as especificidades. Rever e atualizar o que já tem. (E. 10).

De fato, o processo de descentralização no SUS tem uma íntima relação com a municipalização e a com normas operacionais editadas ao longo das últimas décadas pelo MS.

O Pacto de gestão e o Decreto explicitam que a regionalização prescinde de um esforço permanente de articulação entre os gestores na definição de responsabilidades. O contexto federativo brasileiro imprime uma complexidade na definição de competências, pois a autoridade sanitária não está vinculada a uma esfera governo. A gestão do SUS envolve três níveis de governo dotados de autonomia e interdependência.

Por fim, a gestão estadual fez uma opção política de não adesão ao COAP, por entender que se trata de um processo cartorial (o caso do estado de Ceará) que poderia comprometer todo o avanço alcançado até então e pela ausência de novo aporte de recursos financeiros. Ribeiro, Tanaka e Denis (2017) demonstraram que, na fase de manifestação de interesses e de planejamento regional, houve ampla adesão por parte de municípios e estados, porém, nas fases subsequentes (compromissos e contrato), essa adesão não se manteve.

Como explicações para esse cenário de frágil institucionalidade do COAP, os autores apontam o modo de condução política fragmentado, a demanda por recursos financeiros adicionais, o baixo envolvimento do sistema político-partidário e dos governos subnacionais.

O COAP, como instrumento de relação entre os entes federados, é sem dúvida a ferramenta mais madura e estruturadora do sistema que já foi construída até hoje. Estruturadora no sentido de qualificação da gestão, mas insuficiente, se as necessidades de serviços, e

consequentemente de recursos financeiros e de pessoal, que serão evidenciadas pelo instrumento em aplicação não forem supridas pelos três entes federados (PES de Pernambuco, 2016, p. 160).

FONTE: Elaboração da autora.

Figura 9.4 – Linha do tempo com marcos do processo de regionalização – Pernambuco

FONTE: PDR Pernambuco, SES-PE, 2017.

Figura 10.5 – Regiões de Saúde, estado de Pernambuco – 2017

4.2.3 Semelhanças e diferenças da regionalização na Bahia e em Pernambuco

O resgate histórico do processo de regionalização nos estados da Bahia e de Pernambuco expõe que se trata de um fenômeno complexo, condicionado com um conjunto de variáveis de natureza histórico-cultural e político-institucional.

Ao longo do período estudado, percebeu-se que as gestões estaduais implementaram ações importantes no âmbito da regionalização, resultando em ampliação

de acesso aos serviços de saúde. Entretanto, convivem ainda com a fragmentação e a concentração dos serviços de maior densidade tecnológica nas cidades mais desenvolvidas.

Apesar do contexto político-institucional ter influência no processo de regionalização, as características histórico-culturais imprimem contornos próprios do desenrolar da política de saúde em cada um dos estados.

O objetivo deste tópico é apresentar as semelhanças e as diferenças encontradas no processo de regionalização, identificando o contexto e seus condicionantes institucionais.

A regionalização é definida como uma política prioritária, por apresentar um rol de possibilidades para a qualificação dos sistemas estaduais de saúde e, assim, melhorar o acesso da população as ações de saúde. Albuquerque, Mello e Iozzi (2011), em estudo sobre o processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros, também concluíram ser a regionalização uma prioridade na Bahia e em Pernambuco.

A manutenção desse contexto favorável ao processo de regionalização em saúde pode ser explicada pela sua manutenção na agenda política em decorrência da eleição de governadores com a mesma filiação partidária do governo anterior (2010), correlação de forças em prol da regionalização (gestores, técnicos, sociedade), fortalecimento das estruturas estaduais para execução de suas funções gestoras e alteração no regramento que favoreceu a desburocratização do processo como em momentos anteriores.

Ressalta-se que Bahia e Pernambuco possuem experiências anteriores de recorte do território, não restritas ao campo da saúde, porém, ainda em uma perspectiva de desconcentração administrativa. Sendo que, em meados da década de 1980, a gestão estadual da Bahia elaborou uma política de regionalização que objetivava a organização de sistemas de saúde descentralizados sob a lógica dos DS.

A regionalização é compreendida como uma estratégia para a organização da atenção à saúde, capaz de reduzir as iniquidades de acesso e de promover a integração dos pontos de atenção. Os instrumentos utilizados para sua operacionalização são o PDR (definição das regiões de saúde), a CIR (governança regional) e a PPI (programação físico-orçamentária).

A necessidade de revisão do PDR e da PPI é reconhecida, por entender que o território é dotado de dinamicidade que interfere na distribuição espacial dos serviços de saúde e no perfil de necessidade de saúde da população.

A CIR é definida como o grande palco para a formação de consenso e pactuações acerca da direcionalidade da política de saúde na região. Contam com regramento próprio acerca da composição e do modelo de governança regional.

Apesar do forte potencial da CIR na democratização da gestão pública e na distribuição mais equilibrada do poder, a análise das atas de reunião (2015 e 2016) aponta que esse espaço de governança regional necessita de maior protagonismo na gestão da política de saúde.

No modelo de organização dos sistemas regionais de saúde, a APS é de responsabilidade da municipalidade, e as ações especializadas de média e alta complexidade estão mais concentradas no ente estadual. Esse perfil de “grande prestador”³⁵ é uma das principais similaridades encontradas. Os maiores equipamentos de saúde estão sob comando das SES.

Vale destacar que ser um “grande prestador” pode facilitar a distribuição mais equitativa dos serviços nas regiões, mas, ao ter que gerenciar um volume significativo de unidades, pode comprometer ou inviabilizar a execução de outras funções gestoras necessárias para coordenação da regionalização.

As características geográficas de ambos os estados interferem na dinâmica de ocupação do território, com grande concentração de renda e riqueza na faixa litorânea. O que gera um padrão de desigualdade na distribuição e na capacidade instalada dos equipamentos de saúde.

Talvez essa desigualdade na oferta seja um dos motivos que levam gestores e técnicos da SES a perceberem o papel de “grande prestador” como um aspecto que facilita a regionalização. As áreas com menor desenvolvimento econômico apresentam baixa densidade populacional e pouca capacidade de atrair investimentos, que, por sua vez, dificultam a expansão do sistema de saúde (Albuquerque; Mello; Iozzi, 2011).

As normas ministeriais exercem influência na condução do processo de regionalização, mas não de modo linear ao longo da trajetória de cada estado. A incorporação da regionalização na política de saúde estadual tem como marco na Bahia a construção do primeiro PDR, em 2003, mesmo ano em que o Estado assumiu a gestão plena do sistema estadual de saúde e implantou a PPI.

O marco para gestão estadual de Pernambuco foi quando ocorreu a primeira revisão do PDR, em 2007, movimento que tentou desconstruir o aspecto cartorial de

³⁵ Termo utilizado pelos entrevistados, para qualificar o papel da SES no provimento de ações e serviços de saúde.

definição das regiões de saúde do processo anterior. No ano seguinte, o Estado assinou o TCG. A experiência de adoção de um processo ascendente de elaboração do PDR é compreendida como um legado, que contribuiu para a qualificação do modelo de gestão estadual. A PPI foi implantada em 2005, e desde então não passou por nenhum processo de revisão.

Cada uma das SES adotam modelos distintos de organização das suas estruturas regionais. Em Pernambuco, existe uma equivalência no desenho de desconcentração administrativa com o PDR, assim, a SES conta com 12 GERES com sede nos municípios-polo de cada uma das 12 regiões de saúde. A coordenação é ocupada por um técnico aprovado em uma seleção pública, modelo implantado desde 2009.

O modelo de organização das estruturas regionais da SES-BA passou por uma profunda alteração no final de 2015, quando as antigas DIRES foram extintas e substituídas pelos NRS. Até então a secretaria contava com 31 DIRES com sedes administrativas nas cidades-polos do interior e na capital do estado. Diferentemente de Pernambuco, o modelo de desconcentração administrativa da Bahia não tem equivalência com o desenho das regiões de saúde. Além disso, a coordenação do NRS é exercida por um profissional indicado pelo gestor estadual.

Hoje, existem na Bahia 8 NRS, responsáveis pela gestão de 28 regiões de saúde. O critério para distribuição das regiões entre os NRS foram as regiões que conformam as macrorregiões de saúde. As estruturas regionais da SES-BA carecem de equipe técnica qualificada e de infraestrutura adequada para o desempenho satisfatório das suas funções gerencias.

A expansão da rede de atenção é outro aspecto que apresenta um perfil próprio. Na Bahia, identificam-se duas estratégias: para atenção hospitalar, a construção de novos hospitais em regiões que apresentam vazios assistenciais, custeados com recursos públicos e gestão por meio de OS ou Parceria Público-Privada (PPP); na atenção ambulatorial especializada, a celebração de consórcios interfederativos custeados com recursos do estado (40%) e dos municípios (60%).

Quanto à modalidade PPP, na Bahia, existem seis contratos vigentes, dos quais 50% (três) são no setor saúde, hospital do subúrbio, SADT em 12 unidades hospitalares e uma para construção e operação do Instituto Couto Maia. A modalidade PPP com a Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) e os Consórcios Interfederativos são

definidos no PES (2016 – 2019) como estruturas complementares da gestão (Bahia, 2016).

As informações evidenciam que a SES-BA adota distintas estratégias para modernização da gestão em saúde, com forte influência do projeto de reforma do Estado (contrato de gestão, gerencialismo).

No estado de Pernambuco, a análise dos dados não permitiu identificar com clareza os rumos acerca do modelo de gestão das unidades da rede própria estadual. Existem indícios de que a mudança do modelo é uma ação prioritária. No PES 2012-2015, no eixo qualificar e consolidar a gestão da SES e dos serviços, estava descrito como uma das medidas a implantação de um novo modelo de gestão nos hospitais regionais (Pernambuco, 2012, p. 108).

Por fim, ambos os estados não aderiam ao COAP. Contudo, apenas a SES-PE expôs os motivos do governo em tomar essa decisão. O quadro 4.3 compara o processo de regionalização nos estados com as normativas ministeriais.

Quadro 13.3 – Quadro comparativo do processo de regionalização de Bahia e Pernambuco sob a perspectiva das normativas ministeriais

Esfera	Normatização/ano			
União	2002 NOAS/SUS 01	2006 Pacto de Gestão		2011 Decreto 7.508
BA	2003 1º PDR 1ª PPI	2007 1ª Revisão do PDR Criação dos CGR		2012 Reconhecimento das regiões de saúde Criação da CIR Implantação das redes temáticas 2017 Lei que cria consórcio interfederativo Revisão da PPI
PE	2004 1º PDR	2005 Implantação da PPI	2007 Revisão do PDR	2012 Revisão PDR 12 regiões de saúde Instituição da CIR

FONTE: Elaboração da autora.

Os quadros 4.4, 4.5, 4.6 e 4.7 demonstram que as regiões de saúde apresentam diferenças em todos os indicadores avaliados. Entre os estados, chama atenção o contraste em relação à taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos e o total de despesa com saúde por habitante, nas quais Pernambuco alcançou os melhores resultados.

Esse cenário motiva diversos questionamentos, que podem servir de substrato para novos estudos. Na área de avaliação de desempenho de sistemas de saúde, no impacto de perfil prestador da gestão estadual na redução das iniquidades, no financiamento e na influência de políticas de desenvolvimento regional nas condições de vida e saúde da população.

Quadro 14.4 – Indicadores demográficos e sociais para cada Região de Saúde e para o estado, Bahia – 2017

Estado/Região de saúde	Nº de municípios	Densidade demográfica	Taxa de envelhecimento	Taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos	Renda média mensal total per capita nominal
Bahia	417	24,82	7,23	45,76	423,00
Alagoinhas	18	41,90	7,25	19,48	298,79
Barreiras	15	5,28	5,48	17,64	388,09
Brumado	21	16,17	9,28	23,02	267,35
Camaçari	06	171,46	4,13	8,92	392,01
Cruz das Almas	09	140,60	7,52	16,96	300,57
Feira de Santana	28	64,98	7,44	15,19	377,37
Guanambi	21	16,05	8,59	22,84	273,72
Ibotirama	09	5,79	8,14	22,66	193,08
Ilhéus	08	44,17	7,23	17,47	393,26
Irecê	19	15,39	7,51	19,66	235,47
Itaberaba	14	13,07	8,32	23,32	237,18
Itabuna	22	59,83	8,28	19,00	368,64
Itapetinga	12	21,00	8,80	23,23	316,19
Jacobina	19	17,20	8,37	26,62	249,70
Jequié	25	27,14	8,88	23,40	295,07
Juazeiro	10	8,03	6,74	20,52	283,64
Paulo Afonso	09	12,61	7,50	24,25	311,72
Porto Seguro	08	28,31	5,29	17,38	391,41
Ribeira do Pombal	15	38,08	8,81	30,48	230,33
Salvador	10	1.077,27	6,04	4,63	711,99
Seabra	11	12,07	9,05	19,61	239,75
Senhor do Bonfim	09	18,55	8,08	21,71	260,28
Serrinha	19	29,04	8,39	25,80	234,93
Stª Mª da Vitória	13	5,73	7,88	23,20	248,59
Stº Antônio de Jesus	23	51,89	7,99	21,16	287,75
Teixeira de Freitas	13	22,49	6,94	23,23	383,70
Valença	12	49,62	5,97	21,32	276,33
Vitória da Conquista	19	28,51	8,34	21,32	341,79

FONTE: <http://www.resbr.net.br/indicadores>. Elaboração da autora.

Quadro 15.5 – Indicadores de cobertura, despesa com saúde e indicador sintético para cada Região de Saúde e para o estado, Bahia – 2017

Estado/Região de saúde	Taxa de mortalidade infantil	Cobertura estimada de população coberta pela APS	Despesa total com saúde por hab.	Indicador sintético de desempenho de serviço de saúde
Bahia	16,95	73,26	439,42	-
Alagoinhas	18,15	79,04	471,92	1,67
Barreiras	15,04	73,63	573,04	1,33
Brumado	19,33	91,59	482,02	1,67
Camaçari	15,80	75,86	551,67	1,67
Cruz das Almas	15,10	89,34	438,48	1,67
Feira de Santana	15,37	78,58	439,89	1,33
Guanambi	16,78	85,56	433,83	1,67
Ibotirama	21,56	81,98	353,93	1,33
Ilhéus	21,17	67,25	405,90	0
Irecê	15,27	88,43	396,93	1,67
Itaberaba	15,35	92,33	418,30	1,67
Itabuna	22,05	79,38	618,79	1,0
Itapetinga	20,14	84,05	368,31	1,0
Jacobina	14,36	92,47	396,91	1,67
Jequié	16,89	82,67	433,53	1,0
Juazeiro	15,55	75,83	417,72	1,67
Paulo Afonso	18,79	85,05	484,12	1,0
Porto Seguro	15,43	92,86	492,02	1,67
Ribeira do Pombal	14,99	85,06	321,73	1,33
Salvador	15,58	40,90	409,13	1,33
Seabra	19,02	82,70	412,10	1,33
Senhor do Bonfim	14,97	80,94	385,82	1,33
Serrinha	16,64	84,48	357,23	1,67
Stª Mª da Vitória	15,14	90,91	502,88	1,67
Stº Antônio de Jesus	13,38	88,21	420,99	2,67
Teixeira de Freitas	15,70	91,42	550,55	1,67
Valença	19,47	80,28	328,54	1,33
Vitória da Conquista	18,99	75,38	489,70	1,33

FONTE: <http://www.resbr.net.br/indicadores>. Elaboração da autora.

Quadro 16.6 – Indicadores demográficos e sociais para cada Região de Saúde e para o estado, Pernambuco – 2017

Estado/Região de saúde	Nº de municípios	Densidade demográfica	Taxa de envelhecimento	Taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos	Renda média mensal total per capita nominal
Pernambuco	185	89,62	7,37	18,00	442,00
Serra Talhada	10	18,26	8,44	24,14	278,58
Arcoverde	13	28,03	7,55	28,30	244,27
Caruaru	32	109,25	8,15	24,60	329,58
Garanhuns	21	70,0	8,44	30,35	260,86
Goiana	10	158,27	7,69	24,96	262,26
Afogados da Ingazeira	12	41,96	9,55	24,35	264,83
Ouricuri	11	23,18	7,35	27,47	225,11
Palmares	22	121,19	6,33	26,61	230,67
Petrolina	07	29,67	5,12	15,72	374,24
Recife	20	1.048,34	7,08	9,76	589,52
Salgueiro	07	20,33	7,44	20,53	270,92
Limoeiro	20	175,54	8,13	25,15	270,85

FONTE: <http://www.resbr.net.br/indicadores>. Elaboração da autora.

Quadro 17.7 – Indicadores de cobertura, despesa com saúde e indicador sintético para cada Região de Saúde e para o estado, Pernambuco – 2017

Estado/Região de saúde	Taxa de mortalidade infantil	Cobertura estimada de população coberta pela APS	Despesa total com saúde por hab.	Indicador sintético de desempenho de serviço de saúde
Pernambuco	14,11	70,75	613,00	-
Serra Talhada	19,19	83,06	418,01	2,0
Arcoverde	19,45	86,19	404,15	1,67
Caruaru	13,66	74,54	403,67	1,67
Garanhuns	16,12	86,92	414,89	1,67
Goiana	13,45	93,35	467,99	2,67
Afogados da Ingazeira	13,25	96,80	483,97	2,67
Ouricuri	16,54	92,72	404,07	1,67
Palmares	14,18	82,20	439,30	1,67
Petrolina	16,57	77,85	402,67	1,67
Recife	12,47	61,50	476,74	2,67
Salgueiro	17,79	95,33	432,74	1,67
Limoeiro	12,89	95,29	406,61	2,33

FONTE: <http://www.resbr.net.br/indicadores>. Elaboração da autora.

CAPÍTULO V – DA FORMAÇÃO DA AGENDA E IMPLANTAÇÃO DA REDE: O CASO DA REDE PERNAMBUCO-BAHIA

Segue-se neste tópico analisando o processo de constituição da rede PE/BA, tendo como farol o desenho metodológico descrito no capítulo 3 desta tese. A descrição das evidências empíricas do caso, objeto central deste estudo, foi construída tendo como base as fases do ciclo da política. Assim, este tópico foi subdividido em entrada na agenda, formação da política, tomada de decisão e implementação da política. Como justificado anteriormente, optou-se por não incluir a avaliação, por entender que ela extrapola o objeto de estudo.

Por outro lado, acrescentou-se um subtópico que foi denominado de perspectivas futuras.

5.1 ENTRADA NA AGENDA

Os limites interestaduais, na prática do acesso e da oferta dos serviços de saúde, muitas vezes ele estabelece fronteiras que não se traduzem efetivamente na vida real (E. 13).

O SUS foi criado com a CF de 1988, e a sua implementação, enquanto política pública, foi marcada por um conjunto de normas (legais e infra legais), as quais, conformam uma trajetória institucional que se operacionaliza nos territórios de modo peculiar.

No contexto da organização do SUS, pode-se identificar duas institucionalidades: uma de forte diretriz municipalista e outra de caráter regional. A regionalização, ainda que prevista na CF de 1988 e na LOS, passou a integrar as normativas ministeriais, em 2001, com promulgação da primeira NOAS. Entretanto, alcança maior destaque político com a edição do Pacto pela Saúde de 2006 e com a publicação do Decreto nº 7.508, de 2011.

A garantia de acesso, aliada à integralidade da atenção, traz para o gestor do SUS o enfrentamento de diversos desafios no âmbito da organização jurídico-administrativa, do elenco dos serviços que serão oferecidos à população, do custeio e da relação com o mercado. No campo da organização, sendo o Brasil uma federação trina – estrutura federativa composta por três níveis de governo dotados de autonomia política –, é necessário reconhecer a necessidade de pactuação entre os governos e de modelos de

gestão que fomentem a cooperação, o compartilhamento e a formação de consenso entre os entes federados (Santos, 2013).

Petrolina e Juazeiro têm uma história de desenvolvimento compartilhada, que se estende para a área da saúde. Essa característica é fundamental para compreender a criação da rede PE/BA. O fluxo de usuários entre as duas cidades em busca de acesso a serviços de saúde e a cooperação informal entre os gestores municipais foram os motivos que impulsionaram a inclusão dessa realidade na agenda política dos governos municipais.

Em 2008 os secretários municipais de Petrolina e Juazeiro discutiam informalmente uma possível cooperação de serviço, uma vez que, existia um fluxo de usuários transitando entre os municípios buscando atendimento desde muito tempo atrás (E. 1).

Desde 2007 os municípios de Petrolina e Juazeiro já faziam troca de serviços ambulatoriais, de modo informal, [...]os próprios pacientes criaram esse fluxo pela proximidade das regiões (E. 2).

Na época eu trabalhava nas duas secretárias, eu trabalhava na regulação de Juazeiro e na Direção de Planejamento aqui em Petrolina na SMS. E eu vivia conversando com os dois secretários, a gente tem que sentar e discutir como é que pode, se a gente troca figurinha e a gente define teto financeiro, Petrolina tem o centro auditivo e Juazeiro tem centro de reabilitação física, então que teto financeiro vou trocar de serviço e atender os pacientes das duas regiões, então a gente fazia um acordo escrituzinho num papel, cinco mil reais, mas a parte ortopédica é mais cara, mas o teto é financeiro, não, é por paciente, fez vários arranjos desses (E. 4).

Surgiu através de uma prática existente, de modo a estruturar o que já existia, para dá assistência a população. Porque Juazeiro longe de Salvador e Petrolina longe de Recife (E. 10).

Embora, naquele momento, as bases político-institucionais do SUS não contemplassem mecanismos de planejamento e gestão envolvendo regiões pertencentes a distintos estados, os gestores municipais instituíram um regramento próprio para lidar com a situação, demonstrando que as normas exercem função importante na implementação da política, contudo, elas não predeterminam o resultado. Entre a norma e a realidade, existe o processo, cujo aspecto substancial é a correlação de forças (jogo político) entre os atores.

A gestão regional envolve cooperação e articulação federativa. A organização de redes regionalizadas no SUS extrapola a divisão político-administrativa dos entes

federados. No território, a rede de troca de bens e serviços e de troca de informações gera um fenômeno complexo denominado de conurbação. O resultado é a constituição de arranjos populacionais (IBGE, 2016) que representam o quanto essa divisão político-administrativa brasileira está cada vez mais borrada.

Esse intercâmbio de recursos, portanto, deu origem a uma rede de política, que naquele momento apresentava uma institucionalidade estável, restrita (gestores municipais), setorial (saúde) e de caráter intergovernamental (relações entre municípios).

A interdependência entre governos na implementação da política de saúde é crescente, e apenas por meio de redes pode-se mobilizar os recursos necessários para uma resposta adequada aos problemas de saúde (Fleury; Ouverney, 2007).

Dessa forma, os gestores municipais, ao reconhecerem que sozinhos não conseguiriam agregar os recursos necessários para o enfrentamento do problema, buscaram expandir essa rede – no primeiro momento sensibilizando os secretários municipais dos municípios que compunham as regiões de saúde de Petrolina e de Juazeiro. O resultado foi a realização de uma reunião no auditório da VIII GERES e a elaboração de um documento assinado pelos presentes.

Naquela época a gente já tinha feito uma reunião envolvendo os municípios da micro de Petrolina e de Juazeiro, fizemos no auditório da GERES e tivemos uma boa presença dos secretários da Bahia e pouca de Pernambuco, mas fizemos um documento assinamos e dissemos: esse documento vamos levar para o gestor da Bahia (E. 4).

Assim, ainda em 2007, um novo movimento para expansão da rede ocorreu. Os gestores municipais de Petrolina e Juazeiro tiveram uma audiência pública para expor o problema e discutir alternativas para solução. A adesão do gestor foi imediata, e durante esse encontro, agendou uma reunião com o gestor de Pernambuco para tratar do problema. Além disso, convidou a pessoa que estava à frente da Diretoria de Redes do MS para participar da reunião em Recife.

[...] Secretário de saúde da Bahia na época foi o grande incentivador que junto com o Ministério foram ver se essa rede era viável de fato (E. 2).

A equipe foi lá e quando tocamos no assunto, ele colocou um riso de orelha a orelha e disse vamos tocar. Vocês querem, vamos tocar e ligou para o secretário de Pernambuco, pedindo que nós discutíssemos, que

era uma ideia nova, para marcar uma reunião. Marcamos a primeira reunião em Pernambuco, e fomos a Recife. E o gestor estadual se antecipou e ligou para o MS para XXXX³⁶, que estava diretor da diretoria de redes, que estava sendo implantada no MS, e chamou para participar dessa reunião e disse você vai gostar de ouvir (E. 4).

O processo de cooperação e articulação dos secretários municipais de saúde de Petrolina e Juazeiro construiu paulatinamente uma rede de política, que, por sua vez, deu notoriedade ao problema e que, por conseguinte, passou a compor a agenda política dos três níveis de governo.

No âmbito político-institucional, o processo de regionalização experimentava um novo momento. A publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, gerou um contexto que rompia com a rigidez dos processos de habilitação, tão presentes nas normas anteriores. Com o pacto, tentou-se resgatar o conteúdo político dos acordos intergovernamentais no processo de organização das regiões de saúde, a redefinição das responsabilidades coletivas dos três entes, a definição de prioridades e o fortalecimento da cogestão por meio da criação dos colegiados de gestão regional (Lima et al, 2012a).

As autoras ressaltam ainda que o Pacto favoreceu um novo padrão das relações intergovernamentais por demonstrar a necessidade de articulação de ações, a cooperação e a solidariedade na execução da política pública.

A eleição de governos na esfera nacional e estadual de candidatos filiados a partidos políticos com projetos de governos alinhados, e o bom relacionamento pessoal entre os atores governamentais, foram outros fatores que favoreceram a inserção do problema na agenda política.

Esse alinhamento no setor saúde foi evidenciado na análise dos PES para o quadriênio 2008 – 2011 das duas secretarias. As agendas governamentais traziam a saúde como uma prioridade, em que o fortalecimento das capacidades gestoras e a qualificação da construção do SUS eram importantes diretrizes. Para tal, definiram como princípios a universalidade, a equidade na distribuição dos serviços e a descentralização político-administrativa com fortalecimento da gestão municipal. No campo da organização da atenção à saúde, a regionalização foi definida como estratégia para promover a equidade e a integralidade da atenção.

A figura 5.1 sistematiza o processo de formação da agenda.

³⁶ Foi subtraído o nome do dirigente para manter seu anonimato.

FONTE: Elaboração da autora.

Figura 11.1 – Sistematização dos princípios fatos que levaram a formação da agenda

5.2 FORMAÇÃO DA POLÍTICA E TOMADA DE DECISÃO

As evidências demonstraram que a formação da política e a tomada de decisão foram etapas que, no contexto em análise, aconteceram concomitantemente. Apresentaram uma direcionalidade de mão dupla, influenciando-se mutuamente de modo bem significativo. Por esse motivo, optou-se por agrupar os resultados dessas duas categorias analíticas.

Com a inclusão na agenda, os atores governamentais passaram, então, a discutir as possíveis alternativas. As entrevistas com informantes-chave convergiram no sentido de que a criação da rede era a possibilidade mais viável naquele momento.

O problema era tão real, concreto, que incomodava a todos e o fluxo de um lado para o outro era tão real, também, que assim, a resposta, a rede aconteceu porque ela veio responder a um problema real, ela não veio de fora para dentro. Isso foi um elemento extremamente importante (E. 7).

[...] elaboramos um projeto, nesse projeto arrecadava recursos com MS para condução do estudo da rede (E. 4).

Em 2009, o MS publicou um edital para elaboração de um diagnóstico para verificar a viabilidade da rede (E. 2).

[...] havia uma convergência das SES da necessidade de priorizar um projeto dessa natureza (E. 13).

O desenho da política foi feito por múltiplas mãos. Conformou-se em um amplo processo de debate envolvendo governo, trabalhadores e sociedade. O primeiro passo foi a publicação da PT Ministerial nº 1.989/2008, que definiu um grupo de trabalho composto por representantes do MS, da Secretaria de Estado de Pernambuco e da Bahia, das Secretarias de Saúde dos municípios de Petrolina, Salgueiro, Ouricuri, Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim e da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).

Em 2009, a Diretoria de Redes do MS lançou um edital para contratação de uma consultoria para dar apoio técnico às gestões estaduais na condução para elaboração do diagnóstico da rede. O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) foi a organização vencedora e que fez contratação dos consultores. A equipe de consultores era constituída por pessoas que conheciam a realidade do estado de Pernambuco e da região.

No momento de elaboração do diagnóstico, a proposta da rede não estava mais restrita às regiões de Petrolina e Juazeiro. O movimento ganhou robustez e acabou por agregar duas macrorregiões, uma de Pernambuco e outra da Bahia, que juntas agrupavam 53 municípios.

Para construção do diagnóstico, a equipe de coordenação realizou reuniões com os gestores municipais das regiões que seriam contempladas com o projeto. Visitas técnicas foram feitas aos municípios para mapear a RAS. Reuniões periódicas envolvendo as três esferas de governo também foram outra estratégia.

A realização dos três fóruns de discussão foi o marco para o desenho da política. Cada um desses fóruns representou um passo fundamental para aquilo que era intenção pudesse ser operacionalizado de fato. No primeiro, foi apresentado o diagnóstico da rede da região, apontando limites e possibilidades. No fórum seguinte, o estabelecimento de consenso e a modelagem da rede compuseram o objeto de discussão. No terceiro, aconteceu a assinatura da carta de intensão pelos secretários e a definição do modelo de governança da rede.

O projeto para implantação da rede PE/BA teve como substrato a institucionalidade vigente na época. No campo da atenção, a qualificação e a expansão da atenção básica adotando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de organização e a redução da mortalidade infantil, ambas prioridades do Pacto de Gestão no componente do Pacto pela Vida.

O planejamento da rede teve como base o diagnóstico de saúde, com a identificação dos principais problemas da região, a elaboração da PPI macrorregional e do PDI macrorregional. Foram definidas como áreas estratégicas **o fortalecimento da APS, redução da mortalidade materno-infantil, atenção às urgências e regulação.**

A forma como se deu a construção do projeto atesta a convergência entre o modelo adotado com algumas das diretrizes do Pacto relacionadas com o Planejamento no SUS. Foi desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária e contou com a participação das três esferas de gestão.

Com relação à matriz estratégica, o plano traz apenas os eixos prioritários e as linhas de ação. Não existe a definição clara das competências e responsabilidades de cada ente na implementação das ações. Outra fragilidade, tão importante quanto, foi a indicação dos recursos necessários e os mecanismos de financiamento, monitoramento e avaliação.

Era intenção do grupo condutor do processo avançar para a elaboração de uma PPI e de um PDI macrorregional interestadual. Contudo, ficou no campo das intenções. Os mecanismos adotados pela direção nacional do SUS não possibilitaram tal inovação.

O território não foi objeto central na edição de políticas de saúde nem das normas ministeriais na fase inicial do processo de descentralização (Gadelha et al., 2009), tampouco na condução da política de regionalização (Lima; Viana, 2011).

Para as autoras, trata-se de uma questão de grande complexidade pelas distintas configurações do território, condicionadas por fatores de diversas ordens. Muitas vezes, as linhas de integração dos serviços de saúde correspondem a lógicas territoriais que extrapolam as fronteiras (municípios que fazem limites e se relacionam com outros estados) do recorte federativo que define os entes federados.

É o caso das regiões interestaduais de saúde. As normativas que abordam a regionalização reconhecem esse tipo de conformação regional, todavia os instrumentos previstos para a gestão mantêm equivalência com as unidades federadas, municípios, estados e União. Portanto, criar mecanismos de planejamento e gestão para regiões interestaduais e internacionais é um desafio para o SUS.

A edição do Decreto 7.508 agregou ao conjunto de instrumentos de planejamento e gestão do SUS o COAP, que, segundo Ouverney, Ribeiro e Moreira (2017), tem sua elaboração como resultado de um ciclo com oito momentos estratégicos. Esse novo regramento pode fomentar a inovação dos modelos de conformação e gestão das regiões

de saúde. A construção de um pacto interestadual de adesão ao COAP pode ser um experimento que demonstre os limites e possibilidades na formalização de uma pactuação dessa natureza.

Em relação ao diagnóstico, contemplou as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais, regionais e estaduais. Apontou a existência de grandes desigualdades quanto à capacidade instalada intermunicipal, inter-regional e interestadual, com concentração nos polos regionais de Petrolina e de Juazeiro. Viana, Lima e Ferreira (2010), no estudo sobre a tipologia das regiões de saúde, demonstraram a baixa capacidade de oferta (tipo 1) nas regiões (Juazeiro, Paulo Afonso, Senhor do Bonfim, Salgueiro, Ouricuri e Petrolina) que conformam a rede interestadual. A manutenção desse cenário, com exceção de Petrolina, migrou para regiões do tipo 3, como demonstra Viana et al. (2015).

A análise conjunta dessa categoria com contexto político-institucional do processo de regionalização dos estados sinaliza um ambiente mais favorável em Pernambuco. Os investimentos na implantação de novos serviços, o fortalecimento das estruturas regionais e qualificação das funções gestoras são algumas das evidências.

No âmbito histórico-cultural, a dimensão territorial de Pernambuco (98.312 km²), o número de municípios (185), 37,5% dos trabalhadores com carteira assinada (exceção de empregados domésticos, militares e funcionários públicos estatutários) e a presença na região da UNIVASF e de um polo da Universidade de Pernambuco (UPE) (as duas com oferta de vagas em cursos de saúde)³⁷ são outros aspectos que conformam um contexto mais favorável para região de Petrolina.

Durante o trabalho de campo, ficou perceptível como a presença das duas instituições de ensino, com destaque para UNIVASF, é um importante vetor de desenvolvimento (com destaque para setor de bens e serviços) e atração de profissionais de saúde.

No conjunto agregado de estabelecimentos de saúde, dos 838 existentes, 57,6% (483) estão na região de Petrolina; já na oferta de leitos hospitalares SUS, verifica-se situação inversa, 57,4% localizam-se em unidades dos municípios da região de Juazeiro.

Não é demais realçar que a Bahia tem 417 municípios com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 464 hospitais gerais e 74 especializados. Em um cenário hipotético, a proporção de hospital por município ficaria

³⁷ Para mais informações Dossiê sobre a Região de Petrolina e de Juazeiro, tópico - formação profissional. Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2017/06/dossie_petrolina_juazeiro_03_profissionais_de_saude.pdf.

acima de 1,0 (1,3). Contudo, a baixa qualificação de parcela significativa dessas unidades hospitalares aponta para a necessidade de rever o modelo de organização da atenção hospitalar, integrando princípios de escala e perfil de necessidade da região.

[...] vários hospitais de pequeno porte municipais, que não tem nenhuma resolutividade, e apenas existem porque ninguém tem coragem política de fechar. E são verdadeiros ralos que dragam recursos do sistema de saúde e não devolvem nada (E. 14).

No PES da Bahia, 2016-2019, no eixo que trata da atenção à saúde no estado, está explícito que a proposta da Política Estadual de Atenção Hospitalar visa induzir uma mudança no modelo assistencial ainda vigente, com reestruturação da oferta da atenção hospitalar, tendo como base a regionalização e, sobretudo, as necessidades de saúde da população. Dessa forma, pretende-se reduzir as desigualdades e ampliar o acesso (Bahia, 2016, p. 64), o que encontra ressonância no o discurso do gestor estadual.

No que concerne às **ações para o fortalecimento da APS**, a expansão da ESF, estruturação da atenção e a qualificação do cuidado foram as estratégias estabelecidas. A meta foi que os municípios da região alcançassem no mínimo 60% da população coberta pela ESF. Na época os municípios da Bahia apresentavam as menores taxas populacionais de cobertura da APS.

Os dados atuais apontam que houve uma melhora significativa das taxas de cobertura nas duas regiões, Petrolina com 77,85% e Juazeiro com 75,83%, ambas com percentuais de cobertura acima da média estadual (PE, 70,75%, e BA, 73,26%).

Nos PES dos dois estados, a APS é definida como ação estratégica, com previsão de ações que fomentam a ampliação da cobertura e qualificação da atenção prestada pelas equipes da APS.

No entanto, a análise das atas da CIR (apêndice 4) mostra que a APS não é ponto de pauta frequente na região. Nas reuniões da CIR de Juazeiro, a APS foi tema de três reuniões, sendo que em duas delas como informes (baixa resolutividade da atenção básica e novo fluxo da atenção básica); apenas na reunião de julho de 2015 o tema foi a aprovação de implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nas reuniões da CIR de Petrolina, a situação também foi semelhante, pois esteve presente em três reuniões, em duas o tema esteve relacionado com o credenciamento de equipes de ESF e ACS e mudança de modalidade de NASF, e em outra para emissão de certificado de conclusão de obra.

Como transpor a distância entre a política-plano e a política-ação? Essa incongruência sinaliza o quanto é necessário avançar no sentido de construção mecanismos mais robustos de planejamento, coordenação e comunicação entre as diversas instituições envolvidas na execução da política pública.

Para reduzir as taxas de **mortalidade materno-infantil**, definiram-se cinco eixos de ação: qualificação da atenção no pré-natal, no parto e no cuidado ao recém-nascido; qualificação profissional; gestão da informação; vigilância do óbito infantil e neonatal; mobilização social e comunicação. Para cada um desses eixos, foi descrito um conjunto de ações para alcançar o objeto proposto.

A redução de mortes evitáveis entre crianças menores de 1 ano e em mulheres que se encontrem uma das fases do ciclo gravídico puerperal permanece como um objetivo prioritário na política nacional.

No âmbito da **atenção às urgências**, estabeleceram-se seis eixos: implantação do atendimento de pequenas urgências em 100% das Unidades de Saúde da Família (USF), reestruturação e ampliação da urgência pré-hospitalar fixa, ampliação e aperfeiçoamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), fortalecimento da atenção terciária e garantia dos leitos complementares, readequação das unidades de saúde e qualificação profissional.

A atenção às urgências é uma política prioritária do SUS. Em 1999, por meio da PT nº 479/1991, instituíram-se, no âmbito do SUS, mecanismos para implantação dos Sistemas Estaduais de Referência hospitalar em atendimento às urgências e emergências. Na sequência, o MS, em 2002, estabeleceu o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, cuja elaboração de planos estaduais deveria ser baseada na estruturação das redes regionalizadas de atenção da NOAS 01/2002, tendo como componentes: atendimento pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transferências e transporte inter-hospitalar. No ano seguinte, 2003, instituiu a Política Nacional de Atendimento às urgências e cria no SUS o SAMU.

Além da forte influência das normas ministeriais, a definição da atenção às urgências no conjunto de prioridades para estruturação da rede interestadual, as altas taxas de morbimortalidade por causas externas, destaque para os acidentes automobilísticos, e o processo de regulação integrada foram estruturados na implantação de uma central de leitos com foco nas situações de urgência e emergência.

Inclusive, como desdobramento, em 2011, o governo de Pernambuco criou o Projeto Lei Seca, que tem como objetivo principal combater a cultura da bebida com direção. É um programa prioritário de governo, desde então, e sua implementação é de responsabilidade da SES.

Diferentemente das outras prioridades, o projeto não avançou no detalhamento de ações para operacionalizar a **regulação integrada**. Foram definidas as seguintes diretrizes: construção dos perfis e contratualização dos serviços especializados; complexo regulatório macrorregional em regime de cogestão; regulação dos serviços de referência macrorregional; regulação dos encaminhamentos para os polos estaduais; definição e articulação das diretrizes em relação ao transporte sanitário; definição do plano de informatização e informática; e construção das linhas de produção de cuidado e articulação dos processos regulatórios.

A organização da RAS envolve a integração, a interconexão e a interação dos serviços com diferentes níveis de densidade tecnológica distribuídos em um dado território, que pode ser um município, uma região ou um estado. Essa organização, portanto, transpõe os limites do território municipal.

O acesso do usuário à rede de atenção requer a adoção de uma racionalidade organizativa, ou seja, deve levar em consideração a complexidade ou a gravidade do diagnóstico, a característica do usuário e o perfil da rede. Portanto, precisa ser balizado por princípios, diretrizes e protocolos para garantir a equidade, que é materializada por intermédio da regulação assistencial.

Fundamental para articulação das RAS, a regulação assistencial pode ser operacionalizada por meio de um centro de comunicação, ou seja, um complexo regulador que ordena os fluxos e contrafluxos nos diversos pontos de atenção distribuídos nos sistemas de saúde locais e estaduais (Mendes, 2015).

No caso em estudo, foi definida como mecanismo a implantação de uma Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL). A organização e o funcionamento da CRIL tiveram como diretriz a política Nacional de Regulação (2008) e a articulação federativa entre estados e os municípios de Petrolina e Juazeiro que possibilitaram o custeio do serviço em regime de cogestão.

A definição do modelo operativo da CRIL, diferentemente dos outros momentos, enfrentou uma forte resistência por parte dos gestores municipais, em disponibilizar 100% de sua oferta de leitos para ser regulada pela central. Além disso, a insuficiência da rede

restringiu a atuação da CRIL apenas para regulação dos leitos de urgência. Não se estruturando como um complexo regulador.

Na regulação houve um grupo que desenhou a central. Mas foi um acordo muito difícil, resistência de colocar os leitos; CRIE espaço de tomada de decisão política. Depois deu tudo certo, foi muito interessante (E. 7).

Apesar de ter estudo toda a rede, o primeiro objetivo foi a regulação dos leitos de urgência. Se pensou claro que, depois outros processos poderiam acontecer. Mas veja, como vamos avançar se não temos capacidade instalada da média complexidade; é muito pouco, tanto para Juazeiro como para Petrolina. Para isso, teria que se ter um grande investimento em saúde, entendeu (E. 4).

Para organização da rede de atenção, foram estabelecidos níveis de referência da atenção, a saber: **municipal**, que correspondia à atenção primária resolutiva; **regional I (complementar à microrregião)**, território organizado no raio de influência de duas ou mais cidades, com resolubilidade complementar à regional II para atenção ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico, de média complexidade, corresponde ao menor nível de referência para o SAMU regional; **regional II (microrregião)**, território organizado no raio de influência de duas ou mais cidades, com resolubilidade para atenção ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico, de média complexidade – constitui-se no primeiro nível de referência para alguns serviços de alta complexidade como, TRS, raio X, tomografia, endoscopia, UTI/UCI adulto e infantil; **macrorregional**, território organizado por conjunto de microrregiões, constituindo-se no principal nível de referência para atenção de Alta Complexidade para patologia clínica especializada: anatomopatologia, densitometria óssea, ressonância magnética, radiologia intervencionista, hemodinâmica, eletromiografia, colonoscopia, histeroscopia, cardiologia, reabilitação física, saúde visual, hemoterapia, unidade de isolamento e UTI infantil; **macrorregional interestadual**, território organizado por conjunto de macrorregiões, compreendendo pelo menos dois estados da federação, se constituindo em nível de referência para atenção de Alta Complexidade para oncologia, neurocirurgia, traumatologia, ortopedia, cirurgia cardiovascular infantil, broncoscopia, angiografias, cintilografia e unidade de cuidados intensivos para queimados.

Esse escalonamento para definição das referências assistenciais utilizou como referência a contiguidade do território, fluxos dos pacientes, integração de redes de

atenção, suficiência tecnológica e escala. Critérios estabelecidos no Pacto de Gestão para definição das regiões de saúde.

Na esfera da regionalização, adotaram-se os instrumentos de planejamento regional, PPI e PDI. Entretanto, na definição das referências regionais, fez-se um copilado de dois regramentos, a NOAS (módulos assistenciais) e o Pacto (área de abrangência – conceito de região).

Na atenção hospitalar, foi verificado, na época, insuficiência de leitos hospitalares do tipo e geral e de terapia intensiva. O perfil das unidades hospitalares de referência macrorregional interestadual foi negociado e consensuado entre os gestores estaduais. Além disso, foram definidos o perfil e a responsabilidade das unidades na rede de atenção (quadro 5.1).

O próprio perfil do Hospital Regional de Juazeiro, ele foi concebido, combinado dentro desse processo de planejamento da rede. Buscando oferecer no hospital além das ofertas mais gerais para a população de Juazeiro, algumas ofertas especializadas complementar o que já existia nas duas regiões. Foi uma experiência muito positiva, inclusive, foi a partir desse diálogo, foi possível não só reconfigurar a rede, estabelecer necessidade de novos serviços (E. 13).

Para você ter uma ideia o Hospital de Juazeiro que estava sendo reinaugurado naquele período teve o perfil adequado às necessidades da rede PEBA, levando em conta também as necessidades de PE, e ficou com toda a parte de cirurgia eletiva, cirurgia clínica, emergência clínica. Enquanto do outro lado, em Petrolina, Hospital de Trauma responsável pela cirurgia de trauma e emergência de trauma. Num compromisso assumido pelos 02 gestores, e o recurso para esses serviços iam para os respectivos tetos de cada um dos estados, não tinha uma modelo de financiamento que partilhasse isso e viesse junto para região ou rede, era os estados que se comprometiam que esses recursos fossem usados para atender o usuário do outro lado da ponte (E.07).

Quadro 18.1 – Perfil assistencial das unidades hospitalares de referência macrorregional

Unidade	Perfil assistencial	Gestão
Hospital Dom Malan	Atenção terciária para atenção a mulher e criança	SES-PE
Hospital de Traumas	Atenção às emergências/urgências, incluindo politrauma, neurocirurgia, ortopedia, clínica geral e cirúrgica	MEC Hospital Universitário
Hospital de Juazeiro	Atenção oncológica, atenção às urgências clínicas e cirúrgicas, referência especializada para doenças infecciosas e nefrologia	SES-BA

FONTE: Projeto de implantação da rede PE/BA. Elaboração da autora.

O mecanismo de gestão regional definido foi a criação de um espaço de cogestão, composto pelos gestores estaduais, gestores municipais dos municípios sede das regiões de saúde e pelo representante da UNIVASF.

O princípio que fomentou a dinâmica do jogo político foi o estabelecimento de acordos de cooperação, expressos na definição do perfil das unidades hospitalares de referência macrorregional interestadual. As decisões foram negociadas, as quais geraram um conjunto de consensos sobre aspectos estratégicos para conformação da rede.

A referência para conformação do espaço de governança respondeu ao modelo federativo brasileiro, à tipologia das relações intergovernamentais ali presentes (horizontais e verticais) e aos mecanismos de decisão advindos do conceito de gestão de redes.

Todo esse processo resultou em uma carta de intenção que tinha como finalidade a operacionalização da rede. A figura 5.2 faz um resgate do trajeto percorrido entre a formação da política até a tomada de decisão.

FONTE: Elaboração da autora.

Figura 12.2 – Formação da agenda e a criação da Rede PE/BA.

5.3 IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA

Nesta categoria, buscou-se analisar os fatores que contribuíram e limitaram a implantação e implementação da rede PE/BA.

Dar materialidade a uma política é um dos momentos mais ricos e complexos. Trata-se de um momento crucial. Significa mobilizar os recursos estratégicos para criar as condições para a implantação da política, programa.

Nesse momento, o sucesso das estratégias para organização da rede passou a depender notadamente dos contextos político-institucionais de cada um dos entes federados. Ouverney, Ribeiro e Moreira (2017) afirmam que as unidades federadas são marcadas por distintas capacidades gestoras, de financiamento, de contexto político e de capacidade instalada, que conformam cenários que influenciam na direção e na resposta à política proposta. Ademais, as evidências empíricas, a partir deste estudo de caso, demonstram o quanto essa conjuntura interferiu na operacionalização do projeto.

O SUS é um sistema constituído por um conjunto de sistemas (municipais e estaduais) que somente articulados e integrados criam os atributos necessários para promover o acesso universal e a atenção integral.

O princípio da descentralização com comando único em cada esfera de governo corrobora a importância dos gestores do SUS na conformação das redes de atenção à saúde.

A convivência em um mesmo território (região interestadual), de distintas instâncias de governo (municípios e estados) no compartilhamento da autoridade, impõe um desafio de conciliar a autonomia e a interdependência (Abrucio, 2005). Os mecanismos de gestão de gestão do SUS precisam favorecer o autogoverno e o governo compartilhado (Elazar, 1987 apud Menicucci, 2014).

Nesse sentido, o arcabouço institucional do SUS inovou ao criar fóruns de articulação intergovernamental. Esses fóruns denominados comissões intergestores, previstas no âmbito federal (CIT), estadual (CIB) e regional (CIR), têm como finalidade precípua promover o compartilhamento de decisões e funções entre os diferentes níveis de governo. Atendem, então, à exigência do modelo federativo.

O desempenho dos pactos intergestores requisita cooperação entre os governos, que implica uma coordenação eficiente, essencial no enfrentamento do problema da coordenação entre níveis de governo autônomo (Menicucci, 2014).

A pesquisa aponta que a criação do CRIE atende à exigência do modelo federativo e à natureza de gestão de rede do SUS no âmbito da rede PE/BA. Assim, o primeiro grande desafio foi o de manter o padrão de interação e cooperação das fases anteriores. A qualidade dessa interação é fundamental para implantação do projeto.

Entre 2010 e 2014, a análise das atas do CRIE aponta que ocorreram 11 reuniões. Pelo regimento interno, elas teriam periodicidade bimensal, assim, a expectativa era de haver ocorrido, no período, 30 reuniões. Quando se verifica a regularidade, constata-se que, em 2010 e 2014, houve apenas uma reunião em cada um dos anos; três reuniões em 2013 e seis em 2011. Não foram disponibilizadas atas referentes a 2012, demonstrando que houve uma mudança no padrão das relações intergovernamentais.

As falas dos entrevistados envolvidos na gestão das SES e na operacionalização da CRIL corroboram as evidências acima:

Primeiro, retomada do CRIE, é fator determinante, nós enquanto coordenadores, agente já discutia que a nossa rede está declinando. Se os gestores estaduais não puxaram para si a responsabilidade dessa rede, a gente vai deixar de existir. Porque nós ficamos como loucos. Mando relatório, pedindo ajuda, pedindo apoio. CRIE, segundo

melhoria dos hospitais que compõe a nossa região de saúde, para que não sejam despejados aqui (E. 4).

Mas a CRIE é fundamental para gestão e manutenção dessa rede. O caos decorre pela ausência no último ano (E. 2).

CRIE teve prejuízo da governança, deixou de ser agenda prioritária (E. 7).

O CRIE não estava fortalecido, faltou coordenação do processo e presença dos gestores para fortalecer esse espaço de governança (E. 12).

Existiam reuniões regulares no CRIE, de 2015 para cá não teve reunião (E. 17).

Hoje, menos fortalecido, papel mantido, necessita qualificação (E. 20).

A mudança do padrão de relação intergovernamental na gestão do processo de implantação da rede impactou o alcance dos objetivos a que a rede se propunha. Dificuldade de acesso, aumento de transferências para unidades localizadas nas capitais dos estados são alguns exemplos. Isso não quer dizer que não acontecessem antes. Os dados sinalizam que elas têm acontecido com maior frequência, e o CRIE, por sua vez, não tem propiciado o diálogo e o estabelecimento de acordos na tentativa de dar alguma resposta a essa situação.

Os dados permitiram identificar dois padrões distintos de relação entre os governos estaduais. Na fase de criação e implantação da rede (2010 a 2013), caracterizou-se por uma maior articulação intergestores. Constatou-se a existência de uma agenda política comum envolvendo a solução para o problema do intercâmbio informal de serviços de saúde entre os municípios de Petrolina e de Juazeiro, o que favoreceu uma correlação de forças entre os governos estaduais e municipais, resultando no alinhamento de propostas e na definição de prioridades para a rede interestadual.

Os processos de negociação e pactuação tinham como premissa a cooperação, de modo a operacionalizar as propostas definidas no plano de implantação da rede. Como exemplo, têm-se a definição dos perfis assistências das unidades hospitalares de referência interestadual e a constituição de uma central de regulação de leitos interestadual custeada em regime de cogestão pelos governos estaduais e pelos municípios de Petrolina e de Juazeiro.

Por outro lado, a partir de 2014, o que se identificou foi o enfraquecimento da articulação entre os gestores estaduais. A relação, que até então se mostrava como

cooperativa, perdeu essa característica essencial e tão presente em momentos anteriores. Foi apontado pelos entrevistados que a mudança na condução das secretarias estaduais criou lacunas na articulação, pois a rede deixou de ser prioridade na agenda política dos gestores estaduais, fragilizando assim a cooperação e o estabelecimento de compromissos comuns.

A tentativa neste tópico é de identificar os elementos que expliquem essa conjuntura.

Os resultados de modo isolado não conseguem explicar os motivos que contribuíram para a conformação desse contexto. A implementação da rede evoca a reflexão sobre as condições que propiciam a cooperação entre os níveis de governo (Abrucio, 2005).

Assume-se neste estudo que gestão do SUS é uma gestão em rede, e que essa rede é do tipo política, pois agrega um conjunto de atores com relações estáveis e interdependentes, de natureza não hierárquica e que se materializa na negociação entre as esferas de governo (relações intergovernamentais) e também entre gestores e prestadores (relações interinstitucionais).

As falas dos entrevistados apontam para o bom relacionamento e a agenda comum dos secretários de saúde no período de 2007 a 2014, “*gestores que tinham uma agenda em comum*” (E. 8).

Uma das formas de compreender é considerar que rede são redes de pessoas, em que os pontos de conexão são vínculos estabelecidos entre os envolvidos (Rovere, 1998 apud Fleury 2008). Outra é a de que os homens agem baseados em interesses próprios e firmam acordos entre si (ideia de contrato social) (Hobbes apud Teles, 2012). Esses interesses mudam de escala, do bairro para cidade, para região, para o estado e para o país.

A governança na gestão de redes de atenção possibilita a cooperação e aumenta a sua eficiência. A descentralização possibilitou a inserção de novos atores políticos (gestores e prestadores) e conferiu um protagonismo na execução da política aos governos municipais. “*O que impulsionou o processo foram os dois municípios sede – Petrolina e Juazeiro*” (E.7). “*Começou a discussão em 2008 com os secretários de Juazeiro e Petrolina e do Estado*” (E.2). Conferindo a essa rede um caráter policêntrico e com distintas escalas de governança.

Nesse novo contexto histórico e institucional de redes regionalizadas, a análise da governança regional possibilita compreender as relações de poder e as estratégias de conexão com as organizações que integram essa rede.

Na gestão da rede PE/BA, pode-se identificar distintas escalas de governança, a interestadual (CRIE), a estadual (CIB), a regional (CIR) e local (CMS). Apenas a de nível local imprime um caráter mais democrático pela inclusão da sociedade civil organizada no processo decisório.

A articulação federativa no interior do CRIE se dá pelo estabelecimento de relações intergovernamentais horizontais (município – município; estado – estado) e, verticais (município – estado), que por natureza são conflitivas.

O modelo de gestão é o do tipo cogestão, em que a coordenação é exercida pelo representante do ente estadual, cujo objeto é a própria gestão da rede PE/BA. A coordenação baseia-se no regimento interno, que estabelece as estruturas que compõem o CRIE, seus papéis e o seu modelo operativo. Compete à câmara técnica assessorar o plenário e subsidiar tecnicamente os processos de pactuação. À secretaria técnica, cabe apoiar administrativa o plenário e câmara técnica em seu funcionamento. As decisões são tomadas por consenso. A coordenação tem como funções convocar e coordenar as reuniões, supervisionar o funcionamento da câmara técnica e da secretaria técnica.

A inserção da esfera federal pode reduzir os custos que os governos estaduais têm para arbitrar os conflitos nesse espaço interestadual e, assim, direcionar sua atuação para outras questões relevantes.

A região não é um ente federativo, a região, ela é um espaço, território vivo, mas, toda a governança tem que ser tratada com os entes legítimos eleitos, que são os prefeitos, governadores, e no caso do o governo federal, é superimportante, inclusive nós ressaltamos isso o tempo todo, de que a região não existiria enquanto uma instância a se articular diretamente com o MS (E. 7).

Atuação mais robusta do MS, enquanto parte do processo, faltou [...] colocar as decisões nas mãos de dois gestores estaduais, em casos de discordância a União como mediador (E. 12).

Mesmo considerando os avanços institucionais na gestão do SUS (Miranda, 2010) e na organização das RAS, identificam-se lacunas importantes no campo do financiamento e na gestão. Limites que encontram correspondência nos achados empíricos desta pesquisa:

Se o dinheiro não sair fundo a fundo, você acha que um secretário de saúde vai tirar do bolso dele, do município e dar para outro município fazer o serviço dele. Não tira, não existe. Ou você faz a ferramenta de forma legal, de transferência de recurso fundo a fundo, ou não vai funcionar (E. 4).

Financiamento a chave para a institucionalização, para sustentar o processo. Redirecionamento do financiamento existe e aporte de recursos (E. 5).

Mecanismo de financiamento do SUS não favorece, não é impeditivo, tanto que conseguimos fazer, mas o esforço é muito maior. Porque não considera, inclusive no período tivemos muita dificuldade de que o próprio o MS como um todo, além do departamento de redes considerasse efetivamente a rede PEBA como uma rede interestadual e uma região de saúde. Porque fugia um pouco dos moldes do que estava inicialmente pensada, e a política de financiamento. [...] Mecanismos permanecem os mesmos, restrito aos estados. O decreto não veio cumprir essa lacuna, veio dar mais empoderamento legal ao pacto (E. 7).

Esses arranjos podem até existir (refere-se ao CRIE), mas as decisões que esses arranjos adotam eles têm que ser assumidos para dentro dos estados, para as suas CIBs [...] Eu acho que a gente precisa aprimorar a norma e atender a realidade. TOPAMA, PEBA (E. 8).

A pesquisa aponta que a mudança na condução das SES criou lacunas nos mecanismos de articulação, que, por sua vez, fragilizaram a cooperação no alcance de objetivos comuns. “A saída de XXXX³⁸ e de XXXX das SES foi crucial” (E. 5). “No passado andou rapidamente, mas que nos últimos 03 anos deu uma parada” (E. 9). “O CRIE não está fortalecido, faltou coordenação do processo e presença dos gestores para fortalecer esse espaço de governança” (E. 12). “Inicialmente acontecia mensalmente, depois bimensal, trimestralmente e depois ficou 02 anos sem acontecer” (E. 4).

O conteúdo dessas falas é congruente com os achados extraídos da análise das atas da CIR de Petrolina e de Juazeiro, quando discutem sobre a necessidade de retomar a regularidade das reuniões do CRIE para tratar dos problemas existentes na rede. Inclusive houve deliberações quanto à indicação de suplentes para compor o colegiado e informe sobre a data de reunião (15 de outubro de 2015).

Segundo seu regimento interno, conforma-se em uma instância colegiada de articulação, negociação e pactuação entre os entes federativos envolvidos e se constitui em um espaço de decisão, por meio da identificação, definição de prioridades e de

³⁸ Suprimido das falas o nome dos gestores para atender ao princípio de anonimato.

pactuação de soluções para organização da rede, à luz do Decreto 7.508/2011 (Pernambuco; Bahia, 2013).

Ainda de acordo com o seu regimento, sua coordenação é exercida por representantes das SES em regime de alternância. A composição é paritária com oito representantes de cada um dos estados e organizado por um plenário, câmara técnica e secretaria técnica. Os dados apontam que os mecanismos de coordenação disponíveis não têm sido suficientemente capazes de mobilizar a ação conjunta dos gestores estaduais na atualidade.

A concentração de poder decisório no gestor estadual foi outro aspecto que permaneceu latente. A heterogeneidade dos municípios em termos de capacidade técnica, administrativa e financeira e a cultura organizacional da SES podem auxiliar nessa compreensão.

Em contrapartida, a coordenação da CRIL, ao longo do período de inatividade do CRIE, tem tentado fortalecer os espaços de governança regional (CIR), ao fomentar discussões sobre o papel da rede PE/BA na organização do sistema de saúde locorregional e a importância da articulação entre os gestores municipais na busca de soluções para os problemas comuns relativos ao acesso aos serviços de saúde. Foi criado um grupo de trabalho vinculado ao CRIE para estudar os custos com transporte sanitário da rede interestadual e sobre a situação dos partos (conforma-se com ortopedia nas maiores demandas da rede).

Os mecanismos de decisão e de coordenação buscam preservar a autonomia e sustentar a interdependência e o compartilhamento dos processos de tomada de decisão e execução das ações governamentais (Santos; Andrade, 2009; Machado et al., 2011; Ouverney; Ribeiro; Moreira, 2017).

Arretche (2012) chama atenção que a construção histórica do federalismo brasileiro proporciona alguns recursos de poder à União que lhe confere forte poder indutivo do MS nas agendas dos governos subnacionais. Nesse aspecto, cabe explicitar que essa indução federal, na implantação da rede, não foi consenso entre os entrevistados.

Como mecanismo de indução aponta o PPA – investimento financeiro, do tipo capital para os hospitais de Juazeiro e o Universitário (Petrolina) (E. 6).

MS percebeu que sua presença era necessária e reconheceu a importância da regionalização. Não teve outra experiência que recebeu investimento por parte do MS (E. 20).

Não existiu nada que pudesse funcionar como incentivo, para os gestores locais (E. 7).

Por outro lado, alguns indícios demonstram que o MS teve um papel importante na fase inicial de implantação da rede. A contratação da instituição para assessorar as gestões estaduais na elaboração do modelo de organização da rede, a disponibilização de recursos para estruturação de dois dos três hospitais de referência macrorregional interestadual e a eleição da rede como uma das redes prioritárias do Projeto QualiSUS-Rede.

Talvez a dinâmica cooperativa e solidária das relações interfederativas durante o processo de elaboração do projeto e a condução institucional (decisão e definição de responsabilidades) mais horizontalizada possam explicar essa contradição.

Quanto ao conteúdo das negociações que foram ponto de pauta nas reuniões do CRIE, o quadro 5.2, demonstra que decisões sobre a proposta do Projeto QualiSUS-Rede e a operacionalização da regulação assistencial foram os temas mais recorrentes.

O projeto QualiSUS-Rede tinha como objetivo geral implementar tecnologia da informação possibilitando a integração e fortalecimento das redes de atenção à saúde na Região Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco. Como estratégia para elaboração do projeto, foi deliberada pelo CRIE a constituição de um grupo condutor, com formação tripartite, sendo coordenado pelas SES BA e PB, com participação de representantes de ambas, do COSEMS BA e PE, representante de secretários de saúde dos municípios das seis microrregiões envolvidas, do MS (apoiador local QualiSUS-Rede) e da Instituição de Ensino e Pesquisa parceira da região (UNIVASF) (Pernambuco; Bahia, 2012).

Apesar da aprovação do projeto e da importância para a qualificação e operacionalização da rede, ele não foi viabilizado em consequência da baixa execução por ambas as SES.

Quadro 19.2 –Tema das pautas nas reuniões do CRIE, 2010 a 2014

Tema	Frequência
Plano de ação para regulação integrada	02
Programação do III Fórum da Rede	01
Proposta de pactuação interestadual	02
Encaminhamentos para efetivação da Rede Interestadual	01
Cronograma de reuniões	02
Revisão do PDI	01
Implantação do serviço de braquiterapia da APAMI	01
Câmara técnica do CRIE	01
QualiSUS Rede	05
Complexo regulador	03
Hospital Universitário UNIVASF (Hospital de Traumas)	02
Organização do núcleo de regulação interestadual	02
Regimento interno CRIE	02
Linha de cuidado de cardiologia	01
Traumato-ortopedia	02

FONTE: Atas do CRIE. Elaboração da autora.

O protagonismo do CRIE em formular e implementar política reduziu-se à medida que foi perdendo sua legitimidade enquanto espaço de articulação e de formação de acordos entre os governos estadual e municipal. Essa fragilidade tem como principal causa a ausência dos gestores estaduais nas reuniões. Ao mesmo tempo que a centralidade na tomada de decisão nas secretarias estaduais fortaleceu a implantação da rede, no momento atual, constitui-se como um problema, tendo em vista a incompatibilidade de agenda e o volume de atividades que os gestores lidam cotidianamente.

A partir das variáveis de análise (institucionalidade, conteúdo das negociações, processo político e capacidade de atuação), constata-se que o CRIE apresenta uma frágil institucionalidade, o conteúdo das negociações variado e a construção da agenda compartilhada, processo político cooperativo-conflitivo e com baixa capacidade de atuação.

Os achados empíricos permitem inferir que, para a implementação da rede, foram definidos, dos grandes dispositivos, o CRIE – espaço de governança – e a CRIL – instrumento para operacionalizar a regulação assistencial (figura 5.3).

FONTE: Elaboração da autora.

Figura 13.3 – Dispositivos de implantação e implementação da Rede PE/BA

5.4 PERSPECTIVAS

A inclusão deste tópico resulta do entendimento que a implantação da rede é um processo em curso. A conjuntura político-institucional e histórico-cultural conforma uma trajetória dependente que exerce influência e reduz as opções de escolha do caminho a seguir.

Por outro lado, essa rede é constituída de atores com distintos de recursos de poder (político, técnico e administrativo) que na sua interação podem manter o curso ou dar uma nova direcionalidade.

Os indícios apontam para uma possível mudança no curso. Desde 2015, diversos movimentos têm ocorrido no sentido de cobrar das instâncias estaduais a retomada da gestão da rede. Esses movimentos surgiram do segmento dos trabalhadores de saúde, dos usuários e do legislativo (câmara e assembleia legislativa).

O conteúdo das reivindicações restringiu-se à situação das unidades de referência interestadual – Hospital de Traumas e Hospital Dom Malan – e ao impacto na garantia do acesso e qualidade de atenção (Apêndice 5).

Como desdobramentos, aponta-se a realização de duas audiências públicas na Câmara de Vereadores de Petrolina, uma em 2015, que contou com a presença de representantes da comissão de saúde da Assembleia Legislativa do estado de Pernambuco e do MS; e outra em 2016, convocada pela Câmara de Vereadores de Petrolina.

Houve uma tentativa, ainda em 2016, de retomada da regularidade das reuniões do CRIE, em que a equipe técnica da CRIL apresentou uma análise situacional da rede, a partir da lente da regulação assistencial. Nessa reunião, as gestões estaduais estavam

presentes mediante a participação de técnicos da SES, indicados pelos gestores estaduais. Como deliberação, foi definido que a câmara técnica elaborasse um relatório sobre a rede de urgência e emergência.

A estratégia foi a realização de reuniões ampliadas com gestores regionais (GERES/NRS), gestores municipais e diretores dos serviços de referência da rede. Nesses encontros, as unidades deveriam apresentar a carta de serviços, perfil de atendimento e as principais dificuldades encontradas.

Já em 2017, por meio de contatos nas SES, tomou-se conhecimento da realização de uma reunião em Salvador, na sede da SES-BA, com a presença dos dois gestores estaduais e dos coordenadores das instâncias regionais de ambas as secretarias.

O sentimento de pertencimento à rede por parte dos gestores, de dirigentes de unidades, servidores das SMS e da população foi algo muito marcante vivenciado durante a pesquisa de campo. Conjuntura que pode imprimir um caráter mais democrático nos processos de decisão e gestão da rede.

No campo da institucionalidade, a Resolução CIT nº 23/2017, ao estabelecer as diretrizes para a regionalização e o planejamento regional, em seu inciso III, reconhece que a organização da RAS

[...] poderá envolver uma ou mais regiões de saúde, inclusive em mais de um estado, na perspectiva de construção de um espaço regional, onde se complementam e compartilham a oferta de ações e serviços de saúde, integrados por Sistemas Logísticos (Brasil, 2017).

Na esfera da governança, instituiu os Comitês Executivos de Governança, que preenchem uma lacuna importante, ao permitir a participação nesse espaço de prestadores de serviços de saúde e controle social – atores fundamentais no jogo político e na organização da RAS. No caso da conformação de redes que envolvem mais de um estado, traz a possibilidade do compartilhamento da coordenação dos Comitês.

No caso da rede PE/BA, a previsão de participação de representantes do MS no Comitê Executivo de Governança da RAS pode dar maior legitimidade e robustez aos acordos firmados no CRIE.

6 CONCLUSÕES

O processo de implantação do SUS, em um primeiro momento, privilegiou a descentralização político-administrativa para os governos subnacionais, com ênfase para a esfera municipal (municipalização é o caminho)³⁹, o que gerou o fenômeno denominado municipalismo. Diversos estudos ressaltam os benefícios que esse movimento trouxe para a configuração e distribuição dos serviços de saúde, porém, apontam as implicações na garantia de acesso e da integralidade da atenção.

A organização do sistema sob a égide municipal não foi suficientemente capaz de suplantar as profundas desigualdades quanto à oferta de ações e serviços de média e alta complexidade. O processo histórico de constituição das políticas públicas de saúde e as distintas capacidades governativas dos governos subnacionais são algumas das explicações.

Além disso, a relação intergovernamental polarizada entre a União e os municípios⁴⁰ fragilizou o papel da esfera estadual, resultando em uma perda relativa do seu protagonismo. A criação do CONASEMS é um exemplo da ampliação do poder político dos secretários municipais de saúde. A política macroeconômica (Era Real) também foi um outro fator que contribuiu para o enfraquecimento da força dos governos estaduais no processo decisório⁴¹.

O processo de regionalização no âmbito do SUS é recente, porém, tardio quando comparado com as experiências internacionais. Surge como estratégia para superar a fragmentação da rede e favorecer a equidade. Adota como principais instrumentos de planejamento regional o PDR, a PPI e o PDI. No campo da gestão, institui a CIR como um espaço de articulação interfederativa.

Esta tese analisou a trajetória do processo de criação da rede PE/BA com o objetivo de compreender as implicações do modelo federativo e das relações intergovernamentais na organização e na gestão de uma rede interestadual de atenção à saúde.

Os estudos sobre regionalização no âmbito do SUS tratam da indução normativa do MS, das iniquidades, da burocratização do processo, da ausência ou baixo

³⁹ Brasil, 1993.

⁴⁰ Ouverney, 2015.

⁴¹ Abrucio, 2005.

protagonismo estadual na coordenação da regionalização e da interpretação do município como o elo frágil e dificultador⁴².

As explicações sistematizadas nos estudos nacionais, portanto, não proporcionavam explicações sobre a constituição de redes regionalizadas interestaduais. outrossim, apresentavam interpretações parciais sobre a regionalização no âmbito do SUS, já que o país possui um elevado número de fronteiras secas em que a delimitação entre municípios, estados e países é simbólica favorecendo o transito livre de pessoas em busca de ações e serviços de saúde.

O modelo de análise desenvolvido para esta pesquisa buscou incorporar os fatores condicionantes relacionados com o desenho federativo, com a trajetória institucional da política de saúde e com a correção de forças expressa na natureza das reações intergovernamentais.

Cada etapa do processo consistiu em uma conjuntura própria, marcada por disputas e correlação de forças para fazer acontecer o projeto de implantação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale Médio São Francisco, rede PE/BA.

A formação da rede respaldou-se na aglutinação de gestores municipais, cuja movimentação possibilitou a inserção do trânsito de pacientes entre Petrolina e Juazeiro na agenda política dos gestores estaduais e despertou o interesse do MS. O agir dos atores não é algo vazio, mas acontece em contextos específicos mediados por desejos individuais.

As conclusões são finais porque materializam o termino de um percurso de pesquisa iniciado em 2014, contudo, são transitórias e circunscritas a um desenho analítico limitado.

É transitória porque os fenômenos sociais carregam o atributo da temporalidade, ou seja, estão inseridos em um tecido social que é dinâmico e mutável. É limitada porque as teorias são tentativas de explicação de uma realidade complexa e multifacetada. Dependem do conhecimento acumulado e da habilidade do pesquisador e dos recursos metodológicos disponíveis em dado momento histórico.

Acredita-se que, mesmo factível de equívocos, o caminho metodológico trilhado na consecução desta pesquisa possibilita a anunciação de algumas considerações sobre o objeto de estudo.

⁴² Mello et al., 2017.

Os estados da Bahia e de Pernambuco possuem distintas trajetórias no que concerne à implantação do SUS. No campo político-institucional, a regulação do governo federal sobre o modelo de organização do SUS, o modelo de coordenação federativa do MS, a baixa autonomia dos governos municipais, a forte presença do governo na prestação direta de serviços de saúde, capacidade gestora das SES e experiências prévias são alguns fatores que delineiam essa trajetória.

É importante destacar o papel exercido pela trajetória político-institucional para explicar o modo como a regionalização foi sendo operacionalizada em cada um dos estados. Até a implementação da NOB 96 (Brasil, 1996b), não existia a definição de um modelo de regionalização no âmbito do SUS. Até então, havia um significativo avanço na descentralização e na organização dos sistemas municipais e estaduais, porém, a integração sistêmica ainda permanecia no campo das intencionalidades.

Contudo, a mudança nos critérios de transferências de recursos financeiros foi uma estratégia indutiva que mobilizou os gestores municipais a pleitearem habilitação em uma das modalidades prevista na NOB 96 (Brasil, 1996b). A expectativa era a captação direta de recursos do governo federal para os seus municípios.

Somente com a implementação da NOAS tem-se, então, os primeiros movimentos institucionais de buscar alternativas para fomentar a articulação federativa e a organização de redes regionalizadas e hierarquizadas. Expressas na definição do PDR e na construção da PPI.

Por outro lado, caracterizou-se como um processo com forte viés burocrático, que pouco contribuiu para superar os grandes vazios assistenciais, a fragmentação da atenção e a dificuldade de acesso dos usuários que viviam longe dos grandes centros.

Com a publicação do Pacto, vislumbrou-se a implementação de um processo menos burocrático e mais político, com o resgate da importância dos espaços de negociação e pactuação interfederativa e das relações intergovernamentais na constituição das regiões de saúde, bem como da retomada do protagonismo estadual a frente do processo de regionalização.

A adesão ao Pacto pelos municípios do estado da Bahia e de Pernambuco foi bem distinta, visto que, até 2009, apenas 10% dos municípios pernambucanos tinham assinado o TCG. O processo foi retomado em 2010 pela SES, alcançando 85% de adesão em 2011. Na Bahia, o processo apresenta um hiato por questões político-partidárias que gerou uma

trajetória própria. Em 2012, apenas 63% dos municípios baianos tinham assinado o TCG, percentual bem abaixo da média nacional, que, em 2011, era de 76%.

No âmbito histórico-cultural, destacam-se as características geoespaciais, o processo de formação e desenvolvimento dos estados e a cultura organizacional da SES.

Em relação a esses fatores, o processo de criação dos estados da Bahia e de Pernambuco guarda estreita relação com a formação do próprio estado brasileiro. Tem sua origem na instituição das 14 capitanias hereditárias, o que traz como legado o poder oligárquico e o coronelismo. Portanto, são estados com forte tradição centralizadora e com predomínio de determinados grupos políticos tradicionais e conservadores.

No tocante à cultura organizacional, identificaram-se dois movimentos em curso e em estágios diferentes que interferem no protagonismo estadual na condução do processo de regionalização. Em Pernambuco, um modelo de gestão com forte influência do gerencialismo e do planejamento estratégico, como fortalecimento das estruturais regionais em curso a quase dez anos. Na Bahia, verifica-se um movimento de reestruturação das estruturais regionais que encontrou forte resistência, por ser percebido como um processo de contenção de gastos e que não contribuiu para o fortalecimento e qualificação da gestão estadual na coordenação do processo de regionalização.

Um ponto comum é a adoção do modelo de gestão das unidades estaduais por OS, sendo que em Pernambuco é um fenômeno mais recente quando comparado com a Bahia. As justificativas são melhoria da eficiência e necessidade de expandir a rede em um cenário de restrição legal (Lei de Responsabilidade Fiscal).

Assim, as distintas trajetórias acabam por se conformar em sistemas estaduais de saúde com características próprias, mas que guardam algumas similaridades, como a existência de vazios assistenciais nas regiões com baixo dinamismo econômico e localizadas no interior, concentração de serviços de saúde na capital do estado e as grandes distancias de deslocamento.

Nesse sentido, o intercâmbio de pacientes entre Petrolina e Juazeiro nasce como uma alternativa para inverter o fluxo de encaminhamento dos pacientes para Recife e Salvador.

A história dos municípios de Petrolina e Juazeiro sempre esteve ligada, tanto que hoje conformam um arranjo populacional e integram uma RIDE. Apesar de não se configurarem como uma fronteira seca, já que existe um rio entre elas, a ponte cumpriu

esse papel. Esse fenômeno borra os recortes territoriais tradicionais e desafiam a execução de políticas públicas.

O uso do território promoveu a conformação de redes que geraram fluxos de pessoas que desconsideram os recortes das autoridades governamentais na definição do espectro de abrangência dos serviços, incluído os de saúde. O caso de Petrolina e Juazeiro é um exemplo.

Um processo que até então ficava restrito ao cotidiano dos gestores municipais, ganhou força e acabou por ocupar as agendas dos governos estaduais e do governo federal. O caminho trilhado até a implementação da solução aponta para a existência de variáveis que exerceram influência no ritmo e na condução de cada um dos momentos do ciclo da política.

As fases iniciais apontam para uma convergência de interesses e de correlação de forças que facilitou muito a definição da resposta ante o problema de fluxo de pacientes entre Pernambuco e Bahia, bem como o estágio inicial de implantação da rede PE/BA.

Em contrapartida, mudanças na condução política das SES e a rotatividade dos secretários municipais acabaram por comprometer o processo em curso. Apesar do modelo de gestão da rede estar em consonância com o desenho federativo brasileiro, não tinha alcançado ainda a institucionalidade suficiente para conduzir a gestão em cenários menos favoráveis. Ou seja, os mecanismos de coordenação instituídos não foram eficientes para blindar a governança da rede dos desdobramentos advindos das mudanças na condução das secretarias de saúde.

O modo como se deram a criação e a efetivação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale Médio São Francisco (rede PE/BA) permitem apontar considerações acerca das redes interestaduais no âmbito do SUS.

A primeira consideração é sobre as diferenças intrarregional e inter-regional. As cidades de Petrolina e Juazeiro, juntas, conformam o grande polo assistencial da rede, por concentrarem os serviços com maior densidade tecnológica, disporem de equipes técnicas mais qualificadas e possuem maior capacidade de atrair investimento. O que resulta em estágios diferenciados do processo de constituição dos sistemas locais de saúde e, por consequência, em disputas por projetos nem sempre comuns. A disputa por recursos é outro aspecto importante.

Uma segunda consideração repousa sobre as distintas capacidades governativas dos 53 municípios que formam a região interestadual. Parte significativa dos municípios

é pequena, com baixa capacidade de arrecadação e fortemente dependente das transferências obrigatórias, a exemplo do FPM. Características que se conformam em diferentes capacidades dos governos municipais em implementar políticas públicas.

As diferenças entre o modelo de organização do SUS e de gestão das SES revertem-se em formas específicas de condução e implementação da política pública, nem sempre convergentes. Acabam por aumentar o desafio de efetivar uma rede interestadual.

O modelo federativo, ao mesmo tempo que fomenta a competição entre os entes e a inovação, no caso da política de saúde, invoca a cooperação e a formação de consensos acerca das estratégias mais adequadas para a organização da rede de atenção.

O modelo de descentralização adotado e a vulnerabilidade do setor saúde ao cenário macroeconômico potencializa uma relação federativa mais competitiva e menos cooperativa. Por sua vez, pode favorecer a constituição de pactos robustos em um sistema de partilha de recursos. Compatibilizar distintos interesses parece ser outra consideração importante que emerge do caso em análise.

Em que pese o processo de amadurecimento das relações intergovernamentais e o aprimoramento das normas do SUS, a manutenção dos instrumentos de planejamento regional (PDR, PPI) e dos mecanismos de financiamento constituem-se como importantes barreiras na efetivação da rede interestadual.

A gestão do SUS inova ao instituir as comissões intergestores como esse espaço de cooperação e articulação interfederativa, contudo, carece de alternativas de planejamento e de financiamento em regiões interestaduais.

Desse modo, a experiência pioneira da Rede de Saúde PE/BA abre a possibilidade para novos experimentos no campo da governança regional, do planejamento regional e de sistema de custeio em regime de cogestão.

O fato de ser uma rede interestadual trouxe para gestores a necessidade de pensar um modelo de gestão fluido e que pudesse responder a contento as demandas da região. Como estratégia, instituíram o CRIE, composto por representantes dos estados e dos municípios. A organização e o funcionamento do CRIE assemelham-se às comissões intergestores formalmente reconhecidas em âmbito nacional, contudo, a ausência de representação do governo federal representou um ponto inflexão na sua institucionalidade e na governança regional.

Por outro lado, mesmo com essas fragilidades, percebeu-se um modelo de gestão intergovernamental compartilhada, que durante um bom tempo conseguiu dar respostas às demandas locorregionais.

O caso em análise aponta que o conjunto normativo do SUS teve forte influência sobre a trajetória de criação e implantação da rede, porém, pelo fato de que as regras são implementadas por atores que vivem e se relacionam em realidades singulares, cria-se nesse processo possibilidades e bases para uma nova institucionalidade.

O financiamento e a governança regional aparecem como importantes entraves para a efetivação da rede PE/BA. Ficou evidente a necessidade de qualificação do debate acerca das regiões interestaduais, bem como dos instrumentos de planejamento regional para que consigam dar conta da estruturação de redes e fluxos assistenciais adequados a realidade brasileira.

REFERÊNCIAS

- Abrucio FL. A cooperação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol. Polit.* 2005;24:41-67.
- Abrucio FL. *Os barões da federação – os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec/Departamento de Ciência Política, USP, 1998.
- Abrucio FL, Franzese C. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: Hochman G; Faria CAP (orgs.). *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, 361-386.
- Abrucio FL, Franzese C. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: Araújo M; Beira L (orgs). *Tópicos da Economia Paulista para Gestores Públicos*. São Paulo: Fundap, 2007, v.1, p. 13-31.
- Albuquerque MV. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros* Tese (doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo, 21 fev. 2014.
- Albuquerque MV, Iozzi FL. Saúde e desenvolvimento na formação socioespacial brasileira. In: Viana ALA, Ibañez N, Elias PEM (orgs). *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Hucitec, 2009, 60-96.
- Albuquerque MV, Mello GA, Iozzi FL. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: Viana ALA; Lima LD (orgs.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra-capta, 2011, 117-172.
- Albuquerque MV, Viana ALD. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Rev Saúde Debate*. 2015;39(n. especial):24-34.
- Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciênc. saúde coletiva*. 1999;4(2):263-286.
- Almeida MHT. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. *BIB*. 2001;51(1):13-34.
- Almeida MHT. Recentralizando a federação? *Rev. Sociol. Polit.* 2005;24:29-40.
- Araujo GC. A relação entre federalismo e municipalização: desafios para construção do sistema nacional e articulado de educação no Brasil. *Educ. Pesqui.* 2010;36(1):389-402.
- Araujo JD et al. Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do estado da Bahia, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 1973;7:1-19.
- Arretche M. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012.

Arretche M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *Dados rev. ciênc. sociais* (Rio de Janeiro). 2010;53(3):87-620.

Arretche M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *Sao Paulo Perspec.* 2004;18(2):17-26.

Arretche M. Relações federativas nas políticas sociais. *Educ. soc.* 2002;23(80):25-48.

Arretche M, Marques E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. *Caderno CRH.* 2003;39:55-81.

Assis E, Cruz VS, Trentin EF et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado de gestão. *Saude soc.* (São Paulo). 2009;v.18, supl.

Ávila HDD. *A construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação – 1986 a 2006* [tese]. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva/ UFBA, 2013. 235f.

Bahia. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). *Resolução nº 88/2013*, de 10 de abril de 2013.

Bahia. Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde, 2012-2015. *Rev. baiana saúde pública.* 2013;[S.l.],v. 36.

Bahia. Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde, 2016-2019. *Rev. baiana saúde pública.* 2016;[S.l.],v. 40.

Baptista TWF, Rezende M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In Mattos RA, Baptista TWF (orgs) *Caminhos para análise de políticas de saúde*. Rio de Janeiro: ENSP/Instituto de Medicina Social/FAPERJ, 2011, 138-167.

Brasil. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Ministério da Saúde. *Resolução CIT nº 23*, de 17 de agosto de 2017. Brasília, 2017.

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

Brasil. Ministério da Integração Nacional. *Região Integrada de Desenvolvimento – RIDE Petrolina-Juazeiro*. 2011a [citado em 15 jul. 2017]. Disponível em: <http://www.mi.gov.br/regiao-integrada-de-desenvolvimento-do-polo-petrolina-e-juazeiro>.

Brasil. Ministério da Saúde. *Decreto nº 7508*, de junho de 2011. Brasília. 2011b.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2011c.

Brasil. Ministério da Saúde. *Norma Operacional de Assistência à Saúde, NOAS-SUS*. Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS*, NOB-SUS 93, Aousadia de fazer cumpri a Lei. Brasília, 1996a.

Brasil. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS*, NOB-SUS 96. Brasília, 1996b.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399/2006*, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1559/2008*, de 01 de agosto de 2008. Brasília, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1631/2015*, de 01 de outubro de 2015. Brasília, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4279/2010*, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, 2010.

Brasil. Presidência da República. Câmara da reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, 1995.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. *Lei nº 12.466/2011*, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. 2011c [citado em 5 out. 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12466.htm.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [citado em 2017]. Disponível em: www.cnes.gov.br.

Carvalho G. *Regulamentação da Lei 8080*: um decreto com 20 anos de atraso. *CONASEMS*, Comunicação, 2011.

Casanova AO et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017;22(4):1209-1224.

Castro MHG. Descentralização e Política social no Brasil: as perspectivas dos anos 90. 1991. *Revista Espaço & Debate*, n. 32, p.

Champagne F et al. Análise da implantação. In: Hartz Z (org.) *Avaliação em saúde*: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

Coelho APS. *O público e o privado na regionalização da saúde*: processo decisório e condução política no estado do Espírito Santo [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2015.

Contel FB. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. *Saude soc.* 2015; 24(2), p.447-460.

Couto CG, Arantes RB. Constituição, governo e democracia no Brasil. *RBCS.* 2006;21 (61):41-63.

Dallari DA. *Elementos da teoria geral do Estado*. 27a ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

Dallari DA. *O estado federal*. Serie princípios. São Paulo: Ática, 1986.

Davanzo AMQ, Fonseca RB. Estudo para o regionalismo do SUS. In: Negri B, Viana ALA (orgs). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social*. São Paulo: Sobravime, 2002, 489-504.

Dourado DA, Dallari SG, Elias PM. Federalismo sanitário brasileiro: perspectivas da regionalização no SUS. *R. Dir. sanit.* 2012;12(3):10-34.

Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev. Saúde Pública.* 2011;45(1):204-211.

Dreyer MFV. *Uma proposta para o planejamento regional do SUS* [dissertação]. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 2010. 173f.

Falleti T. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: Brasil em perspectiva comparada. *Sociologias.* 2006;8(16):46-85.

Farias SF et al. A regulação no setor público no Brasil: os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011;16(supl1):1043-1053.

Fleury S. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. *RAD.* 2005;7:77-89.

Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc. saúde coletiva.* 2009;14(9):743-752.

Fleury, S, Ouverney, AM. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

Fleury S et al. Modernização da gestão local do SUS: a dimensão gerencial. In: Fleury S (org). *Democracia e inovação na gestão local da saúde*. Rio de Janeiro: Cebes/Editora Fiocruz, 2014.

Franzese C. *Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas* [tese]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo/FGV, 2010. 210f.

Frutuoso J. A gestão do Sistema Único de Saúde. In: Oliveira RP, Santana W (orgs). *Educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade*. Brasília: UNESCO, 41-58, 2010.

Gadelha CAG et al. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: Viana ALA, Ibañez N, Elias PEM (orgs). *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 97-126

Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Rev. adm. empres.* 1995;35(3):20-29.

Guerreiro J, Branco MA. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(3):1689-1698.

Hall P, Taylor R. As três versões do neoinstitucionalismo. *Lua Nova*. 2003;58:193-224.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios de avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(suplemento 2):5331-5336.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Arranjos populacionais e concentrações urbanas no Brasil*. 2a ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

Instituto Democracia e sustentabilidade – IDS. *Subeixo: novo pacto federativo; eixo: política cidadã baseada em princípios e valores*. Texto elaborado para discussão, São Paulo, 2013 [citado em 15 fev. 2017], 34f. Disponível em: <http://www.idsbrasil.org/proposta/2/>.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Políticas sociais: acompanhamento e análise*, v.1 – (jun. 2000) Brasília: Ipea, 2000.

Junqueira LAP, Inojosa MR. Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde em São Paulo. *Rev. Adm. públ.* 1990;24(4):7-25.

Kehrig RT et al. Aproximações à institucionalidade, governança e gestão na regionalização da saúde. In: Scatena JHG, Kehrig RT, Spinelli MAS. *Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec, 2014. p.47-83.

Kehrig RT, Souza ES, Scatena JHG. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. *Rev Saúde Debate*. 2015;39(107):948-961.

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(5):2307-2316.

Leibfried S, Castles FG, Obinger H. (2005), “‘Old’ and ‘New Politics’ in Federal Welfare States”. In: Obinger S, Leibfried S, Castles FG (eds.). *Federalism and the*

Welfare State. New World and European Experiences. Cambridge, Cambridge University Press.

Leite CKS, Fonseca F. Federalismo e políticas sociais no Brasil: impasses da descentralização pós-1988. *o&s.* 2011;18(56):99-117.

Levi ML, Scatena JHG. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: Viana ALA, Lima LD (orgs.) *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 81-113, 2011.

Levine RM. *A velha usina – Pernambuco na federação brasileira, 1889 – 1937*; tradução Raul José de Sá Barbosa. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1980.

Lima LD. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [on line]. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, v.3, p. 73-109.

Lima LD, Machado CV, Gerassi CD. O neoinstitucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In Mattos RA, Baptista TWF (orgs) *Caminhos para análise de políticas de saúde*. Rio de Janeiro: ENSP/Instituto de Medicina Social/FAPERJ, 2011, p. 122-134.

Lima LD et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012a;17(7):1903-1914.

Lima LD et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012b;17(11):2881-2892.

Machado CV. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(9):2113- 2126.

Machado CV. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In: *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. volume 3 / Fundação Oswaldo Cruz. [et al.] — Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, p. 33-70.*

Machado CV, Lima LD. Perspectivas históricas na análise de políticas de saúde. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV (orgs). *Políticas, planejamento e gestão em saúde*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2015, p. 115-146.

Machado CV, Viana ALA. Descentralização e coordenação federativa na saúde. In: Viana ALA, Ibañez N, Elias PEM (orgs) *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 21-69

Machado CV et al. Federalismo e política de saúde: os comitês intergovernamentais no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [periódico online]. 2014 [citado em 24 jan. 2017]; v. 48, n. 4, p. 642-650. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400642&lng=pt&nrm=iso.

Machado CV et al. O papel das Comissões Intergestores Bipartites na regionalização. In: Viana, ALD, Lima LD (Orgs). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2011. p. 173-196.

Machado JA. Pacto de gestão em saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”. *Rev. bras. Ci. soc.* 2009;24(71):105-119.

Machado JA. Pacto de gestão na saúde: Até onde esperar uma regionalização solidária e cooperativa? In: hochman G (org.). *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 279-300.

Machado JÁ, Palotti PLM. Entre cooperação e centralização: federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988. *Rev. bras. Ci. Soc.* 2015;30(88):61-83.

Marques E. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *RIB*. 1997;43:67-102.

Marques E, Arretche M. Condicionantes locais da descentralização da política de saúde. *Caderno CRH*. 2003;n.39:1-30.

Mello GA et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017;22(4):1291-1310.

Mendes A et.al O processo da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saude soc.* (São Paulo). 2015;v.24(2):423-437.

Mendes EV. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Menicucci TM. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: Santos NR, Amarante PDC (orgs.). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

Menicucci TM. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2014;21(1):77-92.

Menicucci TM, Marques AMF, Silveira GA. O desempenho dos municípios no Pacto pela Saúde no âmbito das relações federativas do Sistema Único de Saúde. *Saúde soc.* 2017;26(2):348-366.

Mesquita RMS. *Consensos da CIR para organização do sistema regional de saúde* [dissertação]. Ceará: Universidade de Fortaleza, 2011.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. *Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. MVC; Mendes EV. Belo Horizonte, 2004.

Miranda A. *O desafio de construir a regionalização a partir de experiências próprias*. Entrevista ao site regiões e redes. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/o-desafio-de-construir-a-regionalizacao-a-partir-de-experiencias-proprias/#.WhQsMlVKvX4>.

Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saúde soc.* 2017;26(2):329-335.

Molesine JAO. *Reforma sanitária na Bahia: um lugar na história (1987-1989)* [tese]. Bahia: Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal da Bahia, 2011. 263f.

Mota MV. *Descentralização do SUS no estado do Ceará: a experiência na microrregião de Baturité – CE* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 2007.

Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al (orgs), *Políticas e sistemas de saúde*. 2a ed. ampliada e revisada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 365-394.

Ollaik LG, Ziller HM. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. *Educ. Pesqui.* 2012;38(1):229-241.

Ortolan MAB. *Relações intergovernamentais e instrumentos de cooperação administrativa na federação brasileira* [dissertação]. Paraná: Universidade Federal do Paraná, 2013, 193f.

Ouverney ALM. *Federalismo e descentralização do SUS: a formação de um regime polarizado de relações intergovernamentais na década de 1990* [tese]. São Paulo: Escola Brasileira de Administração Pública e Empresas/FGV, 2015. 445f.

Ouverney ALM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017;22(4):1193-1207.

Paim JS. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cad. Saúde Públ.* 1986;2(2):176-183.

Paim JS. A gestão do SUDS no estado da Bahia. *Cad. Saúde Públ.* 1989;5(4):365-375.

Paim JS. A reforma sanitária e a municipalização. *Saúde soc.* 1992;1(2):29-47.

Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006.

Paim JS et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil. *The Lancet*, p. 11-31, maio 2011.

Papi LP. Federalismo no governo lula e os dilemas entre centralização e a descentralização: uma análise a partir da política de assistência social na RMPA. IV Congresso Brasileiro de Estudos Organizacionais - Porto Alegre, RS, Brasil, 19 a 21 de outubro de 2016.

Pereira AMM. *Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2014.

Pereira AMM et al. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. *Rev Saúde Debate*. 2015;39(especial):11-27.

Pernambuco; Bahia. Governos dos estados. Secretarias de Saúde do estado de Pernambuco/Secretaria de Saúde do estado da Bahia. Colegiado de Co-gestão interestadual de saúde Pernambuco-Bahia. *Resolução CRIE nº 5/2013*, de 06 de novembro de 2013.

Pernambuco; Bahia. Governo do estado de Pernambuco/Governo do estado da Bahia. Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco/Secretaria de Saúde do estado da Bahia. Região Interestadual Pernambuco-Bahia. *Sub-projeto QualiSUS Rede. Tecnologia da informação: uma proposta de integração da rede de saúde do Vale do Médio São Francisco*, 2012.

Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Diretoria Geral de Planejamento Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. *Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015*. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2012.

Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Diretoria Geral de Planejamento Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. *Plano Estadual de Saúde 2016 – 2019*. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2016.

Pinheiro R et al. Apoio regional no estado do Rio de Janeiro, Brasil: um relato de experiência. *Interface*. 2014;18(supl):1125-1133.

Reis AAC et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol. 22, no. 4, pp. 1045-1054, ISSN 1413-8123 [viewed 24 April 2017]. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26552016. Available from: <http://ref.scielo.org/d6zbkv>.

Ribeiro PT. A descentralização da ação governamental no Brasil nos anos noventa: desafios do ambiente político-administrativo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(3):819-828.

Ribeiro PT. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. *Saúde soc.* 2015;24(2):403-412.

Ribeiro PT, Tanaka OU, Denis JL. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017;22(4):1075-1084.

Rocha CV. Significados e tendências do federalismo e das relações intergovernamentais no Brasil e na Espanha. In: HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (orgs.) *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 29-64.

Sano H, Abrucio FL. Federalismo e articulação intergovernamental: os conselhos de secretários estaduais. In: Hochman G. *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 213-246.

Santos AM, Giovanella L. Governança Regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev. Saúde Públ.* 2014;48(4):622-631.

Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface – Comunic. Saúde. Educ.* 2006;9(18):25-41.

Santos L. *Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa*. Campinas – SP: Saberes editora, 2013.

Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011;16(3):1671-1680.

Santos L, Andrade LOM. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos – aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. 2a ed. Campinas – SP: Saberes editora, 2009.

Santos L, Campos GS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde soc.* 2015;24(2):438-446.

Santos MMH. *O processo de construção da assistência farmacêutica regionalizada no estado de Pernambuco* [dissertação]. Rio Grande do Sul: Faculdade de Farmácia/UFRGS, 2005. 205f.

Scatena JHG, Tanaka OY. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saude soc.* 2001;10(2):47-74.

Schneider V. Pós-democracia ou complexa partilha de poder? Redes de políticas públicas na Alemanha. In: Menicucci T, Gontijo JGL (orgs). *Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo*. 2016, p.51-70.

Schneider V. Redes de políticas públicas e a condução de sociedades complexas. *Civitas – Revista de Ciências Sociais*. 2005;5(1).

Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis*. 2013;23(4):1101-1122.

Silva SF. Contribuição para análise da implantação de Redes de Atenção no SUS. *Divulg. saúde debate*. 2014;n.52:165-176.

Silva, SF. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos atores e políticas* – São Paulo: Hucitec, 2001.

Silva EC, Gomes MHA. Regionalização do SUS no Grande ABC: compreendendo a relação entre oferta e demanda de serviços de saúde. *RGSS*. 2014;3(1).

Solla JJSP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. *Rev. baiana saúde pública*. 2006;v. 30:332-348.

Souto Junior JV. *O papel da CIB/MG no processo de regionalização do SUS em Minas Gerais* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2010.

Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. 2006;8(16):20-45.

Souza C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e descentralização. *Ciênc. saúde coletiva*. 2002;7(3):431-442.

Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2001;6(2):451-455.

Sóter APM. *O papel da esfera estadual na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde: o estudo de caso de Pernambuco* [dissertação]. Pernambuco: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Fiocruz. 2009. 144f.

Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo, Brasil. *Saúde Soc.* (São Paulo). 2010;19(3):533-546.

Stepan A (1999). *Toward a New Comparative Analysis of Democracy and Federalism: Demos Constraining and Demos Enabling Federations*. Paper presented at the conference on Federalism, Democracy, and Public Policy (p. 1-54). Mexico City: Centro de Investigación y Docencia Económicas.

Teixeira CF et al. O Contexto Político-Administrativo da Implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Públ.* 1983;9(1):79-84.

Teles I. *O contrato social de Thomas Hobbes: alcances e limites* [tese]. Santa Catarina: Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. 2012, 232f.

Thiede M, Akweongo P, McIntyre D. Explorando as dimensões de acesso. In: McIntyre D, Mooney G (orgs). *Aspectos econômicos da equidade em saúde*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014: 137-161.

Vargas I et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan*. 2015;30(6):705-717.

Venancio SI et al. A. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de 05 casos no estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(9):3951-3964.

Viana ALA. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *RAP*. 1996;30(2):5-43. 1996.

Viana ALA. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. In: Viana ALA, Lima LD (orgs.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra-cap, 27-38, 2011.

Viana ALA. *Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização*. 2a ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

Viana ALA, Baptista TWF. Análise de política de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho JI (orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2a ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Cebes, 59-88, 2012.

Viana ALA, Lima LD. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: Viana ALA, Lima LD (orgs.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra-cap, 11-26, 2011.

Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipos dos colegiados de gestão regional. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(5):2317-2326.

Viana ALA, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*. 2002;7(3):493-507.

Viana ALA, Machado CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis*. 2008;18(4):645-684.

Viana ALA et al. Novas Perspectivas para regionalização da saúde. *São Paulo perspect*. 2008;22(1):92-106.

Viana ALA et al. Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. 2017. *Novos Caminhos*, n.15. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: www.regiaoeredes.com.br.

Viana ALA et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc*. 2015;24(2):413-422.

Vinuto J. A amostragem por bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 2014;22(44):203-220.

YIN RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4a ed.. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ROTEIRO A (INFORMANTES-CHAVE)

ROTEIRO A

Informantes-chave criação da rede

Identificação:

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação:

Função/cargo:

Tempo na função/cargo:

Questões:

Como foi o processo de constituição da Rede PEBA (facilidades/dificuldades; atores de destaque)?

Quais mudanças se esperava com a criação da Rede PEBA?

Qual o papel da CRIE na gestão e na organização da Rede PEBA?

De que modo as questões relacionadas com o acesso as ações e serviços de saúde da região são tratados na CRIE?

Quais os limites e desafios atuais da Rede PEBA?

APENDICE 2 – ROTEIRO B (SES)

ROTEIRO B**Identificação:**

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação:

Função/cargo:

Tempo na função/cargo:

Questões:

Como foi o processo de regionalização da saúde no estado (destacar os marcos)?

Como pode a abordagem regional contribuir para um melhor desempenho dos sistemas de saúde no estado (peça exemplos)?

Quais são as facilidades e dificuldades do processo de regionalização no estado?

Qual a função das 3 instâncias de governo na regionalização?

São necessárias iniciativas para que cada ente governamental cumpra com o seu papel no processo de regionalização? Justifique.

A regionalização em saúde é um processo em curso, quais características são necessárias para adequá-lo à realidade do Brasil?

Apesar da regionalização ser consenso, por que enfrenta obstáculos a sua efetivação?

Considerações finais sobre o processo de regionalização no cenário estadual e nacional.

APENDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO****1. SUJEITO DA PESQUISA:**

NOME: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº _____ SEXO: M () F ()

DATA NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO _____ Nº _____

COMPLEMENTO _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TELEFONE: (____) _____

2. RESPONSÁVEL LEGAL: ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIRA

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: 13301460-69.

SEXO: M () F (X)

DATA NASCIMENTO: 12/10/1975.

ENDEREÇO RUA DONA MARIA MÁXIMO Nº 153, TORRE C APTO: 272

BAIRRO: PONTA DA PRAIA CIDADE: SANTOS.

CEP: 11.030-101 TELEFONE: DDD (13) 99711-9297

DADOS SOBRE A PESQUISA**1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: REGIÕES INTERESTADUAIS: O CASO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PERNAMBUCO/BAHIA**

PESQUISADOR: ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIRA

CARGO/FUNÇÃO: DOUTORANDA INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº COREN-SP 80.108

UNIDADE DO HCFMUSP: DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

ORIENTADOR: ANA LUIZA D'AVILA VIANA

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒RISCO MÉDIO ☐RISCO BAIXO ☐RISCO MAIOR ☐

3. DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 MESES

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

1 – O objetivo deste estudo é analisar o processo de constituição da rede interestadual de saúde do Vale Médio São Francisco – Rede PEBA e sua relação com acesso equânime e a regulação da assistência à saúde. Assim, os sujeitos da pesquisa serão pessoas maiores de 18 anos que atuem na condução política e técnica da gestão em saúde e na operacionalização da regulação da assistência.

2 – Como procedimentos para coleta de dados elegeu-se a entrevista semiestruturada, a qual consiste em uma conversa direcionada por um roteiro de perguntas que tem como propósito fornecer informações sobre o processo de constituição da Rede PEBA e o modus operante da central de regulação interestadual. Portanto, a coleta de dados não envolve qualquer tipo de procedimento invasivo ou o uso de algum tipo de tratamento clínico ou medicamentoso.

3 – A entrevista será previamente agendada, após consentimento, cujo local e horário serão definidos em comum acordo com o entrevistado. Para garantir a fidedignidade das respostas, todas as entrevistas serão gravadas.

4 – O risco da pesquisa é mínimo, podendo causar algum desconforto decorrente de alguma pergunta descrita no roteiro, ficando a critério do entrevistado responder ou não;

5 – Não há benefício direto para o participante; podendo os resultados da pesquisa contribuir no aprimoramento da regulação assistencial.

6 – Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Doutoranda Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira podendo ser encontrada no endereço Av. Dr. Arnaldo, 455 – 2º Andar Telefones: celular (13) 99711-9297, residencial (13) 3345-0713 Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br

7 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo;

8 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros entrevistados, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante;

9 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

10 – Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

11 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Regiões Interestaduais de Saúde: o desafio da regulação.

Eu discuti com a pesquisadora Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Assinatura do entrevistado

Nome: _____

RG: _____

Data: ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira
Responsável pela pesquisa

Data: ____/____/____

APENDICE 4 – RESUMO ANALÍTICO DAS ATAS DA CIR DE PETROLINA E DE JUAZEIRO

RESUMO ANALÍTICO DAS ATAS CIR PETROLINA

Mês/ano	Quórum	Pauta	Conteúdo das discussões	Deliberação	Impressões
Fevereiro/2015	Sim	<p>Aprovação dos membros da CIES;</p> <p>Aprovação membros da Câmara Técnica da CIR;</p> <p>Pactuar data para reunião extraordinária da CIR para aprovação do regimento interno da CIR e CIES;</p> <p>Apresentação da Portaria 2358/2014 que dispõe sobre os leitos de retaguarda;</p> <p>Informes.</p>	<p>Aprovação dos membros da CIES e câmara técnica; definida data da reunião extraordinária da CIR; explicado que existe um prazo para adequação dos leitos a normatização vigente, a finalidade dos leitos e que o recurso será para custeio. Nos informes foi socializado que existe um projeto para implantação de 02 unidades para pacientes com problemas com crack, álcool e outras drogas em Petrolina;</p> <p>apresentação dos serviços do laboratório CIND de Cabrobó; orientação sobre a 1ª etapa da campanha de vacinação de HPV; CRIL informa que ocorreu redução da oferta na região (fechamento de serviços), municípios encontram dificuldade para definição do diagnóstico e a realização de curso em cardiologia avançada voltados os profissionais da RUE com disponibilidade de 64 vagas.</p>	<p>Aprovação sem descrição da composição dos dois colegiados;</p> <p>Reunião extraordinária será realizada em 19 de março.</p>	<p>A ata não descreve as discussões ocorridas; reunião com forte caráter informativo.</p>
Março/2015	Sim	<p>Aprovação da composição do grupo condutor da rede cegonha;</p> <p>Monitoramento da regulação;</p> <p>Visita aos municípios;</p> <p>Informes;</p>	<p>Apresentação da composição do grupo condutor a rede cegonha – 04 representantes da GERES e 04 dos municípios da região; regulação apresenta a ações e o papel da UPAE; Lagoa Grande, Santa Maria da Boa Vista em fase de implantação dos leitos de retaguarda e Petrolina credenciando serviço para contratação e posterior oferta de leitos de retaguarda; informes – treinamento estratégico para motivação voltado para profissionais da gestão e seminário regional sobre Política de Saúde Indígena e RAS; aprovado em ar de referendo o</p>	<p>Aprovação do projeto de ampliação da cobertura do Saúde da Família no município de Orocó – 03 USF e 07 ACS (a de referendunum).</p>	<p>A ata não descreve as discussões ocorridas; reunião com forte caráter informativo. Houve aprovação a qual não gerou resolução com a decisão da CIR.</p>

		Credenciamento de 03 USF e 07 ACS; Dificuldade de acesso à assistência hospitalar dos pacientes dos municípios vizinhos a região	projeto de credenciamento das 03 USF e 07 ACS; ocorrência de invasão de pessoas residentes em municípios vizinhos a região em busca de atendimento, entendem que o SUS é universal e que não podem negar, o usuário vai buscar atendimento onde sabe que será atendido.		
Março/2015	Sim	II Oficina de ressignificação da Educação Permanente em Saúde (EPS); Monitoramento da regulação; Informa técnico; Cobertura vacinal HPV; Avaliação PEFAP; Curso sobre Sala de Vacina; Projeto para implantação CAPS I do município de Dormentes.	Exposição do projeto com posterior aprovação; apresentação do resultado do monitoramento da regulação, apontando que a taxa de realização do exame de Papanicolau está abaixo, sendo exposto pelos gestores que isso decorre da falta de material, as atividades do outubro rosa que reduziu a procura nas unidades e a redução do número de funcionários; Necessidade de intensificar as ações de vacinação para atingir a meta e de reduzir o número de perda de doses; quanto a avaliação do PEFAP exposto que todos os municípios pontuaram e que haverá repasse de recursos; curso de ACLS foi cancelado (informado na reunião de fevereiro curso avançado em cardiologia).	Aprovação do projeto de ressignificação da EPS.	Apesar de estar como ponto de pauta a aprovação do projeto de implantação do CAPS I em Dormentes, o registro em ata não deixou claro a deliberação da CIR. Manutenção do caráter informativo da reunião.
Maió /2015	Sim	Monitoramento do Pacto pela Saúde; Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas privadas de liberdade pelo Sistema Prisional;	Apresentação do desempenho dos municípios, ressaltando a necessidade de estratégias para reduzir a mortalidade por causas evitáveis; apresentação do processo de adesão municipal a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas privadas de liberdade pelo Sistema Prisional, prazo para envio do plano e termo de adesão, neste aspecto gestão de Petrolina coloca	Não houve ocorrência	Manutenção do caráter informativo da reunião; pauta não inclui demandas dos municípios da região.

		<p>Campanha de Hanseníase;</p> <p>Inquérito sobre tracoma;</p> <p>Campanha Influenza;</p> <p>Situação da tuberculose;</p> <p>Monitoramento da Vigilância em Saúde;</p> <p>Grupo Condutor RUE;</p> <p>Desenho da RAPS;</p> <p>Plano Contingência.</p>	<p>que isso deve ser pactuado na CIB-PE já que se trata de uma Política estadual. Quanto a campanha de hanseníase apresentada a data e os municípios prioritários – Afrânio, Cabrobó, Lagoa Grande, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista. Equipe da VISA da GERES pede apoio dos municípios na execução do inquérito sobre tracoma, parabeniza os gestores sobre o desempenho na campanha contra influenza, coloca a dificuldade em examinar os sintomáticos respiratórios, subnotificação de casos de Tuberculose e prevenir o abandono. A equipe da VISA apresenta os 14 indicadores pactuados e as metas a serem atingidas. Grupo condutor da RUE apresentou a situação dos leitos de retaguarda. O desenho a RAPS estadual ainda não foi concluído devido à ausência do da RAPS da região de Petrolina. Com a publicação da Portaria que trata do Plano de Contingência ocorrerá redução do número de visitas dos técnicos da GERES aos municípios</p>		
Junho/2015	Sim	<p>Núcleo Telessaúde Petrolina;</p> <p>Fluxo de retirada de pacientes de alta hospitalar (Superintendente do Hospital Universitário UNIVASF);</p> <p>Plano de Ação de Educação Permanente;</p> <p>Monitoramento da regulação;</p>	<p>Apresentado os avanços do programa Telessaúde, a necessidade de suporte e a participação dos municípios; além disso, foi exposto aspectos sobre o programa, o custeio do núcleo, requisitos para adesão, especialidades prioritárias e sua vinculação com Atenção Básica. A taxa de ocupação do Hospital Universitário UNIVASF é de 105%, esse cenário decorre em parte da existência de pacientes em alta hospitalar que permanecem na unidade aguardando transporte sanitário do município de sua residência, havendo casos, que o paciente fica até 20 dias de alta aguardando o transporte; aumento os custos e</p>	<p>Definição de reunião a ser realizada no próximo dia 15 de julho para homologação dos municípios.</p> <p>Aprovado o fluxo de retirada de pacientes em alta do Hospital Universitário UNIVASF.</p> <p>Municípios irão enviar relatório apontando as dificuldades na implementação</p>	<p>Manutenção do caráter informativo da reunião; pauta não inclui demandas dos municípios da região.</p>

		<p>Situação da Dengue;</p> <p>Grupo condutor rede Cegonha.</p>	<p>comprometendo a rotatividade dos leitos. Apresentação do fluxo: hospital envia relação de pacientes em alta para CRIL/Regulação GERES que comunicam aos municípios que por sua vez devem garantir a remoção dos pacientes. CIES apresenta a planilha com as metas, a planilha com as ações será apresentada na próxima reunião da CIR. Regulação da GERES apresenta que a oferta da UPAE está maior que a demanda dos municípios e elevada taxa de absenteísmo, sendo que Petrolina apresenta a maior taxa entre os municípios da região. Gestores alegam que isso ocorre devido da dificuldade com transporte/deslocamento dos usuários. Situação da dengue na região, com apresentação dos mapas com ocorrência de casos por município, alertando que os municípios de Petrolina, Dormentes e Afrânio apresentam risco de ocorrência de surto. Grupo condutor a rede Cegonha expõe que existe a necessidade de indicação de representante de Petrolina e de um sanitarista da GERES para integrar o grupo; necessidade de redesenhar a rede; redução dos encaminhamentos de parto de risco habitual para o Hospital Dom Malan</p>	<p>das ações de combate à Dengue.</p> <p>Realização de curso sobre uso da incubadora a ser oferecido aos municípios pela equipe do Hospital Dom Malan.</p>	
Julho/2015	Sim	<p>Mudança da modalidade do NASF de Afrânio de II para I;</p> <p>Curso de formação profissional oferecido pelo centro regional de referência da UNIVASF;</p>	<p>Município de Afrânio solicita mudança da modalidade do NASF, sendo aprovado. Centro de referência regional informa que tem a meta de qualificar 800 profissionais, sendo formadas 20 turmas com encontros quinzenais; municípios colocam que um entrave será os custos com deslocamento e a facilidade a existência da parceria. Quanto aos indicadores de sífilis congênita apontam a importância da notificação das gestantes não tratadas e a realização de busca ativa; reforçar junto aos</p>	<p>Resolução CIR 265/2015 que pede providência a SES-PE quanto ao serviço de hemodinâmica.</p> <p>Realização de reunião com os municípios para definição da proposta de monitoramento do polo de academia da saúde.</p>	<p>Manutenção do caráter informativo da reunião; pauta não inclui demandas dos municípios da região; primeira vez que na ata fica explícito resolução da CIR.</p>

		<p>Indicadores de sífilis congênita;</p> <p>Apresentação dos indicadores de mortalidade perinatal;</p> <p>Monitoramento do pacto pela saúde;</p> <p>Informes;</p> <p>Plano de ação de núcleos de promoção da saúde;</p> <p>Monitoramento dos polos de academia da saúde.</p>	<p>profissionais a necessidade de notificar e distribuir os preservativos. GERES coloca que irá apoiar os municípios no alcance das metas referentes a mortalidade perinatal.</p> <p>Monitoramento do Pacto pela Saúde aponta a Atenção Básica pode interferir nas mortes por causas evitáveis; exame citopatológico sem informação, sendo esclarecido pelos gestores que isso decorre do atraso da entrega dos resultados pelo Hospital Dom Malan. Gestores colocam que estão encontrando dificuldade no acesso aos serviços de hemodinâmica na região, pois a única unidade de referência está com dificuldade em atender os pacientes. Informes – necessidade de descentralização do teste rápido para HIV/Sífilis e apoio na realização da reunião integrada da Vigilância em Saúde, Atenção Básica e Mão Coruja. Plano de ação de núcleos de promoção da saúde para os municípios de Afrânio, Dormentes e Orocó. Para o monitoramento dos polos de academia da saúde foi proposto a realização de uma reunião para definir proposta de monitoramento. Apresentado o boletim de cobertura vacinal e realização do I Fórum Itinerante de mobilização para prevenção de acidentes de motos</p>		
Agosto/2015	Sim	<p>Programa Telessaúde RIT-Vale;</p> <p>VIGIAGUA;</p> <p>Situação da leishmaniose;</p> <p>PEFAP;</p>	<p>Programa Telessaúde RIT-Vale – articulação do telessaúde com a regulação com a definição de protocolos clínicos e de regulação, qualificação da fila de espera. VIGIAGUA – municípios deverão definir pontos de coleta e a GERES irá avisar quando do envio de carro pipa. Situação da Leishmaniose – quadro epidemiológico e as áreas críticas – Lagoa Grande, Santa Maria da Boa Vista e Petrolina.</p>	<p>Resolução CIR 266/2015 que trata do incentivo financeiro de custo mensal dos núcleos de Dormentes, Santa Maria da Boa Vista;</p> <p>UAPE deverá enviar relatório mensal para os municípios;</p>	<p>Reunião com forte característica de informes, apesar de algumas deliberações; pauta não inclui demandas dos municípios da região</p>

		<p>Avaliação da UP AE;</p> <p>Diagnóstico da situação do Hospital Dom Malan;</p> <p>Reunião integrada Vigilância à Saúde, Atenção à Saúde e Mãe Coruja;</p> <p>PGRSSS.</p>	<p>PEFAP – municípios da região estão na faixa 03 devido ao indicador do exame citopatológico e a necessidade de fortalecimento da cultura de programação das ações. Avaliação da UP AE – apresentação do desempenho do serviço no alcance das metas pactuadas. Diagnóstico da situação do Hospital Dom Malan – elevado número de atendimentos de situações de menor gravidade que poderiam ser feitas pelas unidades de menor complexidade; municípios alegam que encontram dificuldade em custear obstetra; ocupação de 04 leitos de UTI por pacientes crônicos, dos quais 03, são da Bahia, pedido de atendimento por home care para esses pacientes, porém, não atendido; diretoria aponta que as enfermeiras obstetras têm dado um ótimo resultado. Reunião integrada entre Vigilância à Saúde, Atenção à Saúde e Mãe Coruja. PGRSSS – envio pelos municípios até 30 de setembro.</p>	<p>Proposta de curso para enfermeiro obstetra oferecido pelo Hospital Dom Malan.</p>	
Setembro/2015	Sim	<p>Atuação do CEREST;</p> <p>Mortalidade perinatal;</p> <p>Situação do fornecimento de larvicida;</p> <p>Monitoramento da regulação;</p> <p>Cursos de especialização para o SUS;</p> <p>Informes.</p>	<p>CEREST informa que faz apoio matricial as equipes da Atenção Básica e prevenção em saúde do trabalhador. De janeiro a agosto de 2015 ocorreram 151 óbitos perinatal, havendo a necessidade de investigar esses óbitos e de implementar ações preventivas. Quanto ao combate dos focos com larva do Aedes informa que pode ser usado água sanitária conforme expresso no ofício DGCDA 13/2015, porém, a gestão de Petrolina pede atenção ao número de óbitos e que o fornecimento de larvicida tem que ser mantido. Regulação que o município de Petrolina continua com as maiores taxas de absenteísmo da região. Serão oferecidos cursos de especialização em gestão de risco e segurança do paciente e vigilância em saúde.</p>	<p>Distribuição de vagas segundo curso:</p> <p>Segurança do paciente – 14 para unidades de referência da região, 02 para os municípios de Afrânio, 03 para os municípios de Cabrobó, Lagoa Grande e Santa Maria da Boa Vista, 01 vaga para os municípios de Dormentes, Orocó e GERES e 13 para Petrolina.</p> <p>Vigilância em saúde – 02 vagas para os municípios de</p>	<p>Reunião com forte característica de informes, apesar de algumas deliberações; pauta não inclui demandas dos municípios da região</p>

			<p>Informes – diagnóstico de chagas nos municípios, alimentação do sistema FORMSUS, credenciamento de 27 ESF modalidade I e 14 equipes de saúde bucal modalidade II do município de Petrolina; 2ª dose da vacina HPV e o 3º ciclo do PMAQ previsto para o mês de outubro; pacientes em alta hospitalar no Hospital Universitário continuam aguardando transporte; reunião extraordinária para aprovação do regimento da CIR; audiência pública sobre a Rede PEBA e indicação de um representante dos municípios da região para compor o CRIE.</p>	<p>Afrânio, Dormentes, Lagoa Grande, Santa Maria da Boa Vista, Orocó; 05 vagas para Cabrobó, 04 vagas para GERES, 19 para Petrolina e 01 vaga para os Hospitais Dom Malan e Universitário.</p> <p>Aprovado projeto de expansão da cobertura do Saúde da Família de Petrolina conforme Resolução 267/2015.</p> <p>Indicado a gestora do município de Cabrobó para representação no CRIE;</p> <p>Emissão de ofício convocando gestores para reunião pré-reunião do CRIE.</p>	
Outubro/2015	Sim	<p>Projeto de treinamento do curso de estratégias para vigilância à população exposta a agrotóxicos;</p> <p>Oficina de capacitação do GT de mortalidade materna;</p> <p>Apresentação dos residentes da UNIVASF;</p> <p>Conferência estadual de saúde;</p>	<p>Apresentação do projeto do curso para profissionais de saúde voltado para vigilância à população exposta a agrotóxicos. Capacitação dos membros do GT sobre mortalidade materna. Os novos residentes da UNIVASF são apresentados aos membros da CIR. A segunda etapa da Conferência Estadual de Saúde está prevista para acontecer nos dias 19 e 20 de novembro. Próxima reunião do CRIE acontecerá no dia 20 de outubro e do grupo condutor da RUE no dia 15 de outubro</p>	Não houve deliberações.	Reunião informativa.

		Reuniões CRIE e RUE			
Novembro/2015	Sim	<p>APAME – implantação do serviço de biologia molecular e tomografia;</p> <p>Eleição de suplência da representação no CRIE;</p> <p>Indicação dos novos membros da câmara técnica da CIR;</p> <p>Redistribuição dos leitos de retaguardas;</p> <p>SANAR;</p> <p>PQA-VS;</p> <p>RUE;</p> <p>Atenção Básica;</p> <p>Informes.</p>	<p>A Associação Petrolinense de Amparo à Maternidade e a Infância (APAME) apresenta projeto para aquisição de equipamentos para implantação dos serviços de biologia molecular e tomografia e coloca a apreciação da CIR; ressalva-se que foi em caráter de urgência devido ao prazo de entrega do pleito. Indicado para a vaga de suplência no CRIE a coordenadora da regulação que foi aprovado pelos presentes. Quanto a composição da câmara técnica da CIR acordado entre os gestores que irão enviar os nomes dos técnicos. Quanto a redistribuição dos leitos de retaguarda ficando 08 para Cabrobó, 01 para Lagoa Grande, 01 para Afrânio e Petrolina disponibiliza seus 10 leitos para os municípios da região, pois não conseguiu contratar o serviço para implantação dos leitos. SANAR – apresentação do plano de ação de vigilância e controle das doenças negligenciadas, os municípios encaminharam o termo de compromisso para GERES. PQA-VS – Avaliação parcial, chama atenção quanto ao envio dos dados em tempo oportuno para evitar prejuízo financeiro. RUE – Elaboração do plano regional para prevenção de acidentes de trânsito sendo deliberado pelo CRIE que cada região da Rede PEBA deverá elaborar um projeto para prevenção de acidentes de motos até o dia 15 de janeiro de 2016. Atenção Básica – atestado de conclusão de edificação da UBS materno-infantil de Dormentes e Unidade Básica de Saúde de Cabrobó. Informes – curso e-SUS, curso</p>	<p>Aprovado o projeto da APAME – Resolução CIR 271 e 272 de 2015;</p> <p>Aprovação da indicação da coordenadora da regulação para a vaga de suplência no CRIE;</p> <p>Envio de ofício para CIB-PE informando sobre a conclusão das edificações das unidades das edificações das unidades de Afrânio e Cabrobó.</p>	<p>Projeto apresentado pela APAME não foi discutido pelos pares, sendo aprovado por unanimidade.</p>

			anemia falciforme, SI-PNI, substituição do nome da gestora de Cabrobó já que houve mudança da gestão do município, aprovação do regimento interno da CIR.		
--	--	--	---	--	--

FONTE: Elaboração dos autores a partir das Atas das CIR-Petrolina

Frequência dos gestores nas reuniões da CIR – Petrolina, 2015 e 2016.

Reunião	GERES	Petrolina	Afrânio	Dormentes	Cabrobó	Orocó	Santa Maria da Boa Vista	Lagoa Grande
Fevereiro/2015								
Março/2015								
Março/2015								
Maió/2015								
Junho/2015								
Julho/2015								
Agosto/2015								
Setembro/2015								
Outubro/2015								
Novembro/2015								

FONTE: Elaboração dos autores a partir das atas das CIR-Petrolina.

% de temas discutidos na CIR

Tema	N	%
CIR	05	8,7
CIES	01	1,7
Leitos de retaguarda	02	3,4
Rede cegonha	02	3,4
Monitoramento	06	10,3
GERES	01	1,7
Atenção Básica	03	5,3
Acesso	01	1,7
Imunização	02	3,4
Educação continuada	06	10,3

PEFAP	02	3,4
RAPS	02	3,4
SISPACTO	03	5,3
Sistema prisional	01	1,7
Doenças infecciosas	05	8,7
RUE	03	5,3
Telessaúde	02	3,4
Dengue	02	3,4
Promoção da saúde	01	1,7
Academia da saúde	01	1,7
Vigilância Sanitária	03	5,3
Mortalidade materno-infantil	02	3,4
Conferência estadual de saúde	01	1,7
SANAR	01	1,7
Total	58	100

RESUMO ANALÍTICO DAS ATAS CIR JUAZEIRO

Mês/ano	Quórum	Pauta	Conteúdo das discussões	Deliberação	Impressões
Março /2015	Sim	<p>1.Nova resolução regimento interno CIR;</p> <p>2.Apresentação projeto NASF de Sobradinho;</p> <p>3.Calendário de reunião;</p> <p>4.Resolução CIB 249/2014.</p>	<p>Apresentação da reforma administrativa da SESAB, com extinção das Diretorias Regionais de Saúde e criação de 09 Núcleos Regionais de Saúde, da região passou a ser denominado Núcleo de Regional de Saúde Norte (regiões de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim); novos fluxos.</p> <p>Resolução CIB 249/2014 – competências do estado e dos municípios na gestão, organização e execução das ações do Sistema de Vigilância em Saúde.</p> <p>Situação de algumas farmácias dos municípios de Uauá e Canudos cujo processo de liberação do alvará foi iniciado pela equipe do NRS Norte, e que conforme a Resolução seria de competência municipal; colocou em votação se tais processos seriam concluídos pelas equipes municipais ou pela equipe do NRS.</p> <p>Gestores municipais presentes expuseram que a Vigilância Sanitária sofre com a interferência política.</p> <p>Dificuldade de agendar procedimentos no IMIP- Hospital Dom Malan; unidade com porta aberta para urgência e emergência.</p>	<p>Eleição do novo coordenador da CIR;</p> <p>Os processos de liberação de alvará sanitário das farmácias dos municípios de Uauá e Canudos que já estão em curso serão concluídos pela equipe do NRS Norte;</p> <p>Sugestão de realização de reunião com os prefeitos para tratar da importância da Vigilância em Saúde;</p> <p>Retomar Grupo de Trabalho da CIR para tratar das questões relacionadas a Rede PEBA e fazer um diagnóstico sobre a situação da RUE nos municípios da região.</p>	<p>Pouca participação dos secretários nas discussões; para os pontos de pautas 2 e 3 não existe qualquer tipo de registro; coordenadora regional tem papel de liderança e de condução da reunião.</p>
Abril/2015	Sim	<p>1.Plano de ação da RUE</p> <p>2. Conferências de Saúde</p> <p>3. Implantação da câmara técnica e grupos de trabalho</p>	<p>Inclusão na pauta dos seguintes assuntos: plano de financiamento dos consultórios odontológicos, monitoramento do Programa Academia da Saúde, convocação dos municípios que não foram capacitados no e-SUS, curso de especialização à distância da FIOCRUZ, assinatura do Termo de Compromisso do Programa de Prótese Dentária, central de regulação de leitos da Rede</p>	<p>GT da RUE propõe estratégias que reitere o pedido de doação do aparelho de Raio X para o município de Uauá junto a SESAB.</p> <p>Coordenação do NRS sugere que os secretários participem junto com os prefeitos das</p>	<p>Pouca participação dos secretários nas discussões; Pauta 2 não foi discutida; Inclusão de vários temas que não foram colocados em discussão; Reunião com forte característica administrativa (informes e solicitação de providências</p>

			<p>PEBA, encontro do Conselho Estadual de Saúde e informações sobre o Programa de Oxigenioterapia domiciliar.</p> <p>Técnico Regional do Programa de Saúde Mental expõe sobre a necessidade de recuperar a rede e solicitou o preenchimento do questionário para envio posterior ao Núcleo.</p> <p>Técnica da Vigilância Epidemiológica comunica sobre a realização de uma videoconferência sobre a febre Chikungunya; o MS irá publicar uma portaria que trata sobre o Plano de Contingência da Dengue e Chikungunya, e os municípios terão até 45 dias para elaborar e enviar o plano para a SESAB.</p> <p>Técnica da VISA do NRS solicita aos municípios que enviem a relação de profissionais responsáveis pela prescrição de Talidomida; apresenta a proposta de curso de especialização a ser promovido pela SUVISA para técnicos municipais que atuam na Vigilância Sanitária. Coordenador da CIR (Secretário de Casa Nova) sugere a inclusão dos secretários de saúde como candidatos curso.</p> <p>Representante do município de Juazeiro apresenta a situação da RUE, destacando entraves, dificuldades e sugestões para melhoria da rede. Informa que o Plano se encontra no MS desde abril de 2014, aguardando publicação para posterior liberação dos recursos financeiros. Solicita aos secretários o cadastro dos leitos de retaguarda.</p> <p>Expõe que a escala de ortopedia e cirurgia pediátrica estão fechadas e que dos 04 leitos de UTI pediátrica, todos estão ocupados por pacientes crônicos. Na área de cardiologia</p>	<p>reuniões que tratam dos consórcios de saúde.</p> <p>Técnico regional da Rede de Saúde Mental solicita que a gestão municipal realize busca nos prontuários do CAPS, a fim de retirar aqueles que não são do serviço e sejam encaminhados para acompanhamento pelas unidades de saúde da família.</p> <p>Nomeação da equipe que irá compor a Câmara Técnica – coordenador da CIR e do NRS.</p> <p>Composição dos Grupos de Trabalho de Vigilância à Saúde, Gestão do Sistema de Saúde e Gestão do Trabalho e Educação; todos possuem representantes do nível estadual e municipal.</p>	<p>por parte dos municípios); rede de atenção ainda muito focalizada na implantação de serviço locais, sem uma identificação de organização em âmbito regional.</p>
--	--	--	---	--	---

			<p>existe equipamentos quebrados e que provavelmente na próxima semana a situação seja resolvida.</p> <p>Coordenadora regional socializa que a reunião do GT da RUE foi produtiva, entretanto, alerta que ainda é comum o encaminhando de situações para serviços de maior complexidade que poderiam ser resolvidos pelas equipes da Atenção Primária, o que demonstra sobre a necessidade de estruturação e fortalecimento da APS.</p> <p>Secretários de Casa Nova e Uauá informam que implantaram serviço de ortopedia, sendo que Uauá não dispõe de aparelho de Raio X (solicitou a SESAB).</p> <p>Coordenação regional questiona se os secretários já estabeleceram algum contato com os representantes dos consórcios de saúde.</p> <p>Informes sobre a campanha de imunização influenza, o curso do SI-PNI e de que a rede de frio dos municípios sem capacidade para armazenar todas as vacinas, e assim, as vacinas serão remanejadas para armazenamento na rede de frio do NRS.</p>		
Maio/2015	Sim	<p>1. Consórcios de saúde;</p> <p>2. Pesquisa Política, Planejamento e gestão das regiões e redes de atenção;</p> <p>3. Fluxo de credenciamento da APS;</p> <p>4. Credenciamento NASF tipo I do município de Sobradinho</p>	<p>Coordenação do NRS expõe sobre a Pesquisa Regiões e Redes e coloca em discussão e aprovação o Termo de Concordância.</p> <p>Apresentação do Projeto de Lei Federal que trata dos Consórcios de Saúde; esclarece que a adoção por essa modalidade é de decisão municipal e que não existe a incorporação de novo aporte de recursos financeiros.</p> <p>Secretário de Juazeiro expõe sobre a situação dos atendimentos em ortopedia (demanda maior que a oferta), partos normais estão sendo encaminhados sem regulação, Hospital Dom</p>	CIR aprova o Termo de Concordância da pesquisa regiões e redes.	Reunião iniciou sem quórum, sendo atingido quando do início em caráter informativo; ausência discussão sobre a situação da rede de saúde local, apesar dos vários problemas apresentados.

			<p>Malan demitiu em massa os cirurgiões e que deixou de realizar alguns procedimentos mesmo com a manutenção do repasse financeiro para custeio desses procedimentos, encaminhamento de pacientes para realização de procedimentos em Juazeiro que poderiam ser realizados pela rede de saúde local.</p> <p>Apresentação do novo fluxo da APS.</p> <p>Credenciamento do NASF de Sobradinho não foi apreciado pela ausência do secretário municipal.</p>		
Julho/2015	Sim	<p>1. Regulação dos serviços de média complexidade;</p> <p>2. credenciamento do NASF tipo I de Sobradinho;</p> <p>3. Alteração da modalidade do NASF de Pilão Arcado de Tipo II para Tipo I.</p>	<p>Informes: parabenização aos gestores municipais pela realização das conferências de saúde; necessidade de participação dos técnicos municipais na oficina da PROGVS/SISPACTO; sugestão de possibilidade de participação dos secretários no Curso de Especialização não foi aprovada; notificação por e-mail sobre a permanência de pacientes em alta nas unidades em decorrência da demora das secretarias de saúde disponibilizar transporte para remoção dos mesmos; exposição dos municípios quanto alimentação do SARGSUS e cadastro dos Conselhos de Saúde.</p> <p>Necessidade de regularização dos seguros privados das ambulâncias do SAMU, item necessário para qualificação do serviço.</p> <p>Informe sobre o movimento dos servidores da saúde que trata dos processos de insalubridade e extinção das DIRES.</p> <p>Secretário de Saúde de Campo Alegre de Lourdes expõe que o fluxo de regulação pactuado não está sendo seguido, e que os usuários têm conseguido agendamento sem</p>	<p>Elaboração de um documento por parte da CIR em apoio ao movimento dos servidores públicos da saúde.</p> <p>Aprovado credenciamento do NASF Tipo I de Sobradinho.</p> <p>Aprovado a mudança de tipologia do NASF de Pilão Arcado.</p> <p>Elaboração de ofício a ser encaminhado a SMS de Juazeiro e CRIL solicitando esclarecimentos.</p> <p>Convocação de representantes da SUREGS e CRIL para tratar a regulação.</p> <p>Agendamento de reunião com nova gestão do Hospital Regional de Juazeiro.</p>	<p>Pauta 1 foi tratada de modo superficial, apresentada apenas a situação particular do município de Campo Alegre de Lourdes; grande parte do tempo da reunião foi voltado para o repasse de informações de caráter administrativo/burocrático.</p>

			autorização prévia da central de marcação de consultas.		
Setembro/2015	Sim	1. Pactuação das diretrizes e indicadores SISPACTO 2013-2105; 2. Programação das ações do sistema nacional de vigilância em saúde PROGVs.	Apresentação dos indicadores do estado da Bahia e das regiões de saúde; discussão da metodologia da oficina de pactuação SISPACTO e PROGVs. Realizada pactuação indicador a indicador; no indicador 28 (casos novos de sífilis congênita) a CIR acordou em utilizar o número 02 como parâmetro de multiplicação; indicador 40 (notificação de acidentes de trabalho) sugerido pela técnica do SESAT que os técnicos que atuam na área participem do curso EaD para facilitar a execução das ações, alertou ainda para necessidade urgente do município de Uauá alimentar com regularidade o sistema de informação para evitar o corte de repasse de recursos. Durante a pactuação dos indicadores de média complexidade o gestor de saúde de Campo Alegre de Lourdes expôs a dificuldade em enviar as lâminas dos exames de citopatologia para Juazeiro, solicitando que o serviço seja redirecionado para Remanso. Os municípios de Sobradinho, Uauá, Curaça e Casa Nova também solicitaram redirecionamento para Remanso	Pactuação dos indicadores do SISPACTO e ações da PROGVs. Redirecionamento do encaminhamento das lâminas de citopatologia dos municípios Campo Alegre de Lourdes, Curaça, Uauá, Sobradinho e Casa Nova de Juazeiro para Remanso.	A atividade foi realizada em 02 dias. Pouca discussão acerca dos parâmetros, dando a impressão que os municípios seguiram as orientações da equipe da SESAB.
Outubro/2015	Sim	1. Situação epidemiológica das arboviroses na Bahia; 2. Preparação para reunião da CRIE; 3. SAMU Remanso – custeio; 4. Conferência estadual de saúde.	Apresentação da situação da Dengue, Zika e Chikungunya; falta de larvicida com previsão de regularização até o final do mês pelo MS; necessidade de intensificação das ações de controle e combate, em especial pela proximidade do período chuvoso. Coordenação do NRS chama atenção para necessidade de pensar em estratégias para o atendimento hospitalar. Nesse sentido, o gestor	O gestor do município de Casa Nova foi indicado para representar a microrregião de Juazeiro na CRIE. Definido as estratégias para readequação da rede PEBA a ser apresentada na reunião da CRIE.	Não ficou explícito quais foram as estratégias que a CIR propôs para adequação da Rede PEBA; problema com alocação de recursos financeiros e cumprimento dos acordos.

			<p>de Casa Nova destaca que no momento atual está muito difícil assumir ações de saúde. Apresentação da atual situação da CRIE, solicitação de indicação de um representante da microrregião de Juazeiro para compor o referido colegiado. Expõe para os participantes os serviços ofertados pela rede PEBA e salienta que é de responsabilidade dos municípios o transporte sanitário.</p> <p>A rede de serviços é insuficiente, além de que, existem unidades que não estão executando o que foi pactuado.</p> <p>Gestor do município de Remanso que desde outubro de 2014 vem assumindo integralmente o custeio da Unidade de Suporte Avançado do SAMU, a qual, presta serviço a outros municípios da região. Esclarece que já existe proposta no SAIPS/MS, porém, pela indisponibilidade de recursos a Portaria ainda não foi publicada. Solicita ainda que os recursos financeiros dos municípios de Pilão Arcado e Campo Alegre de Lourdes, hoje alocados no teto do SAMU de Juazeiro sejam alocados no teto do município de Remanso.</p> <p>Gestor de Campo Alegre de Lourdes solicita registro em ata da ausência frequente do gestor Juazeiro nas reuniões da CIR.</p>	Realização de reunião extraordinária da CIR com a presença do gestor de Juazeiro para tratar do SAMU regional.	
Novembro/2015	Sim	<p>1. Apresentação do rateio de recursos para custeio da USA de Remanso e de Juazeiro;</p> <p>2. Projeto de cirurgia de catarata;</p> <p>3. Apresentação da linha de cuidado obesidade de sobrepeso;</p>	<p>Coordenador da CIR propõe inversão da pauta, sendo a primeira a indicação de um representante da CIR no GT da CRIE.</p> <p>Apresentação da planilha do custeio mensal da USA, dos valores a serem repassados para o município de Remanso pelos municípios de Pilão Arcado e Campo Alegre de Lourdes, após a publicação da Portaria de habilitação da USA por parte do MS.</p>	<p>Indicado técnica da SMS de Sobradinho para representar a CIR de Juazeiro na Câmara Técnica da CRIE.</p> <p>Definido que o município de Remanso após habilitação da USA receberá R\$ 90.628,50 mensal para custeio do serviço.</p>	

		<p>4. Apresentação da Política de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM);</p> <p>5. Indicação de membro para compor Câmara Técnica da CRIE;</p> <p>6. Validação da pactuação SISPACTO.</p>	<p>Proposta de complementação de recursos para custeio da USA de Juazeiro pelos municípios de Curaça, Casa Nova, Sobradinho, Sento Sé, Uauá e Canudos. Informa que o Termo de Compromisso deve ser assinado pelo prefeito, e que o custeio da central de regulação do SAMU Regional é assumido apenas pela SMS de Juazeiro.</p> <p>Exposto aos participantes que foi criado um GT na CRIE para estudar o custo do transporte sanitário da Rede PEBA.</p> <p>Questionado ao gestor de Juazeiro o motivo pelo qual, das USA existentes na Central do SAMU Regional, apenas uma atende os municípios da região; sendo que era para as duas atenderem. O representante da RUE esclarece que essa foi uma decisão administrativa da SMS de Juazeiro, tendo como justificativa o volume de ocorrência no município que demanda por esse tipo de ambulância.</p> <p>Gestor de Remanso expõe que Campo Alegre de Lourdes não vem cumprindo com o acordo de custear o pagamento de um médico que integra a equipe da USA.</p> <p>Apresentação da Política Estadual para redução da mortalidade por IAM destacando a implantação de 50 salas de telemedicina e ampliação do serviço de angioplastia primária. Esclarece que pelos critérios a região contará com 04 salas.</p> <p>A região de Juazeiro não conta com serviço de atendimento ao glaucoma, sendo referência o município de Paulo Afonso.</p> <p>Apresentação da proposta para implantação de ambulatório intermediário voltado para pessoas</p>	<p>Além disso, os municípios de Pilão Arcado e Campo Alegre de Lourdes também complementar o custo do pagamento de um profissional médico que integra a equipe da USA.</p> <p>Definido que o valor complementar a ser repassado para SMS de Juazeiro para custeio da USA pelos municípios de Curaça, Casa Nova, Sobradinho, Sento Sé, Uauá e Canudos será de R\$6.278,20 mensal.</p> <p>As duas USA servirão aos municípios da região.</p> <p>As salas de telemedicina serão assim distribuídas: 02 em Juazeiro, 01 em Remanso e 01 em Sento Sé.</p> <p>O Atendimento do programa Saúde sem Fronteiras será em Juazeiro, sendo disponibilizados 320 atendimentos/dia para Juazeiro e 53 atendimentos/dia para os outros municípios da região; 03 cirurgias de catarata por dia para cada município.</p> <p>Cronograma de atendimento: 18 a 22/11 consultas, 19 a</p>	
--	--	--	---	--	--

			obesas ou com sobrepeso, sendo que inicialmente o serviço será implantado em Juazeiro. O gestor de Juazeiro acata a sugestão. Diretor da DIPRO apresenta o Programa Saúde sem Fronteiras (serviço de atendimento oftalmológico ambulatorial e cirurgia de catarata itinerante), população alvo e o período em que o serviço estará na região. Do total de atendimentos, 40% será destinado aos municípios de Juazeiro e os 60% distribuídos entre os demais municípios da região. Coordenação do NRS alerta que o custo com transporte será de responsabilidade de cada município e da necessidade validação do SISPACTO.	23/11 cirurgias, 21 visita dos prefeitos e 24/11 revisão cirúrgica.	
Fevereiro/2016	Sim	1. Plano estadual de resposta à emergência das microcefalias associadas às arboviroses; 2. Trabalho de campo do Plano Nacional de enfrentamento a microcefalia.	Coordenação do NRS apresenta o plano estadual. Presentes questionam sobre a realização dos exames para acompanhamento dos recém-nascidos, já que a rede ainda não dispõe deste tipo de serviço. Gestor de Juazeiro informa que a unidade SOTE não presta mais serviços ao SUS. O descredenciamento ocorreu em decorrência da direção da unidade solicitar pagamento dos procedimentos mediante tabela diferenciada, ou seja, com valores acima da tabela SUS. Quanto ao fluxo de atendimento, informou que a partir de então o atendimento de ortopedia será referenciado através da UPA para o Hospital Regional de Juazeiro; as cirurgias serão referenciadas para o Hospital de Trauma, desse modo, o atendimento não será mais por demanda espontânea. Garantiu que o fluxo será respeitado. A discussão sobre o atendimento as crianças com microcefalia, é retomada, sendo	Reunião técnica entre a equipe da Vigilância epidemiológica de Juazeiro e do NRS para organização do serviço de acompanhamento as crianças com microcefalia.	Pouca participação dos gestores nas discussões; planos de ação são apresentados para conhecimento, com pouca permeabilidade a adequação para a realidade regional; gestão de Juazeiro altera o fluxo de atendimento em ortopedia da Rede PEBA sem uma discussão previa com gestores municipais.

			<p>informado que a SMS de Juazeiro já designou uma equipe para atender a esta demanda. Técnico do NRS chama atenção para a definição clara do fluxo de atendimento e sugere a realização de uma reunião específica para tratar da organização do serviço para região.</p> <p>Coordenação do NRS apresenta os serviços disponíveis na Rede da Macrorregião Norte para as pessoas com deficiência.</p>		
Março/2016	Sim	<p>1. Situação epidemiológica das arboviroses;</p> <p>2. RUE;</p> <p>3. Rede cegonha;</p> <p>4. Sistema de Gestão de Custo de HPP.</p>	<p>Reunião ampliada, envolvendo representantes da CIR de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim, presidente do COSEMS-BA e representante do secretário de saúde da Bahia. Informado que até dezembro desse ano serão implantados 10 novos leitos de UTI no Hospital Nair Alves em Paulo Afonso. Apresentação do sistema de gestão de custo para HPP, destacando que se trata de um sistema on-line, que oferece as seguintes ferramentas: cadastro de contas, produção e receita.</p> <p>Situação epidemiológica das arboviroses é exposta, com distribuição espacial dos casos de microcefalia no estado. Coordenação do NRS destaca que dentre as 03 regiões de saúde que compõem a Macrorregião Norte, a de Paulo Afonso foi a que mais avanço na organização da rede de atendimento as crianças com microcefalia, entretanto, que não oferece consulta em neuropediatria e os exames de ecocardiograma e tomografia devido à ausência de serviço/profissional na região. Informa que foi encaminhado ao MS solicitação de credenciamento da APAE para atender o CER II. Os exames de USG transfontanela serão</p>	<p>Ambulância de Chorrochó servirá como reserva técnica para Paulo Afonso.</p> <p>Instauração de grupo para estudar a situação dos partos na Rede PEBA.</p> <p>Instauração de um grupo composto por coordenadores da CIR de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim para elaborar proposta para enfrentamento da situação do Hospital de Senhor do Bonfim.</p> <p>Realização de treinamento/atualização para atenção ao parto normal voltado para médicos que atuam nos hospitais municipais na Maternidade de Juazeiro.</p> <p>Solicitação de reunião da CRIE sobre a Rede PEBA.</p>	<p>Rede PEBA é referência para quase 2 milhões de habitantes, porém, a oferta de serviços está abaixo na demanda. Apresenta como maiores gargalos, ortopedia, obstetrícia e cardiologia. Insuficiência de médicos agrava ainda mais a deficiência da rede. A baixa capacidade instalada dos municípios da região é outra característica.</p>

			<p>realizadas no Hospital Regional d Juazeiro. A região de Senhor do Bonfim apresenta dificuldades em avançar na organização da rede regional.</p> <p>Gestor de Juazeiro informo que o tomógrafo não está funcionando, apesar do serviço já está credenciado. Solicita celeridade na resolução do problema.</p> <p>Apresentação da RUE, pela coordenação da CRIL, destacando os serviços ofertados pela Rede PEBA, sendo que as maiores demandas são nas áreas de obstetrícia e ortopedia. Pontua que a rede está insuficiente quanto ao número de leitos, porém, chama atenção para o fato que algumas unidades não estão cumprindo com os pactos estabelecidos. O tempo de resposta da central de regulação interestadual vem aumentado. Existência de encaminhamentos desnecessários, talvez pela ausência de exames de apoio diagnóstico. Hospital de Trauma (UNIVASF) apresenta déficit de anestesistas e cirurgiões, levando a suspensão de atendimento no último final de semana. Quanto a rede Cegonha, expõe que as regiões de Senhor do Bonfim e de Paulo Afonso não dispõem de serviços de referência para realização de parto de risco habitual. A referência em cardiologia apresenta dificuldade pelo número reduzido de leitos e pela redução da oferta de procedimentos na unidade contratada. Pontuou ainda a dificuldade no atendimento em saúde mental que necessitam de internação e dos casos de trauma ocular. Chamou atenção para situação precária do transporte sanitário da Rede PEBA, ocorrendo situações que o paciente vai ao óbito. A rede PEBA não conta</p>	<p>Solicitação de auditoria na PROMATE e Hospital de Traumas (UNIVASF).</p>	
--	--	--	---	---	--

			<p>ainda com serviços de referência para cabeça e pescoço, cirurgia torácica, cirurgia plástica e endoscopia.</p> <p>Durante a discussão, o gestor de Casa Nova reconhece as dificuldades que os municípios enfrentam, e que, existe diferenças entre Bahia e Pernambuco.</p> <p>Presidente do COMSEMS solicita aos municípios levantamento das pendências de habilitação de serviços junto ao MS e sugere que uma das pautas da reunião da CIR seja situação da rede cegonha em cada região de saúde.</p>		
--	--	--	--	--	--

FONTE: Elaboração dos autores a partir das atas das CIR-Juazeiro.

Frequência dos gestores nas reuniões da CIR – Juazeiro, 2015 e 2016.

Reunião	NRS	Juazeiro	Casa Nova	Sobradinho	Uauá	Sento Sé	Campo Alegre de Lourdes	Pilão Arcado	Canudos	Curaça	Remanso
Março/2015											
Abril/2015											
Maior/2015											
Julho/2015											
Setembro/2015											
Outubro/2015											
Novembro/2015											
Fevereiro/2016											
Março/2016											

FONTE: Elaboração dos autores a partir das atas das CIR-Juazeiro.

% de temas pautados na CIR

Tema	N	%
CIR	04	15,3
Atenção Básica	05	19,3
RUE	04	15,3
Conferência estadual de saúde	02	7,8
Consórcio	01	3,8
Regulação assistencial	01	3,8
SISPACTO	02	7,8
Arboviroses	02	7,9
Atenção especializada	01	3,8
Linhas de cuidado (IAM e obesidade)	01	3,8
Microcefalia	01	3,8
Rede Cegonha	01	3,8
HPP	01	3,8
Total	26	100

APÊNDICE 5 – RESUMO DAS NOTÍCIAS VINCULADAS NA MÍDIA SOBRE A REDE PE/BA, 2015 E 2016.

Ano	Meio de comunicação	Manchete	Conteúdo da notícia
2015	Jornal Tribuna de Pernambuco	Alvorlande cobra portas abertas do HU de Petrolina para pacientes da Rede PEBA e criticou ausência do HDM-Imip em audiência pública.	Audiência Pública ocorrida no dia 16 de setembro de 2015 que discutiu os problemas da rede Pernambuco-Bahia. Foi um debate que além de apresentar os problemas, definiu-se alguns encaminhamentos que serão pauta da reunião do colegiado da Rede (CRIE). Participação de representantes do MS, Secretarias Estaduais da Pernambuco e Bahia, Secretarias Municipais de Juazeiro e Petrolina e do HU
2015	Blog Didi Galvão	Audiência Pública aponta saídas para o funcionamento adequado da Rede Interestadual de Saúde do Vale do São Francisco (Rede PEBA).	Audiência promovida pela Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa de Pernambuco (ALEPE) e Câmara de Vereadores de Petrolina. Dois pontos foram importantes, a destinação de recursos para implantação de serviços de urgência e emergência de traumas em Juazeiro e a construção de uma maternidade de baixa complexidade em Petrolina. MS já encaminhou a verba para o Estado (PE) que busca um terreno e deve licitar a maternidade até dezembro.
2016	Ponto crítico	Comissão de Saúde da Câmara discute situação do HU	Reunião da Câmara de vereadores com a presença da secretária de saúde de Petrolina discutem a atual situação do HU, que vem passando por diversos problemas, devido à escassez de profissionais. A reunião aconteceu após o fechamento do portão do HU no último dia 12 de março. A direção da EBSRH afirmou que a situação é momentânea e que estão adotando medidas para resolver (contratação de profissionais por meio de um concurso nacional).

2016	Blog do Farnésio	Quer saber política	As equipes do Hospital Dom Malan (HDM) e da Unidade de Pronto Atendimento e Atenção Especializada (UPAE) apresentaram a carta de serviços; o que atendeu a um desdobramento do fórum de debate que tem como objetivo discutir a RUE na região. Na próxima reunião será a vez de Juazeiro apresentar seus serviços.
2016	Ação popular net	Representantes do HDM e UPAE/IMIP participam do fórum com gestores da Rede PEBA	A iniciativa tem como objetivo discutir o serviço de urgência e emergência, desde o acesso de livre demanda à regulação.
2016	Notícia aberta EBSERH	Encontro discutiu os serviços de urgência e emergência da Rede PEBA	Os serviços de saúde apresentaram os seus perfis de atendimento e as principais dificuldades que enfrentam para prestarem atendimento à população. As instituições firmaram compromisso em garantir que cada unidade realize atendimentos de acordo com as suas especificidades. O objetivo é evitar que as unidades de referência regional não se sobrecarreguem com demanda de pacientes que devem ser atendidos pela Atenção Básica. A representante do HU também apresentou o modelo de classificação de risco que está em fase de implantação, o qual adota o protocolo de Manchester.

FONTE: Elaboração da autora a partir das notícias relacionadas a Rede vinculadas na internet, <https://jornaltribunadepe.wordpress.com/tag/rede-peba/>, <http://www.didigalvao.com.br/audiencia-publica-aponta-saidas-para-funcionamento-adequado-da-rede-interestadual-de-saude-do-vale-do-sao-francisco>; <http://pontocritico.org/28/03/2016/comissao-de-saude-da-camara-discuti-situacao-do-hu>; <http://www.versaberpolitica.com.br/equipas-do-hdm-e-upaeimip-participam-de-apresentacao-dos-servicos-da-rede-peba/>; <http://acaopopular.net/jornal/representantes-do-hdm-e-upaeimip-participam-de-forum-com-gestores-de-saude-da-rede-peba/>; <http://www.ebserh.gov.br/hu-univasf/noticia-aberta/asset>

ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP-FMUSP

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 07/10/2015, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **382/15** intitulado: **“REGIÕES INTERESTADUAIS DE SAÚDE: O DESAFIO DA REGULAÇÃO.”** apresentado pelo Departamento de MEDICINA PREVENTIVA

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Ana Luiza D'Ávila Viana

Pesquisador (a) Executante: Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira

CEP-FMUSP, 07 de Outubro de 2015.

Profa. Dra. Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa