

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL –  
MESTRADO E DOUTORADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

Rosângela Dornelles

**PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: UM ESTUDO DO HOSPITAL DE  
SÃO JERÔNIMO/RS COMO HOSPITAL REGIONAL NA REGIÃO CARBONÍFERA**

SANTA CRUZ DO SUL/RS

2018

Rosângela Dornelles

**PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: UM ESTUDO DO HOSPITAL DE  
SÃO JERÔNIMO COMO HOSPITAL REGIONAL NA REGIÃO CARBONÍFERA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de pesquisa em Estado, Instituições e Democracia, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Virginia Coutinho Areosa

Santa Cruz do Sul/RS

2018

Rosângela Dornelles

**PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: UM ESTUDO DO HOSPITAL DE  
SÃO JERÔNIMO COMO HOSPITAL REGIONAL NA REGIÃO CARBONÍFERA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de pesquisa em Estado, Instituições e Democracia, Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

*Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Virginia Coutinho Areosa*  
Professora orientadora – PPGDR/UNISC

*Prof. Dr. Marco André Cadoná*  
Professor examinador – PPGDR/UNISC

*Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Liane Righi*  
Professora examinadora-UFSM

Santa Cruz do Sul/RS

2018

## AGRADECIMENTOS

Quando decidi enfrentar o desafio de voltar ao meio acadêmico para cursar o Mestrado em Desenvolvimento Regional foi uma maneira de retomar um caminho há muito tempo deixado de lado, devido à dinâmica imposta pelas atividades da Medicina, e também pela defesa das políticas de saúde no âmbito municipal, regional e estadual.

Algumas vezes até pensei em desistir, pois em alguns momentos cheguei a duvidar de mim mesma, de minhas habilidades, do meu papel como pessoa em transformação. Foi necessário um grande esforço para continuar, tanto intelectual quanto emocional.

Assim, finalizei este estudo em um processo que desconstrói e constrói momentos mágicos sobre realidades que vivenciei, em momentos introspectivos/silenciosos, conduzindo-me a lançar um olhar mais qualificado sobre saúde. E muito tenho a agradecer a todos os que fizeram parte dessa caminhada.

Antes de mais nada, agradeço aos que formaram as teias que teceram a minha rede de auxílio durante meus estudos. Ao meu marido, Manoel Henrique Paulo, e à minha mãe, Maria Helena Macuglia da Silva, pelo estímulo e apoio diário para que eu pudesse estar ausente da vida familiar por mais tempo.

Às minhas filhas, Sophia Dornelles Paulo e Cecília Dornelles Paulo, que, além de entenderem a minha ausência, também, ao meu lado, observavam em silêncio as muitas horas de meu estudo para que eu não sentisse solidão.

Aos amigos e amigas agradeço o incentivo, a companhia para uma conversa, a troca de ideias, o apoio, a alegria compartilhada e todas as boas energias e os bons pensamentos. De modo especial, agradeço à companheira de mestrado, de vida e de luta política, Emília Guerreiro, por estar sempre ao meu lado.

De forma carinhosa e muito especial ao amigo e professor Rudimar Serpa de Abreu, que não mediu esforços em percorrer a estrada entre Charqueadas e Santa Cruz, e pelos estímulos para que eu voltasse para a vida acadêmica. A você, meu agradecimento eterno.

Agradeço aos meus colegas de trabalho da Central de Leitos do Estado, que, de muitas formas, me ajudaram a acrescentar mais da vivência prática que temos, da regionalização da saúde.

Agradeço, de modo especial, à minha orientadora, Professora Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa, que acreditou na importância deste tema através desta pesquisa, e por saber dar a seus orientandos exatamente aquilo que precisam. Minha gratidão e meu reconhecimento eterno.

Aos professores examinadores, Dr. Marco André Cadoná e Dra. Liane Righi, por fazerem parte deste momento comigo.

Agradeço ainda aos colegas da turma 2016 de mestrado, pelos momentos divididos e pela convivência que deixará saudade.

Ao professor Rogério, pelos momentos de acolhimento e estímulo nessa caminhada.

Aos professores e funcionários do PPGDR da UNISC, pela convivência fraterna.

Por fim, a todos os que tornaram possível este estudo e, mais importante do que isso, aos que acreditam no nosso sistema de saúde, o SUS.

Obrigada!

*“qualquer proposta de regionalização da saúde no Brasil deverá contribuir para o fortalecimento da identidade local e de um determinado território no qual o poder político-institucional é exercido por um amplo conjunto de atores sociais envolvidos”.*

GUIMARÃES, 2005.

*“Regionalização em seu mais amplo conceito significa muito mais do que médicos e hospitais.”*

GRANT, 1955.

## RESUMO

A presente abordagem sobre o processo de implementação da regionalização da saúde foi efetuada através de análise de um estudo de caso sobre a implementação do Hospital Regional de São Jerônimo, localizado na Região 9 de saúde pertencente à Região Carbonífera, que ocorreu a partir da publicação do Decreto n. 7508/2011, instituindo 30 regiões de saúde no Rio Grande do Sul (RS). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com sujeitos (atores) que atuaram ou participaram da implementação da regionalização do hospital, na condição de gestores municipais e estaduais, além de conselheiros municipais de saúde. Através da abordagem qualitativa realizou-se investigação documental, bibliográfica e a observação sistemática. Como fatores que dificultaram o processo estudado apareceram a diversidade econômica e populacional dos municípios da região, que se mostram relevantes por deixarem claro as diferenças de postura e de capacidade política para se integrarem num processo harmônico de composição. Ao exacerbarem, potencializando as contradições a partir dos interesses distintos, comprometem os processos de mediação das relações regionais, nos quais se percebe a ausência de protagonismo e pertencimento regional, colocando o espaço regional muito mais como ambiente de disputa do que de cooperação. A normatização que gerou as 30 regiões de saúde no estado do Rio Grande do Sul, desde 2013, durante o governo Tarso Genro, reconfigurou novas redes assistenciais e redes políticas nestas regiões. O aumento de responsabilidade em ofertar serviços de saúde que resolvessem as necessidades em saúde dessa região fez com que surgisse o fortalecimento do hospital regional, mas com diferentes olhares dos atores que participaram ou ainda participam desse processo. A regionalização da saúde, como estratégia para o desenvolvimento regional, não foi discutida no momento da estruturação das regiões de saúde, muito menos a implementação dos hospitais regionais na visão dos atores. Por fim, as dificuldades do Estado em traçar uma estratégia que fortaleça a implementação da regionalização da saúde como processo que, além de ofertar serviços à região de saúde, possa participar do desenvolvimento da região através da produção de uma rede de apoio na governança nas regiões para enfrentamento das desigualdades regionais, ainda está longe da realidade e vivência dos atores. Além da regionalização da saúde não ser tratada como prioridade no Estado, por duas gestões, podemos afirmar que é o próprio conjunto de atores, envolvido na implementação da política de saúde, que condiciona o modo com que a atenção à saúde se materializa nos territórios.

**Palavras-chave:** Política de saúde. Regionalização. Regiões. Redes.

## ABSTRACT

The approach of the process of implementation of the regionalization of health was made through analysis of a case study, having as reference, the Regional Hospital of São Jerônimo, located in the region 9 of health, belonging to the Região Carbonífera, what happened from the publication of Law Decree 7508/2011, instituting 30 health regions in RS. The purpose of the research is to analyze the process of the regionalization of the hospital, with the focus on the look of the actors who made and are part of the SUS regionalization. Were interviewed subjects (actors) who acted or participated in the implementation of the regionalization of the hospital: municipal and state managers, and municipal health councilors. It was a documentary and bibliographic research, systematic observation and interviews with the actors in its main decision-making arenas. The Regionalization of Health produces a dynamic during the implementation, in which one can observe a diversity of interests and power games that involve the different actors, instances of government, institutional and organizational arrangements that influence and guide the implementation and formulation of the policy, as well as the decision dynamics, where the actors do not participate directly, but rather peripherally, and without even putting itself in the strategic moments of decisions. As factors that hindered the process studied, appeared the economic and population diversity of the municipalities of the region appeared, which are relevant because make it clear the differences in posture and political capacity to integrate in a harmonic process of composition. The implementation of regionalization in Rio Grande do Sul is still a slow and troubled process, suffering internal and external pressures. The standardization that generated the 30 health regions in the state of Rio Grande do Sul since 2013, during the Tarso Genro government, reconfigured new care networks and political networks in these regions. With the change of management, there was continuity in the process, but with significant changes. External actors, with representativeness and organized political force, influenced the process of implementing of the health services in the region, constituting important governance networks forming important networks of governance in this region, strengthening these services. The increased responsibility to offer health services that solve the health needs of this region, made it appear the fortification of the regional hospital, but with different views of the actors who participated or still participate in this process. The regionalization of health, as a strategy for the regional development, was not discussed at the moment of structuring the health regions, much less the implementation of regional hospitals in the actors' vision. Finally, the State's difficulties in to draw a strategy that strength the implementation of regionalization of

health as a process that, besides offering health services to the health region, can participate in the development of the region through the production of a support network in the governance of regions for addressing of the regional inequalities, is still far from the reality and experience of the actors. For two administrations, the regionalization of health was not treated as a priority in the State, making the policy not become a strategy for the governors as a way to improve the health indicators of the population of the regions.

**Keywords:** Health Policy. Regionalization. Regions. Networks. Governance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da Região Carbonífera inserida na Região de Saúde 9 .....	19
Figura 2 – Ciclo de Políticas Públicas .....	29
Figura 3 – Desenho esquemático dos níveis de organização da gestão compartilhada do SUS, pelos três entes da federação .....	81
Figura 4 – Desenho esquemático de organização da rede de ações e serviços de saúde, em uma região de saúde .....	84
Figura 5 – Mapa das regiões de saúde administrativas do RS .....	96
Figura 6 – Nova configuração das macrorregiões e regiões de saúde do RS.....	104
Figura 7 – Mapa das 30 regiões de saúde.....	105
Figura 8 – Região de Saúde 9 Carbonífera/Costa Doce .....	108
Quadro 1 – Constituição da região macrometropolitana da Região de saúde 9 .....	101
Quadro 2 – Relação de Entrevistados e data das Entrevistas .....	107

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estabelecimentos de saúde conforme município e tipificação .....	110
Tabela 2 – Estabelecimentos de saúde especializados .....	112
Tabela3 – Atendimentos de urgência .....	119
Tabela4 – Autorizações de Internações Hospitalares .....	120
Tabela5 – Número de internações hospitalares – por local de residência .....	120
Tabela6 – Leitos Internação SUS / Privado – Total.....	121
Tabela7 – Número de internações anuais dos partos no Hospital por local de residência ..	122
Tabela 8 – Recursos financeiros – componente hospitalar .....	138
Tabela 9 – Recursos financeiros – componente ambulatorial .....	139

## SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde  
ASSEDISA – Associação dos Secretários e Dirigentes de Saúde  
ASSTEPLAN – Assessoria Técnica de Planejamento  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIES – Comissão de Integração Ensino Serviço  
CIR- Comissão Intergestora Regional  
CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde  
CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CGR – Comissão de Gestão Regional  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde  
COGERES – Conselho de Gestores Regionais  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CRS – Conselho Regional de Saúde  
EUA – Estados Unidos  
FAS – Fundo de Assistência à Saúde  
GM – Gabinete do Ministro  
GT – Grupo de trabalho  
HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria  
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões  
INAMPS – Instituto Nacional De Assistência Médica Da Previdência Social  
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS – Ministério da Saúde  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Panamericana da Saúde  
PA – Pronto Atendimento  
PAM – Plano de Ações e Metas  
PDI – Plano Diretor de Investimento  
PDR – Plano Diretor de Regionalização  
PM&A – Planejamento Monitoramento e Avaliação  
PPI – Programação Pactuada e Integrada  
2ª CRS – Segunda Coordenadoria Regional de Saúde  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de *Saúde*  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2. REGIONALIZAÇÃO E REDES DE SAÚDE .....</b>	<b>25</b>
2.1 Política Pública .....	25
2.2 Regionalização da saúde no contexto de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) .....	34
2.3 As Redes de Saúde no processo de regionalização .....	53
2.4 A estrutura de governança proposta pelas políticas para dinâmicas de regionalização da Saúde .....	69
<b>3. A ESTRATÉGIA DE REGIONALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NA REGIÃO 9 DE SAÚDE RS .....</b>	<b>89</b>
3.1 Processo de construção das regiões de saúde no Rio Grande do sul: contextualização do cenário institucional .....	97
3.2 A Região 9 de Saúde no Rio Grande do Sul .....	102
3.3 O Hospital São Jerônimo: a implementação de um hospital regional na Região 9 de Saúde .....	105
<b>4. REGIONALIZAÇÃO DE SAÚDE NA REGIÃO 9 DE SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DO HOSPITAL DE SÃO JERÔNIMO COMO HOSPITAL REGIONAL .....</b>	<b>113</b>
4.1 A trajetória metodológica da investigação .....	114
4.2 As regras do jogo: O processo de regulamentação do Hospital Regional de São Jerônimo ..	122
4.3 As redes .....	127
4.4 A estrutura de governança .....	134
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>145</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>150</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>167</b>
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	167
APÊNDICE B – Roteiro para Levantamento de Dados .....	169
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista com gestores.....	170
APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista com a direção do Hospital .....	171

## 1 INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição de 1988 trouxe avanços para a organização do Estado brasileiro, o qual passou a ter um sistema político, tributário e federativo bastante descentralizado, dando às esferas estaduais maior importância e visibilidade. Conforme Souza (2006, p. 9), “apesar de estarmos com mais de duas décadas de redemocratização ainda se sabe pouco sobre os processos estaduais e o papel que suas elites políticas desempenham neste conjunto”.

A análise do processo de redemocratização brasileiro em relação a como são governados os Estados ganha força, especialmente na pauta das políticas públicas, principalmente no que diz respeito à formulação, implementação e gestão de políticas públicas e ao papel das elites que governam os estados e de todos os atores que participam dessa construção estadual. A partir dessa abordagem busca-se, aqui, suprir uma lacuna de estudos sobre o papel da esfera estadual, nesse caso, o Brasil, onde essa esfera passa a ter um “papel importante no cenário político-eleitoral e nas políticas públicas” (SOUZA, 2006, p.9).

Souza (2006) refere uma forte uniformidade nos territórios estaduais das políticas públicas, no período pós-redemocratização brasileira, o que direcionou governos e atores como fontes de apoio à coalizão nacional do governo, tornando-os, assim, importantes implementadores de políticas públicas. O desdobramento do processo de implementação de uma política pública envolve as relações político-institucionais, com o intuito de criar condições para desenvolver uma estratégia estadual que contemple as diferenças regionais e crie condições para o desenvolvimento da saúde. Entretanto, “esta arena decisória que é responsável pela aprovação, ou mesmo, pelo rumo que a política terá, precisa ser conhecida e cuidadosamente estudada” (SOUZA, 2006, p.10).

Foi a partir da Constituição de 1988, que surgiu o desafio de ofertar a saúde como direito universal e de cidadania, estabelecendo o dever do Estado de provê-la por meio do Sistema Único de Saúde – SUS. Esse sistema é reconhecido internacionalmente como um dos melhores Sistemas de Saúde do mundo, sendo referência na área. Entretanto, possui grandes problemas na implementação, gestão dos serviços, acessibilidade, entre outros (SCHNEIDER, *et al.*, 2009).

Conforme Paim (2009, p. 13), “o SUS é algo distinto, especial, que não se reduz apenas à reunião de palavras Sistema, Único e Saúde”. Esse autor refere-se a esse sistema como um conjunto de agências e agentes que tem por objetivo principal garantir a vida das pessoas, em que as organizações e as pessoas que fazem parte desse sistema constituem um todo, mas não são simplesmente metade uma da outra, podendo ser muito mais que o todo.

Aqui destacamos as agências — organizações públicas ou privadas —, que podem ser governamentais ou não, e que têm por objetivo promover ou reabilitar a saúde dos indivíduos. O SUS, apesar de ter o adjetivo de único, é um sistema de saúde composto por vários estabelecimentos e serviços de saúde ligados às organizações públicas ou privadas, podendo ter fins lucrativos ou não<sup>1</sup>. A análise, mesmo se tratando de um sistema único, demonstra a dificuldade de ter um objetivo único, pois, muitos interesses cruzam esse sistema. Por isso, por entendermos que a análise histórica é insuficiente para explicar os problemas e desafios do SUS, buscamos, nesta investigação, conhecer a política de saúde para além da sua história, dando ênfase ao estudo das relações que se estabelecem com foco nos condicionantes e a complexidade na etapa de implementação (PAIM, 2009).

A etapa da implementação das políticas públicas está relacionada à etapa de formulação da política, em que o processo todo pode ser alterado, pois novos acordos são realizados, e

uma definição feita na etapa de tomada de decisão pode ser modificada ou mesmo rejeitada e alterar o argumento principal da própria política; novas negociações são processadas e, por consequência, novas decisões e formulações apresentadas (VIANA; BAPTISTA, 2009, p. 77).

Para essas autoras, a partir da implementação estabelecem-se novos pactos, com novos atores, os quais, em muitos momentos, não participaram do pacto inicial de formulação, como os atores responsáveis pela prestação de serviços. Eles foram, na ocasião da implementação do SUS, os principais agentes da política (VIANA, BAPTISTA, 2009).

No caso brasileiro, o ponto de partida é a estrutura federativa. Nessa perspectiva, tanto a descentralização quanto a regionalização devem ser entendidas sob a dinâmica federalista, e dada a complexidade do contexto em que estão inseridas terão que se submeter a uma implementação lenta e negociada. Vários estudos sobre a descentralização do sistema de saúde no Brasil citam, com destaque, as relações intergovernamentais e suas complexidades na formulação e implementação das políticas de saúde, que são intensamente induzidas e coordenadas pelo Governo Federal, utilizando mecanismos de transferência de recursos em função da adesão a uma política (ARRETCHE, 2003; MARQUES, MENDES, 2003).

Ao longo dos anos constatamos a promoção de uma descentralização dissociada de um projeto regional que limitou as ações e a oferta de serviços. Isso resultou em um sistema de saúde com experiências importantes e com êxito, porém fragmentadas, que conduziram, na maioria das vezes, a resultados que levaram à frustração de quem propôs este sistema, e

---

<sup>1</sup> Como o exemplo do hospital analisado neste estudo, que é filantrópico.

também à descrença dos usuários na política pública da saúde, devido à inoperância e ineficiência de atender as necessidades de saúde da população. (CALIPO, 2002).

A fragmentação ocorreu pelo privilégio dado ao papel do município que atuou sem a face da coordenação regional e com um fraco papel dos estados brasileiros na ordenação de redes assistenciais. Na avaliação da pesquisadora Ana Luiza d'Ávila Viana, coordenadora do estudo "Regiões e Redes", somou-se a isso um padrão de financiamento baseado fortemente em recursos municipais e transferências federais, que acabou inibindo a cobertura universal do SUS e, por sua vez, a regionalização da saúde. (VIANA, 2014).

A criação do SUS, no Brasil, através da Constituição Federal de 1988, que tornou a saúde um direito de todos a ser garantido pelo Estado, também explicita que as ações e os serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1988). Assim, foi previsto, constitucionalmente, que a descentralização ocorresse de maneira articulada com a diretriz da regionalização, objetivando a conformação do sistema de saúde. Todavia não foi o que aconteceu no processo de implantação do SUS. Essas diretrizes não funcionaram em conjunto, tendo evidenciado a fragmentação das ações e serviços de saúde, em um contexto de enormes desigualdades regionais (GADELHA, *et al*, 2009).

Além disso, esse sistema tem outros princípios e diretrizes que norteiam a sua organização: 1 - descentralização da gestão, com municipalização e regionalização; 2 - participação popular e controle social; 3 - integralidade da atenção, com acesso, acolhimento e equidade (BRASIL, 2006).

Após discutirmos de que maneira a regionalização se tornou uma proposta a ser estudada, visando entender a organização dos sistemas de saúde, nos cabe compreender os movimentos que culminaram com o modelo atual. Essa retomada é importante, pois muitos dos desafios identificados para a implementação efetiva e cooperativa da regionalização guardam ligação com seu processo histórico e de característica institucional. (VIANA, 2010a).

Neste estudo buscamos analisar a política de regionalização da saúde como processo de construção e instrumento da política pública de saúde, em que os avanços técnicos, políticos e normativos, relacionados à regionalização da saúde no Brasil, nos últimos dez anos, confirmam a importância crescente dessa estratégia no âmbito da política de saúde (ARRETCHE, 2011).

A regionalização é o eixo que irá orientar a descentralização das ações e serviços e os processos de pactuação e negociação entre os diversos atores envolvidos nessa política. No

entanto, o termo regionalização, no âmbito do SUS, carrega muitos significados, que podem ser interpretados, também, a partir de diferentes maneiras e olhares. Essa forma de análise, por sua vez, pode fornecer elementos para a compreensão do processo de regionalização da política de saúde que vem se efetivando por meio dos diferentes mecanismos e instrumentos normativos da implementação do SUS. Ao mesmo tempo, é consensual entre os pesquisadores que regionalizar a saúde de modo efetivo e cooperativo é uma alternativa necessária para a garantia real, e não apenas formal, do acesso universal, integral e equânime no território brasileiro (SANTOS; CAMPOS, 2015).

A política de saúde dos governos desenvolveu formas de indução da descentralização e da regionalização do SUS. A regulação desses processos foi realizada pelo Ministério da Saúde por meio da normatização, com a edição anual de dezenas de portarias, em geral associadas a mecanismos financeiros que favoreceram a adesão e a implementação das políticas pelos gestores locais e estaduais (VIANA, 2014).

Destacamos ainda, sobre a implementação da regionalização da saúde, que nem a normatização da política de saúde, ou somente a região de saúde, consegue alterar o processo de regionalização. Apesar dos esforços e os ganhos que a política de saúde obteve entre os anos de 2000 e 2010, a iniquidade no Brasil resiste e apresenta marcantes diferenças na oferta dos serviços de saúde. Isso decorre da atuação de um conjunto de atores que estão ligados à própria implementação da política de saúde, e que condiciona a forma como a atenção à saúde se materializa nos territórios (VIANA *et al.*, 2014).

Os pesquisadores identificam, como limitador da implantação da regionalização, a dificuldade que os atores apresentam em assegurar o compromisso negociado em âmbito regional. (IANNI *et. al*, 2012).

Como citado anteriormente, um conjunto de leis e portarias foi instituído para determinar as regras e os mecanismos desse processo em todo o território nacional, com destaque para: Constituição Federal de 1988; Leis Orgânicas da Saúde n. 8.080 e n. 8.142 de 1990; Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996; Norma Operacional de Assistência à Saúde (01/2001 e 01/2002), Pacto pela Saúde de 2006, e, mais recentemente, o Decreto 7.508/2011.

Assim, em 2011, o Decreto Presidencial n. 7.508, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, deu novo destaque às redes, estabelecendo instrumentos para sua efetivação: o Mapa Sanitário (que inclui a oferta pública e privada nas regiões); os Contratos Organizativos de Ação Pública – COAP (baseados na definição de regras e acordos jurídicos entre os entes federados nas regiões); os Planos de Saúde; a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

(Renases); a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); e as Comissões Intergestores (instâncias de governança regional das redes, incluindo as Comissões Intergestores Regionais – CIR –, em substituição aos CGR) (BRASIL, 2011).

Desde a aprovação do Decreto 7.508/2011, aproximadamente 440 regiões de saúde foram formalmente instituídas em todo o país. Possivelmente, como sugerem Santos e Campos (2015), muitas dessas regiões de saúde são incapazes de atender 95% das necessidades de saúde de sua população, o que demandaria um esforço de avaliação e repactuação das regiões. De todo o modo, como prevê a própria legislação, a integralidade da assistência deve ser feita por meio das Redes de Atenção à Saúde, que podem estar compreendidas no âmbito de uma única região de saúde, ou de várias delas, conforme as diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores Regionais (CIRs).

Nesse processo de regionalização, o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde se reafirma como estratégia de reestruturação do sistema de saúde. Isso, tanto no que se refere a sua organização quanto à qualidade e ao impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde, com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS, como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania (BRASIL, 2010).

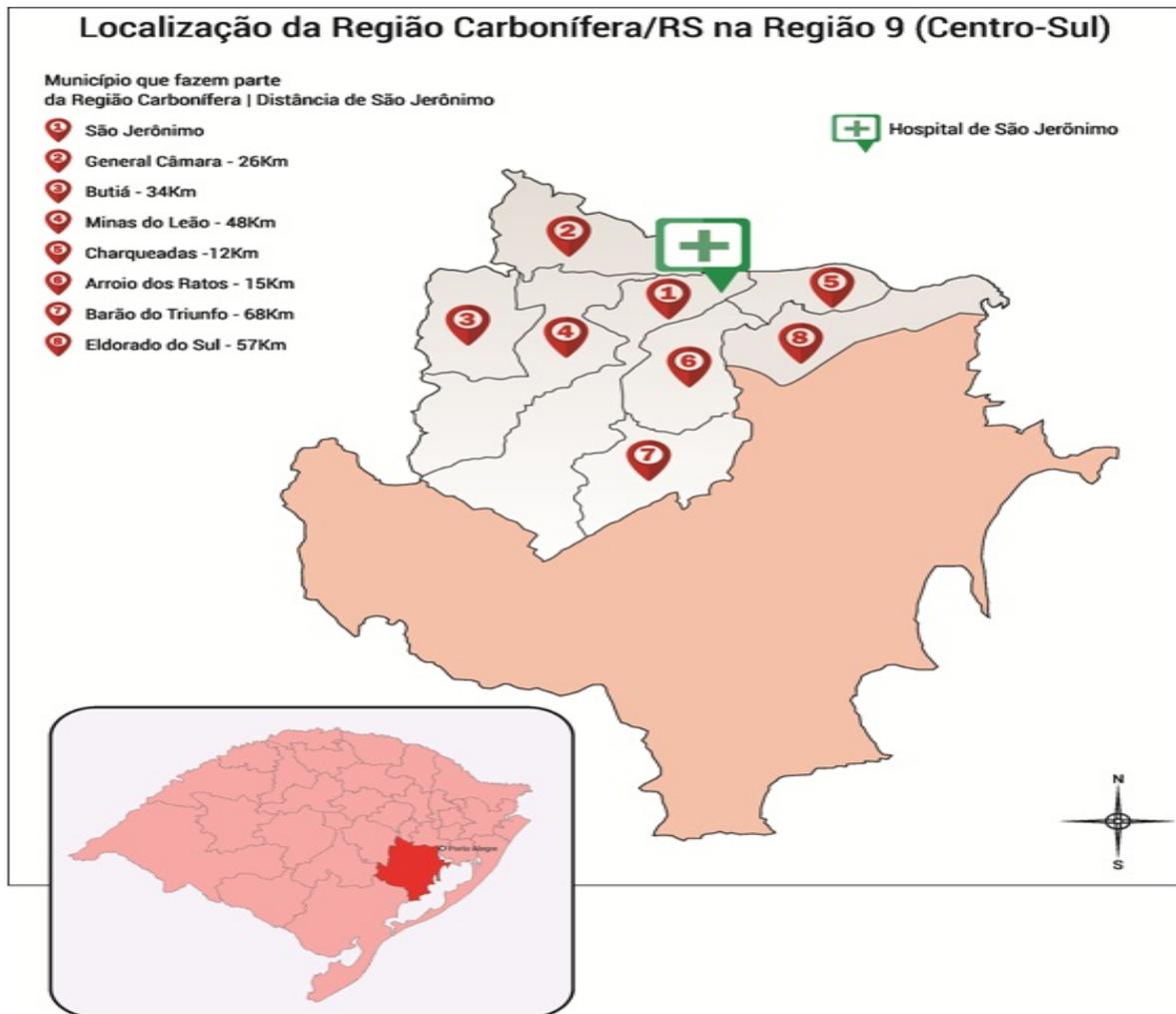
Foi através da vivência, na condição de gestora estadual do SUS, nos anos de 2011/2014, no Governo Tarso Genro, que tivemos a oportunidade de construir, dentro do território de várias regiões, um novo processo de regionalização da saúde. Assim, escolhemos nosso objeto de pesquisa como forma de expressar nossas escolhas ideológicas e nossa atuação política, demonstrando nossa estratégia de crença na luta pela saúde pública.

Esse cenário nos instigou a perceber a regionalização de saúde na Região 9, onde ocorreram ações por parte da coordenação de saúde, propondo a retomada da discussão do processo de regionalização do SUS, que trata de estruturar um sistema mais adequado às necessidades territoriais e também aos anseios da população em relação à saúde. Assim, buscar e sugerir uma ferramenta de gestão que articule as estruturas existentes dentro da região, juntamente com os vários atores (sujeitos, governos, instituições e grupos sociais), para que as redes em saúde e serviços de saúde pudessem emergir e fixar, para melhor atender a população das regiões, tornou-se uma busca constante para nosso trabalho na função de gestora, de profissional da saúde e de militante da área.

Nosso estudo aconteceu na Região Carbonífera, parte integrante da Região de Saúde 9, sendo composta por oito municípios: Arroio dos Ratos, São Jerônimo, Charqueadas, Barão do Triunfo, Butiá, Minas do Leão, Triunfo e General Câmara. A Região de Saúde 9 pertence à

região administrativa da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde e é composta pela Região Carbonífera e a Região Costa Doce. Essa nova configuração aconteceu após o Decreto Presidencial nº 7508, no Rio Grande do Sul, através de um processo que alterou a configuração e os números das regiões de saúde. Foram instituídos pela resolução da Comissão Intergestores Bipartite nº 555/2012, que formalizou essa resolução a partir da discussão feita nos antigos COGERES (Conselho de Gestores Regionais), orientados pelos núcleos de planejamento da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (PORTARIA, SES 28/2012), que constituíram as regiões conforme as orientações do Decreto Presidencial 7508/2011. O mapa a seguir mostra essa nova configuração.

**Figura 1- Mapa da Região Carbonífera inserida na Região de Saúde 9.**



Para este estudo utilizamos o Hospital de Caridade de São Jerônimo, localizado no município de São Jerônimo, como objeto de pesquisa, pois foi instituído como hospital regional a partir da constituição da Região de Saúde 9, juntamente com a estruturação das redes de atenção desta região, inserindo o hospital como parte integrante dessa rede de saúde.

É visível, pelo nosso estudo, que o Decreto n.7508/2011 fortaleceu as redes assistenciais na Região de Saúde 9, e apesar dos poucos recursos otimizados e colocados à disposição da região, e que ainda não garantem a resolução das necessidades de saúde da região, mantém a ideia de uma rede, muito presente e fortalecida pelo Hospital de São Jerônimo.

Aqui é importante ressaltar que o papel do hospital na rede, não era o de discutir a ação de construir essas redes, mas sim “de construir unidades produtoras de serviços isoladas

umas das outras, mas, ao contrário, articuladas e comunicadas entre si, a maneira de uma rede onde cada módulo da mesma está unido funcionalmente aos outros” (TEJADA, 1990, p. 281). A criação da região de saúde efetivou a regionalização do hospital, apesar de diferentes olhares sobre essa regionalização. O hospital se constituía em uma porta de atenção à saúde, mas dependia muito de interesses políticos e econômicos para sua atuação regional.

Em sua discussão sobre o hospital e apresentar propostas para sua inclusão no sistema local de saúde, Villar refere que “o hospital é um dos elementos da rede, no qual cumprirá um papel condicionado por sua localização geográfica, seus recursos e seu nível de complexidade” (VILLAR, 1990, p. 290).

O mesmo autor ainda relaciona essa visão a uma proposta para a administração do hospital: propõe, a exemplo da gestão das unidades, níveis de organização, características que, para ele, estão presentes no hospital “como em qualquer nível social” (VILLAR, 1990, p. 290).

Outras questões importantes apontadas por Villar é a centralidade do hospital em relação aos outros serviços: a centralidade de um (do hospital) refere-se à periferia de outro (os serviços que denominamos rede básica). Por sua vez, Tejada (1990) propõe alterações que resultam de uma revisão conceitual da rede e reconhece as limitações dessa discussão à medida que identifica, no modelo tradicional (centrado no hospital), a origem de parte delas.

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), as Unidades Ambulatoriais Especializadas (UAEs), os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros.

Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (BRASIL, 2010) <sup>2</sup>.

A rede de atenção do SUS é complexa, formada por serviços estatais e privados, filantrópicos ou lucrativos. Para Campos (2000, p. 86), as instituições apresentam duplicidade de objetivos, sendo o reconhecimento desse “duplo papel” essencial para a reconstrução de modos de governá-las. Os objetivos institucionais identificados pelo autor são

---

<sup>2</sup> Já o termo rede de atenção tem sido usado no campo da saúde para denominar serviços localizados em um determinado território e com características semelhantes. Assim, expressões como rede básica, rede de hospitais, rede de laboratórios são correntes na área. A construção do Sistema Único de Saúde – SUS, a partir das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, é espaço para a discussão de uma rede composta por serviços públicos nos diversos níveis de complexidade de atenção, com a complementaridade do setor privado.

os de produzir bens ou serviços de interesse social e assegurar a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a integrem ou dela dependam.

Por esse motivo, nossa análise busca compreender a visão de diversos atores que constituem a realidade regional. São pessoas que participaram da dinâmica de regionalização da saúde, ou seja, atuaram na implementação da política ou na etapa decisória a partir da proposta de implantação de um hospital regional. O resultado desse processo contribuiu com reflexões sobre o SUS e sobre a situação da regionalização da saúde daquela região.

Sendo assim, a Região de Saúde tem se configurado como o território no qual é exercida a governança do sistema de saúde, nos vários espaços de discussão, principalmente no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR), onde se reúnem gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para a tomada de decisões. Nessa comissão, os gestores municipais e o gestor estadual pactuam e deliberam sobre questões importantes para a realidade de saúde da região, com a perspectiva da prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, procuram otimizar a utilização de seus recursos físicos e financeiros e a força de trabalho para a superação dos problemas de saúde daquele território, usando como instrumento um planejamento integrado (BRASIL, 2015).

A diversidade de ações e serviços do SUS imprime diferentes lógicas de organização dos serviços de saúde no território, que devem ser levadas em consideração no estudo para entender o processo de regionalização, a qual pode ser considerada/definida como um método para ampliar e qualificar a cobertura assistencial da saúde em determinado espaço geopolítico. Por outro lado, ela também deve ser considerada um processo social que envolve a participação de indivíduos e coletivos em complexas relações sociais e de poder. (BARCELLOS, *et. al.* 2002).

No Rio Grande do Sul, esse processo iniciou logo após a publicação do Decreto 7508/2011 e ainda se encontra em andamento. Nesse sentido, o tema central desta pesquisa é uma aproximação com os atores que participaram da estruturação da regionalização da saúde na Região 9, falando sobre a implementação do Hospital de São Jerônimo como hospital regional, colocando aspectos positivos e negativos dessa ação sobre o território:

... à medida em que uma sociedade vai se apropriando de um determinado território, ela vai imprimindo as suas marcas; quanto mais desenvolvida ela for, no sentido de dispor de tecnologias para intervir na natureza, mais ela vai moldando o território, visando atender às suas necessidades ou interesses (ETGES, 2001, p. 353).

Para analisar a regionalização foi preciso levar em consideração, além dos limites territoriais e econômicos, os condicionantes sociais, culturais e políticos. A região é o lugar onde a ação se passa, é o “espaço vivido”, construído a partir da percepção das pessoas, da

interpretação dos indivíduos, revelador das práticas sociais. Podemos dizer, então, que é a construção mental, individual, submetida à subjetividade coletiva de um grupo social, inscrita na consciência coletiva, capaz de mobilizar a sociedade por projetos políticos. Uma visão política de dominação e poder (SANTOS, 1988; CORRÊA, 1997; LENCIONE, 2001).

Por essa razão, a regionalização da saúde é um campo de estudo que proporciona entender situações em que “políticas públicas estão expostas à dificuldade de introduzir cooperação em contextos interativos imersos em dilemas de ação coletiva” (MACHADO, 2009, p. 106). Desse modo, entender a regionalização em seus diversos aspectos faz-se importante, tanto pela sua relevância para o campo da saúde quanto pelo seu potencial de contribuição teórica para o estudo de políticas públicas.

A partir desse problema central, de como a regionalização da saúde se organiza no processo de implementação da saúde e de descentralização como fortalecimento da política de saúde nos estados e regiões, construímos o nosso estudo. O foco da investigação foi entender como aconteceu o processo de regionalização da saúde em uma região e como políticas públicas são decididas e implementadas no estado do Rio Grande do Sul, especificamente na região de saúde 9. Também buscamos entender como os diversos atores, estaduais e regionais, se moveram com o objetivo de construir uma regionalização da saúde, a partir da implementação do hospital regional de São Jerônimo, e conhecer quais as redes existentes a partir desse processo, assistenciais e políticas.

Como objetivos específicos, buscamos: 1- Evidenciar as contradições e os interesses envolvidos no processo de regionalização da saúde; 2 - Verificar se a atenção à saúde na região atendeu à integralidade (continuação de serviço e de cuidados), e as necessidades de saúde da região, através da implementação do hospital regional através das percepções dos atores; 3 - Conhecer as redes de saúde constituídas a partir do processo de regionalização.

Assim, diante da complexidade de olhares lançados sobre esse processo, formulamos a seguinte questão-problema:

Como ocorreu o processo de regionalização da saúde na Região de Saúde 9 através da implementação do Hospital de São Jerônimo como hospital regional, e quais redes surgiram a partir desta implementação?

Frente a essa dinâmica em que a regionalização aconteceu, através da análise da implementação na região Carbonífera, no período de 2011–2014, este estudo consistiu em uma pesquisa de abordagem eminentemente qualitativa, desenvolvida por meio do estudo de caso, pois, conforme Yin (2001), o método de estudo de caso, como estratégia da pesquisa

social, possibilita preservar aspectos importantes da vida real. Além disto, construímos o trabalho com base no referencial teórico do método de análise da política pública.

A análise dos documentos envolveu a legislação e as normatizações Federal e Estadual referentes à regionalização, planos e instrumentos de programação (Planos Estaduais de Saúde, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos, Programação Pactuada e Integrada, Portarias Estaduais), Regimento interno e atas da Comissão Intergestora Regional (CIR) e atas do Conselho Municipal do município de São Jerônimo do período a partir de 2011 até 2017.

As entrevistas foram realizadas com atores-chave envolvidos com a política estadual de saúde, através de roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), com destaque para aqueles que participaram da condução do processo de regionalização. Buscamos, mediante esses relatos, analisar e conhecer as diversas visões desses atores e o seu modo de interagir no processo de regionalização do Hospital de São Jerônimo no período a ser estudado, a partir do Decreto 7508/2011 até 2017.

Também utilizamos os dados coletados através da observação participante, como técnica de pesquisa qualitativa, que, conforme Victora, Knauth e Hassen (2000, p. 62), traz consigo a dualidade vivida pela autora, pois “se traduz na necessidade do pesquisador estar, ao mesmo tempo, distante e próximo do objeto de observação, ou seja, dentro e fora do evento observado”.

Incluimos, também, uma análise quantitativa e descritiva dos condicionantes estruturais da região, contemplando informações de caráter socioeconômico e do sistema de saúde, a partir de dados secundários. Aqui buscamos observar a realidade, à procura não só de elementos particulares de cada ser social, mas também a sua relação com a realidade na qual está inserido. Pode-se encontrar a essência da realidade, mas não se pode esquecer de relacionar os fatos sociais com a totalidade (GIL, 2008). O presente trabalho está organizado em cinco capítulos. O primeiro capítulo consiste na introdução, que evidencia a importância, justifica o estudo e contextualiza os caminhos a serem usados na pesquisa. O segundo capítulo se refere ao arcabouço teórico, com a discussão da literatura e elementos que permitem a compreensão da problemática da pesquisa. Esta divisão tem como base a discussão teórica da Regionalização e Redes de Saúde, com foco no contexto de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as redes e estrutura de governança e, a estrutura de governança proposta pelas políticas para dinâmicas de regionalização da saúde. No capítulo terceiro buscamos analisar a estratégia do processo de regionalização das políticas de saúde na Região 9 de Saúde do RS, primeiramente incluímos a trajetória metodológica da investigação, logo

após fizemos a análise do processo de construção das Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, fazendo uma contextualização do cenário institucional. E por último, neste capítulo caracterizamos a Região 9 de Saúde, com alguns dados da região. O quarto capítulo do trabalho, dividimos em quatro seções, iniciando com discussão sobre a implementação da referência regional do hospital de São Jerônimo na região 9, bem como na análise dos resultados e discussões da pesquisa, a qual emergiu do material empírico. As próximas seções abordam elementos da visão dos atores sobre a política de regionalização, onde iniciamos a análise sobre o processo de regulamentação do Hospital de São Jerônimo; após a formação de redes dentro do processo de regionalização da saúde; e, por último, a estrutura de governança gerada a partir da regionalização do hospital de São Jerônimo. Na sequência do trabalho são apresentadas as considerações finais, as referências e os apêndices.

## **2 REGIONALIZAÇÃO E REDES DE SAÚDE**

Com o objetivo de entender o processo de implementação da política pública da saúde ligada ao processo de regionalização da saúde, é preciso, antes, discutirmos alguns conceitos centrais: o de políticas públicas, ciclo de políticas públicas e implementação da política. Além desses conceitos, também é necessário entender como ocorre a coordenação interfederativa no Brasil e o papel das capacidades estatais no processo de adesão e implementação dessas políticas. Este capítulo tem como objetivo apresentar o referencial teórico deste estudo e irá se debruçar sobre essas questões, e, para tanto, foi dividido em três seções: na primeira, abordamos definições de políticas públicas e implementação, e, na sequência, a regionalização da saúde no contexto de implementação do SUS. Na segunda seção discorreremos sobre a relevância das redes de saúde no processo de regionalização da saúde, e como esse arranjo configura esse processo. No terceiro e quarto temas, apresentamos as redes ligadas à governança na saúde, a capacidade estatal e sua importância na difusão na política de regionalização da saúde.

### **2.1. Política Pública**

Tendo em vista a intenção de analisar a forma de implementação do processo de Regionalização da saúde, esta pesquisa se fundamentou no campo de estudos de análise de políticas públicas, com base em autores da área das ciências políticas e da saúde. Também propomos trazer algumas definições e conceitos básicos sobre políticas públicas, e aproximarmos essa discussão da etapa da implementação da regionalização da saúde, como princípio/etapa da política de saúde, foi nosso desafio.

Estudar Políticas Públicas é fundamental para a vida em sociedade, pois buscamos compreender a capacidade do governo de intervir na solução dos problemas públicos, portanto, podemos dizer que é a análise do “público e seus problemas” (SECCHI, 2011).

A política pública, como área de estudo, nasceu nos Estados Unidos, dentro da academia e direcionava seu campo de pesquisa para as análises de inter-relações entre as instituições políticas e as decisões públicas, dando ênfase à ação dos governos e não às produções dos governos. Já os europeus concentravam suas análises mais no o Estado e suas instituições do que na produção dos governos. Assim, na Europa, a área de políticas públicas surgiu a partir de estudos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e do governo, enquanto nos Estados Unidos a área surgiu no meio acadêmico, sem estabelecer relações com bases teóricas sobre o Estado, mas dando ênfase ao estudo sobre as ações do governo (SOUZA, 2006).

No Brasil, as pesquisas sobre as análises das decisões políticas ganharam força recentemente e ainda são esporádicas. Em sua maioria, focalizam dois pontos de análise: quanto aos processos de negociação das políticas setoriais específicas, ou, então, quanto às estruturas e instituições (FREY, 2000; SOUZA, 2006).

O campo das políticas públicas começa a tomar importância, conforme Souza (2006), assim como o das instituições, regras e modelos que regem sua decisão, elaboração, implementação e avaliação, trazendo maior visibilidade à área pelo interesse mundial. Vários fatores contribuíram para esse momento. O primeiro fator revela fortes contornos da política neoliberal, como forma de manter o controle governamental sobre o processo de desenvolvimento, utilizando políticas restritivas de gastos, que passaram a dominar a agenda da maioria dos países, em especial os em desenvolvimento.

O segundo fator é que as novas visões liberais sobre o papel dos governos substituíram suas atuações de governar e produzir políticas sociais pela adoção de políticas restritivas de gastos, prevalecendo a adoção de orçamentos equilibrados entre receitas e despesas.

O terceiro fator, mais diretamente relacionado aos países em desenvolvimento, em especial os da América Latina, retrata países que ainda não conseguiram estruturar coalizões políticas capazes de tentar resolver minimamente a questão de como desenhar políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte de sua população (SOUZA, 2006).

No entanto, definições de políticas públicas, mesmo as de menor amplitude, conduzem a nossa visão para os embates em torno de interesses, preferências e ideias, de como estas políticas se desenvolvem. Por sua natureza multidisciplinar, a política pública relaciona-se e repercute na economia e nas sociedades, daí porque qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade (SOUZA, 2006).

O desafio da análise das políticas públicas vai, portanto, muito além da compreensão dos resultados de decisões do Estado. Dessa forma, muitos elementos contribuem para a dificuldade que se tem em definir o que seja uma política pública (PIERRE; SUREL, 2002).

Diversos são os autores brasileiros que buscam delimitar um conceito para políticas públicas: Matias-Pereira (2007), Souza (2007), Frey (2000), Saravia (2006), Secchi (2013). Em seu esforço em revisar a literatura sobre políticas públicas, Secchi define: “Políticas públicas tratam do conteúdo concreto e do conteúdo simbólico de decisões políticas, e do processo de construção e atuação dessas decisões”. (SECCHI, 2014, p. 01). Esse autor sustenta que uma política pública é uma diretriz construída para enfrentar um problema

público e possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública, e resposta a um problema público que possua uma relevância para o coletivo (SECCHI, 2014).

Souza (2006, p. 26) define política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação, e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações. A autora enfatiza também que as políticas públicas, depois de desenhadas e formuladas, se desdobram em planos, programas, projetos, base de dados ou sistemas de informação e pesquisa, e quando postas em ação são implementadas, sendo submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação.

O caráter abrangente das políticas públicas é destacado por Souza (2006, p. 68), pois

[...] não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública [...] no entanto, definições de políticas públicas, mesmo as minimalistas, guiam o nosso olhar para o locus onde os embates em torno de interesses, preferências e idéias se desenvolvem, isto é, os Governos. Apesar de optar por abordagens diferentes, as definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa destes fatores.

Buscamos concepções de políticas públicas que se aproximem dos propósitos e ideias deste estudo, pois além do enfoque na atuação do governo, entendemos que a construção de políticas públicas envolve diversos processos e atores, além dos governantes, pois, conforme Viana e Baptista (2009, p. 86), “as políticas públicas expressam as orientações do Estado, envolvendo recursos, atores, arenas, ideias e negociações”.

A construção do SUS, enquanto processo político, social e cultural, demonstra que a análise das políticas de saúde não deveria manter-se restrita ao olhar setorial (MATTOS, BAPTISTA, 2015). Entendemos que é preciso extrapolar a análise e aprofundar as especificidades e diversidades do modo de produção das políticas no Brasil, contribuindo com a possibilidade de produzir maior transparência e clareza sobre o padrão político e decisório que cada Estado adota (QUEIROZ, PORTELA, VASCONCELLOS, 2009).

Faz-se necessário compreender políticas públicas como conceito amplo e abrangente separado das diversas áreas a que pode ser aplicado; entendendo essas políticas enquanto ações públicas, que tentam regular problemas públicos para uma sociedade, o que é importante socialmente. São ações públicas que se encontram contextualizadas nos diferentes problemas que visam solucionar, ou seja, se estruturam a partir de uma realidade concreta. Teixeira (1997) diz que, ao assumir uma demanda social, o Estado define sua área de atuação (por exemplo: saúde ou educação). A partir disso, monta estratégias mais ou menos estruturadas, desde ações pontuais até programas, delegando responsáveis e disponibilizando equipamentos, instrumentos e outros recursos.

Entendemos as políticas públicas como sendo o conjunto de diretrizes e referências ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta. [...] é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade (TEIXEIRA, 1997, p. 43).

A expressão *public policy*, política pública na tradução, está vinculada ao segundo sentido da palavra (*policy*), que, conforme Secchi (2014), faz com que as políticas públicas tratem do conteúdo concreto e simbólico das decisões políticas e do processo de construção e atuação dessas decisões. O autor relata ainda que o conceito de política pública é transversal a diversas áreas de intervenção política. As áreas de políticas públicas são variadas e dentro delas existem temas específicos que demandam políticas específicas e setorializadas, aqui destacada a discussão na área da saúde.

A literatura sobre ‘*Policy Analysis*’ classifica três dimensões consideradas fundamentais para a compreensão das Políticas Públicas, que, em inglês significam: *Policy*, que é a Política Pública, o conteúdo da política, a decisão de governo, resultados, programas, embora não haja uma tradução literal do idioma inglês para o português. O termo *Politics* (política), é o processo político, o conflito de interesses, o sistema político ou o ‘fazer política’, a luta pelo poder e o *Polity* como o sistema institucional político, ‘a sociedade política’<sup>3</sup>. (SOUZA, 2006).

Para poder contextualizar nosso estudo, o qual trata da implementação de uma política pública — a regionalização da saúde — é necessário inserir, na construção teórica, o ciclo de políticas, pois o desenvolvimento da política ocorre através de um processo que se realiza em ciclos. O processo é estruturado em etapas/ciclos com características distintas, apresentando-se como uma ferramenta analítica que contribui para tornar clara e didática a discussão sobre o tema, podendo ser interrompido ou alterado a qualquer momento. Tendo a denominação de Ciclo de Políticas Públicas, consiste em um processo de elaboração de políticas públicas, e que objetiva organizar a vida de uma Política Pública, em “fases sequenciais e interdependentes” (SECCHI, 2010, p. 43).

Existem vários modelos para tentar descrever o ciclo de políticas públicas. Aqui, citamos Secchi (2014) que adota um modelo com sete fases principais: 1) identificação do problema; 2) formação da agenda; 3) formulação de alternativas; 4) tomada de decisão; 5)

---

<sup>3</sup>Complementando a explicação de Secchi (2014), Frey (2000) explica que o termo *politics* se refere aos processos políticos e é a dimensão processual da política, enquanto a *policy* se refere ao conteúdo da política, sua dimensão material e a conteúdos concretos, configuração de programas políticos, problemas técnicos e conteúdo material das decisões políticas. O autor acredita também ser importante entender o termo *polity*, que denomina as instituições políticas, ou seja, a dimensão institucional, que se refere à ordem do sistema político delineada pelo sistema jurídico e à estrutura institucional do sistema político-administrativo.

implementação; 6) avaliação; 7) extinção. Esse autor salienta que o ciclo de políticas públicas raramente reflete a dinâmica ou a vida de uma política pública e, geralmente, as etapas se apresentam misturadas e as sequências se alteram. Mesmo assim, afirma que o ciclo de políticas públicas tem grande utilidade, pois ajuda a organizar ideias, simplifica a complexidade de uma política pública e ajuda políticos, administradores e pesquisadores a criar um diferencial comparativo para os vários casos heterogêneos.

Ainda, de acordo com Rua (2009), o ciclo de políticas pode ser um importante mecanismo para lidar com essa complexidade, por abordar as políticas públicas a partir de um sistema de etapas ordenadas. É importante ressaltar que no ciclo de políticas “as etapas são compreendidas não como um processo linear, mas como uma unidade contraditória, em que o ponto de partida não está claramente definido e atividades de etapas distintas podem ocorrer simultaneamente” (RUA, 2009, p. 37), como mostra a figura a seguir.

**Figura 2: Ciclo de Políticas Públicas**



Fonte: Ruas, 2009, p. 36.

O ciclo consiste em separar as políticas em uma série de sequências de ação, que correspondem, ao mesmo tempo, a uma descrição da realidade e à criação de um tipo ideal de ação pública (PIERRE; SUREL, 2002). Essas sequências, geralmente em número de cinco ou seis, permitem acompanhar o desenvolvimento de uma política, através de determinado número de etapas (*stagist approach*). É como se, ao longo de cada uma dessas fases, tudo se passasse como se os atores participantes do processo político devessem resolver “enigmas

sucessivos” (PIERRE, SUREL, 2002, p. 25), sabendo que as respostas vão definir pouco a pouco os contornos da política pública.

A partir da definição do ciclo de políticas públicas, e sabendo-se que “Cada política pública passa por diversos estágios, onde cada um deles, os atores, as coalizões, os processos e as ênfases são diferentes” (SARAVIA, 2006, p. 32), neste estudo temos o desafio de trabalhar com as contribuições que o campo das políticas públicas pode trazer para o entendimento das instituições, atores e processos envolvendo a saúde pública, inserindo a discussão sobre a etapa de implementação da regionalização da saúde.

Durante muito tempo a implementação de uma política pública foi tratada apenas como um processo essencialmente administrativo e hierárquico, apenas como uma consequência do sistema administrativo que se deslocava do topo para a base da pirâmide, obedecendo a uma estrutura hierárquica da política. Mas quando se começou a observar possíveis “falhas na implementação”, quando se analisava a questão da efetividade das políticas públicas, percebeu-se desde a falta de objetivos claros para os problemas de comunicação e interesses diferentes entre atores e órgãos (BARRET, 2004, p.252).

A partir desses questionamentos, Barret (2004) sugeria

que a implementação fosse vista como sendo parte integrante e permanente do processo político, ao invés de uma consequência administrativa; o que implica reconhecê-la como uma ação política que envolve negociação e barganha entre aqueles que pretendem colocar a política em ação e aqueles sobre os quais a ação depende (BARRET, 2004, p.252).

Sendo assim, a autora evidencia que uma nova visão passou a dar ênfase maior às estruturas de poder e interesse, às relações entre os atores participantes e também às agências, à natureza das relações que tomam conta do processo, além de fatores-chave que moldam a implementação e os resultados das políticas. Assim, essa perspectiva de negociação no processo de implementação é colocada como “ordem negociada”, envolvendo negociação entre atores “semiautônomos” que perseguem ou protegem seus interesses, e foi desenvolvida por Michael Hill. (BARRET, 2004, p.253).

Para tratarmos da implementação é necessária a análise inicial e a abordagem sobre o processo de formulação das políticas públicas e das normas que as estruturam, pois “se a implementação é uma consequência, a explicação para sua trajetória está no processo que lhe deu origem” (LIMA, D’ASCENZI, 2013, p.103). Conforme Barrett (2004), estudos de implementação, frente a esta abordagem, além de sugerirem formas de proporcionar um acordo entre as ações implementadas e os objetivos, identificam as causas dos problemas na

implementação e garante a elaboração de estratégias para melhorar a comunicação das intenções ou a coordenação dos “elos da cadeia” de implementação, ou como outras tantas.

Em estudo sobre implementação de políticas públicas, Draibe (2001, p. 26) destaca que

as políticas ou os programas têm vida. Nascem, crescem, transformam-se, reformam-se. Eventualmente estagnam, às vezes morrem. Percorrem, então, um ciclo vital, um processo de desenvolvimento, de maturação e, alguns deles, de envelhecimento ou decrepitude.

A fase de implementação, diz Secchi (2013, p. 55), é “[...] aquela em que regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações”. Além disto, o autor enfatiza que a implementação deve ser enfrentada não como um mero problema técnico, mas como um complexo conjunto de elementos políticos que podem não ser concretizados da maneira planejada. Além disso, o autor lembra que é no momento da implementação que funções administrativas, como lideranças e coordenação de ações, são colocadas à prova.

Esses são dois modelos de implementação de políticas públicas que Secchi (2013, p. 60-61) extraiu da obra de Sabatier (1986): (a) *top-down* e (b) *bottom-up*. No primeiro modelo há uma rígida separação entre as fases de tomada de decisão e de implementação; Secchi (2013) entende que a política deve ser formulada na esfera pública e que a implementação é um esforço administrativo banal. E que uma vez criada a política, conformar-se-ia um processo técnico de implementação. Implementação é consequência, logo a explicação para sua trajetória está no processo de origem, tem o foco na formulação. Possui clara distinção entre decisão e operacionalização e entre arenas e atores distintos. Por fim, tem a análise centrada nas normas que estruturam a política pública e suas lacunas (mudanças que ocorrem durante sua execução).

Já o modelo *bottom-up* preconiza maior atuação de burocratas e redes de atores, tanto na concepção quanto na execução das políticas. Nessa perspectiva, haveria maior liberdade por parte daqueles que implementam a política para realizar os ajustes necessários para o alcance das metas delineadas. Dessa forma, haveria maior discricionariedade de gestores e burocratas no trâmite da política. A discricionariedade dos implementadores é inevitável, e pode ser desejável porque os atores detêm conhecimento das situações locais e podem adaptar o plano a elas, pois as análises são centradas nos atores dos níveis organizacionais responsáveis pela implementação; enfatiza elementos dos contextos de ação nos quais a política será implementada; toma como variáveis as condições dos espaços locais e as burocracias implementadoras, e contribui para a dinâmica de funcionamento das organizações implementadoras.

Elmore (1979/1980) apresenta dois tipos de análise da implementação: *forward mapping* e *backwardmapping*. No primeiro tipo, defende-se que os formuladores de política controlam o processo organizacional, político e técnico que envolve a implementação. Já no segundo tipo, a implementação não pode ser definida no topo da gestão, mas sim no ponto em que: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas, as ações administrativas interceptam escolhas privadas. A tipologia de Elmore aponta para o fato de que a negociação é fundamental no processo de implementação, sendo esta uma das principais características do *backwardmapping*.

Em outras palavras, conforme Rua (2009, p.95), “a implementação consiste em fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente”. Essa autora cita a complexidade do processo administrativo com o envolvimento de muitos e diversos aspectos: “provisão de recursos no orçamento, formação de equipes, elaboração de minutas de projeto de lei autorizando realização de concurso para contratação de servidores, elaboração de editais para aquisição de bens ou contratação de serviços” (RUA, 2009, p.94). E a autora ainda refere que, se a política envolver os níveis de governo, seja estadual e/ou municipal, será necessário que vários elementos possam ser pactuados através de muitos encontros e reuniões que serviriam para decidir e pactuar as responsabilidades de cada uma das partes, além de estabelecer e firmar protocolos de cooperação, definir os mecanismos de transferência de recursos entre instâncias governamentais, etc.. E ressalta que o conhecimento dos objetivos e das normas só dá uma ideia geral do que de fato terá de ser feito pela(s) agência(s) implementadora(s), mas não avisa o quanto de esforço será necessário para obter a cooperação e a adesão dos diversos atores afetados pela política, e que esse processo não acontece automaticamente (RUA, 2014).

Na saúde, a fase de implementação, de acordo com Pinto, Silva e Baptista (2014), tem sido considerada o momento crucial do ciclo da política, pois é a etapa em que as propostas se materializam em ação institucionalizada, mediante a atuação dos agentes implementadores. Essa etapa é o momento de se colocar em prática as ações e projetos de governo.

É nesse momento, na etapa da implementação, que o papel dos gestores e o desenho institucional da política se tornam críticos, em função dos atores envolvidos, dos instrumentos estabelecidos e do grau de centralização dos processos. Saliencia-se, ainda, a alta complexidade do processo de implementação de uma política e, sobretudo, sua capacidade de gerar consequências sobre o funcionamento das organizações de saúde. No contexto institucional brasileiro isto é especialmente verdadeiro nos municípios de pequeno porte, nos quais se destacam a forte diferenciação funcional e, principalmente, os problemas de coordenação e cooperação intergovernamental (SILVA, MELO, 2000).

Uma política causa um grande envolvimento em diferentes níveis de governo, desde o federal, estadual, municipal, ou entre diferentes regiões de um país, e em diferentes setores de atividade. Sendo assim, a implementação pode se mostrar mais problemática, pois o controle do processo se torna mais complexo (RUA, 2014). Ainda faz-se necessário, para que a política pública funcione, que o grau de cooperação entre os atores envolvidos seja bastante elevado, do contrário, pequenas deficiências acumuladas podem levar a um grande fracasso. (RUA, 2009).

Também dentro desse campo estratégico das políticas públicas buscamos o conceito proposto pelas redes de implementação. Nesse contexto, as redes são mais apropriadas para comprovar que as políticas são implementadas fundamentalmente através de redes de agentes públicos e agentes não governamentais. E a implementação ocorre, quase sempre, em um campo interorganizacional, e dificilmente ocorre por um único agente e uma única organização (SILVA, MELO, 2000).

Silva e Melo (2000, p. 9), baseando-se em Bardach, também comparam o processo de implementação a um jogo, em que

[...] prevalece a troca, a negociação, a barganha, o dissenso, e a contradição quanto aos objetivos. [...] verifica-se a ambiguidade de objetivos, problemas de coordenação intergovernamental, recursos limitados e informação escassa.

Independente de qual é a configuração ou modelo de implementação, é importante demonstrar, durante a nossa discussão, que existe uma grande distância entre os desenhos das políticas públicas e o resultado para seus beneficiários. Arretche (2001) também afirma ser essa distância uma contingência da implementação, e atribui essa distância a decisões tomadas pelos implementadores no contexto em que trabalham. Por isso, a autora diz que “[...] é prudente, sábio e necessário admitir que a implementação modifica as políticas públicas” (ARRETCHÉ, 2001, p. 46).

Arretche (2011) também manifesta que é necessário primeiro reconhecer e administrar as complexidades do processo de implementação. Nesse sentido, citamos alguns pontos a serem incorporados à análise do processo de implementação do nosso estudo, conforme Arretche (2001): a) diversidade de atores (governamentais e não governamentais) envolvidos tanto no processo de formulação da política quanto no processo de implementação, gerando, assim, dois processos diferentes, de negociação e barganha; b) a influência dos atores implementadores na política, sua autonomia decisória, o seu conhecimento e a aceitação dos objetivos e regras da política; c) a diversidade de contextos em diferentes unidades da federação; e) a natureza conflituosa das relações federativas entre diferentes níveis de

governo, em função, principalmente, da competição eleitoral; e ainda a análise de que redes surgiram a partir dessa implementação da regionalização da saúde.

## **2.2 Regionalização da saúde no contexto de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).**

O processo de implementação da política de saúde em todo o Brasil vem construindo diversas experiências em atenção à saúde da população, compatíveis com um conceito ampliado de saúde, com uma construção histórica que marca a trajetória da saúde pública no país (WEIGELT, 2006).

Albuquerque (2013, p. 10) refere que “a universalização da saúde no Brasil dependente muito da forma como o SUS se realiza no território”. Além disso, o conceito de justiça implícito ao conceito de saúde como proteção social, também está presente no artigo 3º do texto constitucional, ao garantir uma sociedade livre, justa e solidária, com redução das desigualdades sociais e regionais, e no artigo 5º que assinala a igualdade de todos perante a lei. Afirma-se, assim, o princípio da equidade.

O enunciado desse princípio considera haver diferenças sociais entre os cidadãos, fruto de desigualdades construídas histórica e politicamente, que devem ser vencidas. Têm sido consenso, na literatura, os modos com que essas desigualdades se refletem na área da saúde: na cobertura, no acesso, na distribuição dos recursos de saúde (físicos e financeiros) e no uso dos serviços (VIANNA, 2001; TRAVASSOS *et al.*, 2006; CASTRO, 2006).

Na emergência do SUS já foi proposto o processo de regionalização no Brasil que vem, desde então, percorrendo um longo período. Mas ainda são escassos os estudos que propiciem uma visão sobre seus objetivos, condicionantes e sua articulação com as políticas regionais. Os desafios da regionalização são um tema importante nas pesquisas de políticas de saúde em vários de países, especialmente naqueles que têm como objetivo a universalidade. (VIANA *et al.*, 2017).

No Artigo 198 da Constituição Federal, que trata do SUS, ficou estabelecido que

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade. (BRASIL, 1988, [s.p.]).

A regionalização, como princípio de organização do SUS, orienta a organização do sistema de forma regionalizada, hierarquizada e descentralizada, visando à organização de uma rede pública de atenção à saúde que envolve desde a promoção até a recuperação da

saúde de todas as pessoas. E, além disso, enfatiza a participação popular e o controle social sobre as decisões das políticas de saúde, na execução e a fiscalização dos serviços e recursos aplicados na saúde (WEIGELT, 2006).

O conceito de regionalização ganha espaço teórico, entre as décadas de 1930 e 1950, a partir de experiências concretas no mundo todo. A ideia de ‘regionalização’ na organização sanitária era incipiente, retroagindo seus elementos pré-conceituais concretos à experiência chinesa com o Programa de Reconstrução Rural na década de 1930. Nele, o médico John Grant, ligado à Fundação Rockefeller, liderou um extenso programa comunitário de saúde, envolvendo uma região urbano-rural de cerca de quatrocentas mil pessoas. A Fundação Rockefeller introduziu novos conceitos sobre os serviços assistenciais e a organização regional da assistência, através da ideia de Centro de Saúde, que possuía como objetivos: a educação sanitária e a prevenção de doenças transmissíveis, orientados através do trabalho médico em tempo integral, foco familiar, exames periódicos, visitas domiciliares, atenção materno-infantil, vacinação e vigilância sanitária (MELLO, 2010; MELLO *et al.*, 2011).

A ideologia de concepção norte-americana preventiva e de educação sanitária, propagada pela Fundação Rockefeller, acabou influenciando definitivamente a organização dos serviços de saúde no Brasil. Quanto ao que se refere à organização regional do sistema de saúde, o Centro de Saúde e a população por ele atendida serviam como referências para a delimitação de áreas administrativas e de planejamento da assistência, isto é, dos Distritos Sanitários (MELLO *et al.*, 2011).

A regionalização deixou de ser apenas um princípio organizativo de serviços e incorporou a dimensão de desenvolvimento e identidade local, sendo amplamente divulgada e trabalhada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 1960 (MELLO, VIANA, 2012). Aqui surge um intenso debate, no contexto internacional, sobre a relação entre saúde e desenvolvimento, em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde para além da “ausência de doenças”, tratando-o “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1948).

A disputa entre os modelos capitalistas e comunistas era visível, pois nos Estados de Bem-Estar Social (*WelfareStates*) europeus, e as políticas de saúde em países socialistas seguiam rotas diversas para a construção de sistemas nacionais de proteção social em saúde. As agências internacionais mostravam a saúde como variável dependente do desenvolvimento econômico, e a política de saúde como instrumento de fortalecimento do sistema capitalista e do desenvolvimento (WEIGELT, 2006).

Já nessa década de 1960, no Brasil, começaram a surgir críticas ao modelo da saúde pública nacional, até então fortemente centralizado na ação do governo central e, em alguns casos, nos serviços estaduais. A 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, debateu uma proposta de Política Nacional de Saúde, em que a demanda solicitada era a redistribuição das responsabilidades entre a União, os Estados e os Municípios, e foi apontada uma diretriz de municipalização dos serviços. Mas "este movimento na direção da descentralização, da horizontalidade, da integração das ações de saúde, da ampliação dos serviços e da articulação com as reformas sociais foi abortado três meses depois pelo golpe militar de 31 de março de 1964" (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005, p. 27).

Vasconcelos refere que a 5ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1975) recomendava a regionalização da saúde de forma ainda incipiente:

A regionalização de serviços hierarquizados em complexidade crescente é um processo eficaz na descentralização da prestação de serviços básicos de saúde e de racionalização do uso da capacidade instalada e recursos humanos. A regionalização é sempre válida quando não há separação das ações preventivas e curativas, sendo importante considerar os aspectos de saneamento básico e da melhoria da habitação. A adoção de um modelo de Regionalização de Serviços é fundamental na implementação do Sistema Nacional de Saúde, com a integração indispensável de todas as unidades a nível operativo, tanto públicas quanto privadas, dando ênfase ao aproveitamento da capacidade instalada do setor público. (VASCONCELOS, 1998, p. 69).

A experiência internacional sugere que, em países da Europa Ocidental e América Latina, a regionalização foi articulada à estratégia de descentralização, movimento iniciado no final dos anos 1970 e fomentado pelos debates supracitados (redes regionalizadas e hierarquizadas e as RAS). Essa combinação visava, do ponto de vista do campo da saúde, alcançar maior grau de eficiência e efetividade dos sistemas de saúde; do ponto de vista político, expandir a democratização e a transparência dos processos decisórios (LIMA, VIANA, 2011).

Ainda no Brasil, a visibilidade da regionalização se revelou nos Anais do 17º Congresso Brasileiro de Higiene (1968), quando o conceito passa a fazer parte das discussões acerca da integração entre administração e planejamento. A partir da década de 1970 já era comum encontrar o conceito nos projetos de reorganização sanitária (MELLO; VIANA, 2012). No Brasil, tanto a perspectiva das redes regionalizadas e hierarquizadas quanto das RAS, foram inspiradoras para o modelo de regionalização (KUSCHNIR, CHORNY, 2010; ALBUQUERQUE, VIANA, 2015).

Também se faz importante destacar que a década de 1970 foi marcada pelo aprofundamento da visão privatista na saúde, pela unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e a pela criação de um sistema nacional de saúde, num contexto de

descentralização política, crescente complexidade do sistema urbano e integração do mercado interno, através da Lei nº.6.229, de 17/07/1975, consolidando o modelo centralizado privatista (VIANA, 1994). Aqui, conforme Viana (1994), a regionalização aparece como uma das estratégias desse sistema, surgindo as Coordenadorias Regionais de Saúde, que tinham por objetivo aproximar o planejamento do desenvolvimento socioeconômico regional e os Planos de Saúde, facilitando a descentralização do sistema de saúde.

Ainda vale lembrar outras experiências de descentralização com o propósito de regionalizar, com tentativas mais intensificadas de implementação desde a década de 1980, com as Ações Integradas de Saúde – AIS, em 1983, tendo grande impulso em 1985, que englobava, além do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Ministérios da Educação e Saúde. Isso a partir de articulações e ganhos durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e promulgação do Decreto Presidencial que criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em junho de 1987, e, mais tarde, com a inclusão de conteúdo desta Conferência na Constituição Federal de 1988 (WEIGELT, 2006).

Antes da criação do SUS, o Estado brasileiro era omissivo em relação à saúde da população, e considerava as desigualdades e injustiças inerentes ao sistema capitalista. Assim, as Políticas Públicas de proteção social surgiram como forma de minimizar as distorções existentes na sociedade, e também em decorrência das reivindicações por melhores condições de trabalho, feitas pelo movimento operário (PAIM, 2009). Na realidade, o que se pensava era que o próprio indivíduo deveria cuidar da sua saúde. Só haveria a intervenção estatal em casos graves, que não pudessem ser resolvidos pelo próprio cidadão ou que representasse um risco de epidemia à população ou à economia. Com o desenvolvimento do país, e a concentração populacional nas grandes cidades, a saúde então despontava como uma questão social.

De acordo com Paim,

[...] a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009, p.31).

Para mudar essa realidade foi organizado um movimento social, formado pela sociedade, por pesquisadores, estudantes e profissionais da saúde, propondo a resolução desses problemas e a democratização da saúde no país. Este movimento, denominado Reforma Sanitária, foi a base para a proposta de criação do Sistema Único de Saúde – SUS,

surgido nos anos 1980. O movimento da Reforma Sanitária Brasileira propiciou a oportunidade para a política de saúde, uma verdadeira reforma democrática do Estado, por meio da criação e do funcionamento de conselhos, dos fundos de saúde, dos repasses fundo a fundo, das Comissões Intergestores Tripartite/Bipartites e pela extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A direção única em cada esfera de governo, a descentralização e a orientação para a ação por meio de Normas Operacionais pactuadas nas três esferas de governo e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde foram o carro-chefe desse processo, aumentando, consideravelmente, arenas de construção dessa política pública (PAIM, 2009).

Mesmo constando legalmente na Constituição de 1988, no mínimo uma década se passou sem que a regionalização fosse o norteador da promoção da organização dos serviços de saúde no Brasil. Nos primeiros estágios do estabelecimento do SUS em território nacional, ainda nas décadas de 1980 e 1990, optou-se por descentralizar o sistema a partir de três formas: desconcentração das secretarias estaduais em unidades regionais de saúde; devolução realizada a partir da municipalização de serviços anteriormente nacionais ou estaduais; e manutenção da delegação de serviços hospitalares e ambulatoriais por entes privados lucrativos e não lucrativos (PESTANA, MENDES, 2004).

Cabe salientar que, apesar da experiência internacional ser conduzida pelo paradigma da regionalização autárquica, definindo a instância de gestão de um sistema regional de serviços de saúde, o Brasil optou por uma condução municipalizada na organização do SUS, nomeada por Pestana e Mendes de “municipalização autárquica” (PESTANA, MENDES, p. 16, 2004).

Nesse sentido, VIANA *et al* (2002) alertam que,

de pronto, não se pode assegurar que as políticas de descentralização do setor saúde desencadeiem um círculo virtuoso, pois se sabe que as partilhas regionais e locais giram em torno de recursos reconhecidamente escassos podendo desta forma, manter as desigualdades de representação e de poder (Viana *et al*, 2002, p. 141).

Na literatura há muitas tipologias distintas de graus ou formas de descentralização, mas utilizamos a de Rondinelli *et al* (1983), pois é uma das mais abrangentes ao identificar quatro formas de descentralização: desconcentração, devolução, delegação e privatização. A desconcentração define que o deslocamento de algumas responsabilidades administrativas acontece para níveis hierárquicos inferiores, em uma mesma organização, mas sem que seja distribuído o poder decisório. A devolução é a transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de nível subnacional, fazendo com que esta adquira autonomia política e administrativa. A delegação acontece através das relações entre Estado e sociedade civil, em outro âmbito, em que o Estado transfere responsabilidades gerenciais para

organizações não governamentais que continuam com financiamento e regulação estatais. Identificamos aqui o surgimento de entes públicos não estatais levando à desconstrução do espaço estatal e o surgimento de entes públicos não estatais. E, por último, a privatização, que é a transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob o domínio das regras de mercado. Neste caso, substituem-se entes estatais por organizações privadas, geralmente através da venda de ativos estatais. Com a privatização nos sistemas de serviços de saúde acontece a retirada do Estado, ainda que parcialmente, e as suas macrofunções de regulação e financiamento dos sistemas de serviços de saúde, transferindo-as ao setor privado (RONDINELLI *et al.*, 1983).

Essa discussão nos remete ao artigo 199 da Constituição Federal de 1988, que concede liberdade à iniciativa privada na participação do SUS, de forma complementar, seguindo suas diretrizes, mediante contrato de direito público ou convênio (BRASIL, 1988). Aqui podemos citar, como exemplo, as iniciativas de ampliação da produção e expansão das empresas de serviços médicos e hospitalares, impulsionadas pelos mecanismos de financiamento de investimentos, como o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), durante o período militar, as quais ampliaram a participação do setor privado na oferta dos serviços de saúde (GIOVANELLA, FLEURY, 1996).

Cabe ainda destacar que, desde o surgimento do federalismo no Brasil, na Constituição de 1891, a descentralização já acontecia, pois, o deslocamento do poder inseriu-se em um processo de cessão de competências do governo central para os subnacionais (GUERRA, 2015). No decurso de seu desenvolvimento, o federalismo brasileiro experimentou ciclos de descentralização associados a governos de vocação autoritária e ciclos de descentralização, caracterizados pela hegemonia das oligarquias regionais na condução da política (ABRUCIO, 1998). Esse processo acabou gerando desigualdades significativas entre os estados brasileiros.

Na Constituição Federal de 1988, a estrutura federativa brasileira passou a contar, como entes federativos autônomos, com a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios (BRASIL, 1988). O federalismo engloba a articulação de partes em uma forma de organização territorial do poder, de articulação do poder central com os poderes regional e local, que estrutura um conjunto de alianças complexas que equilibram a busca de valores e interesses entre os atores políticos. É um contrato que viabiliza a convivência de unidades políticas, construídas por uma diversidade de características de identidade cultural, linguística, étnica e regional. Isto porque, ter afinidade entre essas características específicas e as características institucionais de um sistema é algo complexo (AFONSO, BARROS, SILVA, 1999; GUERRA, 2015).

Nesse sentido, é necessário conjugar a interdependência e a autonomia de três entes federativos. A coordenação federativa precisa ser exercida tanto pela União quanto pela esfera estadual em relação aos municípios, mas cabe à esfera estadual o papel mais central nas políticas sociais, principalmente quando se observa a heterogeneidade dos municípios em sua capacidade técnica, administrativa e financeira. Nessas condições, a atitude de assumir as políticas públicas pela esfera municipal pode colaborar para o aprofundamento de desigualdades que caracteriza o país (ABRUCIO, 2000).

O SUS nasce desse contexto, instituído com direito à saúde, com caráter de instituição federativa instruída pela descentralização político-administrativa. A normatização constitucional e a regulamentação disposta na Lei Orgânica da Saúde,<sup>4</sup> organizam a expressão da estrutura federativa nacional na área da saúde ao estabelecerem o dever de todos os entes federados de atuar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão do sistema, nos limites do seu território. Estabelece-se, assim, conforme Dourado e Elias (2011, p.206),

uma forma de organização política que pode ser adequadamente designada federalismo sanitário brasileiro” e, ainda ressaltam que: “a regionalização de ações e serviços de saúde no SUS está essencialmente vinculada à organização federativa brasileira e às suas expressões no âmbito sanitário (idem, p. 210).

Reafirmando a Regionalização da Saúde, como diretriz do SUS, surge como manifestação de dividir solidariamente as responsabilidades das autoridades da gestão pública e, principalmente, as sanitárias. Também com o objetivo de reduzir as desigualdades históricas e crônicas existentes no país desde seu princípio, garantindo a promoção de equidade social. Podemos pensar, e supor, que se conseguiu algum êxito com a implementação da Regionalização da Saúde, mesmo que em vários graus, mas tendo sido efetuadas, e com razoável concomitância e/ou correspondência com a descentralização e com a noção de Rede. A partir do interesse, não apenas na condução da prática, mas também pelo viés da teoria na produção acadêmica, é que o tema da Regionalização, em um país de extenso e variado território como o Brasil, e com a trajetória do SUS, possa ajudar a garantir a igualdade nos territórios (FERNANDES, 2017).

Investigar como ocorreu a implementação da regionalização no Brasil faz-se

---

<sup>4</sup> A Lei Orgânica da Saúde é composta pelas Leis Federais n° 8.080/90 e n° 8.142/90. (Brasil. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055). (Brasil. Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 de dezembro de 1990; Seção 1:025694).

necessário para contextualizá-la, enquanto construção histórica que extrapola as fronteiras nacionais e que advém da necessidade de reestruturação dos sistemas de saúde frente às novas demandas sociais (VIANA, 2010).

Assim, a regionalização ganha importância frente à necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e o fortalecimento das secretarias estaduais de saúde, no sentido de organizar redes assistenciais regionalizadas que possam garantir o cuidado integral à saúde. Menicucci (2008) afirma que

a regionalização da rede de serviços, estabelecida como princípio na Constituição de 1988 e reafirmada na Lei 8080, tem como objetivo a organização do sistema de saúde, de forma a otimizar os recursos com vistas à economia de escala e de escopo dos serviços, garantindo assim a integralidade da atenção à saúde do cidadão (MENICUCCI, 2008, p.182).

O Ministério da Saúde, com o intuito de orientar e descentralizar a operacionalização das ações e as relações intergestores (federal, estadual e municipal), e também as questões de financiamento (transferências diretas fundo a fundo) na saúde, instituiu, através de suas Portarias, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e de Assistência à Saúde da população (NOAS). Através deste movimento, no sentido de descentralização na redação das normas, o Ministério da Saúde reestruturou e induziu a redefinição de competências das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no que diz respeito à gestão, organização e prestação de serviços de saúde, com a transferência de recursos (financeiros, especialmente, e os humanos e materiais) do nível federal e estadual para os municípios (WEIGELT, 2006).

No início da década de 1990, com a edição da Resolução nº 273 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), foi instituída a Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/91, cuja redação vinculava diretamente os municípios à esfera federal. Os municípios, com isto, ficavam, de alguma forma, isolados e com uma deficiência de articulação que o SUS preconizava, devido à falta de integração.

Essa norma também definiu que o pagamento seria realizado a partir da produção das quantidades dos serviços prestados, baseado em tabelas de valores nacionais utilizadas para pagamento de prestadores privados. Esse modelo fez com que a quantidade fosse priorizada em detrimento da qualidade dos serviços realizados. Naquele momento, os sistemas estaduais e municipais de saúde foram transformados em meros prestadores de serviços, limitando suas prerrogativas de gestão nos distintos níveis de governo.

Naquele momento, já se iniciava descumprindo a legislação que garantia, através do artigo 35 da Lei 8080/90, a transferência de recursos financeiros fundo a fundo (fundo nacional aos fundos estaduais e municipais) de forma regular e automática, segundo alguns

critérios — 50% dos recursos por critério populacional e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, capacidade instalada e complexidade da rede de prestação de serviços de saúde (WEIGELT, 2006).

A edição da NOB SUS/93, após a realização da Conferência Nacional de Saúde, com o lema “A municipalização é o caminho”, consolidou o processo de descentralização do SUS, através do documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (NOB SUS/93, [s.p]), elaborado por um grupo de atores, incluindo o CONASS e o CONASEMS. Essa norma atribuiu aos municípios a responsabilidade de gestores e prestadores de todos os serviços de saúde em sua área de abrangência (públicos, privados contratados e conveniados) e definiu três formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Esse processo de municipalização levou a avanços, mas também gerou problemas sérios. Pestana e Mendes (2004) ressaltam a importância do processo de municipalização ocorrido no país, mas chamam a atenção para o fenômeno da municipalização autárquica, esta conceituada como um processo de conformação de sistemas municipais isolados, sem inserção regional e diretamente ligados ao gestor federal, com ausência do papel do gestor estadual no processo. Também enfatizam que o fenômeno propiciou a fragmentação dos sistemas municipais e possibilitou o surgimento de novas iniquidades.

A NOB 96 foi a primeira Norma Operacional que ressaltou elementos de indução de arranjos regionalizados de serviços de saúde, mas como um processo que deveria ter uma articulação política intermunicipal a partir da necessidade de sanar vazios assistenciais. A negociação entre os municípios deveria ocorrer de maneira que pudessem acessar recursos que não existiam no seu território, mas com a participação e assessoria do Estado. Aqui, dependendo da capacidade e autonomia de estados e municípios, poderiam assumir plenamente a gestão dos serviços em seus territórios, necessitando da regulamentação de aspectos funcionais da implementação do SUS, prevenindo a fragmentação em diversos sistemas locais e regionais de saúde (ALMEIDA, 1999).

Assim, a NOB 96 reafirma os princípios básicos do SUS, enfatizando a regionalização, o cadastramento e a vinculação da clientela, fluxos de referência e contrarreferência, ampliação das transferências regulares e automáticas a todos os níveis de gestão e ampliação da Programação Pactuada Integrada (BRASIL, 1996). Também em relação à gestão da assistência foi dada maior importância aos mecanismos de controle (Conselhos de Saúde, Tripartite e Bipartite), e também ao planejamento nos três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade, e com autonomia do município. A NOB/96 foi um ponto de

inflexão importante na reforma setorial, pois tentou reverter o direcionamento municipalista anterior, com a retomada e o fortalecimento do papel dos estados na coordenação e condução dos sistemas estaduais de saúde (ALMEIDA, 1999).

No Brasil, pode-se afirmar que a política de regionalização na saúde foi realmente incentivada a partir dos anos 2000, quando se tornou bem evidente que nem todos os municípios poderiam ser autossuficientes na área da saúde. E, além disso, pensar de forma a estabelecer regiões de saúde, com escalas definidas, para a oferta de determinados níveis assistenciais traria ganhos de racionalidade e melhoria na oferta assistencial (VIANA, LIMA, 2011).

A partir das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/2001 e NOAS/2002) é que se orienta e se estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade na atenção à saúde da população. Sendo assim, o acesso aos serviços ocorre conforme a necessidade, objetivando resolver os seus problemas de saúde, através dos recursos existentes. Aqui existe um estímulo para que as Secretarias Estaduais de Saúde se fortaleçam, através da coordenação da regionalização, estruturando sistemas microrregionais de saúde, e “se coloca a importância da regionalização da atenção à saúde, com uma articulação intermunicipal independente das formas de gestão em que os municípios se encontram” (WEIGELT, 2006, p. 44).

A NOAS/SUS 01/2001 oferece vários instrumentos aos gestores na estruturação e organização do sistema, na garantia da equidade ao acesso de serviços de saúde em diferentes complexidades, caracterizando-se como “macroestratégia de regionalização, pactuada de forma tripartite e prevista na Lei Orgânica da Saúde”. Assim, aponta três grupos de estratégias prioritárias: elaboração do Plano Diretor de Regionalização, coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), envolvendo o conjunto dos municípios, para organização do sistema de forma funcional e resolutiva nos diferentes níveis; fortalecimento da capacidade gestora do SUS, visando à consolidação do caráter público da gestão do sistema; atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios, passando do caráter meramente cartorial para um processo de responsabilização real, com pactuação de compromissos e metas pelos gestores (BRASIL, 2001, s. p.).

A regionalização já ficou definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS, NOAS-SUS 01/01, como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Sendo assim,

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, 2001, p. 34).

A regionalização da saúde foi prevista desde a Constituição de 1988, como estratégia de organização das ações e serviços de saúde, em conjunto com a descentralização e a hierarquização, mas foi apenas na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/02, que o tema passou a ser implementado de fato (VIANNA *et al.*, 2008). Em 2002 foi editada a nova Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que enfatizou a necessidade de consolidar uma lógica de estruturação de redes regionalizadas como um sistema de saúde integrado regionalmente; introduziu elementos estratégicos de integração intermunicipal, como a delimitação de referências territoriais para a elaboração de políticas, programas e sistemas organizacionais (módulos, microrregiões e regiões), e estabeleceu instrumentos de planejamento integrado, como os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos (BRASIL, 2002).

O Pacto pela Saúde, em 2006, surgiu da necessidade de fomentar a cooperação intergovernamental para avançar na universalização da saúde em um contexto territorial complexo, tanto pela divisão tripartite do poder quanto pela diversidade de situações sanitárias existentes. Esse pacto evidenciou a necessidade de priorizar o processo de regionalização da saúde, como estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, sendo uma das responsabilidades gerais da gestão dos Estados: “coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região” (BRASIL, 2006).

Também a partir de 2006, com o Pacto pela Saúde<sup>5</sup>, aconteceu um acordo, no qual os gestores de cada nível de governo assumiriam compromissos mútuos sobre as metas e responsabilidades em saúde (BRASIL, 2006). Ressaltamos, nessa fase, a retomada do papel do Estado na condução de um planejamento nacional integrado e participativo, compreendido como um “processo técnico-político e social, que requer o envolvimento de vários atores” (MACHADO *et al.*, 2010, p. 2381).

---

<sup>5</sup>\*A Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, divulgou o Pacto pela Saúde 2006 e aprovou as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, que tem três componentes principais: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse último componente constata as iniquidades regionais do Brasil e afirma que “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”. (Portaria nº 399/GM).

Mesmo com o fortalecimento do papel dos estados e dos municípios no planejamento regional, o Pacto não alterou significativamente os instrumentos de planejamento, à exceção dos blocos de financiamento e dos indicadores de monitoramento e avaliação, limitando maiores avanços na gestão compartilhada do SUS. A dimensão territorial, no planejamento em saúde, ganhou uma nova percepção, menos normativa e mais política, também voltada para a diversidade de configuração das redes assistenciais dos lugares. Mesmo assim, o nível federal não conseguiu lançar um olhar mais estratégico sobre a dimensão territorial das desigualdades de organização, funcionamento e uso do SUS e da universalização da saúde no Brasil (VIANA *et al.*, 2011; GADELHA *et al.*, 2011).

Na sequência, surgiu o Programa Mais Saúde: Direito de Todos: 2008-2011, do Ministério da Saúde, instituindo os Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) como modelo de organização de redes de atenção à saúde, adequado ao processo de consolidação do SUS, de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Essa estratégia de TEIAS consistiu em um conjunto de políticas, programas e unidades de atenção à saúde articulados no espaço de uma região de saúde de maneira funcional por meio de estratégias clínicas e estruturas públicas de planejamento, gestão e governança (BRASIL, 2007).

Contudo, foi a grande heterogeneidade entre as regiões de saúde que demonstrou que o processo nos estados foi conduzido por critérios diversificados, conforme as realidades e os acordos políticos locais, e a capacidade de indução federal sobre as especificidades desse processo foi de baixa resposta. Essa análise despertou uma preocupação em nível federal, sobre como equacionar os fundamentos técnicos e políticos da regionalização nos estados, de modo a garantir maior poder de provocar as mudanças no sistema, a partir das regiões de saúde constituídas, e potencializar essa estratégia para alcançar maior efetividade na universalização da saúde. A publicação da Portaria 4.279 de 2010, referente à estruturação das redes de atenção à saúde no Brasil, também reforçou a necessidade de mudanças nas diretrizes de regionalização do SUS (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015).

A esperada regulamentação da Lei n. 8080/90 revigorou a discussão em âmbito nacional sobre os instrumentos gerenciais e os conceitos balizadores do planejamento do SUS. Nesse processo, cabe às unidades federativas a construção de processos de trabalho capazes de transformar as orientações emanadas da legislação em práticas institucionalizadas. Para isso, as instâncias paritárias devem convergir esforços para a elaboração de referencial metodológico, que permita a efetiva operacionalização dos conceitos e a concretização do SUS (MOREIRA, CAMPOS, MALACHIAS, 2012).

A saúde pública no Brasil, nos últimos anos, obteve inúmeros avanços. Através de uma observação mais cuidadosa dos entes federados podemos revelar que aqueles que conseguiram criar instrumentos metodológicos e práticas de trabalho capazes de metabolizar as orientações legais em ações institucionalizadas, conquistaram uma capacidade real de interferir na realidade e transformá-la. A complexidade envolvida nessa tarefa exige, além da questão técnica, orientação teórica, organização da instituição, reinventar com compromisso social, competência e muita militância na área de assistência (MOREIRA, CAMPOS, MALACHIAS, 2012).

O Decreto n. 7.508, de junho de 2011, ao regulamentar a Lei n. 8.080/90 e dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência e a articulação interfederativa (Brasil, 2011) reacende a discussão em âmbito nacional sobre a efetiva consolidação de princípios e diretrizes do SUS. Dentre eles, destacam-se a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços também utilizados, tecnicamente, como princípios normativos (MOREIRA, CAMPOS, MALACHIAS, 2012).

Assim, o Decreto 7.508/2011 serve para o nosso estudo como um recorte temporal, para analisar as mudanças no processo de regionalização que ocorreram, estabelecendo novas estratégias e instrumentos para a consolidação das redes de atenção à saúde, na Região de Saúde 9, e valorizar a construção de relações colaborativas entre os entes federados. E foi assim que participamos, com determinação, na reconfiguração territorial e na composição de espaços, com novos atores, quando o decreto foi instituído em 2011, no governo do Estado, tendo Tarso Genro como governador.

O Decreto n. 7508 conceitua a 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, 2011, s.p.).

As regiões de saúde devem oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Conforme o Decreto, podem ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos estados, em articulação com os municípios, e também a instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países, que deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais. A integralidade da assistência à saúde se inicia, e se completa, na Rede de Atenção à Saúde

mediante o encaminhamento do usuário para a rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores (CIRs) (BRASIL, 2011, s.p.).

Alguns instrumentos, de natureza jurídico-administrativa, são inseridos pelo decreto mencionado, como novos mecanismos na garantia de maior segurança contratual, e de transparência, como o Contrato Organizativo da Administração Pública (COAP), o Mapa da Saúde, a Renases e a Rename (BRASIL, 2011). Os CGR passam a se chamar Comissões Intergestores Regionais (CIR). O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), definido por acordo de colaboração, firmado entre entes federativos, tem a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada. Também define a hierarquia, com a especificação de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. Significa a formalização da pactuação regional elaborada nas regiões de saúde pelas Comissões Intergestores Regionais (CIRs). (BRASIL, 2011).

Para Santos e Andrade (2011), é pelo COAP que os entes federativos poderão definir, de acordo com suas realidades, e no âmbito de suas competências comuns, o papel de cada um na rede de atenção à saúde, impondo regramentos resultantes da negociação solidária e responsável.

Nessa etapa, conforme Albuquerque (2013), o Decreto n. 7508 prevê o início da fase da “regionalização contratualizada”<sup>6</sup>, cujo foco é a estruturação de regiões de saúde a partir de acordos intergovernamentais formalizados por meio de contratos e da conformação de redes de atenção à saúde, baseados em definições, critérios e instrumentos específicos de planejamento e financiamento. O objetivo central é ampliar a segurança jurídica nas relações entre os gestores e também efetivar a integração de redes de atenção à saúde, a partir das regiões estabelecidas, com foco na integralidade do acesso, frente às necessidades de saúde da população dessa região.

Em uma “nova regionalização”, como relata Albuquerque (2013), ainda não está claro o potencial dos instrumentos, principalmente dos COAPs, para enfrentar a desigualdade territorial da oferta de ações, essencialmente a de espaço geográfico, serviços, investimentos,

---

<sup>6</sup>Dentro dos cinco grandes ciclos de descentralização (VIANA, LIMA, 2011), a literatura considera que apenas no quarto a regionalização é retomada como proposta para superar o modelo prévio de municipalização (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015). Dentro dos dois últimos ciclos estão três diferentes fases da indução da regionalização: fase I (2001-2005): região normativa; fase II (2006-2010): região negociada; fase III (2011-atual): região negociada e contratualizada (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015)

tecnologias e profissionais de saúde nos estados brasileiros. A divisão de tarefas, e responsabilidades das três esferas, na implementação da ação regional no SUS, exige clareza de entendimento de que os recursos e serviços envolvidos na região devem ser planejados, organizados e geridos em regime de colaboração.

É a partir da regionalização que emerge uma proposta que tenta superar a fragmentação do sistema de saúde: em primeiro lugar, imaginava-se que a oferta de serviços fosse equilibrada através da cooperação dos entes federativos, levando a ganhos de eficiência e qualidade. Em segundo, aguardava-se uma resposta regional para problemas locais, assumindo que a melhoria na eficiência e na qualidade dos serviços poderia não ser suficiente para alcançar os princípios doutrinários do SUS. Através dessa “dupla identidade da regionalização” (SANTOS, 2017, p.28), esperava-se que houvesse uma clara expectativa de que o processo remetesse à redução das iniquidades inter e intrarregionais, sem que fossem eliminadas a identidade e as heterogeneidades regionais, e que também garantisse o acesso integral à população, independente de sua localização.

Assim, como refere Viana *et al.* (2008, p. 96),

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 às diferentes heranças territoriais e heterogeneidades presentes no Brasil. Nesse sentido, a regionalização, como principal estratégia da descentralização, precisa ser, sobretudo, um processo político que lida com a diversidade do próprio SUS e a sua relação com as desigualdades do território brasileiro.

Vemos que a maior dificuldade está na capacidade política de identificar o território regional como campo de responsabilidade e investimento comum, onde é fundamental o esforço coletivo de construção, com a sociedade, de uma visão compartilhada para o futuro da ação dos governos na região, nem sempre compatível com a composição partidária dos governos locais (RIBEIRO, 2015).

O território nos proporciona o entendimento de um compartimento espacial da ação do Estado, mas também nos remete, conforme Albuquerque (2013), aos sistemas indissociáveis de objetos e ações que possibilitam seus diversos usos e se impõem como condição para a atuação do Estado, das empresas e da sociedade (SANTOS, 1978, 1996).

Assim, buscamos compreender e conceituar o território, usando-o “como sinônimo de espaço geográfico, um *espaço banal*, isto é, um território vivido e usado por todos, ainda que de forma diversa e desigual quanto ao poder de cada um e de cada instituição, para influir sobre esse sistema indissociável de objetos e ações” (ALBUQUERQUE, 2013, p.45).

De acordo com Reis (2005, p. 2), os territórios são construções sociais, discursivas e materiais, mas também formam a rede matricial interna dos territórios (sua capacidade dinâmica), possuem três dimensões das estruturas e das dinâmicas territoriais: a) A proximidade; b) As densidades; c) O polimorfismo estrutural quando afirma que “o território precisa ser interpretado – e não apenas considerado como uma variável de descrição das diferenças na repartição econômica”.

Para podermos pensar sobre as políticas, o território deve ser interpretado, diz Reis (2005), tendo-se presente a contradição entre o fato de que ele é distância e também proximidade. “O território-distância é aquele sobre o qual se desenvolvem atividades e se interligam pontos. O território-proximidade é o que aglomera e proporciona a coordenação dos atores que nele agem e que, afinal, o constituem”. A partir das ideias desse autor, neste estudo utilizaremos o território distância que reflete as redes assistenciais que são executadas no território, e também o território proximidade para demonstrar como ocorre a política de regionalização no território da Região 9.

Nessa última possibilidade, interpretar o território de um ponto de vista que inclua o poder que ele incorpora, as inter-relações e os atores que o formam, as iniciativas que ele gera e as transformações a que ele obriga. Também conforme Reis (2005), o território enquanto expressão e produto das interações que os atores protagonizam. “O território, nestas circunstâncias, é proximidade, atores, interações. E é também um elemento crucial da matriz de relações que define a morfologia do poder nas sociedades contemporâneas” (REIS, 2005, p.3).

O SUS é único<sup>7</sup> 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 às diferentes heranças territoriais e heterogeneidades presentes no Brasil. Nesse sentido, a regionalização, “como principal estratégia da descentralização, precisa ser, sobretudo, um processo político que lida com a diversidade do próprio SUS e a sua relação com as desigualdades do território brasileiro” (VIANA, LIMA, 2011, p. 90).

A garantia do acesso universal à saúde no Brasil depende muito da forma com que o SUS acontece no território, que pode envolver: (i) a distribuição espacial dos equipamentos,

---

<sup>7</sup>O conceito de unicidade do sistema de saúde preconizado na legislação não deve ser entendido como forma única de organização em todo o território nacional. É preciso levar em consideração as enormes desigualdades identificadas no país, sejam elas de natureza cultural, econômica ou social. [...] A expressão único, de que falam a Constituição e a Lei n. 8.080, deve ser entendida como um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comum são diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Do ponto de vista doutrinário, estaria englobando a universalidade, a equidade e a integralidade e, do ponto de vista organizacional, a descentralização, a regionalização e o controle social. (BRASIL, 1993).

serviços, redes assistenciais, profissionais, tecnologias, informações, fluxos, normas, recursos financeiros, programas e políticas de saúde; (ii) o perfil epidemiológico e as necessidades de acesso e saúde da população em cada lugar; e (iii) as diferentes escalas, responsabilidades e formas de ação do Estado no planejamento, financiamento e na gestão do sistema de saúde (ALBUQUERQUE, 2013).

Nesse debate sobre as desigualdades podemos inserir os condicionantes do processo de regionalização, os quais respondem por transformações territoriais no mundo e no Brasil, e podem estar alocados em quatro áreas: demográfica, econômica, política e social. Estudo mais recente sobre a evolução da desigualdade no país confirma que, apesar de avanços em alguns indicadores, a face territorial das desigualdades ainda é a marca do Brasil (ARRETCHE, 2015).

O SUS se materializa de forma incompleta e seletiva no território, na maioria das vezes, sendo orientado pelas tendências regionais, conforme a concentração e escassez populacional, econômica e das modernizações técnicas, científicas e de informações, que definem o meio geográfico, restringindo o direito universal à saúde através da não efetivação igual em todos os lugares (ALMEIDA, 2005). Conseqüentemente, desde a menor atratividade e capacidade de investimentos na saúde, as maiores dificuldades de atração e a fixação de profissionais de saúde; além da menor capacidade de oferta assistencial pública e privada, e as maiores dificuldades vinculadas à gestão, ao financiamento e planejamento do SUS serão encontradas nos lugares e regiões com mais empobrecimento e menos atrativos para o grande capital (ALMEIDA, 2005; OLIVEIRA, 2005; ALBUQUERQUE, 2006; VIANA *et al*, 2007; VIANA, LIMA, 2011).

Para dar conta da complexidade da regionalização do sistema público de saúde no Brasil, com a garantia de ter uma visão mais ampla, com uma abordagem que vai além de aspectos administrativos e de organização relacionados ao setor saúde, utilizamos a abordagem de Lima (2015, p.8), em que os condicionantes da regionalização estão associados a quatro eixos de determinação, fortemente inter-relacionados, que incidem sobre o modo com que esse processo se expressa na saúde: “(1) a desigualdade e a diversidade territorial do país; (2) a abrangência e as distintas lógicas territoriais observadas na atuação do Estado e na organização da atenção à saúde; (3) a multiplicidade de atores que exercem funções de financiamento, gestão e prestação de ações e serviço em âmbito regional; (4) as múltiplas escalas regionais configuradas pela distribuição da oferta, o uso de serviços, atuação e acordo político dos atores regionais”.

Partindo da análise da desigualdade e da diversidade territorial, é preciso considerar que os fatores e elementos de diferenciação regional no Brasil são diversos e se expressam nos diferentes usos do território, ao longo do tempo e no espaço. (SILVEIRA, 2011). Observam-se vários elementos que contribuem para esse processo: ocupação, transformações econômicas, urbanização com concentração da população em metrópoles e regiões metropolitanas, e movimentos migratórios internos, que causaram impactos regionais diferenciados, resultado de ações direcionadas para regiões específicas e de políticas setoriais, com diferentes processos de repercussão. O efeito desses movimentos é bastante heterogêneo no território nacional, chegando de forma diferenciada nos municípios, estados e regiões. A saúde será impactada por essas diferentes dinâmicas territoriais, as quais

afetam o padrão de ocorrência de agravos e doenças na população, bem como a configuração do sistema (distribuição e tipo dos serviços, financiamento, planejamento e composição público-privada) e a utilização dos serviços de saúde, as exigências em termos das políticas e de modelos diferenciados de organização da atenção, os graus de efetividade e eficiência de seus resultados. (LIMA, 2015, p.9).

A fragmentação tem estado presente na política de saúde, conduzida pelos diferentes níveis de governo, e, conforme Lima (2015, p.10), “com coexistência e tensões entre as distintas lógicas de estruturação das políticas, que podem ser organizadas segundo critérios diversos: tipos de serviços envolvidos (ambulatoriais, hospitalares, domiciliares, urgência e emergência), níveis de complexidade da atenção à saúde (atenção básica, média e alta complexidade), destinação das ações desenvolvidas (agravos, grupos populacionais e áreas específicas da atenção à saúde) e modelos de prestação do cuidado à saúde (Programa Saúde da Família)”. Sendo assim, essas lógicas se manifestam nos processos de formulação de políticas, planejamento, financiamento das ações, com variadas implicações para a dimensão territorial. Cabe ainda ressaltar que

a complexidade, a variedade e as especificidades dos campos de atuação em saúde e das lógicas de organização de suas ações imprimem à saúde uma institucionalidade setorial própria e sólida, que pode em alguns momentos dificultar o fortalecimento de uma perspectiva territorial mais integradora (LIMA, 2015, p.11).

As escalas territoriais existentes nessas regiões de saúde revelam, o acordo técnico-político, entre governos e gestores da saúde, traduzidos em distintos projetos políticos com capacidade de governança diferente entre as esferas de governo. Nesse caso, ressaltamos a constituição de redes de atenção à saúde de forma federativa, além dos mecanismos de coordenação intergovernamental. A condução da política de saúde na região demonstra a multiplicidade de agentes (governamentais e não governamentais, públicos e privados) envolvidos na condução da política de saúde, em função da repartição dos esquemas de

financiamento, provisão de recursos (humanos e materiais) e prestação de serviços. Conforme Lima (2015), a participação dos prestadores privados no SUS é muito variável no território nacional, destacando-se sua participação predominante na assistência hospitalar, na maioria dos estados e capitais do país.

Em relação à multiplicidade dos atores, outro fator diz respeito à forma com que foi moldada a descentralização no SUS, pois, no Brasil, evidenciou-se um descompasso entre os processos de regionalização e descentralização no processo de implementação do SUS. (LIMA *et al*, 2012). Nesse caso, as relações verticais foram exaltadas, com a transferência de poder decisório e também de responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os estados e, principalmente, para os municípios. Nesse momento, os governos municipais ganham um destaque na atuação no campo da saúde (ARRETCHE, 2009).

Citamos também a fragilidade do planejamento regional, que apresentou estratégias de descentralização do SUS, que não se comprometeram frente às múltiplas realidades no Brasil. Em consequência desse processo não ocorreu uma diversificação de políticas e investimentos que melhor evidenciassem as necessidades de saúde para as dinâmicas territoriais específicas, visando à melhora ao acesso, utilização e gasto público em saúde (VIANA, FAUSTO, LIMA, 2003).

Cabe ainda dizer que, pelo fato de os resultados da descentralização da saúde no Brasil serem contraditórios e extremamente dependentes das questões locais, em consequência as características dos sistemas descentralizados de saúde expressam diferentes capacidades financeiras e organizacionais para a prestação da atenção à saúde, e distintas disposições políticas de governadores e prefeitos (SOUZA, 2002).

Portanto, verificam-se muitos problemas relativos à falta de integração territorial de instituições, serviços e práticas, e também dificuldades para a constituição de arranjos cooperativos entre os governos na garantia do acesso integral à saúde. Ainda se destaca, na condução regional da política, a autonomia relativa dos prestadores (incluindo os profissionais), na execução de ações e serviços. Alguns elementos citados por Lima (2015, p.12), entre os quais “a fragilidade da regulação exercida pelo Estado e a forte influência da categoria médica nas decisões sobre as regras que incidem sobre o exercício da profissão, a formação e o mercado de trabalho em saúde”, fazem com que aumente a força dos interesses corporativos na saúde.

Conclui-se que há uma grande diversidade regional na condução da política de saúde no território nacional. É na região que se refletem as relações de dependência, interação e acordos estabelecidos entre múltiplos agentes que operam segundo interesses diversos (lógica

mercantil, corporativa, pública ou do direito à saúde), podendo estar organizados e direcionados conforme objetivos comuns (negociados), de modo a assegurar (ou não) a universalização do direito à saúde (LIMA, 2015).

Assim, tornam-se evidentes as dificuldades entre as múltiplas escalas regionais configuradas pela distribuição da oferta, uso de serviços, atuação e acordo político dos atores regionais, “as regiões de fato”, correlacionando-as com aquelas identificadas para fins de planejamento e gestão territorial da política de saúde, “as regiões como ferramenta” (RIBEIRO, 2004, p. 195).

É necessário, conforme Viana *et al* (2015), considerar as repercussões dos arranjos híbridos, públicos e privados, ou seja, formas de organização da administração pública e privada na saúde, com e sem fins lucrativos, na gestão e prestação dos serviços de saúde, na condução da política de saúde, tratadas em nosso estudo como elemento de discussão importante. Importante, também, evidenciar que na saúde a discussão dos mecanismos gerenciais acabam se sobrepondo à questão da região em si, ou do próprio planejamento como função essencial do Estado (DUARTE, CONTEL, BALBIM, 2013).

Sendo assim, há a necessidade de criar uma articulação mais efetiva entre saúde e território, desenvolvendo propostas de intervenção e gestão, com desenvolvimento de diagnósticos de atuação mais coerentes nas regiões.

É importante ter clareza do quadro complexo que envolve a regionalização da saúde: atores públicos e privados, diversidades e desigualdades espaciais, descompassos e fragilidades do processo de regionalização, entre outros; e do contexto atual de crise política e econômica do País para podermos efetivar a análise proposta em nosso estudo.

### **2.3. As Redes de Saúde no processo de regionalização**

Buscar como aconteceu a implementação da regionalização do Brasil se faz necessário para contextualizarmos a regionalização, enquanto construção histórica que extrapola as fronteiras nacionais e que advém da necessidade da reestruturação dos sistemas de saúde frente às novas demandas sociais (VIANA, 2010). Nesse contexto que nos encontramos, fazendo parte da regionalização contratualizada, destacamos os conceitos de redes de atenção à saúde e de redes interfederativas de saúde, reafirmados a partir do Decreto 7508/2011; e também o vínculo das regiões de saúde com a conformação das redes que aumenta ainda mais a complexidade do planejamento regional da saúde. A regionalização do SUS, ao longo de sua implementação, sofreu várias mudanças em suas diretrizes devido às mais variadas noções de rede assistenciais (ALBUQUERQUE, 2013).

A Constituição Brasileira, de 1988, definiu a estratégia de regionalização por meio da organização de redes de atenção, como elemento fundamental para a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Conforme o texto constitucional, as ações e os serviços de saúde “conformam uma rede regionalizada e integrada em um sistema único em todo o território nacional” (OUVERNEY; NORONHA, 2013, p.143).

Assim nasceu o SUS, sob redes de serviços de saúde regionalizada, constituído através do artigo 198 e 200, em um sistema único, e recebeu o nome de único “em razão da unificação de todas as ações e serviços públicos de saúde em um só sistema”. (SANTOS, ANDRADE, 2011, p.22).

Esse processo de criação, formalização e implementação do SUS foi construído através de uma mobilização social de diversos segmentos, anterior à Constituição Federal de 1988, originando o atual sistema de saúde, a partir de um conjunto de serviços que já existiam, vindos de várias origens e diferentes orientações assistenciais: universidades, serviços públicos de municípios, estados e da União, entidades filantrópicas, sindicatos rurais, serviços comunitários e serviços privados, contratados pelo então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS. (MAGALHÃES, 2014; MENDES, 1993).

Ainda cabe ressaltar que esse padrão de proteção social, adotado desde a década de 1920 até a Constituição de 1988, se orientou por um modelo que regulava a cidadania, e que daria acesso à utilização de serviços de saúde apenas aos trabalhadores inseridos no mercado formal, que contribuíssem financeiramente para esses serviços. A soma desses dois fatores estimulou a oferta e demanda por serviços de saúde, produzindo, em consequência, um modelo caracterizado pela assimetria de distribuição e acesso, concentrando unidades especializadas apenas em regiões e cidades com maior dinamismo econômico e nível de renda (FLEURY, 1994).

Nas últimas décadas, esse conjunto de serviços não seguiu nenhuma lógica ou sistema de planejamento e organização durante sua expansão, sendo assim não sofreu nenhuma influência do conceito de rede articulada e integrada de atenção. Foi a partir dessa realidade que o SUS iniciou a sua estruturação, agravada pela necessidade de transferência da gestão da maior parte dos serviços que estavam no Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde, e também, de modo heterogêneo, para as secretarias estaduais, chegando, logo após, a algumas secretarias municipais. O distanciamento dos princípios constitucionais faz nascer, portanto, um SUS com baixíssima capacidade gestora, longe das necessidades almejadas. Em consequência, os primeiros anos do Sistema Único de Saúde

foram marcados pela fragmentação, concorrência, não cooperação e ainda pela desvinculação do processo de planejamento e gestão das necessidades de determinado território e de sua população. Tudo isto presente nos dias atuais, pois “os serviços de saúde continuavam a funcionar e a crescer por diversos impulsos, menos por necessidade planejada do que pelas pressões social e política e pelas carências reais” (MAGALHÃES, 2014, p.16).

Buscar a ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde, conforme as necessidades de saúde<sup>8</sup> da população gera desafios importantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja organização deve ser feita de forma regionalizada e hierarquizada. Assim, a conformação de regiões de saúde para “integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Brasil, 2011, s.p.) constitui estratégia fundamental para superar esses desafios.

O processo de regionalização e de construção das redes de atenção à saúde pode ser um fator a intensificar e afetar de forma positiva a universalidade do acesso à saúde, buscando, através da integração racional, adequar a oferta de ações e serviços de saúde de um escolhido contexto socio-sanitário mediante a otimização de recursos humanos e tecnológicos, tendo como instrumento o planejamento e a organização dos serviços em rede, em conformidade com as necessidades em saúde no âmbito regional (LIMA *et al*, 2012).

As propostas de reforma do sistema de saúde brasileiro, debatidas ao longo da história, tiveram sempre como premissa a organização de redes regionalizadas de serviços de saúde, utilizando como referência a experiência dos países que construíram sistemas universais e a literatura internacional (KUSCHNIR, CHORNY; 2010).

No Brasil, as diretrizes para a regionalização foram influenciadas por duas perspectivas: 1) provenientes da Inglaterra, as redes regionalizadas e hierarquizadas; e 2) inspiradas no conceito norte-americano de sistemas integrados de saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Portanto, “as perspectivas de regionalização são condicionadas pelo entendimento sobre rede de saúde” (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015, p.54).

A integração dos serviços de saúde é uma necessidade reconhecida há muito mais tempo. Ainda na década de 1920 o debate sobre as redes regionalizadas e hierarquizadas foi

---

<sup>8</sup>Desta forma, compreendemos as necessidades de saúde a partir da taxonomia adotada por Cecílio (2001, p. 114-115), a qual aponta para uma subdivisão destas em quatro grandes conjuntos. O primeiro aponta para a necessidade de se ter boas condições de vida, seja no que diz respeito às questões ambientais externas, determinantes do processo saúde-doença ou aos espaços/lugares ocupados pelo sujeito na sociedade. O segundo conjunto é a garantia de acesso a tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida. O terceiro conjunto: a criação de vínculo entre usuários e equipe de cuidado diz respeito a uma formulação crucial no campo da saúde mental, pois sua viabilização permite abrir um espaço de interlocução possível entre o sujeito em sofrimento e o processo de reabilitação psicossocial. Por fim, o quarto conjunto preconiza a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

posto em agenda com a publicação do Relatório Dawson, que já provocava mudanças no sistema de proteção social, depois da Primeira Guerra Mundial, na Inglaterra. A inadequada organização dos serviços médicos, percebida no Reino Unido, fez surgir propostas através de um relatório técnico, as quais preconizavam um acesso no momento certo e de forma adequada aos serviços de saúde, garantindo a manutenção da saúde e a cura das enfermidades da população. A partir dessa referência para a mudança da organização dos serviços de saúde da época, houve a inclusão de elementos que visavam um novo modelo de atenção, sugerindo, inclusive, a adaptação estrutural de hospitais para esse novo modelo organizacional. As necessidades locais de saúde, conforme a proposta presente no Informe,<sup>9</sup> deveriam ser atendidas através de uma organização que tivesse à disposição dos serviços em unidades de atenção primária, atenção secundária, serviços complementares e de apoio diagnóstico organizados. Pela primeira vez a busca visava formas de organizar a prestação de serviços de saúde para toda a população de uma dada região (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

Esse modelo inglês também inseriu a hierarquização (1) da organização do território urbano e (2) dos próprios serviços de saúde. No primeiro item, a capacidade da regionalização estaria baseada na capacidade de determinado território ofertar os recursos de saúde necessários a partir dos níveis de atenção, já divididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. No segundo item, a organização dos serviços ocorreria pelo grau de complexidade do tratamento, da densidade tecnológica necessária e da variedade de equipamentos e profissionais.

Além disso, esses dois fatores criavam uma organização regional de saúde que se configurava de acordo com a complexidade e a complementaridade dos serviços oferecidos, fazendo conexões a partir de redes de transporte e comunicação. Essas regiões, ainda deveriam ter a criação de uma gestão administrativa única que as coordenasse, mas a visão municipalista vinculada ao modelo federativo impossibilitou sua aplicação aqui no Brasil, fazendo com que limitasse a indução e institucionalização da regionalização do SUS (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015).

A partir dessa proposta, alguns dos conceitos foram absorvidos pelo Brasil, entre os quais “critérios de delimitação regional baseado na oferta, fluxo e hierarquia assistencial e nas

---

<sup>9</sup>“La disponibilidad general de los servicios médicos sólo puede asegurarse mediante una organización nueva y ampliada, distribuida en función de las necesidades de la comunidad. Tal organización es indispensable por razones de eficiencia y costo, como asimismo en beneficio del público y de la profesión médica. Con la expansión del conocimiento, las medidas necesarias para resolver los problemas de la salud y las enfermedades se tornan más complejas, reduciéndose el ámbito de la acción individual y exigiendo, en cambio, esfuerzos combinados. Para que éstos puedan rendirlos mejores resultados deben concentrarse en la misma institución.” (Informe, 1964, p. 03).

necessidades de saúde de uma comunidade; a eficiência de escala; a coordenação das referências de acesso entre os níveis e/ou regiões” (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015, p. 31).

A segunda influência foi criada, inicialmente, no sistema de saúde norte-americano e modificada a partir de outras experiências internacionais, marcada pela prevalência do mercado privado sobre o público e a fragmentação dos serviços de saúde. Com a proposta de sistemas integrados de saúde, adaptada para o Brasil a partir do conceito de redes de atenção à saúde (RAS), (MENDES, 2010), em um primeiro momento as redes de atenção à saúde surgiram como uma tentativa de resposta para a redução de custos, para o uso de escalas e eficiência por parte do setor privado (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Além disso, a nova ordem mundial que emergiu nos anos 1980, pautada pelo neoliberalismo, com a revalorização do mercado e o questionamento da responsabilidade estatal, na provisão de bens e serviços, inclusive saúde, “acarretou uma marcante fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde” (PAIM, ALMEIDA, 2000, p. 13).

Aqui cabe ressaltar que o mix público e privado no sistema de saúde brasileiro é bastante peculiar, caracterizando-se pelo pluralismo de serviços e instituições que compõem uma rede desarticulada e não hierarquizada que atende, de forma diferenciada, aos distintos grupos populacionais (ALMEIDA, 1999).

O SUS herdou uma rede de saúde que representa um desafio para a assistência integral: a assistência médica hospitalar contava com enormes recursos da estrutura previdenciária, já a saúde pública era financiada por poucos recursos do Tesouro Nacional ou de instituições internacionais. A rede hospitalar sempre ficou em primeiro plano, mesmo com o grande número de centros e postos de saúde em nosso país, os quais sofreram severos cortes orçamentários. Existia um sistema de financiamento para os municípios, que vinculava ações que estivessem ligadas ao atendimento e aos procedimentos médicos individuais, fazendo com que houvesse um prejuízo na ocorrência da atividade preventiva e coletiva). Ainda hoje o país possui “uma rede de saúde muito mais centrada na produção de procedimentos médicos e diagnósticos, pouco integrada e mal distribuída, segundo as regiões” (CAMPOS, 2003, p.514).

Vários países, nos anos 1990<sup>10</sup>, introduziram os modelos de gestão de sistemas integrados de saúde e de cuidado às condições crônicas no contexto das reformas dos sistemas

---

<sup>10</sup>Dentre os enfoques dos cuidados inovadores para as condições crônicas, propostos pela OMS, que se relacionam com a proposta de redes de atenção e regionalização estão: “ii. Enfoque na população: as ações devem estar dirigidas a uma população adscrita ao sistema de saúde, mais que a indivíduos isolados. v.

de proteção social e de saúde (Canadá, França, Espanha, Alemanha e Inglaterra). Na América Latina, a partir da conformação das redes no Peru e no Chile, esses modelos começaram a ser adaptados durante a década de 1990, e na Colômbia, em Cuba, no México, na República Dominicana e no Brasil, a partir dos anos 2000.

Assim,

ao colocar no centro do debate a discussão da integração/coordenação do cuidado, o processo de reforma dos sistemas nacionais, em sua fase mais recente, passou a utilizar mecanismos e instrumentos próximos aos desenvolvidos no mercado americano. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p.2314).

No Brasil, a primeira experiência de regionalização fundamentada na concepção de sistemas integrados de saúde, através da microrregionalização cooperativa, aconteceu no estado do Ceará, em 1998, com o apoio do Reino Unido (MENDES, 2003). Após, outra experiência de sistema integrado de saúde com redes foi feita, pela primeira vez, na cidade de Curitiba. Em 2001, o Estado de Minas Gerais formulou uma política de redes de atenção à saúde e, em 2006, e contribuiu para a revisão da regionalização da saúde através da incorporação dos princípios de estruturação das redes: escala, escopo, qualidade e acesso. (MENDES, 2007).

A discussão que envolvia o debate em relação ao conceito de sistemas integrados de saúde e redes de atenção à saúde, no âmbito da política nacional, despertaram, nos organismos internacionais, com destaque para o Banco Mundial e a Organização Panamericana de Saúde, o interesse em investir na implantação de redes de atenção à saúde no Brasil. Inicialmente, o Banco Mundial sugeriu a implantação de redes integradas de saúde no país como uma das estratégias para ampliar a eficiência de escala e o escopo dos hospitais públicos brasileiros, reduzindo a fragmentação do sistema e melhorar as condições de coordenação da atenção e do financiamento. Isso ocorreu através da liberação de recursos financeiros, com um empréstimo para investimentos nas redes de atenção à saúde em regiões metropolitanas e outras escolhidas pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde - Quali SUS Rede (ALBUQUEQUE, 2013).

A OPAS, em 2010, definiu o conceito de Redes Integradas de Serviços de Saúde – RISS, para servir como marco conceitual para as políticas públicas de saúde dos países da

---

Integração: a integração é o cerne do modelo porque, em relação aos problemas crônicos, a atenção à saúde requer integração sob múltiplos aspectos. A integração deve dar-se nos níveis micro [indivíduos e famílias], meso [organização de saúde e comunidade] e macro [políticas de saúde] do sistema de saúde e a integração, coordenação e continuidade devem ocorrer ao longo do tempo e em todos os âmbitos da saúde, incluindo as atenções primária, especializada e hospitalar. vi. Flexibilidade e adaptabilidade: Os sistemas de saúde devem estar preparados para se adaptarem a situações instáveis, informações novas e eventos imprevisíveis.” (MENDES, 2007, p. 21).

região (OPAS, 2010). E ainda aqui no Brasil utilizou a expressão Redes de Atenção à Saúde (RAS) como sinônimo de RISS:

...uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2010, p.17).

Conforme Mendes (2011), uma RAS, ou Rede Integrada de Serviço à Saúde, é constituída por três elementos: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

Escolher determinada população para a qual será prestado um serviço é um elemento essencial para poder elaborar uma RAS. Esse processo deve ser minucioso e detalhado para garantir a execução. Outros fatores, como tamanho da população, maiores carências, doenças mais frequentes, o que elas precisam, sua condição de saúde atual, suas condições de moradia e trabalho são de extrema importância para realizar um desenho eficaz de rede integrada. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável (BRASIL, 2014).

Na estrutura operacional é onde se encontram os elementos tangíveis e intangíveis, materiais e imateriais, que articulam a comunicação entre as pontas das redes, a fim de ofertar serviços de saúde. Nessa estrutura operacional da RAS, cinco membros a compõem: 1. Atenção primária à saúde (APS); 2. Pontos de atenção secundária e terciária à saúde; 3. Sistemas de apoio; 4. Sistemas logísticos; 5. Sistemas de governança. (MENDES, 2009).

Na estruturação de uma rede, a atenção primária à saúde tem papel-chave, pois ela é o primeiro contato do paciente com o atendimento médico; os primeiros atendimentos e primeiras consultas que serão a ponte para o tratamento especializado são realizados nela, fazendo a ligação com os outros pontos da rede, com o objetivo de garantir a continuidade do serviço ao paciente (MENDES, 2009).

Logo depois desse primeiro contato, o paciente é encaminhado para um ponto de atenção secundário (hospital pólo, unidade de pronto atendimento ou hospital municipal), ou terciário (hospital geral ou especializado), os quais garantem apoio à APS, pois possuem alguma especialização, seja em nível ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico ou terapêutico (BRASIL, 2014).

Os sistemas de apoio são instituições que prestam serviços a todos os demais pontos de uma rede. A rede hospitais, em todo o Brasil, é exemplo de sistemas de apoio. Os sistemas logísticos são todas as ferramentas e sistemas que garantem maior facilidade de comunicação entre as pontas da rede e articulam a troca de informações e o fluxo de pacientes. Possuem característica transversal, pois realizam a comunicação entre a rede. Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são: o cartão dos usuários, o prontuário eletrônico único, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transportes sanitários. Aqui ressaltamos que o cartão de identificação do usuário é a ficha cadastral, que permite a identificação de seu portador em qualquer ponto de atenção à saúde ou sistemas de apoio das redes de atenção à saúde, em toda a região de abrangência das redes. Pode conter um número único de cadastro ou demais informações sobre o paciente. (MENDES, 2007).

O quinto e último elemento estrutural de uma RAS são os sistemas de governança. Responsáveis por gerir, conduzir e fiscalizar todos os meios citados anteriormente, são instituições organizadas compostas por diferentes atores do meio da saúde. Os exemplos de sistema de governança serão citados no próximo capítulo.

As redes podem ser temáticas<sup>11</sup>, segundo as linhas de cuidado e as condições crônicas ou agudas das enfermidades, que servem como diretrizes para a estratégia de articulação e gerenciamento das unidades e dos atendimentos na rede (MENDES, 2007; LIMA *et al.*, 2012).

A implantação das redes de atenção à saúde no Brasil tinha como objetivo principal a ampliação do financiamento público de saúde, alinhado aos objetivos das RAS. Ao mesmo tempo em que se articulasse um incremento de recursos financeiros para o SUS, conjuntamente aconteceria a implantação das redes de atenção à saúde (ALBUQUERQUE, 2013).

Só essa ação conjugada fará com que os recursos adicionais colocados no SUS gerem valor para a população brasileira. [...] Além disso, é necessário que o aporte de mais recursos seja acompanhado pela implantação de novo modelo de atenção à saúde, orientado pelas linhas de cuidado e de base territorial. Isso demandará incremento dos repasses financeiros *per capita* (“recursos seguindo usuários”), na redução radical da forma de repasse por produção e na efetivação de um modelo de gestão pautado no monitoramento e acompanhamento de indicadores de saúde. O

---

<sup>11</sup>- Rede Cegonha, Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b); - Rede de Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero e Mama, depois ampliada para Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer pela Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 (BRASIL, 2013a);- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. BRASIL, 2013b); - Rede de Urgência e Emergência (RUE), Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011 (BRASIL, 2011c); - Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS), Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011d); - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limite), Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. (BRASIL, 2012).

maior aporte de recursos deverá tornar suficiente o financiamento da atenção primária e da média complexidade, além da alta complexidade (OPAS, 2010b, p.63-67).

A iniciativa de implantar as RAS, como base de estruturação do SUS, tem a capacidade de desvendar vários dos problemas estruturais do próprio SUS. Conforme já mencionado, a rede composta por pontos de atenção ou serviços tem que ser uma trilha para facilitar o caminhar dos usuários de um para outro ponto, se possível sempre compartilhando o cuidado com a sua equipe básica contínua (MAGALHÃES, 2014).

Através dos serviços de saúde equitativos e integrais, o conceito de RAS “alinha-se no campo das redes regionalizadas dos sistemas públicos e fornece um marco conceitual para a organização de redes no caso brasileiro”. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p. 2314). Também considera o contexto institucional do federalismo brasileiro e a necessidade de cooperação intergovernamental para a conformação das RAS.

Na concepção de um sistema único, a organização de redes assistenciais hierarquizadas e integrais é percebida como uma função tipicamente estadual. A conformação de redes regionais de atenção pressupõe o estabelecimento de relações intergovernamentais cooperativas que superem o cumprimento de forma isolada de requisitos e de responsabilidades advindas com a descentralização (WEIGELT, 2006).

Além disso, a organização de redes de atenção pode sanar as consequências negativas ocasionadas pela fragmentação ou a falta de articulação entre os serviços de saúde, pois cada serviço isoladamente não detém a capacidade resolutiva para enfrentar a complexidade das condições de saúde da população. Ademais, a ideia de redes está associada ao desenho espacial dos serviços em regiões de saúde para distribuir recursos de modo mais equitativo, pressuposto relevante em um país com dimensões continentais e disposição desigual da oferta de ações de saúde como o Brasil (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Como uma proposta do SUS, as RAS vêm para atender a complexidade do perfil epidemiológico da população brasileira, expresso pela coexistência de doenças infecto-parasitárias, comumente frequentes como causa de morbidade, e ainda associadas à alta mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, acidentes de trânsito e homicídios (PAIM *et al.*, 2011).

Conforme Albuquerque e Viana (2015), surgiram três fases de indução da regionalização e das redes de saúde dentro da política brasileira a partir dos anos 2000, pois foi quando ocorreu a entrada desses itens na agenda governamental. A primeira fase ocorreu entre os anos de 2001 e 2005, sendo marcada pela normatização das regiões com redes

hierarquizadas de prestação de serviços em saúde. A segunda fase, entre 2006 e 2010, trouxe a região negociada, “regionalização viva”, com diferentes desenhos de forma intra ou interestaduais, adicionando os Colegiados de Gestão Regional (CGR) ao processo de discussão e pactuação nas regiões. Já a terceira fase (a partir de 2011) apresenta uma regionalização negociada e contratualizada, com as Redes de Atenção à Saúde (RAS).”

A política nacional de saúde demorou vinte anos, desde a criação do SUS, para desenvolver um conceito de rede de saúde e suas diretrizes operacionais (ALBUQUERQUE, 2013). As RAS são redes integradas de serviço à saúde. Na literatura, temos várias definições desse conceito, sobre as quais discorreremos a seguir.

Conforme Castells (2000), as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia.

Para o Ministério da Saúde, as RAS são definidas como

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado arranjos organizados que alinham a qualidade, acesso e disponibilidade de recursos num sistema de saúde (BRASIL, 2014, s.p.)

Redes integradas, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), são organizações e gestão dos serviços de saúde onde as pessoas recebem os cuidados de que precisam, quando precisam, de modo que seja de fácil utilização para alcançar os resultados desejados e fornecer valor para o dinheiro, ou seja, são aquelas que conseguem oferecer o que é preciso na hora certa. Ainda, as redes são consideradas, também pela OMS, uma das principais ferramentas para prestação de serviços à saúde, ajudando para que torne mais real os seus princípios, além de praticar seus elementos essenciais, como a universalidade, o cuidado apropriado, a organização e cuidado com a saúde. (CARUI, 2014).

Na visão de Mattos (2006, p. 13), as “redes integradas são políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional”. Assim, conhecer primeiramente o que a população precisa, e como ela precisa, é a melhor estratégia; e também saber quais são suas reais necessidades/carências e qual a melhor e mais rápida maneira de solução. Aqui a análise geográfica e sociologia é fator determinante, porque em um país as problemáticas de saúde variam de acordo com a região, população, etc..

Na prática, as RAS se propõem a promover atenção integral, partindo da ação preventiva, passando por programas curativos, reabilitadores e de cunho paliativo, também

terminando no acompanhamento do paciente, ou seja, o ciclo completo de atenção a uma condição de saúde (MENDES, 2011).

Assim, o autor define

as RASs como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p.85).

A integralidade remete à integração de serviços por meio de redes assistenciais, sendo necessário criar instrumentos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficaz e comprometida com os recursos coletivos, podendo atender, em âmbito local e regional, as necessidades de saúde individuais, em âmbitos local e regional. A busca para eliminar as barreiras de acesso entre os níveis de atenção, do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado, ultrapassando as fronteiras municipais e buscando a otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados tem sido a busca de uma imagem-sistema ideal de um “sistema sem muros” (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 332).

É a partir do dever de garantir ao indivíduo a integralidade de sua saúde, “através de um conjunto de ações e serviços de saúde interdependentes em especialidades, complexidades, conhecimentos, tecnologias, que surge uma rede de saúde regionalizada (região de saúde) e hierarquizada conforme a complexidade tecnológica de serviços”. (SANTOS, ANDRADE, 2013, p. 23). Sendo, assim o conceito da integralidade que conforma o sistema de saúde em redes de serviços e relações garante a assistência à saúde da pessoa.

Do ponto de vista organizacional, as RAS não obedecem a uma hierarquização, mas se integram por linhas de cuidado que pautam a estratégia de articulação e gerenciamento das unidades e dos atendimentos na rede (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015). Esse modelo tem duplo papel: por um lado, organiza a produção de serviços de saúde e, por outro, pauta a dinâmica para a pactuação e negociação entre diversos atores — governo, sociedade médica, fornecedores, sociedade civil, entre outros. (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004).

As redes também podem servir de instrumentos para administrar políticas e projetos, onde os recursos são escassos e os problemas complexos, desde que haja interação dos agentes públicos e privados, centrais e locais, e se manifeste uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã. (FLEURY, OUVÉRY, 2007).

As RAS seriam uma expressão de interesses negociados por diversos atores e instituições, em relação à coordenação política, que se organizam como rede com objetivos claros (FLEURY, OUVÉNEY, 2007). Como o SUS é uma política complexa, estruturada por uma arena de conflitos, onde agem diversos grupos de interesse que podem sustentar e legitimar, ou simplesmente criar nós críticos que podem atrapalhar sua implementação. Buscar novas formas de incentivos para que os atores tenham um comportamento cooperativo faz com que diminua a tendência de manter relações predatórias por recursos e ausência de comportamentos cooperativos (VIANA, FARIA, PACÍFICO, 2006).

As RAS seriam ainda uma expressão política de interesses negociados, que são comuns e compartilhados por diversos atores e instituições, que se organizam como rede, com objetivos claros e pactuados (FLEURY, OUVÉNEY, 2007). Essas redes dependem da gestão intergovernamental nas diversas escalas do exercício do poder (territoriais e regionais) e espaços colegiados do SUS, conformando redes assistenciais interfederativas (SANTOS, ANDRADE, 2011).

Nesse contexto, Santos e Andrade (2007, 2011) utilizam o conceito de redes assistenciais interfederativas, levando em conta que a conformação das redes de atenção à saúde, e também seus objetivos, linhas de cuidado, protocolos clínicos, financiamento, logística e critérios de incorporação tecnológica, deve ser negociada pelos três entes federados, nos espaços colegiados de gestão do SUS. As redes assistenciais interfederativas surgem do conceito de redes de atenção à saúde, mas trazem um novo entendimento, sem se limitar a estas, de compreender que a conformação das RAS depende das redes interfederativas, que se caracterizam “pela necessidade de haver, no SUS, ‘gestão’ intergovernamental, e não apenas relações entre os governos” (SANTOS, ANDRADE, 2011, p. 1676).

Albuquerque (2013) enuncia que a conceituação das redes de atenção à saúde tem inspiração não apenas nas teorias econômicas de mercado, mas também na teoria dos “espaços de fluxos”, conforme definido por Castells (1999), em que a utilização de tecnologias de informação serve para estruturação e o funcionamento das RAS. Além disso, ainda traz a ideia de supervalorização da noção de rede, criando, no Estado, uma nova necessidade: “de atuar como se fora um Estado rede, um Estado negociador-consensual” (SANTOS, ANDRADE, 2008, p.33).

Entender a diferença principal da adaptação na proposta de redes criadas no sistema americano, em relação aos países com sistemas universais de saúde, é a questão principal da regionalização, a qual implica universalidade e diminuição das desigualdades. Assim, a

regionalização é utilizada como estratégia de ação do Estado no planejamento do sistema e a rede se destaca como estratégia de atuação do mercado na saúde. Pode-se dizer que as redes se relacionam com o gerenciamento dos sistemas de saúde (sistema de gestão, integração econômica vertical e horizontal, economia de escala e escopo, coordenação), enquanto que a regionalização ressalta o caráter público, universal e equitativo do planejamento em saúde (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

A construção de noções e diretrizes das redes e da regionalização do SUS ocorreu através do tempo, diminuindo a distância entre essas duas estratégias, fazendo com que ficassem cada vez mais interdependentes. Mas é importante ressaltar que o Estado desempenhou um fraco papel no planejamento das redes e regiões de saúde. E desde a criação do SUS ainda não conseguiu ter capacidade pública de induzir a divisão territorial do trabalho em saúde (distribuição e especialização dos serviços no território e estruturação de redes e regiões de saúde), tendo como objetivo universalizar e diminuir as desigualdades nas escalas estadual e nacional na área da saúde (ALBUQUERQUE, 2013).

Segundo Albuquerque (2013), mesmo sendo definida a região de saúde a partir da organização das redes assistenciais, esta se limita ao funcionamento destas. Mas é visível que as redes ajudaram a firmar uma visão de região de saúde, muito vinculada à capacidade de oferta de ações e serviços e aos fluxos assistenciais decorrentes dessa oferta, hierarquizados e regulados conforme a complexidade dos serviços.

O que chama a atenção é o fato de não ter sido elaborado um conceito de rede regionalizada e hierarquizada de saúde, e diretrizes específicas de organização, gestão, financiamento e logística das mesmas, no momento de implantação da regionalização proposta pela NOAS. Essa diretriz foi publicada no período da globalização, em que uma das características mais marcantes foi a excessiva valorização das redes tecnológicas, das ações em redes globais, da comunicação em rede (CASTELLS, 1999; ALBUQUERQUE, 2013).

O termo rede foi exaustivamente discutido em várias áreas das ciências durante a década de 1990, e poderia ter resultado em maior influência sobre o planejamento regional do SUS. Também fica visível a baixa capacidade de planejamento regional relacionada a essa ausência de diretrizes e conceitos de redes no momento de institucionalização da regionalização do SUS (NOAS), mesmo que houvesse documentos e experiências nacionais (estados) e internacionais relevantes sobre a conformação de redes assistenciais de saúde, que poderiam ter auxiliado na elaboração de um conceito com o objetivo de orientar a regionalização. Cabe ressaltar, frente à ligação da NOAS, a ampliação da capacidade de oferta de serviços e a racionalidade da regulação dos fluxos assistenciais: “os fluxos assistenciais em

si não estruturam redes, da mesma forma que o sistema de regulação também não estrutura redes, porque estas necessitam de uma série de mecanismos de coordenação, instituições, financiamento, informação, gestão, regulação, hierarquização e tecnologias, constituindo subsistemas técnicos e políticos assistenciais” (ALBUQUERQUE, 2013, p.151).

A publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, também não trouxe uma definição de rede de saúde ou diretrizes específicas para sua estruturação. Contudo, o documento traz uma nova nomenclatura: rede de atenção à saúde e suas variações (redes regionalizadas de atenção à saúde; rede regional de ações e serviços de atenção à saúde) (BRASIL, 2006).

O Pacto da Saúde se refere ao uso do termo rede de cooperação entre os três entes federados, ao se citar a necessidade de maior coordenação e cooperação entre as esferas governamentais na gestão regional do SUS. Aqui, a partir da capacidade instalada, das necessidades em saúde e dos fluxos assistenciais, a rede é pensada, mas com um foco principal na capacidade de negociação e cooperação intergovernamental que o Pacto trouxe a partir da criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR). Essas negociações intergovernamentais influenciariam o próprio desenho da região, onde a prioridade e a valorização ocorrem em relação à base técnica e normativa, em relação à base política, através de instrumentos de planejamento, de redes assistenciais e de diagnósticos regionais. Ainda aqui a constituição das redes continua sendo o principal elemento estruturador do recorte regional do SUS no território. Assim, o Ministério da Saúde, em 2006, continuou a edição de várias portarias que garantissem as redes regionalizadas (ALBUQUERQUE, 2013).

A partir de proposições em documentos internacionais do Ministério de Saúde e dos estudos de Mendes, em 2010, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 4.279, que estabeleceu as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no SUS, institucionalizou as redes de atenção à saúde na política nacional, em resposta ao insuficiente modelo de atenção à saúde do SUS para dar conta dos desafios sanitários atuais (MENDES, 2011).

Ainda com o objetivo de diminuir a fragmentação através da integralidade, o pacto cita redes de saúde como “estratégias para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS”, e de qualificação do cuidado em saúde (BRASIL, 2010, p.01).

A rede de atenção à saúde é assim definida:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.(...) Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na

Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular (BRASIL, 2010, p.04).

No Brasil, a organização dos serviços em redes de atenção à saúde, mesmo fazendo parte da estrutura jurídica que amparou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), há pouco tempo tem tido destaque como política de organização do sistema; é pactuada entre as três esferas de governo na Comissão Intergestores Tripartite e foi concretizada pela publicação de mecanismos normativos, a exemplo da portaria GM/MS 4.279, de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010) e do Decreto Presidencial n. 7.508, de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

Conforme o Art. 33 (seção II): “o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap)” (BRASIL, 2011, s.p.).

É importante destacar que, além de promover os processos e instrumentos da gestão do SUS, o Decreto n. 7508 /2011 fortaleceu as redes assistenciais diretamente nas regiões de saúde, principalmente a média complexidade, fazendo com que houvesse uma rede de serviços regionalizados. Entretanto, ainda a falta da identificação das próprias regiões de saúde como construtoras e como potenciais promotoras da oferta de serviços para que resolvam as suas necessidades de saúde, se reflete através da falta de articulação entre atores políticos regionais e o reconhecimento de quem são estes atores na política de saúde (VIANA, 2015).

Assim, a discussão da regionalização, segundo Righi (2010, p.65), não pode estar dissociada da construção das redes de atenção à saúde, o gera uma questão importante, pois,

as redes de saúde dão ênfase ao entorno funcional. O conceito de redes de saúde ou, de forma mais abrangente, de redes de produção de saúde, procura dar conta desta com produção tensa entre a rede assistencial (com suas normas próprias – cessárias) e o território. Contudo, o território não é apenas espaço de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial. O território também se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial altera o espaço vivido. (RIGHI, 2010, p. 65).

A função das redes é assegurar ligações nos seus mais diversos aspectos. As redes podem representar fluxos abstratos (redes sociais, sistemas de projeção terrestre) ou concretos (redes de transporte, comunicação, comércio e mercadorias). Além disso, podem ser visíveis

(rodovias e ferrovias) ou invisíveis (redes de informação e telecomunicações), mas a rede também pode ser social e política (fluxo de pessoas, mensagens, valores.) (VIANA *et al*, 2017).

Cabe ressaltar que, na área da saúde, comunidades e redes de políticas incluem indivíduos de várias instituições, áreas de conhecimento ou profissões. Eles podem trabalhar na prestação de serviços, liderar organizações da sociedade civil, atuar como pesquisadores e acadêmicos ou como gestores. As redes de política são formadas pelas relações complexas que se estabelecem entre companhias farmacêuticas, profissionais, prestadores privados de serviços hospitalares, associações de portadores de patologias, dentre outros grupos de interesse, e comunidades de políticas, que têm membros dentro e fora do Governo. A arena política da área de saúde, conforme Côrtes (2009, p.1628), “aquí concebida, como uma rede na qual as relações entre atores individuais e coletivos são assimétricas e, muitas vezes, conflitivas, nos últimos anos sofreu alterações em sua configuração”.

Mesmo que, ao longo dos anos, o SUS tenha tido dificuldades político-econômicas em universalizar a implantação do acesso aos serviços de saúde, é visível o avanço do setor saúde no Brasil, principalmente na ampliação da cobertura de níveis de atendimento. Entretanto, mesmo que a literatura aponte tendência à redução das desigualdades regionais no sistema de saúde, esse processo é muito lento, pois “a distribuição territorial de infraestrutura de recursos, reforça as desigualdades no acesso aos serviços e na quantidade e qualidade da atenção recebida pela população” (TEIXEIRA, 1999, p. 291). E, como observa Santos, “mediante as redes, há uma criação paralela e eficaz da ordem e desordem no território, já que as redes integram e desintegram, destroem velhos recortes espaciais e criam outros (SANTOS, 1996, p. 222).

Como exemplo, podemos citar a pesquisa que investigou dois tipos de redes estabelecidas pelos fluxos de pacientes para os serviços de saúde: a de atenção hospitalar básica, definida pelos procedimentos com maior frequência de internação, e as de atenção de alta complexidade. Os autores utilizaram os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS sobre as internações realizadas no ano de 2000 em todo o Brasil – segundo o município de internação e o de residência dos pacientes. O método empregado foi o do fluxo dominante, que define o arcabouço da rede e os níveis hierárquicos dos municípios que constituem os nós. A classificação dos fluxos avalia o grau de interconexão das redes. As redes de atenção hospitalar básica alcançam quase todo o país; poucos municípios estão fora delas. Nas redes de alta complexidade poucas cidades prestam atendimento, e cerca da metade dos municípios brasileiros está desconectada. Pode-se avaliar que “os diferentes tipos de redes, observados

demonstram a desigualdade regional no acesso, que é ainda mais marcada em relação aos serviços mais complexos” (OLIVEIRA *et al.*, 2004, p.398).

Mendes (2011) destaca a economia de escala como um dos fundamentos das redes de atenção, de forma a integrar e otimizar a prestação de serviços onde os recursos são escassos e a distância geográfica não tem impacto significativo sobre o acesso ao cuidado. Além disso, a partir do Decreto n. 7.508, esse autor cita outros fundamentos para a construção das redes de atenção à saúde, como a disponibilidade de recursos, o acesso e a qualidade, as integrações vertical e horizontal, os processos de reordenamento dos serviços para garantia da sua eficiência, os territórios sanitários e os níveis de atenção.

Conclui-se segundo Mendes 2011 que há necessidade de se construir redes articuladas, adequadas aos planos regionais, sob o risco de um processo de desintegração organizacional e da competição entre órgãos gestores e da consequente divisão de algo em frações menores do SUS, em milhares de sistemas locais, ineficientes, injustos e não resolutivos.

#### **2.4. Estrutura de governança proposta pelas políticas nas dinâmicas de regionalização da saúde**

O processo de regionalização é uma realidade que faz parte de todas as esferas de governo e com grandes desafios frente às diferentes realidades do país. A experiência mostra que a ordem estabelecida está sujeita à constante movimentação das correlações de forças políticas; rearranjos ideológicos agudos; além de alguns aspectos relacionados às novas tecnologias e ao cuidado “relativamente independentes das estruturas políticas” (MELLO *et al.*, 2011, p.1292).

Considerando a regionalização, enquanto processo político, que afeta a distribuição de poder local, a análise dos autores tem sido a de entender o papel do sistema de governança para garantir a articulação e a cooperação entre os atores sociais e políticos e a construção de novos arranjos institucionais (SHIMIZU, 2013).

Ao longo do século XX, e especialmente na virada para o século atual, ocorreram transformações profundas não só no pensamento, mas, sobretudo, nas formas com que os Estados se organizam e atuam. Essas transformações vêm ocorrendo não só dentro dos governos, mas também nas suas relações com a sociedade e o mercado. Nesse contexto, a capacidade estatal passa a se relacionar com o conceito de governança, pois a relação entre as organizações do setor público, do setor privado e da sociedade civil passa a ser fundamental para a efetividade do governo, mais do que a existência de uma burocracia estatal competente e corporativamente coerente (HUERTA, 2008).

Para além das disputas entre as interpretações que propuseram a redução ou a substituição das capacidades estatais tradicionais, percebemos, mais recentemente, a emergência de uma perspectiva, a qual defende que as mudanças associadas à noção de governança têm o potencial de ampliar as capacidades de intervenção do Estado. Nessa linha, Offe (2009) tem defendido que a intensificação das interações entre atores estatais e não estatais, na produção de políticas públicas, pode resultar em complementaridades e sinergias, e não apenas substituição.

Como afirma Offe (2009, p.12),

a noção de governança pode estar associada ao aumento da capacidade de intervenção do Estado, ao proporcionar a mobilização de atores não estatais na formulação e implementação de políticas públicas, contribuindo, assim, para maior eficiência e efetividade [...]. É possível pensar na existência de ‘forças auxiliares’ [e não substitutivas] na sociedade civil que, por meio dos procedimentos adequados e de suas competências específicas, podem ser recrutadas para a cooperação na realização de tarefas de interesse público [...] podendo gerar um Estado ao mesmo tempo mais leve e mais capaz.

Arranjos institucionais mais sofisticados, envolvendo transferência e distribuição de papéis e funções, de forma articulada e coordenada, para atores estatais subnacionais e não estatais podem contribuir para a construção de novas capacidades, pois adicionam mais capilaridade, possibilitam a combinação de direcionamento central com flexibilidade na ponta, reforçando processos de monitoramento intensivo e multifocal, além de oferecer oportunidades para o aprendizado e a inovação a partir de reflexões coletivas (PIRES; GOMIDE, 2016).

No Brasil, pelo contexto territorial complexo, têm sido experimentados arranjos institucionais que têm como objetivo construir políticas públicas efetivas. Há dois eixos centrais nesses arranjos: (i) a tentativa de articular temáticas intersetoriais, e (ii) a construção de modelos de gestão de políticas públicas com coordenação entre os entes federativos e a sociedade civil. A partir de um estudo feito por Lotta e Favareto (2016), que analisa como novos arranjos institucionais consideram o papel dos territórios, duas questões centrais passam a estruturar a análise: (a) qual a centralidade dada à concepção de território, e em que medida ele desempenha papel ativo ou passivo no desenho do arranjo; (b) que fatores poderiam explicar contornos do arranjo institucional, e como a dimensão territorial se materializa neles. O artigo analisa três arranjos, através dos programas: Plano Brasil Sem Miséria; Programa de Aceleração do Crescimento; e Programa Territórios da Cidadania.

No estudo de Lotta e Favareto (2016) foram utilizados documentos oficiais dos programas com a finalidade de compreender, a partir de sua estrutura de funcionamento,

como ocorrem as questões de intersetorialidade, relações federativas e concepção de território. Nessa análise, os autores mostraram que há mais justaposição, em diferentes graus, do que a ocorrência de integração das políticas públicas, e também os programas. E que, em graus variados, os territórios, entendidos como os lócus de implementação das políticas e as forças sociais, não ocupam uma posição ativa, revelando-se meros repositórios de investimentos.

Nesse mesmo estudo, os autores observaram, ainda, uma fragilidade, tanto na dupla integração desejada quanto na articulação territorial, como sendo algo que resulta em perda de eficiência dos investimentos e comprometimento dos resultados. A cultura setorial está ligada aos gestores e ao comportamento das forças sociais, associada a uma cultura institucional de privilégio dos resultados alcançáveis em curto prazo. Mas essas posturas acabam se concretizando tanto nas normas que regulamentam os arranjos quanto no conjunto de agentes envolvidos. O trabalho demonstra que, teoricamente, essa hipótese se distancia de outras análises, que utilizam os arranjos exclusivamente sob o aspecto administrativo ou de gestão, aproximando-se das abordagens institucionalistas que não fazem análises dos arranjos institucionais separados do ambiente institucional, do qual são, ao mesmo tempo, parte e expressão (LOTTA, FAVARETO, 2016).

Outro aspecto relevante desse estudo é que, segundo Lotta e Favareto (2016), a análise dos arranjos institucionais conduz a investigar variáveis centrais que servem para a definição dos atores envolvidos, como acontecem a governança, os processos decisórios e os graus de autonomia.

A percepção de análise do arcabouço desses arranjos institucionais se fundamenta em estruturas e lógicas de coordenação bastante diversas, “cujas diferenças se concretizam em: (a) como promovem a intersetorialidade; (b) modelos de gestão adotados; (c) relações que estabelecem entre os entes federativos; (d) espaço dado à participação da sociedade civil; (e) o papel conferido aos territórios e, a articulação das políticas e programas que são objeto desses arranjos, com o desenvolvimento territorial” (LOTTA, FAVARETO, 2016, p.50).

A intersetorialidade, como primeira variável, é a articulação horizontal de diferentes setores com o objetivo de, coletivamente, estruturar soluções que consertem, de forma produtiva, os problemas sociais. É também construída pela conjunção de saberes e experiências para formulação, implementação, monitoramento ou avaliação de políticas públicas, buscando alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Intersectorialidade baseada na articulação e agrupamento de diferentes ações atuação específica, como um território onde se quer atuar, um determinado público ou um problema complexo a enfrentar. É definida pela organização horizontal que diferentes programas ou temas de políticas

públicas tem, e também a integração entre eles. Assim, ela pode se concretizar em graus diferentes nas políticas (LOTTA, FAVARETO, 2016).

Ao se analisar a experiência brasileira, vemos diferentes graus de materialização da intersectorialidade. Esse processo pode acontecer na formulação, implementação ou monitoramento das políticas públicas. A intersectorialidade é proporcionalmente mais efetiva quanto mais a integração for lembrada, a partir do planejamento até o monitoramento das políticas públicas. Portanto, a intersectorialidade, para poder avançar em termos de integração, não pode ser considerada um processo de monitoramento devido à complexidade dos problemas. (LOTTA; FAVARETO, 2016).

A outra variável é a maneira como se pensam as relações federativas, entre governo federal, governos estaduais e governos municipais, e o que leva à dimensão de verticalidade; analisar como esses diferentes entes fazem relação e se comprometem no processo de formulação e execução das políticas públicas. Arretche (2012) sugere considerar a diferença entre o que denomina *Policy Making* (quem tem autoridade formal e responsabilidade sobre a política) e *Policy Decision Making* (quem tem autonomia para tomar decisões sobre as políticas), como forma de entender o desenho das políticas e as relações federativas. Também sugere que se diferencie a descentralização em três variáveis: descentralização política (possibilidade de que governos locais sejam eleitos diretamente); descentralização fiscal (participação das receitas e gastos dos governos subnacionais sobre o gasto agregado); descentralização de competências (responsabilidade pela execução das políticas públicas, considerando que a execução é diferente da autonomia decisória para definir as políticas públicas).

A dimensão territorial e sua atuação nos arranjos institucionais é a terceira variável. Apesar de a noção de território ter, há muitas décadas, uma trajetória na Geografia, no Brasil, somente na virada do atual século entrou na fala dos gestores. Nesse contexto, passam a associar o conceito de território diretamente ao de gestão e implementação de políticas públicas. O motivo dessa constatação é a diversidade de resultados de indicadores nos vários municípios que se originam da implementação das políticas nacionais, sugerindo que o êxito dos investimentos feitos é condicionado aos fatores locais. Para um resultado promissor dessas políticas, tem-se enfatizado que se promovam formas de articulação intermunicipal, frente à limitação dada pelo tamanho reduzido e as limitadas capacidades institucionais de pequenos municípios (LOTTA, FAVARETO, 2013).

Por último, Lotta e Favareto (2013) referem que, conforme algumas políticas, é necessária uma mobilização, uma pluralidade de forças sociais, onde cada uma é portadora de

habilidades sociais ou interesses para que ocorra a execução desses projetos. Em síntese, a literatura associa à ideia de território a necessidade de mobilizar três dimensões da vida social local: (i) intermunicipalidade, isto é, uma escala geográfica de planejamento dos investimentos, mais ampla do que os municípios e mais restrita dos que os estados; (ii) uma perspectiva intersetorial, capaz de articular interesses e capacidades coerentes com a heterogeneidade das estruturas sociais locais; (iii) permeabilidade à participação dessas forças sociais nos mecanismos de planejamento e gestão (LOTTA, FAVARETO, 2016, p.55).

Ressaltamos ainda que a literatura sobre “governança” discute as possibilidades de configurações dessas relações entre governo, setor privado e organizações civis, a partir de três matrizes gerais: hierarquia, mercado e rede. A hierarquia designa um princípio de integração e coordenação, marcado pela imposição por meio de leis e de estruturas organizacionais (com alta formalização/rotinização e pouca flexibilidade e criatividade). Já a ideia de mercado sugere as interações entre os atores que se baseiam em trocas autointeressadas que se organizam em relações contratuais, as quais poderiam ser aplicadas às atividades de governo (lança mão de incentivos e envolve análises de custos e benefícios, favorecendo a maior flexibilidade e a competição) (RHODES, 1996).

Dessa forma, a noção de rede<sup>12</sup> sugere que as relações entre os atores envolvam interdependência, confiança, identidade, reciprocidade e compartilhamento de valores ou objetivos (alta flexibilidade e solidariedade, mas baixa sustentabilidade). Apesar da dissociação entre esses três princípios e de sua apresentação em uma aparente sequência, na prática o funcionamento interno das organizações e as relações entre organizações envolve a combinação dos três elementos, com permanentes tensões advindas da sua coexistência, sendo que raramente é possível falar da substituição completa de um pelo outro (RHODES, 1996).

No final dos anos 1980, o conceito de governança surgiu, através de reflexões produzidas principalmente pelo Banco Mundial, com a intenção inicial de identificar locais onde existisse poder real. Somente mais tarde esse conceito de governança ganhou uma conotação mais normativa, relacionando-se principalmente ao desenvolvimento de países, definindo uma lista de critérios considerados de boa governança. Báscolo (2010) define governança como os diversos modos em que o nível de poder e autoridade são exercidos, relacionando sistemas formais e informais, públicos e privados que regulamentam as políticas

---

<sup>12</sup>Sobre redes - seus conceitos, noções, estudos e aplicações - a apreciação crítica primordial é que a sua produção científica e empírica no campo das ciências sociais é diversificada e vastíssima. Marques (2006, p. 15), com respeito à análise de redes sociais, sugere ser este “*um campo de estudo amplo e recente, embora pouco desenvolvido no Brasil até o momento. Os raros estudos existentes, entretanto, têm explorado de forma analiticamente inovadora certos fenômenos, em especial as dinâmicas internas do Estado e as relações entre ele e a sociedade mais ampla, no interior de comunidades de política pública específica*”.

de saúde. O autor afirma que os mecanismos de regulação são próprios dos sistemas de governança, criados não para serem ideais, mas sim aperfeiçoados nos moldes dos interesses e valores dos atores que exercem maior poder de influência no grupo. Assim, podemos dizer que cada sistema de governança é diferenciado pelos mecanismos regulatórios utilizados e, portanto, torna-se fundamental investigar a influência dos atores estratégicos na determinação da regulação dos processos de políticas sociais.

A descentralização fez acontecer novas formas de gerenciar, e a criação das instâncias interfederativas; geriu as condições para tornar mais próximas as relações, consensuando entre os diferentes atores envolvidos, e a criação de pactos e decisões políticas e administrativas em relação ao sistema de saúde em âmbito nacional, estadual e municipal. (PINTO *et al.*, 2014).

FLEURY *et al.* (2010, p. 454) ressalta a necessidade de construção de bases sólidas no âmbito da governança local, pois o sucesso das intervenções depende de estratégias capazes de oferecer apoio técnico, gerencial e político na implementação das políticas de saúde. Esses autores ainda afirmam que, entre 1996 e 2006, “modificações importantes ocorreram na relação Estado-sociedade, em direção a um padrão mais democrático do poder local”. Viabilizar, através da regionalização da saúde, essas estratégias conjugadas com a articulação de diferentes atores sociais, pode fortalecer a governança em nível local e regional.

Para Santos (1996), a governança está diretamente relacionada à forma de como o governo pratica e exerce seu poder e sua capacidade de se organizar nos processos do planejamento, formulação e implementação das políticas. O termo governança está ligado à performance dos atores e seu potencial no exercício da autoridade política. Difere da governabilidade, que está relacionada às condições sistêmicas e institucionais em que ocorre o poder, a forma de governo, as relações entre os poderes e o sistema de intermediação de interesses. Buscando a regionalização enquanto processo político que influencia a distribuição de poder local, estuda-se o papel do sistema de governança para oportunizar a articulação e a cooperação entre os atores sociais e políticos e a construção de novos arranjos institucionais (SHIMIZU, 2013).

Assim, a governança

amplia o conceito de governo ao incluir dispositivos informais e não governamentais pelos quais pode ser guiada a ação coletiva. Deste modo, pode ser entendida como “um sistema de regras que se apóia em um jogo de relações envolvendo atores públicos e privados, nos quais indivíduos e instituições expressam seus próprios interesses, organizados segundo alguns objetivos comuns (negociados), resultando em elos e redes entre esses mesmos atores e instituições. (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011, p. 128).

A governança na regionalização, conforme Fleury e Ouverney (2006), acarreta a pactuação de estratégias que possam agrupar os diferentes interesses em torno de objetivos comuns; que busque, através de acordos, pactuações, consensos e compartilhamentos de regras e mecanismos de planejamento garantir o financiamento, a regulação e a gestão do sistema, para providenciarem, de forma corresponsável, os serviços da rede de atenção regional.

Na concepção de Mendes (2010), a estrutura operacional de uma rede de atenção à saúde é formada por cinco componentes: a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da RAS. O quinto componente, a governança das redes de atenção à saúde, é o arranjo organizativo que possibilita a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde, no qual se permite a cooperação entre os atores sociais, aumentando a interdependência entre eles, com o objetivo de alcançar resultados sanitários e econômicos para a população.

Diferenciar a governança normativa, que está atrelada ao conceito acima, na área da saúde, e trazer para o debate uma governança não regulamentar e menos prescritiva, a partir da proposta de Hufty *et al.* (2006), que salienta que a necessidade de conceituar governança é consequência da confusão em relação ao termo na América Latina, dificultando a análise dos processos sociais, além do seu uso indiscriminado.

Os autores Hufty *et al.* (2006) constatarem existir uma notória confusão entre esses dois termos: enquanto Governança diz respeito aos processos de ação coletiva, englobando a interação entre os atores envolvidos, a dinâmica dos processos, as regras (formais e informais) que são definidas no comportamento e na tomada de decisão de diferentes instituições, Governabilidade é a capacidade que um sistema sociopolítico possui para governar a si mesmo, considerando todo o contexto de sistemas que dele fazem parte.

A partir do entendimento de que a governança pode ser aplicada como categoria analítica, esse processo contrasta com seu conceito normativo, pois governança se constitui em um processo em si mesmo, autorizando a permissão de uma análise a partir de uma abordagem não regulamentar e não prescritiva, atribuindo, assim, através do uso normativo, um sentido de valor, dividindo o que é bom do que é ruim. Já, o uso analítico propicia conhecer, as interações entre os atores envolvidos, as normas, as regras e os processos decisórios que permitem compreender a tomada de decisão em determinada sociedade (COSTA, 2001).

Báscolo (2010) também se aproxima dessa visão acima mencionada, ao enunciar que a governança é uma ferramenta analítica muito útil no estudo dos processos políticos e institucionais, por meio da implementação das políticas de Atenção Primária em Saúde e na sua capacidade em produzir sistemas de atenção à saúde. Refere que explicar os fenômenos de mudança e a eficácia dos diversos modos de governança utilizados em políticas promotoras de sistemas integrados, que possuem a atenção primária como ordenadora do cuidado, é a contribuição do conceito de governança.

Assim, o estudo da governança através da associação de elementos constitutivos observáveis, dos atores, das normas e regras, dos espaços de negociação (físicos e virtuais) e processos, além da caracterização dessas interações e suas consequências, pode ser analisado. A Governança é uma importante ferramenta analítica que permite entender as regras do jogo (formais e informais), as relações de poder, a interação entre os atores envolvidos no processo decisório e na determinação de condutas (HUFTY *et al*, 2006).

Analisar, inicialmente sob o ponto de vista dos atores, envolvendo os indivíduos, a organização ou grupo com recursos e poder suficiente, uma estrutura de governança implica buscar o funcionamento das regras e procedimentos na tomada de decisão, pretendendo solucionar e minimizar os conflitos do coletivo (HUFTY *et al*, 2006).

A segunda dimensão, citada por Hufty (2006), que é a mais enfatizada, facilitando a análise da governança, é a que está na construção de normas constitucionais. A partir de determinada institucionalidade surgem os acordos entre os atores, constituídos por regras (formais e informais), como decisões e/ou comportamentos dos atores envolvidos. É importante ressaltar nessa análise que as regras assumem um duplo papel na análise da governança: o de orientar o comportamento dos atores e o de estruturar e elaborar novas regras que surgem por meio de ação coletiva.

A centralização do poder é reafirmada por esse domínio. Apesar de ter claro que na governança em rede encontram-se objetivos comuns e construção de percepções, estratégias e valores compartilhados, é necessário que a ação conjunta de diversos atores em torno de um projeto consistente de organização da provisão de serviços de saúde, com preponderância decisória dos municípios, pode favorecer o êxito da regionalização (FLEURY, OUVÉRY, 2007).

A terceira dimensão de análise proposta por HUFTY *et al* (2006) é a referência aos pontos nodais, que os autores definem como as interfaces sociais. Aqui encontramos os espaços físicos ou virtuais (conselhos, mesas de negociação, espaços de pactuação, etc.), onde acontecem os processos decisórios. Os processos, como quarta e última dimensão proposta

por Hufty *et al* (2006) estão relacionados às mudanças que um sistema sofre, levando em conta a história e o processo de evolução do sistema de governança. Aqui, a análise dos processos de mudança procura identificar padrões de evolução dos pontos nodais, e também a trama de interações entre atores e sua relação com as mudanças nas regras. Nesse momento da análise, podemos fazer a identificação dos pontos dificultadores e facilitadores, com o intuito de fazer intervenção, com o objetivo de qualificar os processos decisórios das políticas de saúde.

Portanto, podemos observar a complexidade de fatores envolvidos e inclusos nessa dinâmica do sistema de governança, em que a tomada de decisão, pactuação e a definição de regras estão inseridas nesse processo. Por isso, para fazer uma análise desse sistema de governança é essencial ter noção de toda a dinâmica envolvida, que vai para além, simplesmente, das relações existentes entre os atores que estão inseridos nesse jogo. Nesse contexto, esses atores estão constantemente modificando o sistema, as relações de poder, interesses econômicos e questões sociopolíticas (HUFTY *et al*, 2006).

No Brasil, onde imperam as desigualdades e diversidades territoriais, a regionalização é um fenômeno de enorme complexidade. Evidenciam-se, ainda, o federalismo tripartite, as transformações socioeconômicas ocorridas nas últimas décadas e a multiplicidade de agentes (governamentais e não governamentais; públicos e privados) envolvidos no financiamento, na gestão, na provisão de insumos e prestação de ações e serviços (LIMA, VIANA, MACHADO, 2014).

Houve um atraso da regionalização do SUS no Brasil, sucumbindo à condição de resolver os sistemas locais de saúde, e o resultado foi um acirramento na busca por recursos, individualmente, pelos municípios, distanciando a construção de uma rede cooperativa e interdependente. A descentralização do SUS sem um planejamento regional fez com que essa desigualdade entre os estados causasse maior fragilidade e comprometimento dos papéis das esferas estaduais, e, em consequência, o surgimento, desde os anos 1990, de uma imensidade de sistemas locais, sem condições de oferecer integralidade e com uma capacidade muito aquém para organizar redes intermunicipais (VIANA, LIMA, FERREIRA, 2010).

Assim, as diversidades de condições entre os municípios brasileiros — condições geográficas, demográficas, políticas, técnico-administrativas, socioeconômicas e financeiras, além da complexidade de demandas e necessidades da população —, faz com que “o alcance da integralidade dependa da articulação dos sistemas municipais de atenção em redes regionais”, transpondo os territórios municipais (GUIMARÃES, GIOVANELLA, 2004, p. 287). A partir dessas diversidades observa-se a necessidade de estratégias intermunicipais que

abram espaço para “a profusão de novas formas de relação entre Estado e sociedade, colocando no âmbito da discussão pública os alicerces da estrutura de poder, organização e gestão das instituições políticas vigentes” (FLEURY, OUVÉRY, 2007, p.11).

A Regionalização na Saúde é concebida como um elemento importante na estruturação do SUS, e vem sendo aperfeiçoada como estratégia no fortalecimento da articulação, capaz de produzir e fazer com que os gestores participem de um processo de discussão/negociação/pactuação interfederativa, estabelecendo-se como alicerce para uma gestão efetiva, com proteção à população dos direitos constitucionais. Portanto, o desafio para instituir uma governança sistêmica está na garantia da criação de mecanismos que tratam da coordenação e cooperação entre os entes federados (BRASIL, 2013).

Nos sistemas nacionais de saúde a regionalização é uma especificidade utilizada para ampliar o acesso e diminuir as desigualdades, garantindo os princípios de universalidade e equidade. Portanto, a utilização de tecnologia mais apropriada pela regionalização deve proporcionar o cuidado em tempo e local propício, sendo conduzido com racionalidade sistêmica, em qualquer ponto do território, e que propicie resolver cooperativamente as disparidades na distribuição de diferentes serviços e recursos necessários à integralidade, além da articulação intersetorial (KUSHNIR, CHORNY, 2010).

Mas a forma verticalizada e hierarquizada de governança, concentrada no Ministério da Saúde e nas Secretarias Estaduais de Saúde (MEDEIROS, GERHARDT, 2014), torna a região um espaço de negociação pouco legítimo para os municípios, e não garante a visibilidade e a construção coletiva dos instrumentos de pactuação, como o PDR, PPI e mais recentemente o COAP (CARNEIRO, FORSTER, FERREIRA, 2014).

No SUS, as denominadas regiões de saúde, do ponto de vista da ação governamental, não estão subordinadas a uma única autoridade sanitária (ente federado) ou estrutura de gestão regional constituída no âmbito dos estados. Essas regiões constituem-se como locus privilegiado de negociação intergovernamental, e estão atualmente relacionadas à implantação de Comissões Intergestores Regionais (CIR) (BRASIL, 2011). Um acordo técnico-político surge a partir das escalas espaciais definidas nas regiões de saúde, por vezes provisório, entre governos e gestores da saúde, em um território contíguo, com expressões de diferentes projetos políticos e que, na maioria das vezes, não são convergentes, e com desiguais capacidades governativas das esferas de governo que atuam na região. Aqui, nesse processo, ocorre uma forte interdependência federativa nos processos de formulação e implementação de políticas, na organização e gestão de redes de atenção à saúde, sendo que as estratégias e os instrumentos de coordenação intergovernamental assumem papel de destaque na

regionalização (CAMPOS, 2006; FLEURY, OUVENEY, 2007; VIANA, LIMA, 2011; SANTOS, ANDRADE, 2011).

Conforme Viana, Lima e Ferreira (2010), já os Colegiados de Gestão Regional, anteriores às CIR, representavam a grande inovação instituída pelo Pacto pela Saúde, constituindo-se instâncias de cogestão no espaço regional, pois implementavam um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o Estado, “com regras definidas e funcionamento estável, o que possibilitará preencher aquilo que chamamos de ‘vazio’ de governança regional”.

Viana e Lima (2011) ressaltam a importância da Comissão Intergestores Regional e seu papel estratégico no processo de regionalização, a qual possibilita identificar tipos específicos de governança. E, ainda, que governança depende do desenho institucional e da interlocução com os grupos organizados da sociedade para definição, acompanhamento e implementação de políticas públicas (VIANA, LIMA, 2011). Sendo assim, nas diferentes capacidades institucionais, a variedade de interesses, os recursos escassos e a ausência de um sentimento de pertencimento regional levam os municípios a competir entre si, havendo evidências de que aqueles com maior poder político e econômico tendem a pautar a agenda das necessidades regionais de saúde. Nesse caso, o outro grupo de municípios não se sente contemplado pelas negociações (IANNI *et al*, 2012).

Somente representantes da administração pública (Estado e municípios da região de saúde) compõem formalmente as CIR, o que faz com que representantes não governamentais sejam excluídos como propositores de uma agenda através de um espaço institucionalizado. Surgem, assim, dois desdobramentos: primeiro, a falta de perspectiva da participação de outros atores na região, que poderiam contribuir para a efetivação do processo de regionalização, como os usuários e o setor privado, entre outros; segundo, o corporativismo dos segmentos na influência sobre as decisões regionais no poder na esfera local produz uma indefinição na transparência sobre estas atitudes (VIANA *et al*, 2015).

A existência de fragilidade e de insuficiência nos instrumentos de pactuação ocorre, apesar do grau de formalização e institucionalidade dos espaços de negociação e decisão, e varia conforme a região de saúde (VIANA *et al*, 2010a; MACHADO, 2009; IANNI *et al*, 2012). Isso conduz a percepção de baixa credibilidade dos compromissos assumidos, afetando diretamente a legitimidade do processo de regionalização como um todo. Os espaços institucionalizados para a regionalização são criticados por serem ineficientes, por apenas cumprirem homologações e por não contarem com mecanismos adequados para o cumprimento dos pactos (MACHADO, 2009).

A falta de informação está relacionada à dificuldade da disponibilidade, de maneira sistematizada, de dados e indicadores que orientem a tomada de decisão no âmbito regional; a desigualdade se relaciona às diferenças entre os entes federativos, pois alguns possuem mais informações do que outros, e, conseqüentemente, podem orientar suas ações de forma mais embasada, o que lhes garante certa vantagem. Complementando, Fernandes *et al.* (2013, p. 11) referem a limitação interna às regiões de saúde do acesso à informação. As autoras ressaltam: “o acesso dos técnicos a determinadas informações, que exige uma ‘escada hierárquica’ demorada e burocrática, emperra o fluxo de informações entre o nível regional e central de governança”. Isso mostra e gera a reflexão sobre a dificuldade de circulação da informação dentro da região de saúde.

Independentemente das características das fases do ciclo de regionalização é importante reforçar o papel do Estado durante esse processo, que embora tenha sido pouco acionado em alguns momentos, hoje tem papel central na coordenação e articulação dos municípios em torno do projeto da regionalização. Nos anos 1990, os Estados foram centrais para o estabelecimento das Comissões Intergestores Bipartites, um fórum colegiado de pactuação e negociação, que colocam o Estado e os municípios juntos na mesma instância de discussão, visando à construção coletiva e cooperativa do sistema de saúde (VIANA *et al.*, 2008). Com a publicação das NOAS, e com o Decreto n. 7.508/2011, a articulação dos municípios em regiões de saúde, frente às realidades locais, a responsabilidade fica com os Estados que, por sua vez, ficam com mais respaldo de regular e assumir sua função, enquanto coordenadores do processo de regionalização, com o objetivo de tentar garantir o comprometimento das partes com o projeto regional.

A Resolução Tripartite (CIT) n. 01, de setembro de 2011, pactuada a partir do Decreto n. 7508/11, estabelece diretrizes gerais para a instituição de regiões de saúde no âmbito do SUS, ficando definido que:

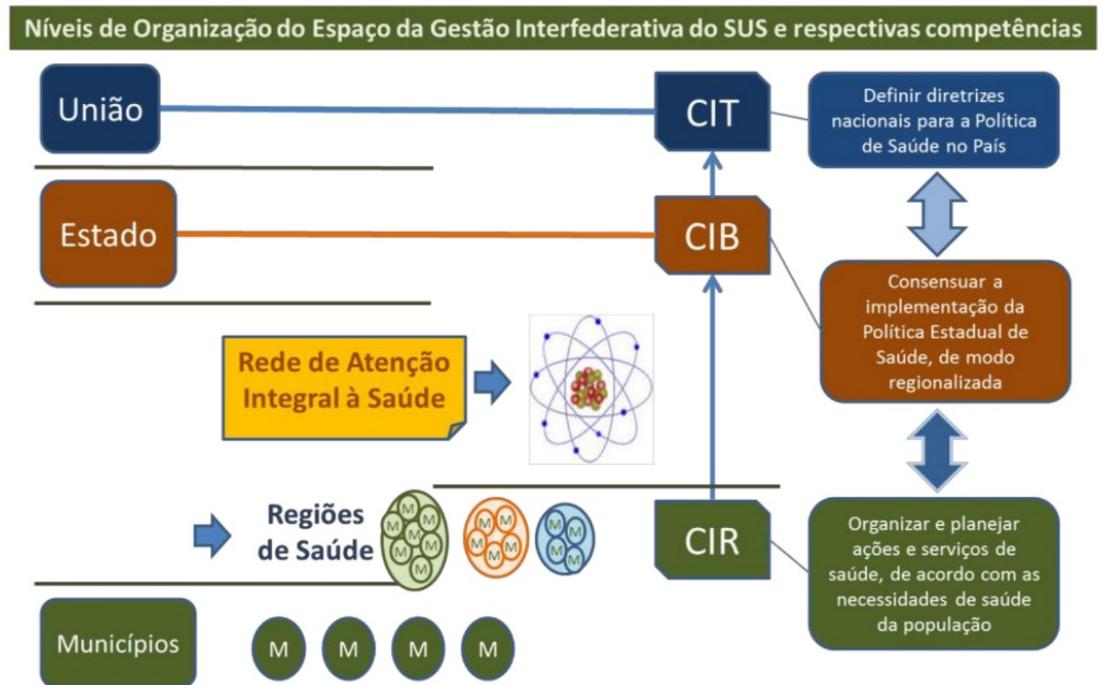
Artigo 4º, VI – “constituição da Comissão intergestores regional (CIR) como foro interfederativo regional de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e ao funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção à saúde, composta por todos os gestores municipais da região de saúde e o gestor estadual ou seu representante” (BRASIL, 2011, s.p.).

Atualmente, os Estados são responsáveis pela coordenação e preparo das reuniões das CIR, por programas que sejam importantes para suas regiões, por prestar apoio técnico aos municípios, por intermediar a relação com o Ministério da Saúde, entre outros. Assim, os Estados reassumem um papel de liderança nessa agenda. Muitos avanços ocorreram na

regionalização da saúde, constatados e reforçados pela literatura (SANTOS, CAMPOS, 2015).

Podemos, através da Figura 3, entender a organização do sistema em níveis, em que em cada nível incidem competências específicas e complementares.

**Figura 3: Desenho esquemático dos níveis de organização da gestão compartilhada do SUS pelos três entes da federação.**



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013.

O Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, orienta a constituição de redes regionalizadas e define as regiões de saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde, tendo como ponto de partida o Plano Diretor Regional, mas fazendo as devidas composições que respondam adequadamente às dinâmicas dos territórios, favorecendo a ação cooperativa intergestora. Define ainda o papel das comissões intergestores regionais como instâncias de articulação dos gestores municipais, que devem propor, de maneira coordenada e solidária, a distribuição dos serviços e trabalhadores da saúde, visando garantir amplo acesso às ações de saúde em diferentes níveis de atenção, possibilitando a equidade e a integralidade por meio da gestão do cuidado. Nesse sentido, as Comissões Intergestores Regionais são inovadoras, pois constituem instâncias de cogestão, no espaço regional, ao criarem um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os

municípios e o estado, preenchendo um vazio na governança regional (ALBUQUERQUE, 2013).

Além do objetivo da governança das redes, e tendo as Comissões Intergestores como os espaços privilegiados para essa finalidade, o Decreto regulamentou vários aspectos da Lei Orgânica da Saúde, com o objetivo de incorporar um novo modelo de gestão do SUS, utilizando a disposição regional através das regiões de saúde. Definiu que ações e serviços de saúde de atenção básica, vigilância em saúde, urgência-emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e a atenção psicossocial, devem estar estruturados em redes de atenção à saúde, e também o planejamento da saúde, crescente e integrado, adequado à disponibilidade financeira frente às necessidades das políticas de saúde. Também a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) criaram parâmetros para os conceitos de integralidade da atenção e de acesso universal e igualitário aos serviços. Mesmo assim, o Decreto não enfatizou a questão do financiamento para a regionalização das redes interfederativas de atenção à saúde, tendo como principal instrumento de indução federal para a conformação das RAS as portarias das redes temáticas, nas quais são definidos os investimentos nos componentes das redes (ALBUQUERQUE, 2013; BRASIL, 2013).

É importante ressaltar que o processo de formulação das redes temáticas buscou traduzir esse símbolo como um dos instrumentos para a sua gestão e operacionalização, com um conceito central de governança pública, com nova relação entre os entes federados e destes com os prestadores públicos e privados, assim como atores da sociedade civil. Essa opção conceitual está nas diretrizes da política nacional de regulação como um dos mecanismos de governança.

Nesse momento são criados os grupos condutores das redes temáticas regionais ou estaduais, onde são formulados os Planos de Ação Regional (PAR), sendo o objetivo desses grupos o de atuarem desde a formulação, o apoio à implantação e o monitoramento das redes temáticas. A partir da Portaria 1.473, de 24 de julho de 2011 (BRASIL, 2011), foi organizado outro arranjo, em que se instituíram os comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e comitês de mobilização social e de especialistas, com o objetivo de: “conformar uma estrutura federal de coordenação do processo das redes temáticas, com mais transparência, participação mais ampla e diálogo dos compromissos prioritários do governo federal, com os conceitos e operações das redes de forma matricial, compartilhada e democrática” (BRASIL, 2013, p. 03).

Através da Portaria GM/MS nº 4279/2010, que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como forma de superar a fragmentação nas regiões através da atenção à saúde, aperfeiçoando o SUS na garantia de assegurar a oferta de serviços, com efetividade e eficiência, aos usuários, definiu-se a RAS

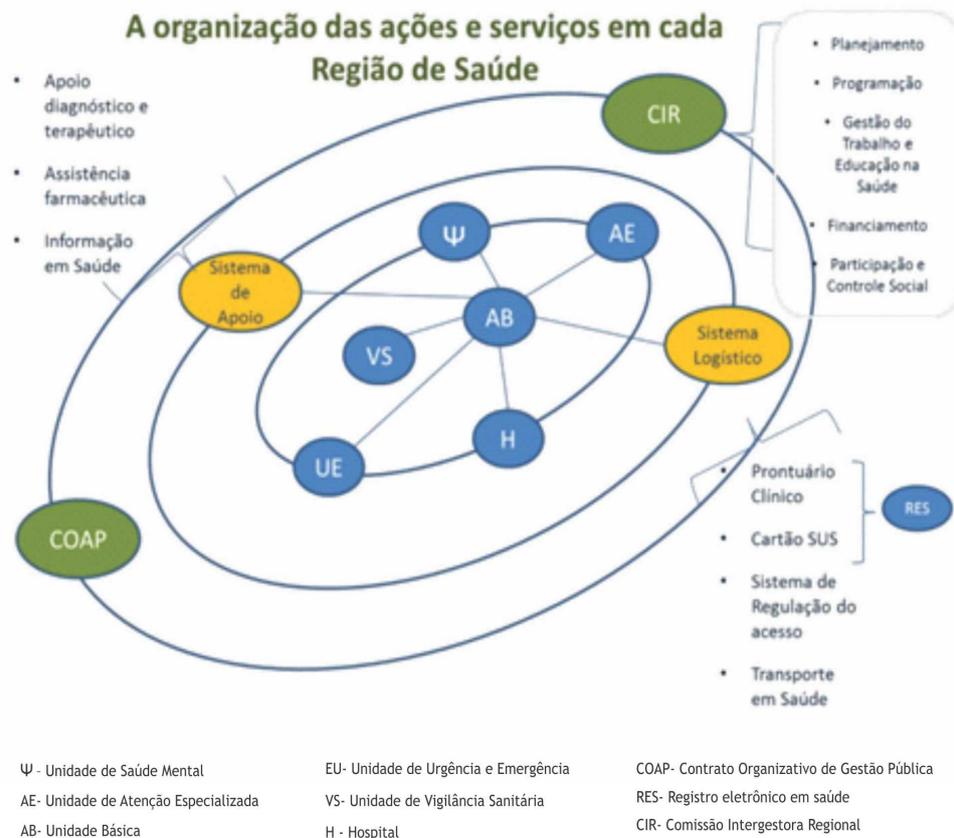
como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Sistemas de Apoio são os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde e são constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde. Já os Sistemas Logísticos referem-se a soluções em saúde, fortemente ancorados nas tecnologias de informação, voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde, constituindo-se em sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários, centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transporte sanitário, desde o transporte de pessoas, o transporte de material biológico, o transporte de resíduos de saúde e o transporte de equipes de saúde (BRASIL, 2013, p. 03).

Ainda é importante lembrar que o compromisso frente aos objetivos comumente pactuados é formalizado através da contratualização ou, contratos de gestão, entre os entes reguladores e os prestadores de serviços, sendo definidos pela Portaria 4279 como:

...modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. [...] adotam três áreas de aplicação que são: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência (BRASIL, 2010, p.04-05).

A partir dessa conceituação das RAS, que entrelaça ações e logística, foi proposto, pelo Ministério da Saúde, um desenho que garantisse a integração entre os pontos de atenção à saúde, toda estrutura tecnológica e aos núcleos de gestão, garantindo a melhor assistência aos usuários do SUS. Podemos observar isso na Figura 4.

**Figura 4: Desenho esquemático de organização da rede de ações e serviços de saúde, em uma região de saúde.**



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 (adaptado pela autora).

Assim, se instituiu um novo modelo com o objetivo de superar o olhar apenas de um contrato relacionando à população de hospitais ou outros serviços isolados, para ter uma contratualização no âmbito da região de saúde, “segundo critérios de adscrição da população estratificada por grau de risco, e abordando os diversos estabelecimentos de saúde em termos de uma rede de cuidados”. (BRASIL, 2010, p. 05); baseando-se, esse novo modelo, na noção de suficiência, definida como “conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população” (BRASIL, 2010, p. 06).

Frente a esse olhar, surgem outras estratégias de cooperação que se configuram em instrumentos para racionalização econômica e administrativa e para superação de dificuldades relacionadas à execução de serviços públicos que, na área da saúde, é ampliada pela universalização e descentralização, e que implicou a necessidade de ofertar um número maior de serviços (SCHNEIDER, 2001).

Cabe ressaltar que a superação ou a diminuição das desigualdades regionais existentes no Brasil exige uma adoção de mecanismos de coordenação federativa e de fomento à cooperação intergovernamental, além da implementação de políticas compensatórias em favor dos entes mais necessitados (ARRETCHE, 1996). Conforme a descentralização vai se fortalecendo e estruturando, aumenta a necessidade de maior coordenação federativa na produção das políticas públicas. Tanto vertical quanto horizontalmente (União, estados e municípios), articulam-se estratégias de cooperação, principalmente entre municípios (ROCHA, 2016).

A partir dessa necessidade de construir estratégias de cooperação, instrumentos para otimização econômica e administrativa, com o objetivo de enfrentar as dificuldades relacionadas à execução de serviços públicos, surgem como instrumento de gestão pelos municípios: os Consórcios Públicos Intermunicipais. A Constituição Federal de 1988 e a Lei 11.107, de 06 de abril de 2005, disciplinaram a criação e o funcionamento dos Consórcios Públicos. Os consórcios podem atuar em várias áreas simultaneamente, mas é na área da saúde que há o maior número de municípios participantes (PREDIGER *et al.*, 2017).

Cabe ressaltar que, apesar do aprendizado de vários atores envolvidos na reforma do Estado Brasileiro, diversas modalidades de cooperação federativa foram instituídas: câmaras, redes, agências, associações, fóruns, empresas e autarquias intermunicipais. Destaca-se a experiência trazida dos consórcios intermunicipais, principalmente os que acontecem na área da saúde, ligados à provisão de bens e serviços, como modelo de ação cooperativa horizontal (ROCHA, 2016). Assim,

um Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), por sua vez, é a união ou associação de dois ou mais municípios visando à resolução de problemas e à busca de objetivos comuns no setor, mediante a utilização conjunta dos recursos humanos e materiais disponíveis (BRASIL, 1997, p. 10).

Também podemos citar os consórcios públicos intermunicipais como importantes fontes de inovação na busca de caminhos mais estreitos entre as escalas de poder e gestão territoriais. Nessa direção, Silva (2016, p. 11) afirma que os consórcios públicos são a “nova instância executiva de políticas públicas” que “viabiliza a implementação de políticas públicas sem escalas adequadas, de forma racional e ordenada”.

O próprio Ministério da Saúde caracteriza os consórcios intermunicipais como “uma das estratégias essenciais para a melhoria da qualidade dos serviços [...], por considerá-los um importante instrumento de articulação entre os sistemas municipais” (BRASIL, 1997, p. 05), proporcionando “melhor distribuição dos recursos; possibilidade de beneficiar maior número de pessoas; e, sobretudo, elevação do nível de satisfação do usuário” (BRASIL, 1997, p. 10).

Assim, podemos associar os consórcios ao processo de governança no fortalecimento da regionalização da saúde, e, conforme Carvalho e Santos (1995, p.110), citar o consórcio como “um importante instrumento de organização e gestão do SUS”. E esses autores chamam a atenção para o fato de que, apesar da entidade Consórcio Intermunicipal ter pessoa jurídica civil de direito privado (na maioria dos casos), utiliza recursos públicos oriundos dos municípios, estados e da União e ainda receber recursos de fontes diversas.

No processo de governança são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas, etc. Alguns desses mecanismos podem ser viabilizados por intermédio de consórcio público de saúde, que se afigura como uma alternativa de apoio e fortalecimento da cooperação interfederativa para o desenvolvimento de ações conjuntas e de objetivos de interesse comum, para melhoria da eficiência da prestação dos serviços públicos e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010, p.14).

Outra análise que é importante contextualizar neste estudo, frente ao processo de governança na regionalização, tem a ver com os processos de representação e participação social. Nas duas últimas décadas foi visível a institucionalização de formas diversas de participação e representação, como orçamentos participativos e conselhos gestores que estimularam o comprometimento de movimentos sociais e atores da sociedade civil na esfera estatal, seja na elaboração e monitoramento de políticas públicas, seja na sua gestão e implementação (LAVALLE, 2011; AVRITZER, 2008).

Essas instituições participativas (IPs) constituem “formas diferenciadas de incorporação de cidadãos e associações da sociedade civil na deliberação sobre políticas” (AVRITZER, 2008, p. 45), trazendo uma definição que nos auxilia na compreensão e a análise conjunta dos diferentes processos institucionais mediante os quais cidadãos interferem em decisões, implementação e monitoramento de políticas públicas (LAVALLE, 2011).

A política de saúde também inclui a participação popular em sua formação e funcionamento a partir da herança deixada pela Reforma Sanitarista de 1970. Movimentos sociais eram organizados por trabalhadores de saúde na luta por um sistema que suprisse descentemente as necessidades e direitos da saúde (CORREA, 2007).

Conforme diz Lavallo (2011) em sua análise, arranjos participativos, como os conselhos, não nasceram prontos, pois foi necessário criar as rotinas, moldar-lhes os regimentos, conservá-los ativos e formar conselheiros experientes, exigindo dos atores uma demanda maior de tempo e energia.

A constituição da estrutura do SUS também é composta de instâncias colegiadas de participação popular em cada esfera de governo: os Conselhos de Saúde (presentes nos três níveis de governo, representados pelo Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde) e as conferências de saúde. Os conselhos são constituídos por representante de usuários e representantes da gestão, trabalhadores da saúde e prestadores privados. Sua função é controlar a execução, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, inclusive nas ações financeiras e administrativas. Suas decisões devem ser validadas pelo gestor do SUS em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

As Conferências de Saúde também existem em cada nível de governo, devem acontecer a cada quatro anos ou quando solicitado pelo poder Executivo. São compostas por diversos segmentos sociais e têm como objetivo avaliar a situação de saúde e propor novas ideias e soluções. O princípio da participação está determinado pela Constituição Federal e pela Lei Complementar n.º 8.142/1990, que declara que a comunidade pode e deve participar nas ações e serviços públicos de saúde, através das Conferências da Saúde que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis federativos, União, Estados, Distrito Federal e Municípios, ajudando na formulação e no controle da execução (BRASIL, 1990).

Além disso, em cada esfera de governo há uma direção do SUS: na União, no Ministério da Saúde; nos estados e no distrito federal, nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Ainda existem estruturas de apoio que fiscalizam, monitoram e administram os sistemas de atenção à saúde e suas relações com os órgãos máximos. São elas: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Comissão Intergestores Bipartite (CIB), estabelecendo pactos entre os municípios e a coordenação da gestão estadual. Já a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) estabelece pactos entre representantes do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais (CONASS, 2015).

Portanto, a gestão colegiada e integrada do sistema de saúde na região apoia-se tanto na institucionalidade quanto na governança e práticas gestoras, implicando, assim, novos arranjos de gestão para o sistema de saúde se constituir como resolutivo (KEHRIG *et al*, 2014). Compreendemos por institucionalidade da regionalização o que é entendido nas instâncias regionais como tendo legalidade, desenho da região, robustez e conteúdo das instâncias regionalizadas, e também estratégias de regulação, de modo a melhorar a efetividade da regionalização. A governança é demonstrada na viabilização do projeto político regional de saúde mediante inter-relação das instâncias e atores envolvidos. Os processos de gestão regionalizada em saúde compreendem os atos de planejar e implementar as

intervenções em saúde, as estratégias gerenciais e ações implicadas (VIANA, LIMA, 2011).

Portanto, conforme Dallabrida (2011, p. 17), entender Governança Territorial importa em um conjunto de “iniciativas ou ações que expressam a capacidade de uma sociedade, organizada territorialmente, para gerir os assuntos públicos a partir do envolvimento conjunto e cooperativo dos atores sociais, econômicos e institucionais”, o que nos ajudará nas análises dos resultados dessa dissertação.

### 3 A ESTRATÉGIA DE REGIONALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NA REGIÃO 9 DE SAÚDE/RS

Para conhecermos uma região é preciso esmiuçar sua “composição enquanto organização social, política, econômica e cultural” (SANTOS, 1988, p. 17), e compreendermos desde o homem até as instituições inseridas nesses contextos. Desvendando as relações existentes, poderemos vislumbrar as transformações ocorridas em determinado território, no tempo e no espaço, pois, segundo Santos (1988, p. 20),

cada lugar é singular, e uma situação não é semelhante a qualquer outra. Cada lugar combina de maneira particular variáveis que podem, muitas vezes, ser comuns a vários lugares. [...] A generalização nos dá a listagem das possibilidades; a individualização nos indica como, em cada lugar, algumas dessas possibilidades se combinam.

Aqui, diferente do pensamento clássico, a região é compreendida não como uma realidade evidente, dada, a qual caberia ao geógrafo narrar, mas como um efeito mental, evidenciando as diferenciações presentes na organização desse espaço. Aqui, a região é compreendida como uma criação intelectual, originada a partir de propósitos específicos, e resultando em inúmeras regiões ou tipologias espaciais, moldadas de acordo com os objetivos do pesquisador (GOMES, 1995; CORRÊA, 1995). Mesmo que essa acepção de região tenha provocado uma revolução no modo de o geógrafo pensar o regional, não acaba com as acepções anteriores, fazendo com que, ainda, a região natural e a região geográfica passem a ser apenas uma das variadas possibilidades de recortar a superfície terrestre (CORRÊA, 1997). Assim, as diferentes regiões passam a ser o resultado dos diferentes critérios adotados pelo pesquisador para realizar a sua regionalização.

A região resulta, então,

de processos universais que assumiam especificidades espaciais através da combinação dos processos de inércia, isto é, a ação das especificidades herdadas do passado e solidamente ancoradas no espaço, de coesão ou economias regionais de aglomeração que significa a concentração espacial de elementos comuns numa dada porção do espaço e de DIFUSÃO que implica no espraiamento dos elementos de diferenciação e em seus limites espaciais impostos por barreiras naturais ou socialmente criadas (CORRÊA, 1997, p. 192).

A partir dessas informações, a globalização/universalização faz com que surja o caráter particular das regiões, e a particularidade se torna relevante à medida que possibilita uma multiplicidade de recortes na superfície terrestre. Certamente, os possíveis recortes regionais atuais são inúmeros e complexos, e a região se constrói em inúmeras escalas a partir

de diferentes agentes, com provável cruzamento e cobertura entre elas. A região se define tanto como realidade ou como uma criação intelectual, e, ao mesmo tempo, é vivida e entendida de forma diferente por diferentes grupos sociais (CORRÊA, 1997).

Assim, podemos citar Santos (1988), ao dizer que a região não pode mais ser produzida como entidade autônoma, mas, sim, como uma condição de espaço articulado a uma lógica global, de organização e funcionamento da sociedade. A antiga noção de individuação regional indicaria, hoje, que algumas possibilidades de realização do mundo combinam-se em dada região. Nesse sentido, uma região qualquer do espaço geográfico é solidária a todos os demais espaços da formação socioespacial nacional, abandonando a antiga noção de individualização regional.

Santos também evidencia que as dinâmicas relacionais da região constituem a base para a explicação de sua realidade particular, seus potenciais e condições para o desenvolvimento. E somente em função dos relacionamentos que unem a região a outras realidades geográficas é que ela poderá mudar substancialmente. O autor diz ainda que, apesar da organização espacial de uma região se originar da história das transformações da sociedade em suas relações internas, e do particular sistema da natureza que a delimita territorialmente, as conexões hoje viáveis entre espaços não contíguos desautorizam concebê-la por lócus, na construção de dinâmicas e identidades estritamente locais ou regionais. E também considera a interdependência e as influências entrecruzadas das esferas globais e locais sobre o modo de vida social dos habitantes de uma região (SANTOS, 1988). Com essa compreensão, as homogeneidades e heterogeneidades do espaço geográfico adquirem novos significados, e também se renova a questão da regionalização para fins políticos, de planejamento e gestão.

Pensar em região, conforme Haesbaert (2010),

é pensar, antes de tudo, nos processos de regionalização – seja focalizando-os como simples procedimento metodológico ou instrumento de análise proposto pelo pesquisador, seja a partir de dinâmicas espaço-temporais efetivamente vividas e produzidas pelos grupos sociais – ou, em outras palavras, fundadas numa regionalidade vista para além de mera propriedade teórica de definição do regional (HAESBAERT, 2010, p. 6).

Para o autor, região insere um sentido relacional ao espaço completamente impregnado das dinâmicas de produção da sociedade, fazendo uma análise, inicialmente, da ideia de que esse espaço não representa uma separação dos sujeitos que o constroem. Assim, essa discussão conduz a uma regionalização que está inserida diretamente em uma visão focada na ação dos sujeitos, principalmente no que produzem e articulam nesse espaço (HAESBAERT, 2010).

Propomos aqui um caminho mais complexo, para o entendimento da região não simplesmente como um “fato” (em sua existência efetiva) nem como um mero “artifício” (enquanto recurso teórico, analítico) ou como instrumento normativo, de ação (visando a intervenção política, via planejamento). Propomos então tratar a região como um “artefato” (sempre com hífen), tomada na imbricação entre fato e artifício e, de certo modo, também, enquanto ferramenta política (HAESBAERT, 1988, p. 25).

Aqui o autor enuncia que no momento em que a região é vista como arte-fato, ela pode ser gerada, com direcionamento a ter uma ruptura com a dualidade constituída de postura que se divide, primeiramente, entre uma noção analítica do espaço através de uma construção de identidade a partir do espaço vivido, e seguida de uma noção construída, através das práticas econômico-políticas instituídas de forma desigual por grupos e/ou classes sociais no seu espaço. Assim, “arte-fato também permite indicar que o regional é abordado ao mesmo tempo como criação, auto fazer-se (arte) e, como construção já produzida e articulada (fato)” (HAESBAERT, 1988, p. 25).

Também podemos propor o termo região com um sentido mais estrito, direcionado a espaços, momentos que são resultado de uma articulação espacial consistente, complexa, geralmente vinda de coesões de dominância socioeconômica, política e/ou simbólico-cultural. Aqui, o objetivo é trazer a discussão sobre a força espacial/regional que tem função dupla — articula e desarticula —, geralmente originária dos sujeitos (socioeconômicos e/ou culturais), e interesses políticos envolvidos, que, na maioria das vezes, são direcionados apenas para um grupo ou alguns grupos que se constituem na região, fazendo com que o que representa articulação para uns pode representar desarticulação para outros (HAESBAERT, 2010).

Ainda de acordo com a ideia de Santos (1985), para aproximar nosso estudo frente ao estudo da Região 9, em um período a partir da configuração do Decreto n. 7508/2011, a região seria assim, do ponto de vista teórico: “[...] o lócus de determinadas funções da sociedade total em um momento dado” (SANTOS, 1985, p. 66), e se definiria “[...] como o resultado das possibilidades ligadas a uma certa presença, nela, de capitais fixos exercendo determinado papel ou determinadas funções técnicas e das condições do seu funcionamento econômico” (SANTOS, 1985, p. 67).

Aqui introduzimos a importância da região de saúde no SUS, que já tem como diretriz constitucional a descentralização, e também por conceituação constitucional (art. 198) é um sistema que se constitui como o resultado da integração das ações e serviços públicos em rede regionalizada e hierarquizada. Portanto, nesses últimos anos a discussão em torno de região de saúde tem sido aprofundada, devido, exatamente, à necessidade de se integrar o que a

descentralização, por si, ao que tudo indica, fracionou sob o ponto de vista técnico, operativo e organizacional (SANTOS, CAMPOS, 2015).

A complexidade do SUS é gerada desde uma descentralização, ligada a uma interdependência operativa e orçamentária e à forte centralização federal, e que ainda são viabilizadas pelos programas de saúde federais, configurando, assim, um sistema de difícil gestão e insuficiente do ponto de vista administrativo (SANTOS, CAMPOS, 2015).

Portanto, a região de saúde é fundamental para superar e sair dessa dificuldade gerada pelo fracionamento das ações e serviços de saúde, do isolamento, do centralismo federal programático e sem visão de planejamento regional. A garantia de proporcionar a integralidade da assistência à saúde de forma sistêmica, aos municípios, e principalmente em rede, será promovida pela região de saúde, inclusive a integração dos serviços já fracionados (SANTOS, CAMPOS, 2015).

A região de saúde é essencial para integrar as ações e os serviços de saúde dos entes federativos, qualificar a gestão do SUS e garantir a integralidade; e, por isso, deve ser constituída sob a ótica sanitária e não meramente administrativa, devendo, ainda, para ser qualitativa, não ser concebida e tida como mera divisão administrativa do Estado, mas sim como o lócus da integralidade (SANTOS, CAMPOS, 2015 p. 441).

Esses autores ainda salientam que a região precisa resolver a grande maioria das necessidades de saúde da população regional, quase que a sua totalidade, e ainda ser integrante de um sistema nacional, estadual e intermunicipal, constituindo um espaço que encontra, na região de saúde, o local de atuação para o usuário. Também salientam que somente a solidez de uma região consegue superar a ação fragmentada produzida pela descentralização, mas com uma participação fundamental do gestor municipal, sem tirar dele essa tarefa própria de integrar o sistema de saúde público, e também participar da ação política, financeira e técnica. As autoras frisam que “a importância da regionalização para que as redes de atenção à saúde sejam sistêmicas e resolutivas, com a região de saúde sendo o centro integrador das referências entre os serviços dos mais diversos entes federativos, é fato indiscutível”. (SANTOS; CAMPOS, 2015, p.441).

É importante buscar uma regionalização que se expresse em região de saúde formalizada, em consequência da agregação de territórios municipais desiguais, vizinhos, com capacidade de construir a integração de serviços em rede, resolutivos, organizados na sua estrutura; que garanta a efetividade da integralidade da atenção à saúde desde a atenção básica à alta complexidade, proporcionando uma condução sanitária com qualidade para o usuário. Com a imensa desigualdade na distribuição dos serviços durante anos, aprofundada pelas práticas antifederativas, onde o município, sendo ente federativo autônomo, quase em

igualdade com os estados e a união, ocorreu prejuízo na implementação de um sistema com autonomia local e regional. Isso principalmente pela dependência entre os municípios, pela falta de adequação da administração pública para esse fim e as profundas desigualdades municipais (SANTOS, CAMPOS, 2015).

A região de saúde, mesmo presente no art. 198 da Constituição Federal, não foi regulamentada de imediato. A Lei n. 8.080, de 1990, não utilizou a região de saúde como uma organização, e ficou muito distante de regularizar a região de saúde com o objetivo de aproximá-la da regionalização. Portanto, construir propostas de regionalização que não interfiram na autonomia federativa dos entes, e nos princípios constitucionais da descentralização, dentro de uma região de saúde, torna-se um desafio estruturar uma organização regional (SANTOS, 2012; SANTOS, 2017).

A partir do Decreto n. 7.508 (BRASIL, 2011), marco na explicitação organizativa do SUS, e marco temporal para o presente estudo, aproximou essas questões ao nos dedicarmos à região de saúde, estruturando sua definição, com base em pré-requisitos, estabelecendo-a decisivamente e também estabelecendo as comissões intergestores com ênfase na regional, legitimada pela Lei 12.466. (SANTOS, 2017).

Assim, conforme Delboni *et al* (2017, p. 10), o conceito de “região de saúde” foi resgatado pelo Decreto n. 7.508/2011 (BRASIL, 2011) e pela Resolução n. 01, de 29 de setembro de 2011, sendo definido 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, 2011).

Existem chances de aprofundar o processo de regionalização em estados que tenham composição diversa por regiões de saúde, com histórico favorável de relações de cooperação e solidariedade entre os entes federados (CASTRO, 1997), garantindo uma estrutura bem sistematizada para que as instâncias de pactuação proporcionem, através de regras claras e negociadas, com efetividade e capacidade regular de difundir-las entre os fóruns (Comissões Intergestores Bipartites (CIB), Comissões Intergestores Bipartites Regionais (CIR), Conselhos Estaduais de Saúde (CES), Conselhos Municipais de Saúde (CMS), entre outros.

Para que possamos constituir um espaço como uma região, o agrupamento de municípios deverá ter alguns elementos constitutivos, cabendo ao Estado instituir a região de saúde, em comum acordo com os municípios e respeitadas as pactuações nas comissões intergestores, e será necessária a existência de um mínimo de ações e serviços de: I – atenção

primária; II – urgência e emergência; III – atenção psicossocial; IV – atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V – vigilância em saúde. (BRASIL, 2011).

Após a definição da região de saúde, instituída de modo formal pelo Estado, é necessário: fazer a regulamentação dos limites geográficos, qual a população usuária do serviço em quantidade e localização domiciliar; o rol de ações e serviços que a região irá prestar à população; as responsabilidades dos entes federativos com a sua execução e financiamento, e, por fim, quais os critérios de acessibilidade e a escala na conformação dos serviços (SANTOS, CAMPOS, 2015).

Com a região já constituída, com seus elementos organizados e permanentes — número de municípios, comissão intergestores regional, governança regional e redes de atenção — cabe a essa região pensar sobre os “macroprocessos periódicos, como: planejamento regional, organização das reuniões intergestores, confecção dos mapas da saúde; relatórios de gestão regional, avaliação e controle e o contrato organizativo de ação pública da saúde (art. 15 e seguintes; 33 e seguintes do Decreto n. 7.508, de 2011)”. (BRASIL, 2011; (SANTOS; CAMPOS, 2015, p.1284).

Para isso,

a região de saúde deve ser, em relação ao SUS nacional, o microcosmo da realização das necessidades de saúde do cidadão, o que resulta numa gestão compartilhada, cooperativa, ensejando o planejamento integrado, o financiamento regional e uma série de medidas que visem garantir governança na região, a política e a operativa, como os colegiados interfederativos regionais, do qual o decreto tratou e que deve ser interpretado em consonância com a lei 12.466, publicada meses depois. As comissões intergestores regional podem ser tidas como o espaço deliberativo de uma região de saúde, cabendo a elas nomear uma diretoria executiva para que se possa, assim, garantir governança regional na região de saúde. (SANTOS, 2017, p.1284).

Contextualizando, o Rio Grande do Sul, atualmente, possui 83% de municípios de pequeno porte populacional e com condições assistenciais similares às referidas anteriormente. Visando melhor planejamento e programação frente a demandas e fluxos assistenciais, como forma de garantir um atendimento com maior qualidade e eficácia, tornou-se prioridade, no Estado, a estruturação de sistemas e redes regionais para serviços de saúde de atenção especializada, e uma organização e otimização frente aos recursos financeiros. (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

No Rio Grande do Sul, a conformação das regiões no Estado apresenta um histórico relacionado aos movimentos de ocupação do território e do desenvolvimento econômico e social, de configuração diversa e desigual. A regionalização da saúde é influenciada pela heterogeneidade regional, pois as diferenças são muitas: nas dinâmicas socioeconômicas regionais, concentração populacional e porte dos municípios; distribuição desigual da oferta; e

variações entre as regiões na capacidade institucional das estruturas regionais do Estado e dos municípios (VIANA, LIMA, 2010).

Nos últimos 15 anos o alinhamento programático à orientação nacional ocorreu pelas Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul, representadas por sua associação (inicialmente, denominada Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde – ASSEDISA, e, mais tarde, Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul – COSEMS-RS), e também pelas gestões governamentais na Secretaria Estadual de Saúde (ROESE, 2012).

A partir da necessidade de uma nova articulação do papel da Secretaria Estadual de Saúde junto aos municípios e regiões de saúde, no final da década de 1990 foram iniciadas discussões que reorganizaram os territórios geográficos em microrregiões, regiões e macrorregiões de saúde, embasados em parâmetros e conceitos para os territórios de gestão do SUS. A instância regional foi definida como espaço em que ocorre a pactuação do planejamento e da regulação da atenção à saúde. Frente à concentração de serviços de saúde instalados nas maiores cidades do Estado surgiu, como estratégia de regionalização criada pela SES, o Projeto Saúde Solidária, que dialogava com toda a assistência hospitalar. Como forma de garantir um avanço em uma nova organização que oportunizasse as ações de apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar, foram criadas, em 1999, as sete macrorregiões de saúde e 19 estruturas regionais (ROESE, 2012).

A partir de 2002 surgiu uma configuração que gerou 19 Regionais de Saúde, propiciando, através da orientação da NOAS, a definição e a implantação de Planos Diretores Regionais (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

É importante pontuar que se entende por região administrativa o equipamento administrativo e burocrático do Estado cuja função é fazer a gerência de um conjunto de municípios em dado território. No Rio Grande do Sul, apesar de ter sido um dos primeiros estados do país a implantar o Plano Diretor Regional (PDR), em 2002, a partir da NOAS (172 módulos assistenciais, 93 microrregiões e sete macrorregiões de saúde), não consolidou o processo de regionalização pelo PDR. Mas ficou visível que houve construção das regiões de saúde, tanto através da articulação política quanto da ocorrência das ações de saúde (ROESE, 2012).

Conduzida por uma nova regulamentação nacional, houve conversão de 19 CIBs regionais em 19 Colegiados de Gestão Regional (COGERES), preservando as funções. Considerando que a diversidade da composição e as características dos municípios nas regiões, e a capacidade de atuação destes nas regionais, tem sido as principais dificuldades

para implantação e funcionamento dos COGERES, como elemento facilitador na atuação regional. (VIANA, LIMA, 2010).

Mesmo com o Pacto pela Saúde, em 2006, servindo de instrumento para institucionalizar os Colegiados de Gestão Regionais (CGR), garantindo um espaço de pactuação para a região de saúde, houve uma mudança no conceito de regionalização da assistência no Rio Grande do Sul, com a ampliação do debate sobre o papel do planejamento em saúde, mas infelizmente não houve a adesão dos municípios ao Pacto (GUIMARÃES *et al.*, 2013).

Agora, neste momento, a partir da publicação do Decreto-Lei n. 7.508/2011 (BRASIL, 2011), o Estado modificou sua configuração para 30 regiões de saúde, e lentamente avança na construção, na preparação e execução de iniciativas preestabelecidas como requisitos para os COAPS, mas mantém como instrumento de gestão as regiões administrativas (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

Na Figura 5 podemos visualizar como ficou a divisão administrativa das regionais utilizada pela SES.

**Figura 5: Regiões administrativas do Rio Grande do Sul**



Fonte: Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (DGTI), 2018.

Também cabe ressaltar que, baseado no território administrativo, o Grupo de Monitoramento e Avaliação fez um levantamento da estruturada de assistência à saúde, frente à capacidade instalada, fluxo de usuários, produção de serviços e perfil de morbimortalidade, disponibilizando um diagnóstico para que, mais tarde, pudessem ser recortadas microrregiões e desenhadas macrorregiões de saúde. Conforme Guimarães (2013, p.10), “entende-se por região administrativa o equipamento administrativo e burocrático do Estado cuja função é fazer a gerência de um conjunto de municípios num dado território”

A configuração das regiões de saúde no estado do Rio Grande do Sul defronta-se com uma organização de regiões administrativas da SES, constituída na década de sessenta, sofrendo muito poucas mudanças nos últimos 30 anos. Vale ressaltar esse detalhe, pois a discussão proposta nacionalmente, com a introdução do Decreto n. 7.508, dosa o tamanho do enfrentamento que as equipes e gestores terão para propor as mudanças trazidas por este (GUIMARÃES *et al.*, 2013).

### **3.1. A trajetória metodológica da investigação**

A presente pesquisa foi realizada por meio de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, com foco na implementação do Hospital de São Jerônimo como hospital regional na Região Carbonífera.

Definiu-se a escolha pela abordagem qualitativa porque o fenômeno investigado abrange o estudo das ações sociais individuais e grupais, abrindo-se a realidade social para melhor apreendê-la e compreendê-la, no espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Trabalhamos com um universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2004).

A pesquisa qualitativa é definida como aquela que privilegia a análise de micro processos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados, e caracterizada pela heterodoxia no momento da análise (MARTINS, 2004, p. 289).

De acordo com Yin (2001), o estudo de caso é uma estratégia da pesquisa social, e assim, possibilita preservar aspectos importantes da vida real. A escolha por esse método justifica-se pela necessidade de respostas às perguntas centrais do estudo que incluem “como”, “por que”, além do foco da análise estar ligado aos acontecimentos contemporâneos sobre os quais não há ou há pouco controle do pesquisador.

O projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz - UNISC, vinculado à Plataforma Brasil (Ministério da Saúde). A pesquisa foi

aprovada por meio de Parecer n. 2.214.255, na data de 11 de agosto de 2017. Após convite e esclarecimentos por parte da pesquisadora sobre o projeto de pesquisa, seus objetivos e etapas, cada sujeito da pesquisa que concordou em participar assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Como procedimento da pesquisa foi utilizada a análise documental, com a complementação de entrevista semiestruturada para alcançarmos os objetivos propostos. Os documentos são registros escritos que possibilitam obter informações para a compreensão dos fatos e relações, ou seja, permitem conhecer o período histórico e social das ações e reconstruir os fatos e seus antecedentes, pois são manifestações registradas de aspectos da vida social de determinado grupo (OLIVEIRA, 2007).

A análise documental abrange a identificação, verificação e apreciação de documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, sugere-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. A análise documental deve colher um reflexo objetivo da fonte original, possibilitando a localização, identificação, organização e avaliação das informações existentes no documento, e também da contextualização dos fatos em determinados momentos (SOUZA *et al.*, 2011).

Assim, essa técnica é considerada o tratamento do conteúdo de maneira a apresentá-lo de forma diferente do original, permitindo sua consulta e referência, ou seja, objetiva dar forma ao conteúdo e representar de outro modo essa informação, por meio de procedimentos de transformação (SOUZA *et al.*, 2011).

A análise dos documentos envolveu a legislação e normatizações federais e estaduais referentes à regionalização. Foram utilizados os Planos Estaduais de Saúde de 2011 a 2016, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2002, a resolução do CES/RS 05/02, o Decreto Federal 7508/2011, resoluções da CIB e atas da CIR e do Conselho Municipal de Saúde de São Jerônimo. Foram obtidas ainda informações junto aos Sistemas Nacionais de Informação (Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES)).

Em relação às atas, foram analisadas todas as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIR e do Conselho Municipal de Saúde de São Jerônimo, dos anos de 2011 a 2016, chegando ao total de 70 atas, sendo selecionadas aquelas que faziam referência às ações de regionalização da saúde na região carbonífera.

Através da análise das atas buscamos compreender o processo de construção da regionalização da saúde na Região 9, a partir da promulgação do Decreto n. 7508/2011.

Todavia, as atas analisadas não traziam um maior detalhamento sobre o processo de regionalização da saúde e da implementação do Hospital Regional de São Jerônimo. Assim, recorreremos às entrevistas, que foram utilizadas com o objetivo de complementar e trazer à pesquisa as informações necessárias à compreensão do processo de regionalização do Hospital de São Jerônimo, dentro da Região de Saúde 9 – Carbonífera.

A etapa de seleção dos entrevistados apresentou algumas facilidades e dificuldades. O fato de residirmos em um dos municípios da região estudada, de termos atuado na função de gestora estadual da saúde no período de 2011 a 2014 e de exercer de atividades profissionais na condição de médica junto ao Hospital de São Jerônimo, facilitou a seleção das pessoas entrevistadas. Mas, ao mesmo tempo, percebemos inibição por parte dos entrevistados, a qual poderia ser atribuída a nossa posição de autoridade governamental na região, como representante de um governo durante o mandato do governador Tarso Genro.

Foram selecionados vinte e seis atores, que atuaram no período de 2011 a 2016 junto aos seguintes espaços de saúde: um integrante da Coordenadoria Estadual de Saúde, um gestor do Hospital de São Jerônimo, oito Presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde e dezesseis Secretários Municipais de Saúde. Todos os selecionados integram os municípios que são referência para a regionalização do Hospital de São Jerônimo (Região de Saúde 9): Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão, São Jerônimo e Triunfo<sup>13</sup>.

É importante registrar que, no período estudado, ocorreram trocas de governos,<sup>14</sup> considerando o processo de eleições municipais e estaduais. Tal fato propiciou a alteração de gestores, o que nos levou a optar por entrevistar dois secretários municipais de saúde de cada município da Região 9, com o intuito de perceber possíveis mudanças nos rumos do processo de regionalização dos governos estaduais do período. Os demais atores entrevistados não sofreram alterações de representação.

Houve uma boa aceitação por parte dos entrevistados em participar dessa etapa de pesquisa. Foram receptivos ao agendamento das entrevistas, realizadas no período de setembro a dezembro de 2017. Todavia, dos vinte e seis atores selecionados, não conseguimos, mesmo após várias tentativas, entrevistar dois deles, os quais não se mostraram receptivos à entrevista pessoal, e mesmo tendo sido oportunizada que a fizessem por e-mail,

---

<sup>13</sup> O município optou a partir do processo de construção das regiões de saúde em 2012 passar a pertencer à Região 8 -Canoas/Vale do Caí. (Resolução Bipartite nº 555/2012).

<sup>14</sup> No período a ser estudado ocorreram dois momentos: eleições para o pleito estadual 2010 e 2014, e para o pleito municipal também em dois momentos - 2012 e 2016. (TRE/RS)

não deram retorno até o momento. Além disso, dois entrevistados preferiram responder a entrevista diretamente por e-mail alegando sobrecarga de trabalho.

As entrevistas semiestruturadas incluíram aspectos gerais relacionados à participação do entrevistado, e também investigar a percepção deste sobre a sua contribuição no processo de regionalização, considerando sua atuação nos espaços de governança (Hospital e CIR). Alguns entrevistados mostraram dificuldades em responder questões básicas da regionalização. Percebemos que alguns não se visualizavam como atores protagonistas desse processo.

Optamos por utilizar a identificação dos entrevistados mediante o critério de ocupação dos espaços de governança estadual e municipal. Criamos a nomenclatura CRS para o entrevistado que representava a Coordenadoria Regional de Saúde. A nomenclatura HSJ para o entrevistado representante do Hospital de São Jerônimo. Dos oito representantes dos Conselhos Municipais de Saúde optamos pela nomenclatura CMS. Para os 16 representantes dos Secretários Municipais de Saúde utilizamos a sigla SMS. O quadro explicativo abaixo relaciona os entrevistados e a data da realização das respectivas entrevistas.

**Quadro 1 – Relação de Entrevistados e data das Entrevistas**

<b>Denominação do entrevistado (a)</b>	<b>Data da Entrevista</b>
CRS – Coordenadoria Regional da Saúde	13.09.2017
HSJ – Hospital de São Jerônimo	05.09.2017
CMS 1 – Conselho Municipal de Saúde	15.09.2017
CMS 2 – Conselho Municipal de Saúde	10.09.2017
CMS 3 – Conselho Municipal de Saúde	26.09.2017
CMS 4 – Conselho Municipal de Saúde	29.09.2017
CMS 5 – Conselho Municipal de Saúde	10.10.2017
CMS 6 – Conselho Municipal de Saúde	27.10.2017
CMS 7 – Conselho Municipal de Saúde	09.11.2017
CMS 8 – Conselho Municipal de Saúde	16.11.2017
SMS 1 – Secretário Municipal de Saúde	15.09.2017
SMS 2 – Secretário Municipal de Saúde	10.09.2017
SMS 3 – Secretário Municipal de Saúde	26.09.2017
SMS 4 – Secretário Municipal de Saúde	29.09.2017
SMS 5 – Secretário Municipal de Saúde	10.10.2017
SMS 6 – Secretário Municipal de Saúde	27.10.2017
SMS 7 – Secretário Municipal de Saúde	09.11.2017
SMS 8 – Secretário Municipal de Saúde	16.11.2017
SMS 9 – Secretário Municipal de Saúde	17.11.2017
SMS 10 – Secretário Municipal de Saúde	23.11.2017
SMS 11 – Secretário Municipal de Saúde	24.11.2017
SMS 12 – Secretário Municipal de Saúde	28.11.2017
SMS 13 – Secretário Municipal de Saúde	01.12.2017
SMS 14 – Secretário Municipal de Saúde	07.12.2017
SMS 15 – Secretário Municipal de Saúde	08.12.2017
SMS 16 – Secretário Municipal de Saúde	15.12.2017

Fonte: elaborado pela autora a partir da coleta de dados.

Assim, pensando no processo de regionalização da saúde visando à implementação do Hospital de São Jerônimo, como hospital regional na região Carbonífera, entendemos que é necessário reconstruir a participação e a percepção dos atores sobre o processo de normatização do SUS, sobre a construção de redes, sobre a atuação nos espaços de governança, além dos avanços e limites na construção da estrutura de uma política de regionalização da saúde.

As falas dos atores revelaram memórias e impressões significativas que proporcionaram o resgate do período estudado, gerando estímulo para a compreensão deste.

Demonstrar para o pesquisador uma amostra de pontos de vista faz parte do objetivo da pesquisa qualitativa. O contato com os entrevistados oportunizou liberdade e espontaneidade, enriquecendo a investigação (TRIVINOS, 1987; GASKELL, BAUER, 2002).

### **3.2. Processo de construção das Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul: contextualização do cenário institucional**

O Grupo de Monitoramento e Avaliação, com a participação de algumas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), e sob a coordenação da Assessoria de Planejamento (ASSTEPLAN) da Secretaria Estadual de Saúde, ao findar o ano de 2010 iniciou um longo processo de discussões e problematizações visando atualizar o Plano Diretor de Regionalização – PDR no Estado. Esse processo, por sua complexidade, se estendeu por doze anos e foi desenvolvido nos GTs de Planejamento, Monitoramento e Avaliação regionais que estão espalhados por todo o território gaúcho (GUIMARÃES *et al.*, 2013).

A realização deste estudo, por sua densidade, exigiu vários encontros, todos registrados em atas ou relatórios para futuras pesquisas e consultas e sempre garantiu a participação de todos os GTs regionais. Assim, buscou romper com as formas tradicionais que pautaram a organização da Política de Saúde brasileira e, principalmente, de planejar em saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2013).

No Brasil, o estilo político tradicional é de resolver as situações caso a caso e, de preferência, no interior dos gabinetes, e não de forma clara, global, transparente e pública. Assim, a efetiva universalização da saúde e, nela, a equidade de resultados são alguns dos grandes desafios que supõe muita luta democrática da sociedade (SPOSATI, LOBO, 1992, p.370).

Durante os anos de 2011 e 2012, o GT de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão da Secretaria da Saúde coordenou o processo de construção das Regiões de Saúde no Estado. As equipes de trabalho das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) discutiram com os municípios a reorganização do território regional, com a finalidade de desencadear um processo de gestão coletiva e incentivar o planejamento regional. Tal perspectiva está em sintonia com a necessidade de fazer avançar a construção de estratégias de governança regional, o princípio da descentralização da gestão do SUS e a ampliação da participação social no processo de tomada de decisão sobre as políticas de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Cada Região de Saúde contempla ações e serviços de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. Também conta com uma Comissão Intergestores Regional – CIR, responsável pelo

planejamento e pactuação regional, substituindo o antigo COGERE. Na apresentação dos indicadores selecionados para a descrição da situação do Estado foram apontadas desigualdades entre essas trinta Regiões de Saúde. Os dados referentes a cada região foram utilizados na construção da análise situacional do plano estadual, e disponibilizados em documento anexo no site da SES/RS, com a finalidade de subsidiar a construção de planos regionais e a elaboração dos Contratos Organizativos de Ação Pública de cada Região de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

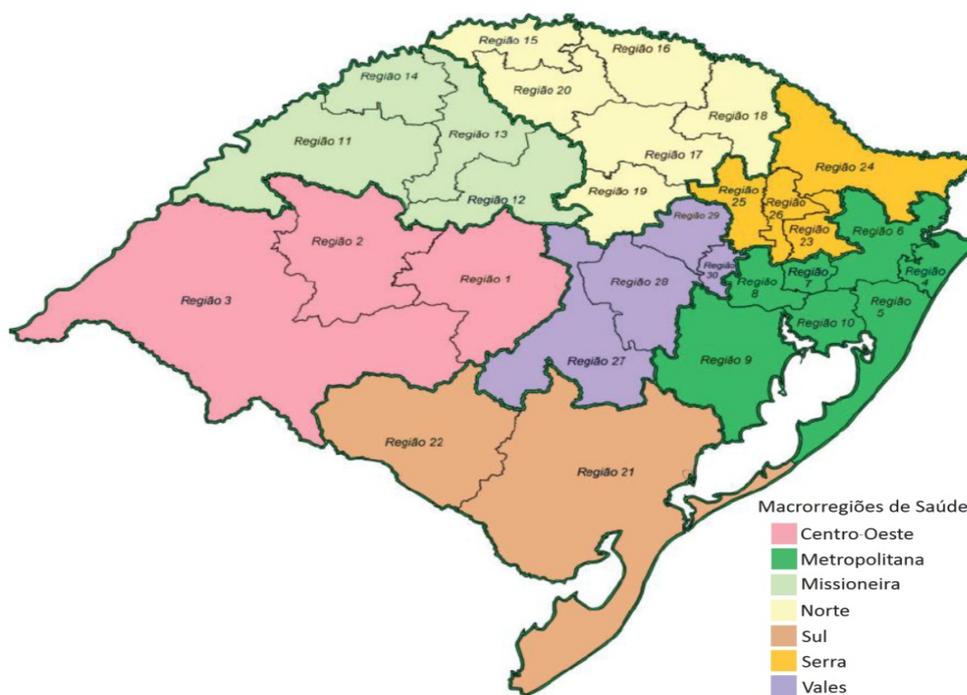
Nesse processo, o Rio Grande do Sul ficou dividido em trinta Regiões de Saúde (Resolução CIB nº 555/2012), distribuídas nas 19 Regiões Administrativas da Secretaria Estadual da Saúde, divididas em macrorregiões, que desempenham a função de coordenação político-administrativa da saúde no Estado, as quais foram instituídas pelos Decretos n. 50.125, de 05 de março de 2013, e o de n. 50.217, de 08 de abril de 2013. São responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e pelo gerenciamento de ações e de serviços de saúde mediante a cooperação técnica e operacional realizada com os gestores municipais e prestadores de serviços (RIO GRANDE DO SUL, PES, 2016).

As Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde em determinado território, tendo por objetivo apoiar tecnicamente os sistemas locais e regionais de saúde. O RS está dividido político-administrativamente em 19 CRS. Estas, quando agrupadas, formam sete Macrorregiões de Saúde, as quais visam garantir uma organização para ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. Nessas Macrorregiões estão inseridos hospitais de referência macrorregional, com capacidade de atender os casos mais complexos (RIO GRANDE DO SUL, PES, 2016, p. 18).

Nesse processo de divisão político-administrativa surgiu um novo mapa que, inclusive, foi utilizado para a elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) de 2016. Foi construído com embasamento na centralidade da base territorial das Regiões de Saúde aglutinadas em macrorregiões, oportunizando, assim, uma garantia da integralidade das ações e serviços para a população, e servindo de instrumento de planejamento no Estado (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Essa nova configuração é apresentada na Figura 6:

**Figura 6: Nova configuração das macrorregiões e regiões de saúde do Rio Grande do Sul**

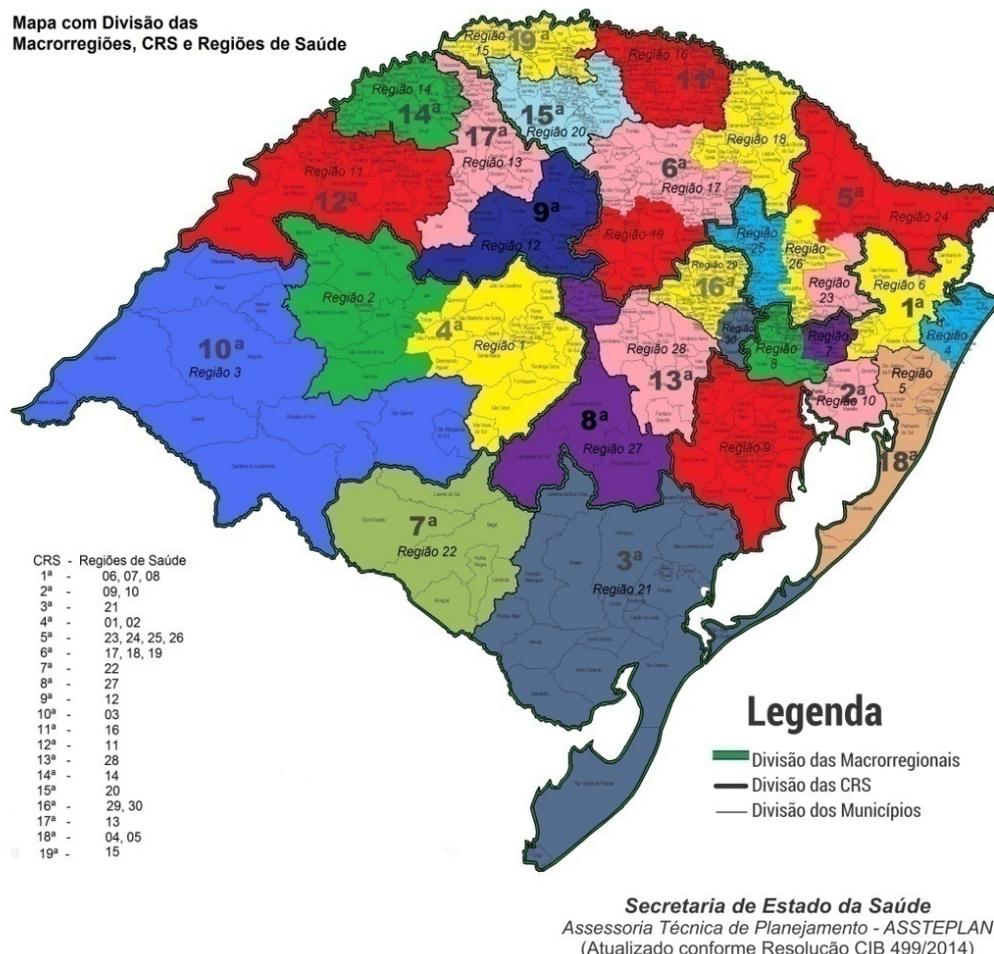
Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS (2016)

O próprio Decreto n. 7.508, de 2011, estabeleceu critérios para a definição desses espaços geográficos, como referência para a análise socioeconômica, da situação de saúde e para o dimensionamento da capacidade instalada, produção de serviços e fluxos de acesso, além do princípio de planejamento ascendente e integrado. No Rio Grande do Sul, o processo de regionalização produziu um processo de 30 Regiões de Saúde (Resolução CIB/RS n. 555/2012, alterada pela Resolução CIB/RS n. 499/2014), referindo, assim, que as análises partem das Regiões de Saúde, com o objetivo de esclarecer quais as diferenças regionais presentes no Estado, visando à construção de políticas de saúde com equidade (RIO GRANDE DO SUL, 2016). As 30 regiões de saúde estão expressas na Figura 7.

**Figura 7: Mapa das 30 regiões de saúde.**



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, SES/RS, 2018.

A nova configuração, com a presença de 30 Regiões de Saúde, permitiu um novo processo de regionalização da saúde, focado não apenas em um mapa da saúde. Representou não só uma simples descrição geográfica, mas uma figura que descreveu a distribuição de recursos humanos, e também as ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, sendo utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientando o planejamento integrado dos entes federativos.

### 3.3. A Região 9 de Saúde no Rio Grande do Sul

A Região 9 de saúde no estado do Rio Grande do Sul foi criada em conjunto com outras 29 regiões, somando um total de 30 regiões. A sua criação ocorreu após o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, sancionado pela Presidência da República Federativa do

Brasil, e pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, instituídas pelos Decretos n. 50.125, de 05 de março de 2013, e o de n. 50.217, de 08 de abril de 2013.

Após a averiguação e confirmação de que todos os itens citados no inciso I, do art.2 para a criação de uma Região de Saúde, estavam dentro dos padrões estabelecidos, foi criada a Região 9, denominada Carbonífera/Costa Doce. Com base no panorama demográfico estabelecido no Plano Estadual de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), e com estimativas do IBGE, a região tem densidade demográfica de 34 hab./km<sup>2</sup> (FEE, 2014), sendo 79,7% de população urbana e 20,3% de população rural (IBGE, 2010). Apresenta taxa de analfabetismo de 6,4%, renda média domiciliar per capita de R\$ 658,50, taxa de trabalho infantil de 9,4% (IBGE, 2010) e IDESE de 0,69 (FEE, 2012).

A Região Carbonífera/Costa Doce (R9) é composta por 19 municípios e possui uma população de 385.972 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), a qual está composta também pela Região de Saúde 10, que é a região de saúde com mais população e também onde está inserida a capital do Estado, Porto Alegre. Além disso, a Região de Saúde 9 faz parte da Macrorregião denominada Macrometropolitana que, juntamente com as outras regiões de saúde, abrange a maior parte da população do Rio Grande do Sul.

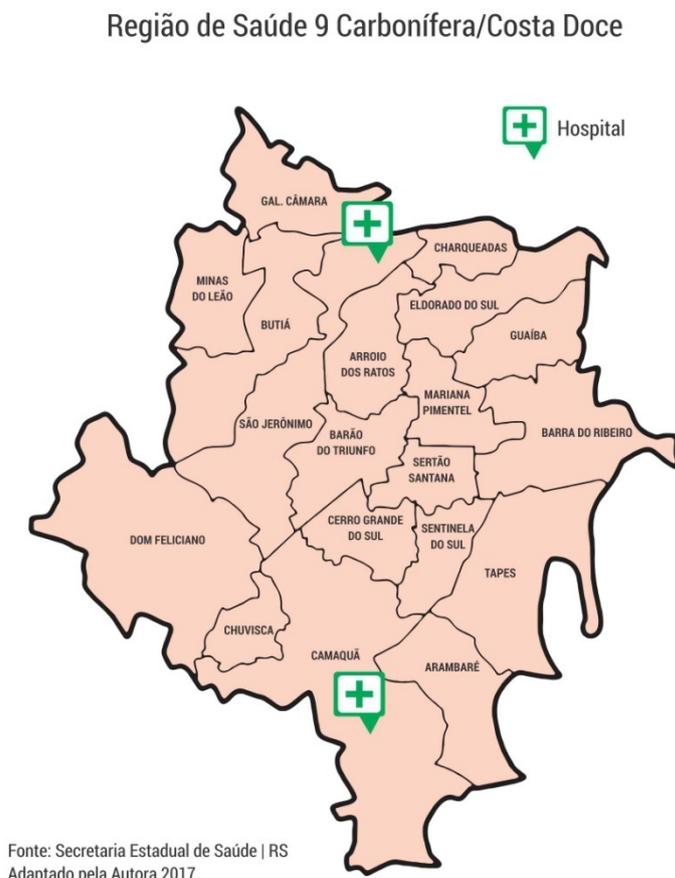
**Quadro 2: Constituição da região macrometropolitana onde está inserida a Região de Saúde 9**

	<b>Coord. Regional de Saúde</b>	<b>Região de Saúde</b>	<b>Município</b>	<b>População 2014</b>
<b>Metropolitana</b>	1ª CRS	R6 – Vale do Paranhana/Costa da Serra	Cambará do Sul, Igrejinha, Parobé, Riozinho, Rolante, São Francisco de Paula, Taquara e Três Coroas	225.321
		R7 – Vale dos Sinos	Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo Hamburgo, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São José do Hortêncio, São Leopoldo e Sapiranga	799.530
		R8 – Vale do Caí/ Metropolitana	Esteio, Harmonia, Maratá, Montenegro, Nova Santa Rita, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Sapucaia do Sul, Tabaí, Triunfo e Tupandi	756.735
	2ª CRS	R9 – Carbonífera/ Costa Doce	Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chувиска, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Guaíba, Mariana Pimentel, Minas do Leão, São Jerônimo, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes	403.904
		R10 – Capital/ Vale do Gravataí	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão	2.332.576
	18ª CRS	R4 – Belas Praias	Arroio do Sal, Capão da Canoa, Dom Pedro de Alcântara, Itati, Mampituba, Maquiné, Morrinhos do Sul, Terra de Areia, Torres, Três Cachoeiras, Três Forquilhas e Xangri-lá	148.751
		R5 – Bons Ventos	Balneário Pinhal, Capivari do Sul, Caraá, Cidreira, Imbé, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares e Tramandaí	218.625

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, PES 2016-2019.

Cabe salientar que na Região de Saúde 9 existem dois hospitais regionais, um dos quais é nosso objeto de estudo — o Hospital de São Jerônimo —, que atende sete municípios da microrregião Carbonífera. O outro é o Hospital Nossa Senhora Aparecida, que se localiza na cidade de Camaquã, e que atende o restante dos onze municípios que pertencem à microrregião Costa Doce, conforme mostra a Figura 8.

**Figura 8: Região de Saúde 9 Carbonífera/Costa Doce**



Recentemente, um estudo realizado através da Pesquisa Regiões e Redes, cujo campo de pesquisa abrangeu cinco regiões, apresentou um relatório com os resultados da região Carbonífera e Costa Doce, no estado do Rio Grande do Sul.

Esse estudo teve a finalidade de caracterizar os 19 municípios dessa região, de acordo com seus indicadores econômicos e sociais, com o intuito de subsidiar um estudo técnico do cenário dessa região para implementação de políticas públicas de saúde baseadas no princípio da equidade e eficiência, buscando a diminuição das disparidades regionais. Para gerar essa caracterização foram utilizados, exclusivamente, bancos de dados oficiais, tanto da área de saúde quanto das áreas de administração e gestão dos respectivos governos do Estado. Teve-se, assim, um diagnóstico regional para a identificação de sua realidade socioeconômica, de suas características populacionais e demográficas, sobretudo nos aspectos ligados à saúde pública e identificação de sua estrutura de equipamentos e serviços de saúde (VIANA *et al.*, 2014).

Os autores ressaltam a equidade, como elemento estruturante, associada à adequação das necessidades do indivíduo e da região onde ele vive as demandas por serviços de saúde e prevenção. A equidade pode ser vertical quando os indivíduos, em função de suas particularidades de faixa etária, sexo e histórico de saúde, são tratados de forma diferenciada de acordo com suas necessidades específicas; ou horizontal, em que grupos de indivíduos similares devem ser tratados da mesma forma e ter acesso aos serviços de saúde e prevenção, com a mesma qualidade e prontidão. Ainda ressaltam que, frente a um quadro de disparidades, as políticas públicas de saúde devem ser implementadas visando promover o acesso aos usuários das áreas menos desenvolvidas, ao mesmo tempo em que se criam condições para que, no médio e longo prazos se constitua uma estrutura regional de saúde eficiente, evitando, assim, a dependência crônica de pequenos municípios em relação aos grandes centros. Nesse sentido, o presente trabalho procurou mostrar as localidades onde há maior dificuldade de acesso aos serviços básicos ou especializados de saúde, provendo, assim, orientação aos órgãos de governo na escolha ou priorização das localidades-alvo das políticas de saúde (VIANA *et al.*, 2014).

Para o presente estudo fizemos um recorte na Região de Saúde 9, utilizando apenas os municípios da microrregião denominada Carbonífera, composta por oito municípios: Charqueadas, Triunfo, Arroio dos Ratos, São Jerônimo, Minas do Leão, Barão do Triunfo e General Câmara. Cabe ressaltar que, conforme a Resolução CIB n. 555/2012, o município de Triunfo decidiu fazer parte da Região de Saúde 8. Todavia, o mantivemos como município participante devido à grande utilização que sua população faz do nosso objeto de estudo, o Hospital de São Jerônimo.

Os municípios que participam dessa região possuem perfis e estruturas bem diversas, e tornam-se importantes para o nosso estudo que dialoga com a capacidade instalada na Região 9, e qual a relação desta com o Hospital de São Jerônimo.

Alguns dados de observação sobre a estrutura física dos municípios da região Carbonífera, que descrevem a quantidade de estabelecimentos, conforme o município e o tipo de estabelecimentos no período de dez/2017, são demonstrados na Tabela 1.

**Tabela1: Estabelecimentos de saúde conforme município e tipificação**

<b>Município</b>	<b>Academia da Saúde</b>	<b>CAPS</b>	<b>Centro de Saúde/UBS</b>	<b>Policlínica</b>	<b>Posto de Saúde</b>	<b>de Secretaria de Saúde</b>	<b>Total</b>
Arroio dos Ratos	-	-	4	1	-	1	6
Butiá	-	1	6	-	-	1	8
Charqueadas	1	1	4	4	13	1	24
São Jerônimo	-	1	3	-	6	2	12
General Câmara	-	-	3	1	-	1	5
Minas do Leão	-	-	1	-	2	1	4
Barão do Triunfo	-	-	2	-	-	1	3
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>23</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>62</b>

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2017

Conforme os dados da Tabela 1, podemos observar que na estrutura apresentada pelos municípios para atender a sua população predomina a presença de equipamentos que garantam o atendimento na atenção básica. Alguns com menor quantidade e outros com quantidades maiores, como é visível no município de Charqueadas. Cabe, aqui, analisar se os municípios que mais possuem estrutura deveriam utilizar menos o Hospital de São Jerônimo.

Lembramos, aqui, que a organização dos sistemas e das redes de saúde advindos da centralidade da coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo amplamente destacada na literatura. A Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui a porta de entrada preferencial, e na RAS espera-se que seja a principal provedora da atenção e coordenadora do cuidado. Há forte associação com a ampliação do acesso, continuidade do cuidado, qualidade da atenção, satisfação do paciente, melhor utilização dos recursos financeiros disponíveis, além de impactos positivos na saúde da população, através de uma coordenação clínica que proporciona a complementaridade na provisão do cuidado sequencial. A garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do contexto da AB é estimulada pela política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que preconiza e define como competência dos municípios organizar o fluxo de usuários. (MENDES, 2011).

A partir da própria configuração no SUS, onde seu arranjo impõe barreiras na gestão de cuidados, a busca da consolidação de um sistema integrado, com redes regionalizadas, necessita de estratégias de gestão e planejamento que possam transcender o território apenas

de um ente federado. Assim, são imprescindíveis pesquisas que analisem, no ambiente das redes e regiões de saúde, a capacidade de potencializar as equipes de atenção básica na atribuição da coordenação na esfera local, e também no espaço regional, rompendo os limites municipais (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

A dicotomia presente entre APS e a atenção hospitalar precisa ser superada, pois uma crítica ao hospitalocentrismo levou a última a deixar de ser objeto de uma ação estratégica para o SUS. Em consequência desse processo houve falta de debate sobre a realidade hospitalar, e também da sua insuficiência estrutural, da sua efetividade sistêmica, deixando de estimular uma reforma hospitalar que fortalecesse o desempenho da APS, das urgências e do cuidado em regime de internação – inclusive o não hospitalar de larga permanência, além da garantia de integração e reorientação desses equipamentos para as RAS. (VIANA *et al.*, 2018).

Da mesma forma, em relação à organização regional e estadual da oferta especializada e hospitalar nesse contexto de construção do sistema, faz-se necessário que os governos estaduais liderem, juntamente com a APS dos municípios, em escala regional, ficando a cargo daqueles as ações que unifiquem e promovam a governança democrática de todos os processos de gestão de natureza regional. Para que isso aconteça segundo Viana *et al.* (2018, p.1797),

[...] implica efetiva descentralização de capacidades técnicas e decisão política para as regiões e fortalecimento dos processos integrados da gestão das unidades hospitalares mediante a unificação dos processos contratuais da Rede estatal de administração direta, de administração indireta e contratada estatal e privada, para conseguir implementar a devida inserção dos serviços hospitalares em um desenho sistêmico de RAS e linhas configurando espaços de forte participação dos prestadores e lideranças profissionais na construção participativa do Sistema.

Na Tabela 2, a seguir, relativa à quantidade por tipo de estabelecimentos, na área de especialidades, em cada município, no período de dezembro de 2017, demonstra a existência de vários estabelecimentos: clínica especializada/ambulatório especializado; consultório; hospital especializado; hospital geral; hospital dia; pronto atendimento; pronto socorro especializado; pronto socorro geral; unidade de atenção à saúde indígena; unidade de atenção em regime residencial; unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia; unidade de saúde da família; unidade de vigilância em saúde.

**Tabela 2: Estabelecimentos de saúde especializados**

Município	Clínica especializada	Consultório	Hospital Geral	Pronto Socorro geral	USADT*	Unidade de vigilância	Total
Arroio dos Ratos	4	6	1	-	3	-	14
Butiá	7	18	1	-	-	1	27
Charqueadas	8	23	1	1	8	-	41
São Jerônimo	8	28	1	-	7	-	44
General Câmara	2	3	-	-	1	-	6
Minas do Leão	2	-	-	-	-	-	2
Barão do Triunfo	-	-	-	-	1	-	1
Total	31	78	4	1	20	1	135

\*Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil-CNES, 2017.

Observamos, na Tabela 2, a ocorrência de cadastro de hospitais em outros três municípios, e que não atendem mais os requisitos mínimos para constituírem uma estrutura para ser um hospital, e que permanecem cadastrados como estabelecimento hospitalar. Além disso, os dados demonstram a pequena quantidade de clínicas especializadas na maioria dos municípios, e a ausência de unidades para diagnósticos e tratamentos locais.

Essa análise demonstra a necessidade de serviços que a Região Carbonífera possui, evidenciando a relevância que a estrutura do Hospital de São Jerônimo teve para o processo da regionalização da saúde, principalmente no atendimento das especialidades que fazem parte da média complexidade. Esse é um dos critérios do Decreto n. 7.508, já descritos, anteriormente, que classificaram o Hospital de São Jerônimo como hospital regional de referência para a Região de Saúde 9.

#### **4. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA REGIÃO DE SAÚDE 9 DE SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DO HOSPITAL DE SÃO JERÔNIMO COMO HOSPITAL REGIONAL**

O objetivo deste capítulo é fazer uma apresentação e também discutir as análises dos dados empíricos que foram coletados através das entrevistas realizadas com atores municipais e estaduais que participaram da regionalização do Hospital de São Jerônimo, localizado na região Carbonífera, a partir do ano de 2011. Incluem-se, nessa discussão, os dados obtidos em vários documentos oficiais, e outros fornecidos pelos entrevistados.

A partir desse contexto, com a intenção de melhor entender a regionalização da saúde aqui estudada, torna-se primordial a análise histórica da política de saúde, e dos diversos cenários do processo de implementação da regionalização ao longo da construção do sistema de saúde brasileiro, culminando com a normatização através do Decreto n. 7508/2011, com destaque para a diretriz da regionalização. Assim, referimos as principais legislações que ressaltaram esse processo no país.

O marco temporal balizador referente à presente investigação remete ao processo de definição das regiões de saúde no Rio Grande do Sul (RS), a partir da regulamentação do SUS pelo Decreto n. 7508/2011, especialmente na Região de Saúde 9. Para fins de pesquisa, consideramos a seguinte temporalidade: período logo após a promulgação do Decreto n. 7508/2011<sup>15</sup> até os dias de hoje.

Propusemo-nos a estudar como ocorreu o momento da estruturação das regiões de saúde no RS, investigando a percepção dos diversos atores governamentais e não governamentais que participaram e interagiram nessa construção, investigando o processo de regionalização e identificando quais os atores da região que estiveram envolvidos na implementação do hospital regional de São Jerônimo e que redes foram constituídas.

O capítulo encontra-se dividido em três seções. Na primeira apresentamos os caminhos metodológicos da investigação. Na seção 4.2 tratamos da análise da percepção, por partes dos atores, das regras do jogo: o processo de regulamentação do Hospital. Já na seção 4.3, discutimos a percepção dos entrevistados sobre a formação de redes dentro do processo de regionalização da saúde. E, por último, no item 4.4, discutimos a percepção dos atores sobre a estrutura de governança gerada a partir da regionalização do hospital de São Jerônimo.

---

<sup>15</sup>Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

#### **4.1. O Hospital de São Jerônimo: a implementação de um hospital regional na Região 9 de Saúde**

A tarefa de identificar o papel do hospital, ou melhor, da assistência hospitalar enquanto componente da rede integrada de serviços de saúde, torna-se essencial no nosso estudo.

Contextualizando essa rede nos sistemas integrados de serviços de saúde, citamos Mendes (2011), que a classificou como o quinto momento cronológico de estruturação: integração vertical dos pontos de atenção à saúde com as outras políticas públicas por meio da intersetorialidade. Dessa forma, ao considerar o hospital parte integrante dessa rede, priorizamos uma mudança na forma com que são geridos e percebidos os problemas de saúde e doenças da população, causando uma superação de concepções de atenção biológico-recuperadoras (REZENDE, 2013).

Assim, a assistência hospitalar consegue ter importância como elemento da integralidade, deixando de ser integrante de si mesmo. É necessário determinar uma função ao hospital, com hierarquia por complexidade assistencial, em uma dada região, e também outras funções que necessitam ser incorporadas. E Rezende (2013, p. 44-45) cita:

desenvolvimento de recursos humanos com sentimento de pertencer à rede predominando sobre o pertencer à instituição, desenvolvimento de sistemas e mecanismos de acesso baseados nos princípios de universalidade com equidade, participação ativa no desenvolvimento e implantação de políticas sanitárias, comprometimento com o retorno social enquanto instrumento de avaliação clínica (medicina baseada em evidência), econômica e tecnológica; desenvolvimento de mecanismos de pagamento em que financiadores e provedores compartilhem o risco financeiro assistencial, desenvolvimento de estratégias e sistemas de referência e contrarreferência, não apenas como elos da cadeia assistencial, mas promotoras da capacitação da rede integrada de serviços; implantar ou aprofundar a transparência na aplicação de recursos e a abertura aos mecanismos de controle pela sociedade (controle social).

Mesmo as instituições privadas, ou outros modelos de financiamento público embasados nos contratos de gestão, conforme Rezende (2013), exigem que exista a participação nessa concepção, em que as funções do hospital façam parte da rede integrada de serviços.

Existe consenso quanto às limitações e as imperfeições que tem o mercado da saúde, sobretudo quando não se tem desenvolvido, adequadamente, a capacidade para exercer as funções reitora e reguladora do Estado. Sem exercer tais funções, a introdução de mecanismos de mercado pode redundar em prejuízo da equidade e em detrimento da efetividade sanitária, sem que se tenham obtido a eficiência e a satisfação desejadas pelas pessoas (OPAS, 2004, p. 71).

Assim, surge o tema da integralidade que ocorre dentro de um hospital que traz um olhar, conforme CECILIO e MERHY (2003): “de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares” (CECILIO; MERHY, 2003, p. 1). Ainda, os autores afirmam que tal abordagem, em que “Tecnologia” e “Humanização”, combinadas no desafio de adotar o “lugar” do paciente e suas necessidades singulares, são ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar.

Conforme os autores, a integralidade da atenção hospitalar pode ser questionada a partir de duas perspectivas: a integralidade da atenção visualizada no hospital e a partir do hospital (a integralidade tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si) e a integralidade tendo como referência a inserção do hospital no “sistema” de saúde. (CECILIO; MERHY, 2003, p. 1).

A primeira, que se refere à integralidade do cuidado no hospital, conforme Cecílio e Merhy (2003) diz respeito aos cuidados como síntese de múltiplos cuidados. Possuem características multidisciplinar, pois depende da conjugação do trabalho de vários profissionais, fazendo com que essa dinâmica, cada vez mais presente na vida dos hospitais, seja um aspecto central a ser considerado na discussão da integralidade e na sua correlação com o processo de gestão.

A outra concepção para analisar a integralidade coloca o hospital no “sistema de saúde”, como forma de estruturar as redes em saúde, e, em consequência, amenizar a fragmentação do cuidado. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Direcionar algum grau de integralidade através de uma equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde trazidas por cada um. E os autores ressaltam que a forma mais tradicional de se pensar o hospital no sistema de saúde é como referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade, com o instrumento da contrarreferência. Mesmo se funcionassem bem, novas possibilidades de se pensar a contribuição do hospital deveriam ser imaginadas, pois sabemos que por mais que se amplie e se aprimore a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares seguem sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o SUS (CECILIO; MERHY, 2003, p. 1).

Nosso objeto de estudo, o Hospital de São Jerônimo, está localizado na rua Rio Branco, n. 1008, na cidade de São Jerônimo. Teve sua data de fundação no dia 30 de setembro de 1952, quando a Fundação Sociedade Educação e Caridade o assumiu, e tinha como missão, durante a sua gestão, “concretizar e satisfazer uma necessidade da população de São Jerônimo

e Região Carbonífera, isto é, o atendimento à saúde como também proporcionar atendimento religioso aos pacientes e à comunidade hospitalar”. (CONGREGAÇÃO IMACULADO CORAÇÃO DE MARIA, 2009).

As obras do Hospital iniciaram em dezembro de 1940, e em 1950 foi realizada uma grande campanha para arrecadar fundos, através de doações espontâneas da comunidade, com o apoio da Igreja e da União, do Estado e do Município. Logo após, em 30 de setembro de 1952, foi festivamente inaugurado pelo governador Ernesto Dorneles e pelo Prefeito Dorval Ferreira. Em seguida, no dia 22 de março de 1953, as Irmãs do Imaculado Coração de Maria assumiram a direção e administração do Hospital.

Em 1969, a Congregação realizou a primeira ampliação do hospital de 1.100m<sup>2</sup>, referentes à ala Oeste; em 1977, foi feita a segunda ampliação, com uma metragem de 2.100m<sup>2</sup>; em 1992, a ampliação com 1.700m<sup>2</sup>, abrangendo a área pediátrica, ambulatório e reforma da Capela. Em 1994 foram concluídas as obras iniciadas em 1992, com a construção de uma área de 747m<sup>2</sup>. O total da área construída pela Congregação foi de 5.467m<sup>2</sup>.

Durante o tempo em que a Congregação esteve à frente do Hospital, foram sempre as Irmãs que coordenaram todas as diretorias e serviços hospitalares. A supressão ocorreu em 16/12/2009. O imóvel e a manutenção do Hospital foram vendidos à Associação dos Funcionários Públicos do Rio Grande do Sul – AFPERGS (Mantenedora do Hospital Ernesto Dornelles, de Porto Alegre), com sucessão de gestão, incluídas, além da parte administrativa, as instalações pertencentes à Sociedade Educação e Caridade, em São Jerônimo. (CONGREGAÇÃO IMACULADO CORAÇÃO DE MARIA, 2009).

No ano de 2010 a AFPERGS assumiu o hospital, enfrentando grandes dificuldades relativas à estruturação do hospital (problemas sanitários junto ao apontamento feito pela vigilância sanitária estadual), à estruturação do quadro de recursos humanos, principalmente em relação ao número de médicos. Logo no início dessa administração os atendimentos pelo SUS, como urgência e cirurgias, foram a prioridade de ampliação.

A partir da construção histórica do Hospital de São Jerônimo, podemos citar De Negri (2016, p.26):

O hospital ocupa no imaginário social o local onde as doenças são curadas, o recurso último do conhecimento científico frente à ameaça da morte e da incapacidade. Esta imagem foi construída socialmente ao longo do desenvolvimento histórico da ciência e da tecnologia desde meados do século XIX e as corporações profissionais que se educam e atuam no hospital, notadamente os médicos e os enfermeiros construíram nos hospitais o espaço por excelência de sua prática profissional e de sua identidade coletiva – comunidades profissionais.

Desde a sua criação, o SUS teve o desafio de garantir uma assistência integral, pois as

redes hospitalares sempre foram a prioridade financeira no país em detrimento da assistência preventiva, ficando visível até hoje uma rede de saúde mais focada na produção de procedimentos médicos e diagnósticos, sem muita integração e muito mal distribuída em todas as regiões (CAMPOS, 2003).

Os hospitais filantrópicos tornaram-se um elemento que era o fiel da balança, pois possuíam leitos que garantiam a construção de uma ideia sistêmica de reorganização, difusão, integração de redes hospitalares, nas redes assistenciais regionais. Assim, o hospital tornou-se um elemento de importância política, surgindo como um ator estratégico de influência nas administrações estaduais para sustentar uma formulação em planos diretores hospitalares por estado e suas regiões. Conforme De Negri (2016, p. 303),

a configuração desses planos no âmbito de cada região de saúde dos estados, ao mesmo tempo incide na exigência de compor capacidades de comunidades de conhecimento, comunidades epistêmicas, em torno a esse esforço, compondo uma inteligência dentro do quadro dos estados para lidar com o tema e dialogar com os vários atores / gestores municipais e prestadores em geral, incluindo-os no esforço de compor essas comunidades de conhecimento e essa inteligência de caráter estratégico e operativo. A qualificação via essas comunidades de conhecimento, seria o caminho para apropriar e superar os limites e impasses do debate sobre a reforma hospitalar.

Podemos utilizar o conceito de hospital citado no manual de orientações para o cadastramento de hospitais no CNES:

estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa (Brasil, 2006, p. 138).

Também podemos citar a definição dos padrões de contratualização entre público e público e entre público e privado, dado o acelerado processo de empresariamento da assistência pelo setor público, e a presença do setor privado na busca pelo lucro. Isso ocorre através da lógica de mercado, prioritariamente pelos monopólios de serviços de diagnose (VIANA et al.,2018).

Aqui, no Estado, durante muito tempo o gestor estadual manteve sob seu domínio e entendimento que a gestão dos prestadores privados era quase que exclusivamente sua responsabilidade. Conforme Guimarães (2013,p.14), “a contratualização de prestadores privados sempre foi considerada uma “caixa preta”, ou seja, os municípios não tinham acesso aos contratos e suas cláusulas, ao mesmo tempo em que tinham dificuldades de garantir o acesso dos seus municípios a estes serviços”. Devido ao mau repasse financeiro do Estado a esses prestadores, o mesmo Estado responsável pela contratualização, mantinha-se ausente nos processos que deveria monitorar, avaliar ou auditar os prestadores privados.

A partir do Pacto da Saúde, iniciado em 2006, surgiu um movimento de descentralização da gestão dos prestadores privados para os municípios no estado do Rio Grande do Sul. Naquele momento, a partir da publicação do Decreto n. 7508/2011, tornou-se um desafio monitorar e avaliar com qualidade, tornando os contratos mais transparentes publicamente (GUIMARÃES, 2013).

Mesmo com o esforço de reorganizar a política hospitalar para sua integração nas RAS, esse movimento conduziu para a constituição da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Essa reforma se colocou como contraponto à incapacidade ou insuficiência dos serviços hospitalares em responder às necessidades de saúde da população. Esta situação era alimentada pela falta de articulação dos hospitais com o restante da rede assistencial, e pelo acúmulo de recursos assistenciais nos grandes centros do país (VIANA *et al.*, 2018).

Ainda podemos ressaltar que existe um enorme agrupamento de prestadores hospitalares privados, na maioria vinculados ao SUS, mas que não constituem uma rede suplementar ao SUS, e que também não se sentem pertencentes a nenhuma rede privada (Ugá *et al.*, 2009).

A partir da estruturação do SUS e sua regionalização, através de um “passo adicional e importante com a publicação do Decreto Federal n. 7.508/2011 (Brasil, 2011) que regulamenta a Lei n. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), destaca-se a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), explicitando no nível loco regional os recursos assistenciais existentes com revisão bianual pelo Ministério da Saúde”. (REZENDE, 2013, p.27). Assim, lê-se no artigo 21:

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011, Art. 21).

Exemplificando essa ação através do Decreto n. 7.508/2011, em seu art. 10 (BRASIL, 2011), os “serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada” (Brasil, 2011, Decreto n. 7.508, art. 10), e insere a rede de urgência e emergência. Esse processo confirma, segundo Rezende, a análise da assistência hospitalar como subsídio técnico da conformação da rede de serviços e da forma em que acontece o acesso, pois a internação representa, muitas vezes, em determinado momento, o término do percurso pela busca assistencial, permitindo avaliar o respeito ao princípio de não rejeição de demanda pelos outros níveis de atenção (REZENDE, 2013, p.51).

Assim, citamos o Hospital de São Jerônimo como exemplo de um processo de regionalização de saúde, fazendo parte dessa Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES, através de algumas análises de dados em relação à Região Carbonífera, considerando que os dados foram retirados do Departamento de Informática do SUS.

A AFPERGS refere ter ampliado o atendimento no SUS, e aumentado a receita a partir dessa ampliação, visando a instituir mais serviços, onde possam buscar mais recursos para atender o SUS, para a região inteira. Um dado importante citado por essa instituição hospitalar é a ampliação do número de pessoas contratadas para trabalharem no hospital, tendo havido um acréscimo de 11% no quadro, no ano de 2010, passando de 164 para 182 funcionários. Atualmente, o hospital conta com 400 funcionários no seu quadro (ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO ESTADO, 2017).

Alguns dados nos garantem essa análise de confirmação do Hospital de São Jerônimo, a partir do Decreto n. 7.508/2011.

Na Tabela 3, podemos observar que ocorreu aumento do número de atendimentos de urgência realizados pelo hospital, comparando os anos de 2011 e 2017. O dado é analisado a partir do número de atendimentos registrados pelo município de São Jerônimo, incluídos no sistema DATA/SUS, realizados na urgência do hospital.

**Tabela 3: Atendimentos de urgência**

Município	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
São Jerônimo	2.000	2.668	2.661	2.512	2.919	2.851	3.133	18.744
<b>Total</b>	<b>2.000</b>	<b>2.668</b>	<b>2.661</b>	<b>2.512</b>	<b>2.919</b>	<b>2.851</b>	<b>3.133</b>	<b>18.744</b>

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do DATA/SUS, 2018.

Outro dado importante que poderia nos ajudar a analisar a regionalização do hospital é a avaliação do número de autorizações de internação hospitalar realizadas pelos municípios da região Carbonífera, conforme Tabela 4 (Autorização de Internação Hospitalar (AIH)), aprovadas por ano, processamento segundo o município – por local de internação, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2017.

**Tabela 4: Autorizações de Internações Hospitalares**

<b>Município</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Arroio dos Ratos	528	322	-	-	-	-	-	-
Butiá	879	649	497	251	120	245	213	228
São Jerônimo	2.670	2.532	2.863	3.306	2.932	3.554	3.547	3.852
<b>Total</b>	<b>4.077</b>	<b>3.503</b>	<b>3.360</b>	<b>3.557</b>	<b>3.052</b>	<b>3.799</b>	<b>3.760</b>	<b>4.080</b>

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do DATA/SUS, 2018.

A partir dos dados constantes na Tabela 4, entre os anos de 2010 e 2017, DATA/SUS, somente a partir de 2012 ocorreu um discreto aumento em São Jerônimo, e se manteve nos anos seguintes. No entanto, o número total das internações na Região, naquele período, até diminuiu, mas o que muda nessa informação é que a imensa maioria das internações foi feita por São Jerônimo. Outra análise é que a cidade de Butiá reduziu muito as internações, e na cidade de Arroio dos Ratos deixaram de existir a partir de 2012, com o fechamento do hospital local.

Na Tabela 5, a seguir, analisamos o número de AIHs aprovadas por ano, processamento segundo o Município – por local de residência. Podemos observar o número de internações totais que os municípios da região Carbonífera realizaram durante o mesmo período, mas divididas por município.

**Tabela 5: Número de internações hospitalares – por local de residência**

<b>Município</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Arroio dos Ratos	1.135	939	759	926	889	1.041	973	1.016
Butiá	1.750	1.527	1.479	1.317	1.372	1.510	1.453	1.319
Charqueadas	1.399	1.493	1.747	1.691	1.753	2.111	1.923	2.002
São Jerônimo	2.130	1.758	1.694	1.858	1.609	1.648	1.593	1.713
General Câmara	500	596	521	470	462	494	483	552
Minas do Leão	527	543	559	519	480	609	492	534
Barão do Triunfo	360	318	353	315	381	346	363	389
<b>Total</b>	<b>7.801</b>	<b>7.174</b>	<b>7.112</b>	<b>7.096</b>	<b>6.946</b>	<b>7.759</b>	<b>7.280</b>	<b>7.525</b>

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do DATA/SUS, 2018.

Ainda, na Tabela 5, o número total de internações realizadas pelos municípios, as quais podem ser realizadas em vários locais, representa o dobro do número realizado pelo Hospital de São Jerônimo. Podemos deduzir, a partir dessa informação, que existe uma utilização de serviços em outros hospitais, realizados fora da região Carbonífera, e não pelo Hospital de São Jerônimo.

Na Tabela 6 consta o número de leitos credenciados pelo hospital junto ao SUS, em comparação ao número de leitos habilitados no sistema privado, durante o período de dezembro 2011 até dezembro 2017.

**Tabela 6: Leitos Internação SUS /PRIVADO**

Município	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		
	SUS	PRIV													
Tipo de Internação															
São Jerônimo	66	29	71	29	78	22	78	22	78	22	78	22	78	22	
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>29</b>	<b>71</b>	<b>29</b>	<b>78</b>	<b>22</b>									

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do DATA/SUS, 2018

Conforme a Tabela 6, podemos avaliar que, durante o período analisado, houve um incremento feito pelo hospital no número de leitos SUS. Passou de 66, no ano de 2011, para 78, no ano de 2017. Frente à capacidade instalada de 100 leitos que o Hospital de São Jerônimo possui, esse aumento representa doze leitos de incremento nesse período. Em relação aos leitos privados, demonstrou uma redução, pois de 29 leitos passou para 22 no total. Outro dado é o número total de leitos no ano de 2011, que era de 95 leitos, ocorrendo um acréscimo de cinco leitos em 2013, assim, o hospital passou a ter 100 leitos.

Na Tabela analisamos o número de internações por ano, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2017, referente aos atendimentos dos partos, classificados por município – local de residência. O serviço de obstetrícia, avaliado pelos partos realizados pelo hospital de São Jerônimo, é um dos serviços referência que são reconhecidos no processo da regionalização do Hospital, mesmo antes do Decreto n. 7.508/2011.

**Tabela 7: Número de internações anuais dos partos no hospital por local de residência.**

<b>Município</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Arroio dos Ratos	90	55	54	56	70	70	56
Butiá	113	101	98	128	123	111	70
Charqueadas	113	79	109	92	113	80	93
São Jerônimo	121	90	83	74	88	94	95
General Câmara	35	19	18	23	33	35	33
Minas do Leão	37	51	40	47	41	37	27
Barão do Triunfo	27	15	15	22	13	28	30
<b>Total</b>	<b>536</b>	<b>410</b>	<b>417</b>	<b>442</b>	<b>481</b>	<b>455</b>	<b>404</b>

Fonte: Elaborada pela autora com dados do DATA/SUS, 2018.

Na Tabela 7 fica visível que o serviço de atendimento ao parto atende a região como um todo, ocorrendo durante todos os anos do período analisado um fluxo de acesso para todos os municípios do serviço de obstetrícia.

É importante observar que, em relação aos serviços de atenção especializada realizados pelo hospital, teve-se muita dificuldade em produzir dados que garantissem a realidade dessa oferta, pois a produção desses procedimentos é tabulada de forma geral, na maioria dos casos, portanto, decidimos por não usá-los nesta pesquisa. Mas fica registrada a análise financeira que será mencionada no tema governança logo a seguir.

Mais do que avaliar dados quantitativos que possam representar a efetivação da implementação da regionalização do Hospital de São Jerônimo, o objetivo deste capítulo é o de identificar, através dessas informações, que estas inserem o hospital como parte da rede integrada de serviços de saúde na Região Carbonífera. Dessa forma, buscamos priorizar um novo olhar sobre a forma de condução da gestão dos problemas de saúde e doenças, provocando um processo com mais consciência regional nas ações de saúde de forma integrada e regionalizada.

#### **4.2. As regras do jogo: o processo de regulamentação do Hospital Regional de São Jerônimo**

Essa categoria é baseada nas percepções sobre a normatização (leis, documentos, normas, resoluções, etc.) que os entrevistados possuem sobre o processo de regulamentação do Hospital Regional de São Jerônimo. Conforme mencionamos no capítulo dois, uma política pública serve para intervir na solução de um problema público (SECCHI, 2011). As políticas públicas, conforme Souza (2006), após formuladas, necessitam de uma normatização através de planos, programas, projetos, base de dados ou sistemas de informação e pesquisa.

O processo de redemocratização brasileiro proporcionou significativos avanços na organização do Estado, o que foi percebido através da construção de um importante sistema de políticas públicas de saúde. A promulgação da Constituição Federal, em 1988, foi o ápice desse processo. A partir daquele momento, o Brasil vem construindo diversas experiências em atenção à saúde da população, o que importou em uma construção histórica que marcou a trajetória da saúde pública no país (WEIGELT, 2006).

A saúde passou a ser um direito de todos, a ser garantido pelo Estado, mediante referendo do SUS. Essa normatização conduz a uma diretriz que evidencia, de forma hierarquizada, a regionalização e o trabalho em rede, constituindo, no Brasil, um Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

Para falar em implementação do Hospital de São Jerônimo como hospital regional, precisamos resgatar o processo histórico-normativo que propiciou a construção dessa relevante política pública de saúde. (VIANA, 2010a; ARRETCHE, 2011). Esse debate já era corrente na Região 9 entre os gestores municipais, o que é percebido por um entrevistado representante da Secretaria Municipal de Saúde: “quando eu saí, em 2009, já se falava na regionalização ... mas era uma coisa idealizada, né! A gente não sabia como ia ser!” (SMS2).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde promoveu a indução da regionalização do SUS, estimulando a adesão dos gestores locais e estaduais através de várias normatizações (leis, portarias e normas operacionais), dentre as quais a Constituição Federal de 1988; as Leis Orgânicas da Saúde (n. 8.080 e n. 8.142 de 1990); as Normas Operacionais Básicas (1993 e de 1996); as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (01/2001 e 01/2002); o Pacto pela Saúde de 2006, e, mais recentemente, o Decreto n. 7.508/2011 (VIANA, 2014).

O surgimento do Pacto da Saúde, no ano de 2006, já evidenciava a necessidade de priorizar o processo de regionalização para a garantia de cumprimento dos princípios do SUS através de uma configuração regional em que o Estado retomasse seu papel mediante planejamento federativo e participativo. Apesar de a dimensão territorial ter ganhado um vigor no pacto da saúde, isso não foi suficiente para estruturar uma estratégia frente às várias desigualdades de organização, funcionamento e uso do sistema de saúde. (MACHADO *et al*, 2010; VIANA *et al.*, 2011; GADELHA *et al.*, 2011).

Todavia, a incapacidade de indução federal em conduzir um processo nos estados, tendo em vista a existência de grandes heterogeneidades regionais, revelou uma diversidade de critérios e acordos políticos que passaram a ser colocados em prática como forma de enfrentar as diferentes realidades.

Essa situação de grande heterogeneidade ia além dos aspectos organizativos da saúde, abarcando outras regionalizações em políticas públicas nas mais diversas áreas, e também apresentava uma grande desigualdade organizacional.

Um dos conselheiros municipais de saúde percebe, com clareza, a grande heterogeneidade regional e a dificuldade na elaboração de normas que contemplem as diferentes realidades presentes nas regiões:

O que eu entendo é que a regionalização deixou escapar alguns critérios específicos para cada região [...]. que foi muito generalista. Aliás, isso não é só na saúde. Nós temos na agricultura, na segurança [...] ela é pensada e elabora em Brasília para ser aplicada no Brasil e nós temos características próprias de algumas regiões que não são atendidas [...] e na saúde não é diferente. (CMS1).

Para equacionar tal situação surgiu uma ofensiva federal, retratando uma preocupação de como poder garantir equilíbrio entre os fundamentos técnicos e políticos da regionalização, e que fosse capaz de provocar transformações no sistema, com base nas regiões de saúde já constituídas. (ALBUQUERQUE, 2015).

A regulamentação da Lei 8.080/90 veio para resgatar a discussão em âmbito nacional sobre os instrumentos gerenciais e os conceitos balizadores do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa regulamentação da Lei 8.080/90, que ocorreu através do Decreto n. 7.508/11, revigorou a discussão nacionalmente sobre os instrumentos gerenciais e os conceitos orientadores do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). (MOREIRA; CAMPOS; MALACHIAS, 2012).

O teor desses debates estava sendo acompanhado pelos gestores municipais, conforme se constata no fragmento da entrevista:

Ajudou e muito, se criou um desenho de cada região resolvendo seus problemas, com certeza isso melhorou. Quando eu falo em 2009, foi lá que começou todo um debate, uma construção de regionalização. (SMS3).

Percebemos que os atores regionais ficaram motivados frente à nova configuração oportunizada pelo Decreto n. 7.508/2011, pois renovou as intenções de criar espaços de debate e de consolidação dos serviços dentro da região.

Mostra-se relevante demarcar a importância histórica da edição do Decreto n. 7.508/2011 que, além de servir como recorte temporal da normatização, também serviu para formatar alguns instrumentos de natureza jurídico-administrativa a fim de garantir maior segurança contratual e transparência. Exemplos dessa normatização são: o Contrato Organizativo da Administração Pública (COAP), o Mapa da Saúde, a Renases e a Rename. Também os CGR passam a ser denominados Comissões Intergestores Regionais (CIR). (BRASIL, 2011).

A expressão Região de Saúde é conceituada no Decreto n. 7508, 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, 2011, s.p.).

Além da conceituação, o referido Decreto especifica critérios mínimos de constituição das regiões de saúde que devem oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

A partir daquele momento a política pública passou a mostrar uma reconfiguração territorial. O processo de eleições estaduais, e do próprio Governo Federal, em 2010, apresentou um alinhamento de identidades políticas entre os governantes dos executivos federal e estadual, estimulando os debates sobre a regionalização da saúde, como pode ser percebido na seguinte fala: “Teve, tem que ter... se não tivesse fica solto. Tem que normatizar para poder...” (SMS4).

O governo Tarso Genro apresentou, em 2011, uma metodologia de trabalho que visava à construção da regionalização a partir das orientações do Decreto Federal. Ganham força, nesse cenário, novos atores que, em parceria com os articuladores governamentais, passaram a reconfigurar as estruturas das regiões de saúde.

Nesse sentido, a minha experiência de estar como integrante de um governo democrático para a condução do processo de regionalização se transformou em facilidade para que prevalecesse um olhar simplificado frente ao desenrolar do processo e as dinâmicas e dimensões da disputa que poderiam ocorrer. Esse fato fez que eu não dimensionasse com profundidade todos os processos envolvidos na regionalização da saúde nessa região, mas com reconhecimento da nossa autoridade na condução. E isso aparece em uma entrevista: “um contato mais próximo da gestão municipal com a gestão estadual, e aí depois com a tua ida para a coordenadoria e depois para a secretaria, né, como adjunta, a gente conseguiu aprimorar ainda mais esse, esse...” (SMS8).

Podemos dizer que desde a Constituição em 1988 houve a ampliação desse processo democrático que se traduziu na criação de espaços públicos, e também na ascendente participação da sociedade civil referente aos processos de debate e de tomada de decisão nas políticas públicas (Teixeira, Dagnino e Silva, 2002).

Mesmo com essa ampliação, podemos observar, na fala de um entrevistado, que o conhecimento dele e a sua atuação parecem estar relacionados apenas à utilização dos

serviços que o SUS, ou melhor, ao que a regionalização na região produz. Isso evidencia o distanciamento de um representante de um conselho municipal de saúde na participação como ator que poderia influenciar as decisões e o debate da política pública de saúde.

– Sim, eu acho que sim, porque ficamos mais próximo, porque não temos que ir toda hora a Porto Alegre, gastamos menos com transporte e podemos usar o dinheiro para outras necessidades. Então, tendo uma região mais próxima, fica mais fácil até para conseguirmos as vagas, pois, se tu tens um lugar certo assim é mais garantido do que levares para POA e não conseguir nada, ter que voltar e ficar telefonando, tentando e implorando uma vaga, pois lá eles não querem receber pessoas de outros lugares. Então, tendo outros hospitais, outros espaços nessa região facilita o atendimento (CMS1).

O conjunto de entrevistas revelou dificuldades relacionadas à compreensão do processo histórico de construção do SUS. A maioria dos entrevistados apresentava dificuldades de conhecimento dos processos normativos, embora estivessem protagonizando o cenário local e regional, postulando o atendimento da saúde pelo viés da regionalização.

Esse momento de análise do estudo oportuniza a compreensão de que o conceito de Região de Saúde é diferente do de Região Administrativa, e, a partir daí, surgem metodologias para o desenho das regiões de saúde em conjunto com os GTs de Monitoramento e Avaliação Regionais, além da atuação de 19 articuladores do processo de discussão/desenho das regiões de saúde (Coordenadores Regionais de Saúde).

Em 2012, a Resolução CIB 555/2012 criou, no RS, uma normatização que resultou na constituição de 30 regiões de saúde no Estado, propiciando novas estratégias e instrumentos para a consolidação da regionalização através do trabalho em redes de atenção à saúde. Nessa fase do processo, conforme Albuquerque (2013), iniciou-se a “regionalização contratualizada”<sup>16</sup> cujo foco foi a estruturação de regiões de saúde a partir de acordos intergovernamentais formalizados por meio de contratos. Ganhou força o trabalho em redes, estabelecendo-se a parceria entre os gestores municipais e os estaduais a partir das regiões estabelecidas na Resolução, com foco na regionalização.

A Região de Saúde 9, através dos municípios da região Carbonífera e Costa Doce, acompanhou esse processo reconfigurando suas redes políticas e de atenção à saúde, objetivando se habilitarem como referência regional na saúde. Nesse momento, ganharam força as discussões sobre as referências regionais, e na região carbonífera destacou-se a

---

<sup>16</sup>Dentro dos cinco grandes ciclos de descentralização (VIANA, 2011), a literatura considera que apenas no quarto a regionalização foi retomada como proposta para superar o modelo prévio de municipalização (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015). Dentro dos dois últimos ciclos estão três diferentes fases da indução da regionalização: fase I (2001-2005): região normativa; fase II (2006-2010): região negociada; fase III (2011-atual): região negociada e contratualizada (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

afirmação do Hospital de São Jerônimo como hospital regional. A organização desse processo ficou sob a responsabilidade da 2ª CRS, que planejou a capacidade instalada de cada município, de forma individual, como forma de saber quais estruturas poderiam ser utilizadas pela região. Após, foi consultado o único hospital da região, o Hospital de São Jerônimo, para saber quais serviços poderia disponibilizar para a região, dado que possuía uma pequena disponibilidade de tecnologias físicas e humanas.

Para melhor entendermos o processo de regionalização do hospital é importante observar como foram construídas as redes de saúde, e como o hospital de São Jerônimo desempenhou papel fundamental na ampliação e constituição de serviços de saúde na região Carbonífera, e também os novos arranjos políticos.

#### **4.3. Categoria 2 - As REDES**

Nessa categoria, para fins de análise, tomamos por base a percepção que os/as entrevistados/as possuem referente à formação de redes dentro do processo da regionalização da saúde.

A regionalização no Brasil foi construída historicamente para além das fronteiras nacionais visando estruturar o sistema de saúde, pois se baseou em experiências internacionais como forma de dar uma resposta às demandas sociais advindas do processo de redemocratização brasileiro (VIANA, 2010).

A Constituição Brasileira de 1988 apresenta a estratégia de regionalização através da organização de redes de atenção como forma de garantir os princípios do SUS, e, conseqüentemente, as ações e serviços de saúde (OUVERNEY; NORONHA; 2013).

No Brasil, a implantação do SUS nos primeiros anos foi marcada por forte fragmentação, por uma concorrência que estimulava a não cooperação entre os gestores, pela desvinculação do processo de planejamento e gestão das necessidades de determinado território e de sua população. Esse processo de implementação da política pública de saúde apresentou um cenário distante dos princípios constitucionais que formataram o SUS, pois teve como herança uma estrutura totalmente heterogênea e com uma lógica de serviços impulsionada pelos mais diversos elementos, produzindo, assim, uma frágil capacidade gestora (MAGALHÃES, 2014).

Essa dificuldade do entendimento de organizar regionalmente a cooperação entre os gestores é ainda muito presente nos dias atuais, percebida por uma entrevistada:

[...] Especificamente a região Carbonífera é rivalidade, muito grande, se todos os municípios tivessem interesse em um hospital ele seria grande, porque ele tem potencial para ser grande, mas as rivalidades políticas não deixam. (CRS).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) <sup>17</sup> surgiram, no Brasil, em um primeiro momento, como forma de atender a proposta de sistemas integrados de saúde e uma tentativa de resposta à redução de custos ao uso de escala e eficiência por parte do setor privado. Aqui, vale lembrar que foi por influências neoliberais de ordem mundial, principalmente nos anos 1980, que se fragilizou o questionamento da responsabilidade estatal na provisão de serviços públicos, emergindo um sistema segmentado/fragmentado com hegemonia do setor privado, caracterizado pelo pluralismo de serviços e instituições que compõe uma rede desarticulada e não hierarquizada. (MENDES, 2007).

A OPAS, a partir dessa discussão em relação ao conceito de sistemas integrados de saúde e redes de atenção à saúde na política nacional, introduz o conceito de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) como marco conceitual para as políticas públicas de saúde para seus países vinculados (ALBUQUERQUE, 2013).

O Brasil utilizou a expressão Redes de Atenção à Saúde (RAS) como sinônimo de RISS, e tinha como objetivo principal a ampliação do financiamento público de saúde, e, conjuntamente, a ampliação das RAS (ALBUQUERQUE, 2013). Nesse sentido, utilizando a implementação das RAS, como base de estruturação do SUS, essa pode ser utilizada como instrumento na resolução de problemas estruturais do próprio sistema, construindo redes compostas por pontos de atenção ou serviços que facilitam o caminhar dos usuários de um ponto a outro, resolvendo suas necessidades de saúde (MAGALHÃES, 2014).

Esse sentimento, que transmite a certeza da evolução da constituição de uma rede de saúde a partir do hospital, como ponto de atenção na região, pode ser percebido nos fragmentos das entrevistas com SMS5 e HSJ:

O hospital passou a oferecer vários serviços especializados para a região, promovendo a articulação e integração dos sistemas municipais de modo que garantam o acesso dos usuários a serviços de saúde de complexidade maior, demandas estas que muitas vezes ficavam reprimidas. (SMS5).

A população foi absorvida pelo Hospital, que por sua vez foi ao encontro das necessidades desta gente, que até então não tinha este atendimento e tinha que buscá-lo na capital do Estado. (HSJ).

Percebemos que, na prática, conforme Mendes (2011), as RAS se propõem a promover atenção integral, passando por etapas curativas, de reabilitação e com finalidade paliativa, sempre acompanhando o paciente, constituindo um ciclo completo de atenção a uma condição de saúde.

---

<sup>17</sup>Conforme o Ministério da Saúde, as RAS são definidas como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado arranjos organizados que alinham a qualidade, acesso e disponibilidade de recursos num sistema de saúde.” (BRASIL, 2014; s.p.).

Nesse sentido, com um olhar mais amplo, a integração em saúde se coloca como processo que se baseia em originar e manter uma governança que seja comum entre os atores e organizações. O intuito é cooperar com um projeto coletivo, remetendo a uma integralidade que garanta a integração dos serviços por meio de redes assistenciais. Esse processo cria instrumentos de cooperação e coordenação de uma gestão que seja comprometida com os recursos coletivos, garantindo, assim, atender, em âmbito local e regional, as necessidades de saúde (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A integração em saúde garantida através da oferta e da participação dos atores nessa construção, oportunizada pela regionalização do hospital, é reconhecida por um entrevistado representante dos gestores municipais. Segundo ele:

[...] O hospital, com o centro de especialidades e mais internação nesse período, se não foi uma solução plena, atendeu bastante os butiaenses nesse contexto, além das discussões que foi feito, tanto na implementação como no desenvolvimento do trabalho com reuniões rotineiras com a gente, Gestores de saúde da região (SMS6).

Garantir a ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde, conforme as necessidades de saúde<sup>18</sup> da população, gera desafios importantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja organização deve ser feita de forma regionalizada e hierarquizada. A partir desse momento, a conformação de regiões de saúde, para “integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011 s.p.), constitui estratégia fundamental para superar esse desafio.

No contexto em que nos encontramos, a edição do Decreto n. 7.508/2011 procurou organizar e fortalecer o vínculo nas regiões de saúde, fomentando um planejamento regional que garantisse uma composição de redes de atenção à saúde e de redes interfederativas de saúde, buscando estruturar a complexidade das necessidades de saúde dos usuários (ALBUQUERQUE, 2013). As influências advindas, a partir da publicação do Decreto como elemento para estruturar as regiões, serviram de motivação para os atores regionais, principalmente para os gestores municipais, conforme declara o entrevistado representante do gestores municipais:

---

<sup>18</sup>Dessa forma, compreendemos as necessidades de saúde a partir da taxonomia adotada por Cecílio (2001, p. 114-115), a qual aponta para uma subdivisão em quatro grandes conjuntos. O primeiro aponta para a necessidade de se ter boas condições de vida, seja no que diz respeito às questões ambientais externas, determinantes do processo saúde-doença ou aos espaços/lugares ocupados pelo sujeito na sociedade. O segundo conjunto é a garantia de acesso a tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida. O terceiro conjunto: a criação de vínculo entre usuários e equipe de cuidado diz respeito a uma formulação crucial no campo da saúde mental, pois sua viabilização permite abrir um espaço de interlocução possível entre o sujeito em sofrimento e o processo de reabilitação psicossocial. Por fim, o quarto conjunto preconiza a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

E aí no momento houve vontade política dos gestores estadual em consonância do gestor federal existia a receptividade da região a necessidade da região de regionalizar, então com certeza foi... (SMS1).

A incorporação das redes também surge como proposta de instrumento que propicie administrar políticas e projetos, em que os recursos são escassos e os problemas complexos, onde ocorre interação entre atores públicos e privados, além de proporcionar benefícios e participação social. As RAS podem propiciar a expressão de interesses negociados pelos mais variados atores que se organizam em rede (FLEURY; OUVÉRY, 2007).

Percebemos que esse processo de incorporação das redes, já na esfera regional, expressa claramente as dificuldades que a região possui, tanto no vazio assistencial quanto na falta de uma capacidade de articulação do Estado. Segundo a representante do Estado, CRS:

É tão difícil falar, porque as coisas no papel são de uma forma e, é bonito de ver, mas você implantar a regionalização quando não tem serviço, nós não temos serviço nessa região, se você tiver em Porto Alegre [...] Regionalizar pobreza não funciona (CRS).

O conjunto de redes assistenciais interfederativas surgiu da gestão intergovernamental, nas diversas escalas do exercício do poder (territoriais e regionais) e em espaços colegiados do SUS, e também a partir, do conceito de redes de atenção à saúde. A rede interfederativa é o todo e a rede de serviço faz parte desse todo e garante a interconexão dos entes políticos e também a gestão intergovernamental, no SUS, e não apenas relações entre governos (SANTOS, ANDRADE, 2011).

Assim, Castells (2000) expressa que redes são formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologias de informação e baseadas em cooperação entre unidades dotadas de autonomia, sendo que estas redes garantem a implementação em todos os tipos de organizações.

Além disto, podemos citar um enfoque supervalorizado sobre noção de rede, no qual o Estado pode ter uma nova necessidade de atuar como se fosse um Estado-rede, ou com um papel de Estado negociador-consensual (SANTOS, 2008).

As redes constituídas na Região de Saúde 9 foram construídas através da regionalização do hospital, e fica muito claro o papel do Estado de negociador junto à região, como expressa uma entrevistada representante dos gestores municipais: “o estado que fazia o repasse que era para nós, passava da região para eles e eles faziam o atendimento. Era bem o Estado que fazia, o município nem repassava nada” (SMS4).

Progressivamente, a distância entre a construção da noção de redes e a regionalização da saúde do SUS foi diminuindo entre essas duas estratégias, fazendo com que cada vez mais se tornassem interdependentes. Isso com a ressalva de que desde a criação do SUS o Estado

teve um papel fraco no planejamento das redes e regiões de saúde, tanto na falta de capacidade pública de induzir a distribuição quanto na especialização dos serviços no território, tendo como objetivo universalizar e diminuir as desigualdades nas escalas estadual e nacional de saúde (ALBUQUERQUE, 2013).

O conjunto de novos arranjos em redes de saúde, e também os arranjos de regionalização que emergiram a partir da criação do SUS, nos anos 1990, foram sendo acompanhados por um arcabouço de normas editadas e pactos pelo Ministério da Saúde. Mas o que chama a atenção desde o início, apesar de ter sido usado como principal elemento, é que a rede assistencial regionalizada e hierarquizada, já no momento de implantação pela NOAS, não apresentou um conceito e não definiu diretrizes específicas de organização, gestão, financiamento e logística dessas redes.

Posteriormente, a edição do Pacto pela Saúde, em 2006, não avançou no sentido de estabelecer definições de redes de saúde, sendo ainda limitado na estruturação de diretrizes específicas. É importante ressaltar que o pacto apresenta, todavia, uma nova nomenclatura: redes regionalizadas de atenção à saúde; rede regional de ações e serviços de atenção à saúde. Surge, ainda, sob forte influência internacional da OMS, o uso da expressão rede de cooperação entre os três entes federados. Pensada com capacidade na interação e negociação entre os gestores, a rede fomentou a criação do Colegiado de Gestão Regional (CGR), oportunizando o próprio desenho da região (BRASIL, 2006; ALBUQUERQUE, 2013).

Objetivando melhor organizar as redes, evitando a fragmentação, o Ministério da Saúde, através da Portaria n. 4.279, estabeleceu diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde como forma de superar as deficiências apresentadas pelo SUS, buscando respostas aos mais diversos desafios sanitários atuais (MENDES, 2011). A partir dessa Portaria, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) se institucionalizou, o que fortaleceu a regionalização do SUS. Ganhou força a estruturação das redes assistenciais de saúde e o conceito de que não existe região sem rede (ALBUQUERQUE, 2013).

A partir da análise das atas da CIR, e também das resoluções CIR, CIB, notícias no site da SES, constatamos que a constituição das redes na Região 9 foi fortalecida com a discussão sobre as redes temáticas instituídas pela Portaria 4.279, conforme noticiado em uma ação da 2ª CRS, no site da Secretaria Estadual de Saúde, referente à Rede Cegonha. Essas ações demonstram um processo de acreditação das redes para a ampliação da regionalização.

Capacitação de instrumentos de gestão, preparação para elaboração dos planos municipais de saúde e apresentação do Rede Cegonha e Primeira Infância Melhor são alguns dos temas que serão apresentados até amanhã, dia 21 de junho, no encontro promovido pela 2ª Coordenadoria Regional de Saúde, no Hotel

Continental, em Porto Alegre. O encontro conta com a participação de gestores municipais de saúde e técnicos dos municípios das regiões 09 e 10 que integram a 2ª CRS. (SES, 2013, 20/06/2013).

O novo marco regulatório representado pelo Decreto n. 7.508/2011, ao regulamentar a Lei Orgânica da Saúde, apresenta uma conjugação das ações e dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. A agenda pública em saúde passou a ser a regionalização e a necessidade de integração de serviços assistenciais em rede. (BRASIL, 2011; OUVENEY; NORONHA; 2013).

A partir de 2011 ocorreu a organização regional do sistema, através da conformação das RAS em duas dimensões: a técnica e a política. Nesse cenário, houve o fortalecimento das redes assistenciais diretamente nas regiões de saúde, principalmente a da média complexidade, emergindo uma rede de serviços regionalizados. Também ocorreu o protagonismo político em rede, através da atuação dos atores que passaram a constituir a rede interfederativa de atenção à saúde (ALBUQUERQUE, 2013).

Percebe-se que as duas dimensões estão bem interligadas, demonstrando uma interação dos atores presentes na estruturação das redes na região, como aparece em fragmentos do depoimento de uma representante do governo municipal:

Há uma interação, principalmente entre a esfera municipal e estadual, nota-se que há uma aproximação entre as esferas com o objetivo de organizar os processos de implementação dos serviços, no sentido de organizar critérios e fluxos frente às necessidades de saúde para dar resposta às demandas. (SMS5).

No RS, a organização regional se estabeleceu a partir da edição do Decreto n. 7.508/2011 e da Resolução CIB 555/2012, instituindo as 30 regiões de saúde, tendo como critérios para referência: a análise socioeconômica, a situação de saúde, o dimensionamento da capacidade instalada, a produção de serviços, o fluxo de acesso, garantindo um planejamento ascendente e integrado. (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A Região 9 apresentava as condições mínimas na estruturação dos serviços em média complexidade, possuindo, em seu território, duas unidades hospitalares de referência: Hospital de Camaquã e Hospital de São Jerônimo.

A instalação do Hospital de São Jerônimo como hospital referência para a região Carbonífera, além de ter sido reconhecido como um processo de regionalização da saúde, impulsionou e ampliou muito os atendimentos de média complexidade para toda a região, conforme constatamos na fala de um entrevistado da gestão municipal:

Basicamente a experiência é o Hospital de São Jerônimo, que foi regionalizado com, atendendo a demanda de internação e atendimento de média complexidade, cirurgias inclusive de média complexidade. [...] Especialidades. No período que foi nós partimos de zero de regionalização, na implantação. Nessa época foi uma solução Doutora para nós aqui, chegávamos a ter encaminhado para especialista uma média de 120 pacientes por mês, fora os que nós não tínhamos os dados das internações e cirurgias do hospital, mas só de encaminhando para especialista dava mais de mil por ano. Se não tivesse isso, não tínhamos em lugar nenhum, nós partimos disso para esse número. (SMS6).

Historicamente, percebemos, no conjunto de entrevistas e nos documentos analisados, que o Hospital de São Jerônimo foi criado com a expectativa de atender a população da Região Carbonífera, isto desde a sua fundação, conforme se constata no documento da Sociedade Caridade:

O Hospital São Jerônimo, de São Jerônimo - RS funcionava à Rua Rio Branco, nº 1008 - São Jerônimo. Sua data de fundação: 30 de setembro de 1952. A Finalidade da Fundação: concretizar e satisfazer uma necessidade da população de São Jerônimo e Região Carbonífera, isto é, o atendimento à saúde como também proporcionar atendimento religioso aos pacientes e à comunidade hospitalar (Sociedade Educação e Caridade – SEC, extraído do Relatório do Ano 2009).

Só quero deixar bem no meu entendimento de que foi um processo esperado, eu acho, de muito tempo e que foi construído e que isso até hoje nos trás grandes benefícios. E que se mantenha, que a agente pode se manter (SMS4).

Então, já é uma referência natural na mentalidade da população da região carbonífera (SMS1).

Mesmo em períodos anteriores à normatização da regionalização, a expectativa dos atores regionais era a de consolidar o Hospital como serviço de referência regional. Fatores técnicos e geográficos contribuíram para consolidar essa regionalização, tornando o Hospital de São Jerônimo referência dentro da Região Carbonífera. Isso fica explícito na fala de uma entrevistada que representa o gestor municipal: “[...] foi a melhor iniciativa que se teve, porque eles têm a estrutura...” (SMS7).

Assim, as novas redes de saúde, que surgiram a partir da regionalização do Hospital de São Jerônimo, implicaram em um processo de desacomodação da instituição que, apesar de existir com a intenção de ser regional, por muitos anos funcionou apenas com o enfoque local. A ampliação de acesso e serviços na região teve forte influência nessa mudança, como se observa no relato do representante do gestor do hospital:

É evidente que as transformações foram inúmeras quando definimos nossa Regionalização: passamos de um Hospital local, limitado e sem estrutura, para um de capacidade ilimitada, de portas completamente abertas, absorvendo toda a região pelo SUS. No nosso entendimento, derrubamos barreiras de negativas e limitações de atendimentos a quem nos procurasse (HSJ).

A regionalização construída a partir da construção de redes em atenção à saúde frente à regionalização do Hospital de São Jerônimo, após a publicação do Decreto n. 7.508/2011,

fortaleceu e consolidou claramente os processos que há muitos anos não se resolviam na região. E sempre relacionando a positividade com a oferta de serviços que o hospital disponibilizava para a região, o que fica bem visível em várias falas de entrevistados:

Eu percebi sim, um crescimento muito grande do Hospital em termos de próprio serviço pra região, do hospital teve em um crescimento de [...] oferta de especialidades, de números de atendimentos, explodiu na verdade o hospital deixou de ser aquele hospitalzinho de São Jerônimo, pra se tornar regional, atender toda a nossa região...(SMS8).

Ele veio com o objetivo de melhorar, organizar o fluxo e das referências funcionarem melhor (CMS2).

Com Certeza, de 2009 para cá nós tivemos um avanço bem grande, essa briga nossa também de regionaliza [...] Uma regionalização que deu certo, que provou que deu certo, é a questão do parto de São Jerônimo, nós tínhamos um problema muito sério nessa questão do parto, antes de ser regionalizado. Todos os municípios da região não tem mais esse problema, com São Jerônimo funcionando, isso melhorou muito, mas ainda nós temos muito a avançar, como Município e como região (SMS3).

Esse processo de regionalização da saúde na região Carbonífera, através do Hospital de São Jerônimo, que importou novas dinâmicas na constituição das redes de saúde dessa região, e a inclusão de novos atores nesse cenário regional, ainda é um processo em construção e lento.

É importante frisar que ainda é visível que o processo de regionalização propicia a redução das desigualdades regionais do sistema de saúde, mas, ao mesmo tempo, a distribuição territorial de infraestrutura de recursos na saúde ainda reforça essas desigualdades no acesso aos serviços, e também na quantidade e qualidade dessa oferta à população. Essa situação demonstra o grande desafio que a região carbonífera tem em construir redes de saúde articuladas que ampliem a capacidade, não só do Hospital de São Jerônimo, mas priorize um planejamento regional, em que a governança se aproprie desse fluxo, objeto de análise na seção a seguir.

#### **4.4. A estrutura de Governança**

Essa categoria é baseada nas percepções dos entrevistados sobre o papel da governança na regionalização da saúde. O sentido de governança deverá ser compreendido como um processo político que permeia todas as esferas de governo através da ação dos vários atores governamentais e não governamentais envolvidos no processo de regionalização.

Nesse sentido, o processo de regionalização é percebido através das experiências acumuladas ao longo da criação do SUS no Brasil. Constata-se que a construção do processo

de regionalização é influenciada por uma constante correlação de forças políticas e rearranjos ideológicos. Outros fatores não políticos, como a criação de novas tecnologias e cuidado, revelam fatores alheios ao cenário político (MELLO, 2011).

Assim, compreender o papel da governança no processo de regionalização, como forma de garantir a articulação e a cooperação entre os atores sociais e políticos, nos desafia a refletir sobre a dimensão de quanto esse processo afeta a construção de novos arranjos institucionais, interferindo diretamente na distribuição de poder local e regional (SHIMIZU, 2013).

Sendo assim, a governança envolve as mais variadas modalidades de exercício de autoridade e de inserção dos interesses sociais na estrutura dos governos, constituindo-se como um instrumento de análise que auxilia a investigação e as mudanças, tanto nos processos de formulação de políticas quanto de gestão de sistemas de saúde. A governança sendo utilizada com o enfoque analítico permite fazer a descrição e explicação das interações dos atores, dos processos e regras do jogo. Também contribui para tornar melhor a compreensão frente às condutas e decisões estabelecidas pela escolha da sociedade (FLEURY, OUVÉRY, 2010).

Na fala de um entrevistado representante do gestor municipal fica bem evidenciado seu entendimento na utilização dos espaços de governança relacionados à Região 9:

Foi colocado em uma das reuniões de debate que acontecem nas segundas...é o que tu dizias...que temos que participar, ver o que está acontecendo, termos retorno, afinal a gente tem que saber o que está acontecendo (SMS7).

A partir do século XX ocorreram mudanças profundas na formação dos Estados e também na forma de atuação destes. As mudanças advindas desse processo puderam ser percebidas internamente, e, de forma inovadora, externamente, através das relações com a sociedade e o mercado. Nessa perspectiva, o conceito de governança passou a ser fundamental, pois as relações estatais em parceria com o setor público, o setor privado e a sociedade civil passaram a ser fundamentais e priorizadas, pois nesse momento a efetividade do governo era dependente dessa relação (HUERTA, 2008).

Surgiu, assim, uma perspectiva que proporcionou mudanças na capacidade das atividades do governo. Surgiram novas possibilidades frente à noção de governança, renovando processos e apresentando novas formas de exercer o poder. Isso permitiu ampla capacidade de potencializar as intervenções do Estado. (RHODES, 1996; OFFE, 2009).

Nesse cenário, fica explícito, na fala de uma das entrevistadas, o reconhecimento do papel do Estado frente à atitude do governo em garantir a regionalização do Hospital de São Jerônimo:

Eu vejo que o Estado, [...] está sendo parceiro e otimista em relação ao hospital. Eu vejo que o Estado tem o hospital como referência nossa, que tem que dar o suporte. Muitas vezes reclamamos que o governo não dá suporte, e que deixam assim. (SMS7).

É visível que a contribuição de arranjos institucionais mais aprimorados, onde ocorre mais delegação de funções, articulada e coordenadamente para atores estatais e não estatais, acrescenta capilaridade, o que propicia construir novas capacidades de aprendizado, proporcionando um processo de monitoramento intensivo ao oferecer momentos de reflexões coletivas a partir da inovação oportunizada através da governança. (PIRES, GOMIDE, 2016).

Para fins de análise do processo de regionalização, tendo em vista a organização de governança, refletimos sobre a intersetorialidade na perspectiva da articulação horizontal e vertical. Conforme Lotta e Favareto (2016), a horizontalidade pressupõe a articulação e o agrupamento de diferentes setores com o objetivo de estruturar coletivamente soluções para suas demandas e necessidades sociais. Já a verticalidade é como se relacionam os governos na esfera federal, estadual e municipal e como se comprometem no processo de formulação e execução das políticas públicas (ARRETCHE, 2012).

Mostra-se fundamental, na análise da regionalização do Hospital de São Jerônimo, a compreensão desse processo por parte dos atores governamentais e não governamentais, participantes da governança da Região de Saúde 9. Observamos que, referente à verticalidade do processo de regionalização, um entrevistado representante da gestão municipal expressa claramente essa situação: o Governo Federal repassa a responsabilidade na condução do processo de regionalização da saúde ao governo estadual, e este, por sua vez, a remete aos municípios.

Olha, eu acho até que, me parece que são ações que às vezes ficam isoladas ... no sentido que o próprio Ministério às vezes lança algumas políticas públicas e a sensação é que eles atiram no colo do Estado, para que o Estado atire no colo dos municípios (SMS8).

Algumas dificuldades, às vezes, são visíveis nas relações horizontais, principalmente na definição de papéis dentro do processo de regionalização, como percebemos na fala da representante da gestão estadual:

Eu não vejo a participação de nenhum município na regionalização, porque o que eu entendo, e o que eu vejo, é que eles sempre querem responsabilizar o Estado por tudo. Eles não querem fazer o serviço para eles, serviço micro, serviço regionalizado, empoderar o Hospital de São Jerônimo, fazer um hospital forte, para esse paciente ficar ali. Nós não temos isso naquela região (CRS).

Ao mesmo tempo fica evidenciado que o Estado utilizou uma forma parcial de horizontalidade nas relações mantidas com os atores, sendo estabelecidas quase que exclusivamente com os gestores do hospital. Os demais atores, especialmente os gestores municipais, não tiveram participação ativa na estruturação do processo de regionalização, deixando de acompanhar a etapa de contratualização de serviços para a região. Essa situação fica bem evidenciada na fala do representante da gestão do hospital:

Quanto aos municípios entendemos que não houve nenhuma ou quase nada de participação neste processo, já que tudo o que conseguimos e que hoje mantemos, é através da Secretaria da Saúde do Estado ou pela participação efetiva de nossa Entidade Mantenedora, a AFPERGS.

Nossa relação é unicamente com o Estado e com a União. Municípios do entorno só nos mandam pacientes. Não existe colaboração alguma deles conosco. E não foi por falta de tentativas, pois inúmeras vezes os procuramos sem nenhum sucesso.

Não existiu interação entre as esferas de governo. Houve sim, uma decisão do Hospital em buscar junto a Coordenadoria, implementar aqui os anseios de uma população desassistida (HSJ).

Os atores governamentais que atuaram no período estudado são servidores da 2ª Coordenadoria Estadual de Saúde e Secretários Municipais de Saúde. Atuam na condição de agentes políticos, sendo capacitados para o processo de regionalização após a edição do Decreto n. 7.508/2011. Nesse período, ocorreram várias mudanças e substituições advindas do processo eleitoral, tanto de ordem municipal quanto estadual. Já os não governamentais aqui são representados pelo presidente do Conselho Municipal de São Jerônimo e pelo representante da gestão do Hospital.

No conjunto de entrevistas e também de atas percebemos que ambos os atores já possuíam uma aproximação do tema da regionalização da saúde, revelando interesse comum em efetivar o hospital de São Jerônimo como regional. É o que fica evidenciado na fala de um entrevistado representante do gestor municipal:

E muitas vezes por uma questão que a gente conseguiu passar muito por cima nas administrações passadas, os prefeitos e os municípios tinham bem claro essa ... essa necessidade de conagraçamento entre os municípios, mas muitas vezes acontece um ou outro de ficar estremecido, de ficar não se sentido contemplado com a regionalização.(SMS1)

Os municípios que compõem a Região de Saúde 9, através de seus atores, buscavam, junto as suas relações políticas, firmar parcerias verticalizadas como forma de fortalecimento para alcançar uma realidade eficaz no atendimento das necessidades de saúde na região. Observamos, na fala de SMS1, que não acontecia uma discussão articulada entre os integrantes da Região de Saúde 9, valendo-se das suas próprias relações políticas com o Estado e a União.

A partir da edição do Decreto n. 7.508/2011, e também da formação das regiões de saúde no Estado, o processo de regionalização passou a contar com um fortalecimento institucional da CIR. Esse espaço institucional, que substituiu o COGERE, passou a oportunizar momentos de construção e interação do tema regionalização.

Também se observa que ocorreu um aporte significativo de recursos financeiros por parte do governo do Estado ao Hospital de São Jerônimo, conforme os dados da Tabela 8, elaborada com os dados contidos nos contratos do Hospital com o governo do Estado no período de 2009 a 2018. O objetivo dessa análise foi demonstrar uma série histórica longa, com o intuito de mostrar o processo de ampliação dos recursos na garantia da regionalização.

Essa tabela 8 evidenciou que os valores do componente hospitalar sofreram um acréscimo, a partir de 2011, havendo, praticamente, o dobro de aporte financeiro já no contrato. Esses valores correspondem ao teto federal que é repassado frente ao número de internações que foram realizadas.

**Tabela 8: recursos financeiros – componente hospitalar**

Ano	Mensal	Anual
2009	R\$ 85.480,00	R\$ 1.025.760,00
2010	R\$ 101.880,00	R\$ 1.222.560,00
2011	R\$ 202.295,95	R\$ 2.427.551,40
2012	R\$ 202.295,95	R\$ 2.427.551,40
2012	R\$ 241.000,00	R\$ 2.892.000,00
2013	R\$ 241.000,00	R\$ 2.892.000,00
2014	R\$ 163.475,20	R\$ 1.961.702,40
2015	R\$ 228.404,62	R\$ 2.740.855,44
2016	R\$ 183.317,29	R\$ 2.199.807,48
2017	R\$ 183.317,29	R\$ 2.199.807,48
2018	R\$ 193.240,43	R\$ 2.318.885,16

Fonte: elaborada pela autora com base em Secretaria Estadual de Saúde/ RS, 2018.

Na tabela 9 evidenciam-se os valores do componente ambulatorial, demonstrando que, a partir de 2011, houve o dobro de aporte financeiro no contrato. Esses valores correspondem ao teto federal que é repassado frente ao número de consultas especializadas que foram realizadas pelo hospital.

**Tabela9: de recursos financeiros – componente ambulatorial**

Ano	Mensal	Anual
2009	R\$ 31.764,64	R\$ 381.055,68
2010	R\$ 53.396,30	R\$ 640.755,60
2011	R\$ 121.647,85	R\$ 1.459.774,20
2012	R\$ 121.870,19	R\$ 1.462.442,28
2012	R\$ 198.391,37	R\$ 2.380.696,44
2013	R\$ 198.391,37	R\$ 2.380.696,44
2014	R\$ 137.635,04	R\$ 1.651.620,48
2015	R\$ 169.306,57	R\$ 2.031.678,84
2016	R\$ 155.570,23	R\$ 1.866.842,76
2017	R\$ 155.570,23	R\$ 1.866.842,76
2018	R\$ 162.414,22	R\$ 1.948.970,64

Fonte: elaborado pela autora com base em Secretaria Estadual de Saúde/ RS (2018).

É importante ressaltar que, a partir de 2010, a contratualização com os hospitais obedece a um novo parâmetro, e todos os contratos entram em um único modelo. E também a partir de 2010 o Hospital de São Jerônimo começa a receber incentivos da “ação de apoio aos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS”, incentivos esses que são fora do bloco hospitalar e ambulatorial, referentes ao programa de reestruturação dos hospitais filantrópicos, no valor de R\$ 303.113,40 anuais, dando, em média, R\$25.259,45 mil mensais de repasses para o hospital. Nesse momento, foi assinado um termo de adição ao contrato, o qual tinha por objeto estabelecer as bases da relação entre as partes, integrar o hospital ao SUS, e definir sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, visando à garantia da atenção integral à saúde.

Assim, o tema regionalização aparece, pela primeira vez, a partir do contrato, n. 388/2010, e no contrato n. 395/2010, também do mesmo ano. Ambos têm por objetivo inserir o Hospital de Caridade de São Jerônimo no Sistema Único de Saúde e na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, obedecendo ao novo plano operativo e respeitando os parâmetros da política de humanização do SUS, que até então não havia sido citada em nenhum momento no contrato de 2009.

E também como forma de garantir maior resolutividade dentro da própria região, em momento anterior ao decreto ocorreu uma aproximação dos atores governamentais e não governamentais através da criação de um Consórcio Regional de Saúde. Essa foi a maior articulação horizontal, anterior a 2011, percebida pelos atores entrevistados no sentido de fortalecimento da regionalização da saúde na região. Todavia, o esforço não obteve o

resultado concreto considerando a falta de política pública dos entes federados que resultasse na aplicação de incentivos financeiros. Esta situação serviu de esboço para o processo vindouro de regionalização do hospital, ocorrido a partir de 2011.

A tentativa de construção de uma aproximação, via consórcio regional, foi destacada na entrevista de um representante da gestão municipal, que assim se manifestou:

Na oportunidade nós iniciamos naquele primeiro período ... pré a tua entrada na coordenadoria ... , nós começamos a tratar a regionalização na ótica do consórcio intermunicipal [...] pois sempre se falou em consórcio de saúde da região.(SMS,1).

Outro entrevistado demonstrou a pertinência do consórcio como elemento potencializador do processo de regionalização dentro da Região Carbonífera, como instrumento de gestão com capacidade de ampliar a atuação dos gestores:

[...] acho que o nosso consórcio é pouco utilizado, como nessa questão da regionalização, ele poderia contribuir de forma mais efetiva, inclusive buscando recurso para colocar na regionalização. Nós podemos avançar bastante com essa questão do consórcio. Tem algumas coisas que ainda precisamos avançar na regionalização. (SMS3).

A partir de 2011, com a nova legislação específica da saúde contida no Decreto, o governo do estado do Rio Grande do Sul buscou, na 2ª CRS, uma aproximação com atores governamentais e não governamentais, através da CIR. O objetivo era tornar o Hospital de São Jerônimo referência regional. Esse movimento por parte do Governo do Estado foi fundamental para a efetivação da regionalização de saúde na região Carbonífera.

Observamos, no conjunto de entrevistas, que a partir de 2011 foram oportunizados recursos financeiros, apoio técnico e espaço de discussão e negociação. Havia, naquele período, grande credibilidade por parte dos atores na efetividade dos compromissos assumidos pelo Governo do Estado.

Então, assim do ponto de vista de credibilidade e resolutividade foi um ganho muito grande, foi uma diferença, um divisor de água. Muito importante a questão da regionalização e a concepção de regionalização perante os gestores da região....(SMS1).

Com certeza, até porque se acontecesse alguma coisa ali no hospital de São Jerônimo como coisas corriqueiras que acontecem hoje, se a gente fosse na reunião da CIR e colocasse, o pessoal tomaria atitude e seria resolvido. Não precisaria passar por Simone, por seu João. Acho que não teria necessidade (SMS9).

Apesar da inexistência de conflitos que dificultassem o processo de implementação do hospital regional, percebemos que os atores, muitas vezes, apresentavam-se apáticos, não exercendo o protagonismo esperado enquanto governança. Como partícipes, nesse momento crucial da implementação da regionalização do hospital, percebemos, como bem retrata Arrecthe (2012), uma padronização acompanhada de uma limitação de atuação da governança

local, ao se comportaram como meros receptores de recursos federais e estaduais, reafirmando um comportamento não ativo. Assim, um entrevistado expressa, em sua fala, esse comportamento:

Que era isso que eu explicava sempre para o pessoal lá: Gente o dinheiro é dos municípios! O Estado está sendo o intermediador pra fazer essa gestão, porque a função da regionalização na verdade de estimular é do Estado (SMS2).

Esse aspecto é evidenciado pela literatura sobre governança, ao retratar as relações entre governo, setor privado e organizações civis. Interferem, nesse contexto, os elementos da hierarquia, do mercado e da formação de redes. A padronização retratada pelo comportamento passivo dos atores revela a hierarquia presente na normatização e constante nas estruturas organizacionais. Os serviços ofertados, e a análise de custos e benefícios destes, mostram-se atrativos aos atores, no atendimento de suas necessidades de saúde, o que passa a reproduzir interações baseadas na lógica de mercado (RHODES, 1996).

Nesse contexto, as relações em rede passam a traduzir o sentimento de confiança, de identidade, de reciprocidade e de compartilhamento de valores e objetivos, o que não passava despercebido pelo representante da gestão estadual:

Eu vejo uma mudança radical. Isso eu sempre digo. O hospital apesar de tudo, hoje ele faz coisas que nunca tinha feito. Nós não tínhamos cirurgias pelo SUS no Hospital de São Jerônimo (CRS).

O objetivo comum dos atores em resolver as questões municipais frente as suas necessidades locais de saúde foi o impulso capaz de agrupar os diferentes interesses em torno de um objetivo comum: a viabilidade da regionalização do Hospital de São Jerônimo. Aqui, fortalece-se o conceito de Governança, ao retratar processos de ação coletiva que pressupõe interação entre os atores envolvidos, entendimento sobre as regras do jogo, as relações de poder no processo decisório (HUFTY, 2006).

Isso fica demonstrado na fala de uma entrevistada frente ao entendimento do processo de implementação do hospital através da oferta de serviços, com a finalidade de sanar as necessidades de saúde da região:

O hospital passou a oferecer vários serviços especializados para a região, promovendo a articulação e integração dos sistemas municipais de modo que garantam o acesso dos usuários a serviços de saúde de complexidade maior, demandas estas que muitas vezes ficavam reprimidas (SMS5).

Nesse momento, através da formalização do Hospital de São Jerônimo como regional, mediante a contratualização nos moldes do Decreto n. 7.508/2011 e em conformidade com o pactuado com os atores regionais na CIR, ocorreu o fortalecimento nas relações de governança.

A garantia dessa governança baseava-se no interesse comum dos atores para a manutenção dos serviços que o hospital ofertava. O governo do Estado teve papel preponderante na regionalização do hospital, tendo atuado política e financeiramente nesse sentido. Inclusive, a etapa de contratualização previa mecanismos de planejamento, controle e fiscalização, que foram utilizados como forma de oportunizar a manutenção e a ampliação da regionalização do hospital.

A percepção que obtivemos como integrante ativa da rede constituída, a partir da contratualização do hospital como regional, foi de enorme desconhecimento por parte dos gestores sobre os seus papéis no processo de regionalização proposto pelo Estado. Também constatamos o desconhecimento dos gestores frente às suas necessidades de saúde, o que dificultava o fortalecimento da regionalização. Esse fato se evidenciava em ações de buscas individuais por serviços fora da região, muitas vezes nem sabiam o que era ofertado pelo hospital, pois não participavam das reuniões propostas pela Coordenadoria.

O reconhecimento da atuação do governo do Estado é claramente identificado, como se observa no relato de um entrevistado gestor municipal:

Claro que tu faz toda a defesa dos princípios básicos do SUS, mas assim sem dinheiro não se sustenta! O Governador Tarso fazia a defesa do sistema de saúde e aplicava, entendeu?! Então, é o discurso e a prática ao mesmo tempo. (SMS1).

Mas em outros momentos fica explícita a diversidade de visões dos entrevistados sobre o financiamento do hospital. Os entrevistados revelam, em suas falas, talvez a falta de apropriação dos termos de cooperação da nova modalidade de contratualização, mesmo tendo acesso ao contrato, e, em alguns casos, sendo um gestor municipal integrante de uma comissão de acompanhamento junto ao prestador, conforme os relatos a seguir.

Acredito que os repasses sejam insuficientes tanto para os hospitais “incentivados” para se tornarem referências regionais, quanto para os municípios que, já em crise, precisam suprir a falta de repasse dos governos estaduais e federais (SMS5).

Mas acho que incentivados financeiramente bem eles foram e, eu não tenho nada contra, só que para mim eles poderiam prestar mais e melhores serviços (SMS7).

Quanto ao incremento financeiro ele sempre foi o mínimo desejável. Sem recurso não fazemos nada. Tivemos que judicializar esta semana nosso contrato para poder receber em dia. Nunca temos recursos suficientes. Estamos sempre com nossos compromissos em atraso. Assim fica difícil mantermos os fornecedores e profissionais por um longo tempo entre nós (HSJ).

O dinheiro ele não é tudo dentro do sistema único, mas ele é algo hoje principal, porque sem dinheiro tu não consegue desenvolver as ações, e a gente tem aí uma questão, tu sabes ainda melhor que eu que é desde o DNA do SUS que é o financiamento sempre a baixo do que a gente precisa... Mas faltou quem sabe o principal que seria a manutenção disso! O dinheiro quem sabe! (SMS8)

Hoje o que está sendo feito, foi injetado mais dinheiro, um repasse aumentado, mas acredito que também falta parte do estado, uma fiscalização, até nem digo fiscalização, eu digo assim, órgãos competentes que façam aquele dinheiro ser destinado realmente colocado aonde deve ser colocado, não adianta hoje estar com o repasse em dia, de um milhão e meio, um milhão e não sei quantos e mais aquele repasse para porta aberta, na verdade ele não funciona, eu acho que é mais isto (SMS10).

Essas falas evidenciam a falta de apropriação referente ao financiamento que foi instituído para a regionalização do hospital, que ficou sob a responsabilidade do Estado. O processo de regionalização do hospital, no que tange ao financiamento, acontece de forma desvinculada do planejamento regional e da participação dos atores da região. Isso causa essa diversidade de falas sobre financiamento, apesar de os entrevistados participarem de vários espaços de governança em que se debatia esse tema, juntamente com a regionalização.

Chama a atenção o fato de uma ausência de participação, de uma maior representatividade da sociedade civil no processo de regionalização do hospital. O único ator, representando o controle social regional, a participar foi o Conselho Municipal de Saúde de São Jerônimo por ser do município-sede. Os demais municípios, embora tivessem conselhos de saúde atuantes, não tinham assento na comissão de acompanhamento da contratualização do hospital. Essa situação revela o distanciamento do controle social nos processos políticos regionais, o que contribui para o enfraquecimento de uma identidade regional em saúde, além de enfraquecer a apropriação, por parte dos usuários, dos serviços ofertados. (MEDEIROS, 2013).

Essa ausência pode ser evidenciada nas entrevistas dos representantes do controle social:

Você não tem um diálogo com secretários, com o Conselho, com a própria regionalização. Já vêm as coisas mais ou menos prontas, e a gente sabe que a aplicação de recursos é que influencia a grande parte para funcionar, se não dá certo (CMS2).

O que me preocupa assim e, me chama atenção é saber se o usuário tem noção disso?! Se algum momento a comunidade participa dessa construção! O que seria fundamental! Desde os conselhos de saúde, acho que é a porta principal para o usuário. (SMS8).

Eu acho que a grande dificuldade a regionalização que o Hospital de São Jerônimo está enfrentando foi uma falta de informação nas comunidades. Por que o Hospital São Jerônimo será regionalizado e o que ele vai ofertar, isso me parece que faltou. O paciente vai muito pelo o que o secretário, coordenador de saúde ou prefeito diz, ele acaba ouvindo as autoridades locais e ele não sabe realmente o que o hospital oferece. (CMS1).

Cabe ressaltar, conforme Cortês (2009), que, na área da saúde, a concepção de uma rede, na qual as relações entre atores individuais e coletivos são assimétricas e conflitivas, nos

últimos anos sofreu modificações na sua configuração. A diversidade de comunidades e redes de políticas agregam indivíduos de várias instituições, áreas de conhecimento ou profissões, os quais atuam na prestação de serviços, lideram organizações da sociedade civil, atuam como pesquisadores e acadêmicos ou como gestores, constituindo, assim, a arena política da área de saúde.

Assim, a construção do processo de regionalização do Hospital de São Jerônimo revela um processo já esperado pelos atores da região, em que a governança regional fica limitada apenas ao processo de contratualização do hospital junto ao governo estadual. Todavia, não ocorreram grandes conflitos, mas também nem grandes ativismos frente a qualquer desestruturação dos serviços ofertados pelo hospital. A governança é percebida sob a perspectiva dos atores quando está atrelada à oferta de serviços realizada; eles valorizam ter mais ou menos poder, atrelando-o a uma dependência ao processo de aumento ou diminuição dessa oferta.

Sendo assim, a governança é gerada pelas redes de atenção à saúde que, atreladas aos sistemas integrados de prestação de serviços de saúde, são coordenadas pelo planejamento regional que envolve integração do cuidado, economia de escala e escopo, fluxo de informações entre pacientes, prestadores e gestores, e o uso de incentivos financeiros e organizacionais (MENDES, 2007; 2010).

A regionalização do Hospital de São Jerônimo traduz e significa a regionalização da Região Carbonífera. O processo é contínuo, com momentos de retrocesso, de expansão, tecendo uma rede que faz conexão com toda a região. Os atores, em sua maioria, referem que somente através da positividade do serviço ofertado pelo hospital acontece a regionalização da região. A criação de uma agenda permanente entre todos os atores regionais, junto à direção do hospital e ao Estado, deve ser priorizada para sanar a fragilidade de uma consciência regional, percebida nas entrevistas, sobre a regionalização da saúde na região. Isso provoca uma descontinuidade das redes políticas e assistenciais, criando uma forma inoperante na organização dessas, que produz uma regionalização do Hospital de São Jerônimo distante do que é ser uma referência regional eficaz e resolutiva para atender as necessidades de saúde da Região Carbonífera.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação foi construída a partir de temas sobre política pública de saúde: políticas públicas de saúde, políticas públicas, regionalização da saúde, redes e governança. Entendemos que essas questões têm significado para o mundo acadêmico, e sendo um tema importante no âmbito do desenvolvimento regional confere relevância ao estudo. A investigação proposta neste estudo de caso objetivou analisar como ocorreu o processo de regionalização da saúde na Região de Saúde 9, através da implementação do Hospital de São Jerônimo como hospital regional e quais redes surgiram a partir dessa implementação.

Investigar fatos anteriores ao processo de regionalização do Hospital de São Jerônimo, que dizem respeito a sua condição de referência regional em saúde na região carbonífera, nos desafiou a analisar fatos já decorridos. O marco temporal de nosso interesse remete ao processo de definição das regiões de saúde no Rio Grande do Sul, que ocorreu a partir da edição do Decreto n. 7.508/2011, que regulamentou o SUS. Nosso olhar recai especialmente sobre a Região de Saúde 9.

Com o intuito de orientar essa pesquisa foram estabelecidos objetivos específicos de acordo com a seguinte proposta: evidenciar as contradições e os interesses envolvidos no processo de regionalização da saúde; verificar se a atenção à saúde na região atendeu à integralidade (continuação de serviços e de cuidados), e as necessidades de saúde da região, com a implementação do hospital regional, através das percepções dos atores; e conhecer as redes de saúde constituídas a partir do processo de regionalização.

A pesquisa foi realizada por meio de um estudo de caso. Para analisar os fatores que influenciaram o processo de regionalização do Hospital de São Jerônimo buscamos a abordagem qualitativa. Através de referências bibliográficas, análise documental e depoimentos obtidos junto aos atores regionais integrantes do processo de regionalização do Hospital de São Jerônimo, buscamos levantar dados, obter informações e perceber os motivos, atitudes e formas utilizadas pelos atores governamentais e não governamentais, além de sua interação durante o processo de regionalização da saúde.

A pesquisa bibliográfica forneceu questões teóricas que orientaram o estudo. Inicialmente, nos propusemos a analisar a construção de uma política pública para melhor compreender as especificidades da política pública de saúde. Discutimos conceitos de política pública, ciclos da política pública e a sua implementação. Avançamos na investigação, procurando compreender como ocorreu a coordenação interfederativa no Brasil e o papel das competências estatais no processo de adesão e implementação dessas políticas.

Ainda, através da pesquisa bibliográfica, buscamos o entendimento de como funcionava o processo de implementação da regionalização da saúde, enquanto construção histórica brasileira. Frente à trajetória da política pública de saúde ao longo dos anos, nos apropriamos de importantes marcos a partir da redemocratização brasileira, os quais viabilizaram a construção de um processo de regionalização que passou a ser implementado no Brasil.

As entrevistas realizadas com atores que integraram o processo de regionalização da saúde na Região 9 nos possibilitou conhecer a percepção deles sobre a implementação do Hospital de São Jerônimo como referência regional. Também nos proporcionou obter informações, o que ajudou a explicar as diferentes conjunturas políticas e a forma com que os entrevistados participaram e interagiram com o objetivo de regionalizar o Hospital de São Jerônimo. Compreendemos que a Regionalização do Hospital de São Jerônimo foi resultado de um amplo processo de regionalização da saúde, que ocorreu no Rio Grande do Sul, que foi acompanhado pelos atores da saúde.

Constatamos que as questões normativas, especialmente as vinculadas à edição do Decreto n. 7.508/2011, foram determinantes para impulsionar o processo de regionalização. O cenário político estadual, em 2011, através de ações articulados com o governo federal, passou a construir uma agenda política institucional de saúde que garantia a vontade política de regionalizar, associada a novos processos de governança estadual e regional. Observamos que a partir da mudança do nome do espaço institucional, de COGERE para CIR, houve uma aproximação entre os atores governamentais com o tema da regionalização, inserindo vigor nas relações institucionais.

A partir dos relatos obtidos junto aos entrevistados constatamos que as redes de governança que agiam muito atreladas a uma forma de atuar verticalizada com os entes federados, passaram a mostrar outro comportamento. Embora tenha havido uma nova dinâmica horizontalizada através de comportamentos participativos, percebemos a ausência de protagonismo e pertencimento na disputa pela questão de identidade regional. Tais questões dificultaram a apropriação dos atores governamentais e não governamentais em relação à implementação do Hospital de São Jerônimo.

A busca de dados e análise dos relatos dos entrevistados mostram que é visível a estruturação de redes de atenção, a partir da regionalização do hospital. Mesmo com os poucos recursos que foram otimizados e colocados à disposição da região, que ainda não garantem resolver as necessidades de saúde da região, revelam a existência de uma rede muito presente, fortalecida pelo Hospital de São Jerônimo.

Ficou claro nessas entrevistas que as redes de atenção garantiram, na região carbonífera, além de uma oferta de serviços, relações intergovernamentais cooperativas que criaram um processo de utilização dos serviços como processo de governança.

Por outro lado, ganha destaque o fato de que as redes de saúde mostravam-se extremamente atrativas aos atores, como instrumento de governabilidade. O processo de regionalização do Hospital de São Jerônimo revelou um cenário já esperado pelos atores da região. Observou-se na Região Carbonífera que a governança regional ficou limitada, e muito, ao processo de contratualização no que se refere à oferta de serviços, revelando um propósito muito mais comercial do que de fortalecimento das redes, seja de governança ou de atendimento de saúde.

A motivação maior entre os atores governamentais e não governamentais na regionalização do Hospital de São Jerônimo era a de potencializar a capacidade deste na oferta de serviços, o que resolveria as necessidades em saúde daquela região. Esse processo fez surgir o fortalecimento do Hospital de São Jerônimo como hospital regional. Essa percepção justifica a inexistência de grandes conflitos, e também de grandes ativismos na organização das redes de saúde que culminavam em serviços ofertados pelo hospital.

A regionalização era considerada pelos entrevistados como um processo que privilegiava uma relação direta entre o prestador de serviços (hospital) e o ente federado (governo do Estado), reforçando a apatia dos demais atores regionais que se comportavam como espectadores. Esse fato evidencia o papel preponderante do estado do RS como orientador da política pública de regionalização.

Percebemos ainda que alguns atores que atuavam no palco regional estiveram ausentes na construção do processo de regionalização. Os representantes dos Conselhos Municipais de Saúde da Região 9 manifestaram desconformidade ao não participar das arenas decisórias, o que só ocorreu mediante a participação do representante do Conselho de Saúde do município-sede de São Jerônimo.

A diversidade econômica e de estrutura de saúde da Região 9 revelaram realidades diversas no processo de participação do hospital. A análise dos entrevistados e a análise de capacidade instalada remetem a posturas políticas divergentes. Enquanto alguns municípios da Região 9 possuem uma estrutura municipal de atendimento à saúde mais bem organizada, outros enfrentam dificuldades básicas, o que gera um grau de dependência maior na utilização da estrutura do Hospital.

Outro destaque surgiu a partir da mudança de gestão estadual. O novo governo de 2011 mostrou disposição, representatividade e força política capaz de impulsionar o processo,

interagindo com os atores, organizando a implementação dos serviços na região de saúde positivamente, onde se constituíram redes de governança importantes, que fortaleceram esses serviços. Todavia, mesmo com o protagonismo do Estado presente naquele momento, durante o processo de regionalização ficou evidente a existência de interesses distintos, que muitas vezes dificultaram o processo, comprometendo a mediação das relações regionais. Observamos que o espaço regional foi considerado mais como espaço de disputa do que um ambiente de cooperação, onde faltava a prévia definição de papéis, além de uma autonomia dos gestores municipais garantida pelo sistema federativo, o que fragilizou o processo de regionalização.

Na visão dos atores, a regionalização da saúde, como estratégia para o desenvolvimento regional, não foi discutida, nem no momento de estruturação das regiões de saúde, e muito menos a implementação dos hospitais regionais. Mas acreditamos que a regionalização da saúde vem impulsionando a implementação da política pública de saúde, contribuindo para o desenvolvimento das regiões, onde “qualquer proposta de regionalização da saúde no Brasil deverá contribuir para o fortalecimento da identidade local, e de um determinado território no qual o poder político-institucional é exercido por um amplo conjunto de atores sociais envolvidos”. (GUIMARÃES, 2005, p.1024).

Ficou evidenciado, através das marcantes diferenças na oferta dos serviços de saúde, que apesar dos esforços e ganhos que a política de saúde alcançou nos últimos anos, nem a normatização da política de saúde e nem a constituição da região de saúde, por si só, conseguem alterar o processo de implementação da regionalização. Resta-nos afirmar que é o próprio conjunto de atores envolvido na implementação da política de saúde que condiciona a forma com que a atenção à saúde se materializa nos territórios.

Por fim, as dificuldades do Estado em traçar uma estratégia que fortaleça a implementação da regionalização da saúde, como processo que, além de ofertar serviços para a região de saúde, possa participar no desenvolvimento da região através da produção de uma rede de apoio na governança nas regiões para enfrentamento das desigualdades regionais, ainda está longe da realidade e vivência dos atores. Por duas gestões, a regionalização da saúde não foi tratada como prioridade no Estado, fazendo com que a política não se tornasse uma estratégia para os governantes como forma de melhorar os indicadores de saúde da população das regiões.

Acreditamos que a tentativa de regionalizar a região através desse processo, que fez do hospital um espaço regional, foi fundamental para a percepção dos atores em fortalecer a região Carbonífera e intensificar a regionalização da saúde na Região 9.

Resta-nos afirmar que as análises teóricas e empíricas realizadas neste estudo não foram capazes de esgotar o debate sobre a regionalização da saúde na região Carbonífera. As questões aqui abordadas não encerram o objeto de estudo, pois restam diversas possibilidades de análise. Isso nos incita a analisar outras questões, por exemplo: Quais estratégias foram utilizadas pelo governo do Estado para acompanhar o processo de regionalização da saúde nas regiões? Quais as mínimas condições, na perspectiva da Secretaria Estadual de Saúde, para acompanhar a regionalização da saúde, estruturais e políticas? Quais estratégias a região deveria adotar frente aos processos eleitorais para a garantia do processo de regionalização do Hospital?

Percebemos, ao longo desta dissertação, que o campo de estudos em regionalização da saúde é vasto e está em expansão na área das políticas públicas. Observamos que há, ainda muito timidamente, tanto nas entrevistas quanto nos documentos, um ativismo maior pela regionalização na linha temporal aqui adotada.. A própria expressão regionalização é usada de forma ampla, dificultando a especificação do processo.

Finalizamos este estudo com a certeza, a partir da análise realizada, de que o processo de regionalização da saúde necessita que os atores regionais busquem uma identidade regional, que seja construída coletivamente, e que o protagonismo nas ações possa garantir o fortalecimento da região e também o atendimento das necessidades em saúde da população.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Por uma Sociologia Política da Burocracia. *Novos Estudos*. CEBRAP, São Paulo, n. 52, p. 195-198, 1998.

ABRUCIO, F. L. *Os laços federativos brasileiros: avanços, obstáculos e dilemas no processo de coordenação intergovernamental*. São Paulo: USP, 2000.

AFONSO, R.; SILVA, P.L.B. *Descentralização e Políticas Sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1999.

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Rev. Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 24-34, 2015.

ALBUQUERQUE, A. C. C. de. *Terceiro setor: história e gestão de organizações*. Santo André: Summus, 2006.

ALBUQUERQUE, M. V. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. São Paulo, 2013. Tese (Programa de pós-graduação em Ciências). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

ALBUQUERQUE, M. V.; MELLO, G. A.; IOZZI, F. L. *O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, p. 117-72, 2011.

ALMEIDA, M. G. de. Fronteiras, territórios e territorialidades. *Revista da ANPEGE*. São Gonçalo, v. 2, n. 02, p. 103-114, 2005.

ALMEIDA FILHO, N. de. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

ALMEIDA, C. M. de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ARRETCHE, M. T. S. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. 3 ed. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2011.

\_\_\_\_\_. *Continuidades e discontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995*. *Dados*. Rio de Janeiro, v. 52, p. 377-423, 2009.

\_\_\_\_\_. *State Effectiveness in Contemporary Brazil*. *LASA Forum*, v. XLII, p. 15, 2012.

\_\_\_\_\_. Mitos da descentralização. Mais democracia e eficiência nas políticas públicas? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v. 31, n. 11, p. 44-66, 1996.

\_\_\_\_\_. *Trajatórias da Desigualdade: Como o Brasil mudou nos últimos 50 anos*. São Paulo: UNESP, 2015.

\_\_\_\_\_. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, Maria C.; CARVALHO, Maria do C. B. (Orgs.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC, 2001, p.46.

\_\_\_\_\_. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

\_\_\_\_\_. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2011.

AFPERGRS, ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO ESTADO. Relatório de transição, documento interno. 2009.

AVRITZER, L. *Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático*. *Opin. Publica* [online], v. 14, n.1, p. 43-64, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-62762008000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762008000100002)>. Acesso em maio de 2018.

BARCELLOS, C.; et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: a análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 11, n. 3, p. 129-13, 2002.

BARRET, S. M. Implementation studies: time for a revival? *Public Administration*. Personal reflections on 20 years of implementation studies, v. 82, n. 2, 2004.

BÁSCOLO, E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados em Atención Primaria de Salud: Governance of primary health-care-based health-care organization. *Rev. Salud Pública*, Argentina, n. 12, suplemento, p. 08-27, 2010.

BOUSQUAT A, GIOVANELLA L, CAMPOS EMS, ALMEIDA PF, MARTINS CL, MOTA PHS, et al. *Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários*. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1141-1154.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A atenção primária e as redes de atenção à saúde*. Brasília: CONASS, 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica. Norma Operacional Básica Brasília, 1991.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica. Norma Operacional Básica Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica. Norma Operacional Básica Brasília, 1996

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso (Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. Portaria MS/GM no 95, de 26 de Janeiro de 2001)*. Brasília: MS

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de *Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar*. 2. ed. Brasília, DF, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., 1975, Brasília. Anais... Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Decreto n. 7.508* de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, Diário oficial da União, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n. 4.279*, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 399* de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Habilitação dos estados em gestão plena de sistema estadual conforme a NOAS*. Posição: nov. 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. *Constituição de 1988*. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. Brasília: 1988.

\_\_\_\_\_. *Lei 8.080*, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes, e dá outras Providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. *O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Programa Mais Saúde: Direito de Todos: 2008-2011. Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. *A regionalização na saúde e os mecanismos de governança sistêmica do SUS*. Os espaços de governança interestaduais. Nota técnica da Coordenação-Geral de Cooperação Interfederativa Departamento de Articulação Interfederativa Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS* Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limite), Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Rede Cegonha (BRASIL, 2011);

\_\_\_\_\_. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Rede de Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero e Mama, depois ampliada para Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. BRASIL, 2013. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde; Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Rede de Urgência e Emergência (RUE). Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS). Ministério da Saúde, 2011.

CALIPO, S. M. *Saúde, Estado e ética – NOB/96 e Lei das organizações sociais: a privatização da instituição pública na saúde?* São Paulo, 2002. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem). São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CAMPOS, G. W. de S.; CAMPOS, R. O. Ciências e políticas públicas em saúde: relações perigosas. *Saúde em Debate*. v. 24, n. 55, p. 82-91, 2000.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 398-400, Ago. 2005.

CAMPOS CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):569-584.

CARNEIRO, P. S.; FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 100, p. 57-68, jan./mar. 2014.

CARUI, I.M. *Redes de atenção à saúde (Ras) no SUS: experiências pioneiras*. Limeira, 2014. Monografia (Graduação em Gestão de Políticas Públicas) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas, Limeira, 2014.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde*. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. Tradução de Roneide Venancio Majer. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

CASTELLS, M. *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura*. Vol. 1 - *O Poder da Identidade*. São Paulo, Ed. Paz e Terra, 1999.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS C. *Desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil após a implantação do Sistema Único de Saúde: uma revisão*. [Não publicado, 2006].

CASTRO, I. E. Solidariedade territorial e representação: novas questões para o pacto federativo nacional. *Revista Território*, v. 1, n. 2, p. 33-42, 1997.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde IN: Pinheiro, R. e Mattos, R.A (org) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMSUERJ-ABRASCO, 2001.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni (Org.); MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p.197-210.

CORRÊA, R. L. Região: a tradição geográfica. In: CORRÊA, R. L. *Trajetórias Geográficas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

CORREIA, Maria Valéria Costa. A Saúde no Contexto da Crise Contemporânea do Capital: O Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de Saúde brasileira. *Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios*. Temporalis. Revista da ABEPSS, Ano VII, n. 13, São Luiz, 2007.

CÔRTEZ, S. M. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, 2009.

\_\_\_\_\_. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Organizadores). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 102-128.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arenas políticas de saúde. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, jul/2009.

\_\_\_\_\_. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 05-17, 1998.

\_\_\_\_\_. A institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas na cidade de São Paulo. In: AVRITZER, L. (Org.). *A participação em São Paulo*. São Paulo: UNESP, 2004, p. 323-370.

\_\_\_\_\_. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. *Revista de Sociologia e Política*, v. 25, p. 209-214, 2005.

\_\_\_\_\_. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 7, p. 18-49, 2002.

\_\_\_\_\_. Arcabouço histórico-institucional e a conformação de conselhos municipais de políticas públicas. *Educar em Revista*, Curitiba, v. 25, p. 143-174, 2005.

COSTA, Nilson Rosário da. “A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva”. In: NEGRI, Barjas e DI GIOVANNI, Geraldo. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2001. pp. 307-321.

DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DALLABRIDA, V. R. Governança territorial e desenvolvimento: introdução ao tema. In: DALLABRIDA, V. R. (Org.). *Governança territorial e desenvolvimento: descentralização político-administrativa, estruturas subnacionais de gestão do desenvolvimento e capacidades estatais*. Rio de Janeiro: Garamond, 2011, p. 15-38.

DE NEGRI FILHO, A.A. *Bases para um debate sobre a reforma hospitalar no SUS: as necessidades sociais, o dimensionamento e tipologias de leitos hospitalares, em um contexto de crise de acesso e qualidade*. Tese ( Programa de Medicina Preventiva) -Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, 2016.

DELBONI, et al. *A Regionalização da Saúde e as suas singularidades em Braga (Portugal) e em Santa Maria (Brasil)*. Artigo publicado nos Anais do Seminário Territórios, Redes e Desenvolvimento Regional: Perspectivas e Desafios Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 13 a 15 de setembro de 2017.

DOURADO, D. de A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, fev/2011.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. do C. B. de. (Org.). *Tendências e Perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001, p.26.

DUARTE, L.S.; CONTEL, F.; BALBIM, R. Regionalização da saúde e ordenamento territorial: análises exploratórias de convergências. In: BOUERI, R.; COSTA, M.A. *Brasil em desenvolvimento 2013: Estado, planejamento e políticas públicas*. Brasília: IPEA, 2013. vol. 1. p. 147-170.

ELMORE, R. F. *Backward mappings: implementation research and policy decisions*. *Political Science Quarterly*, vol. 94, nº 4, 1979-1980, p. 601-616.

ETGES, V. E. A Região no Contexto da Globalização: o caso do Vale do Rio Pardo. In: VOGT e SILVEIRA, R. L. *Vale do Rio Pardo: (Re) conhecendo a Região*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001, p.141-146.

FEE. Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul. 2012.

FERNANDES, F. M. B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1311-1320, 2017.

FERNANDES, A. T.; CASTRO, C.; MARON, J. *Desafios para implementação de políticas públicas: Intersectorialidade e regionalização*. 2013.

FLEURY, S. *Estado sem cidadãos: Seguridade Social na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

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

FLEURY, S. et al. *Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil*. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v.28, n.6, p. 446-455, 2010.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 21, p. 211-59, 2000.

GADELHA, C. A. G.; et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 03-16, 2011.

GADELHA, C. A. G.; et al. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M.; IBÁÑEZ, N. (Org.). *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 97-123.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p.177 -198.

GOMES, P. C. da C. O conceito de região e sua discussão. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C.; CORRÊA, R. L. *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand, 1995, p. 49-76.

GRANT, J. B. Medical regionalization and education. *Journal of Medical Education*, Washington, v.30, n.2, p. 73-80, 1955.

GUERRA, D.M. *Descentralização e Regionalização da Assistência no Estado de São Paulo; Uma análise do índice de dependência*. Tese (Programa de Pós Graduação em Saúde Pública)- Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2015.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, jul/ago 2005.

Guimarães L, Giovanella L. *Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil*. Rev Panam Salud Publica 2004; 16:283-88.

GUIMARAES, Cristian et al.; *Análise histórica do processo de regionalização no Rio Grande do Sul e a construção do planejamento regional*. Publicado nos ANAIS do 2º Congresso Brasileiro de Política, Gestão e Planejamento em Saúde, publicado pela ABRASCO, Belo Horizonte, 2013.

HAESBAERT, R. Região, regionalização e regionalidade: questões contemporâneas. Dilemas de Região e da Regionalização na Geografia Contemporânea (no prelo pela editora Bertrand Brasil). *ANTARES*, nº 3 – Jan/jun 2010

\_\_\_\_. RS: Latifúndio e Identidade Regional. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1988

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

Huerta, A., 2008. Una ruta metodológica para evaluar la capacidad institucional. *Política y Cultura*, 30, pp.119-134.

HUFTY, M. et al. Gobernanza em Salud: um aporte conceptual y analítico para La investigación. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 22, 2006. Suplemento. P.35-45.

IANNI, A. M. Z.; *et al.* Metr pole e região: dilemas da pactua o da saúde. O caso da região metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde pública*, v. 28, n. 5, p.925-934, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de informa es básicas municipais: perfil dos municípios brasileiros. 2010.

KEHRIG *et al.* Aproxima es   institucionalidade, governança e gestão na regionaliza o da saúde. In: Scatena J *et al.* (Orgs). *Regiões de saúde: diversidade e processo de regionaliza o em Mato Grosso*. São Paulo; 2014.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de Aten o   Saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. Saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010.

LAVALLE, A. G. O estatuto político da sociedade civil: evidências da Cidade do México e de São Paulo. *Textos para discussão CEPAL – IPEA*. Brasília: CEPAL/Escritório do Brasil/IPEA, 2011.

LENCIONI, S. Região e Geografia. A no o de região no pensamento geográfico. In: CARLOS, A. F. A. (Org.). *Novos Caminhos da Geografia*. São Paulo: Contexto, 2001. p. 187-204.

LENCIONI, S. *Região e geografia*. São Paulo: EDUSP, 2003.

LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.V.; SCATENA, J.H.G.; Quem governa e como se governam as regiões e redes de aten o   saúde no Brasil? Contribui es para o estudo da governança regional na saúde. *Novos Caminhos*, n.8, 2015. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/02/Novos-Caminhos-8.pdf>>. Acesso em novembro de 2016.

LIMA, L. D.; D’ASCENZI, L. Implementa o de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Revista de Sociologia e Política*, v. 21, n. 48, p. 101-110, 2013.

LIMA, L.D.; *et al.* Regionaliza o da saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; *et al.* (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012a.

LIMA, L. D.; *et al.* Regionaliza o e acesso   saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012b.

LIMA, N. T.; *et al.* A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e Democracia*. História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 27-58.

LIMA, L. D.; *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LIMA, L. D. *Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil: desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 Anos / Luciana Dias de Lima.* – Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

LOTTA, G. S.; FAVARETO, A. *Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil*. Revista de Sociologia e Política, v. 24, n. 57, p. 49-65, mar. 2016.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S. (Ed.). *Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 21-46.

MACHADO, C. V.; *et al.* Proteção social em saúde no Brasil: desafios de uma política para a Amazônia Legal. In: VIANA, A. L. D.; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. (Orgs.). *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Ed Hucitec; 2009.

MACHADO, C. V.; *et al.* Federalism and health policy: the intergovernmental committees in Brazil. *Rev. Saude Publica*, v. 48, n. 4, p. 642-650, 2014.

MACHADO, C. V.; *et al.* O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2367-2382, 2010.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. *Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade*. Artigo publicado na revista DIVULGAÇÃO EM Saúde PARA Debate | Rio de Janeiro , n. 52, p. 8-14, OUT 2014

MARTINS, H. S. *Metodologia qualitativa de pesquisa*. In: Educação e pesquisa, São Paulo, v.30, n2, p.289-300, 2004.

MARQUES, E. C. *Redes Sociais e Poder no Estado Brasileiro. Aprendizados a partir das Políticas urbanas*. RBCS, São Paulo, v. 21, n. 60, p. 15-41, fev. 2006.

MARQUES, E.; ARRETCHE, M. *Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde*. *Cad CRH*, v. 39, p. 55-81, 2003.

MATTOS, R. A. de; BAPTISTA, T. W. de F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

MATTOS R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco; 2006. p. 39-64.

- MEDEIROS, C. R. G. *Redes de atenção em saúde: o dilema dos pequenos municípios*. Porto Alegre, 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- MEDEIROS, C. R.G.; GERHARDT, T. E. *Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras*. Saúde debate, v. 39, n. spe, p. 160-170, 2015.
- MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D. *Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade*. Hist. cienc. Saúde, Manguinhos, v. 19, n. 4, p. 1219-1240, 2012.
- MELLO, G. A. *Revisão do pensamento sanitário com foco no Centro de Saúde*. São Paulo, 2010. Tese (Programa de Pós-Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- MELLO, G. A.; et al. *Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.20, n. 4, p. 853-866, 2011.
- MELLO, G. A.; VIANA, A. L. d'Á.. *Centro de Saúde: ciência e ideologia reordenando a saúde pública no século XX*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.1131-1149, 2012.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2013.
- \_\_\_\_\_. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Revisão bibliográfica sobre as Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.
- \_\_\_\_\_. *As rede de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de MG, 2009.
- \_\_\_\_\_. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 549, 2011.
- \_\_\_\_\_. *As redes de atenção à saúde*. Cien Saude Colet, v. 15, n. p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, A.; MARQUES, R. M. *Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?* Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.
- MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas: Unicamp, 2003.
- MINAYO, M. C. de S. (Org.). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2004.

MOREIRA, Laura M. C.; CAMPOS, Maria L. D.; MALACHIAS, Ivêta. O Decreto nº 7508/11 e a consolidação do modelo de gestão do SUS/MG. In: V CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 2012. Anais do V Congresso Consad de Gestão Pública. Brasília: CONSAD, 2012.

MULLER, P.; SURREL, Y. *A Análise das Políticas Públicas*. Tradução de AgemirBavaresco e Alceu R. Ferraro. Pelotas: Educat, 2002.

Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carval AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 435-72.

Offe, C., 2009. *Governance: an ‘empty signifier’?* *Constellations*, 16, pp.550-562.

OLIVEIRA Paulo de Tarso R. *O Sistema Único de Saúde, descentralização e a desigualdade regional: um enfoque sobre a região da Amazônia Legal*. [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

OLIVEIRA, Alfredo Almeida Pino de. *Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde*. 2007. 210 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – *Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde/Public Health Agency of Canadá, 2014.

OPAS. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Contribuições para o debate*. Brasília-DF. 2010.

OUVERNEY, AM., and NORONHA, JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182

PAIM, J. S.. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: Edufba, 2006.

\_\_\_\_\_; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

\_\_\_\_\_. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

\_\_\_\_\_. *Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira*. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. *The Brazilian health system: history, advances and challenges*. The Lancet [Periodico on line] 2011;

PESTANA, M. V. C.; MENDES, E. V. *Pacto de gestão da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2004.

PINTO, I. C. M.; SILVA, L. M. V.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 69-81.

PIRES, R. R.; GOMIDE, A. D. Governança, Arranjos institucionais e capacidades estatais na implementação de políticas federais. In: MENICUCCI, T.; GONTIJO, J. G. (Org.). *Gestão e Políticas públicas no cenário contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. p. 101-30.

PREDIGER, *et al.*. *Consórcios públicos intermunicipais: o caso do consórcio intermunicipal de saúde do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul*. Artigo apresentando no Seminário Territórios, Redes e Desenvolvimento Regional: Perspectivas e Desafios em Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 13 a 15 de setembro de 2017.

QUEIROZ, R. C. S.; PORTELA, M. A. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, p. 47-58, 2009.

REIS, José. *Uma epistemologia do território*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2005.

REZENDE, C. E. M. de. *Regionalização da assistência hospitalar: estudo do fluxo e demanda na região de Ribeirão Preto – SP, no ano de 2000*. 2004. 75 p. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

RIBEIRO, A. C. T. Regionalização: fato e ferramenta. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R.; MOREIRA, R. (Orgs.) *Brasil, Século XXI: por uma nova regionalização? Agentes, processos e escalas*. São Paulo: Max Limonad, 2004, p.194-212.

RIBEIRO, A. C. T. Lugares dos saberes: diálogos abertos. In: BRANDÃO, M.A. *Milton Santos e o Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004a. p. 39-50.

RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2015.

RIGHI, L. B. Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL. *Cadernos Humaniza SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. *Portaria n.28 de 2012*. Secretaria Estadual de Saúde. *Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, 2012

RIO GRANDE DO SUL. *Plano estadual de saúde 2012-2015*. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul- Construção das regiões de saúde. Porto Alegre, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto Estadual nº 40991, de 17/08/01, estabelece a divisão territorial da SES/RS e o Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Rio Grande do Sul, *Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, 2002.

RHODES, RAW. *The new governance: governing without government*. Political Studies. 1996; XLIV: 652-67.

ROCHA, C. V.; CASTRO, J. F. M. Dilemas da territorialização na produção de políticas públicas: reflexões a partir do caso dos consórcios intermunicipais de saúde em um Estado Brasileiro. In: FARIAS, C. A. P. de; *et al.* (Orgs.). *Políticas públicas na América Latina: novas territorialidades e processos*. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2016.

ROESE, A. *Planejamento Regional Ascendente e Regionalização: Atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde*. Tese (Escola de Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

ROESE, A. *Fluxos e acesso de usuários a serviços de média complexidade no município de Camaquã, RS*. Porto Alegre, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

RONDINELLI, D.; *et al.* *Decentralization in developing countries: a review of recent experiences*. Washington: World Bank, World Bank Staff Working, Paper nº 581, 1983.

RUA, M. das G. *Políticas Públicas*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC: Brasília: CAPES;UAB, 2009.

SABATIER, P. A.; WEIBLE, C. M. The advocacy coalition: innovations and clarifications. In: SABATIER, P. A. *Theories of the policy process*. 2. ed. Boulder, CO: Westview Press, 2007. p. 189-222.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, L.; CAMPOS, G.W.S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015.

SANTOS, M. *A natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. *Sociedade e espaço: a formação social como teoria e método*. Espaço e Sociedade. Petrópolis: Vozes, 1982

\_\_\_\_\_. *Espaco e método*. São Paulo: Nobel, 1985.

\_\_\_\_\_. *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Nobel, 1988.

SANTOS, S. C. dos. *Atenção primária à saúde no âmbito das redes de atenção: uma revisão sistemática de literatura*. Salvador, 2013. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). Salvador. Universidade Federal da Bahia, 2013.

SANTOS, C. C. de A. *Desafios na implementação da regionalização da saúde a partir da perspectiva de municípios não-pólo: estudo de caso em regiões de saúde desenvolvidas*. São Paulo, 2017. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo). São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, 2017.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, mar. 2011.

SANTOS, Lenir. & ANDRADE, Luiz Odorico. M. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde in *REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas, SP: IDISA:CONASEMS, 2008

SARAVIA, E. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs.). *Políticas públicas*. Brasília: Enap, 2006.

SCHNEIDER, A. C.; *et al.* *Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?* 2 ed. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2009.

SCHNEIDER, A. C. *Os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro*. *PHYSIS*, Revista de Saúde Coletiva, v. 2, n. 11, 51-66, 2001.

SCHNEIDER, A. M. *Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro*. *PHYSIS*: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 51-66, 2001.

SHIMIZU, H. E. *Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, 2013.

SECCHI, L. *Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análises e casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SILVA, C. D. O. da. *Consórcios Públicos: Ferramenta Executiva de Políticas Públicas Regionais*. Nova Friburgo. *Anais...* III Congresso Brasileiro de consorcio de Municípios, Nova Friburgo, 2016.

SILVA, P. L. B., MELO, M. A. B. *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos*. *Cadernos NEPP/UNICAMP*, Campinas, n. 48, p. 2-16, out. 2000.

SILVEIRA, M.L. *Território usado: dinâmicas de especialização, dinâmicas de diversidade*. *Ciência Geográfica*, v. XV, p. 4-12, 2011.

SOUZA, C. C. et al. *Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol*. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 26-33, 2011.

SOUZA, C. *Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização*. *Cien Saude Colet*, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

\_\_\_\_\_. *Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias*, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

\_\_\_\_\_. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. C. (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007, p.65-85.

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Org.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime; 2002.

SPOSATI, Aldaiza; LOBO, Elza. Social Control over Health Policies. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378, oct/dec, 1992.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (Org.). *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 1997, p. 43-68.

TEIXEIRA, Ana Claudia C.; DAGNINO, Evelina e SILVA, Carla Cecília Almeida. La constitución de la sociedad civil en Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). *Sociedad civil, espacios públicos y democratización: Brasil. México: Fondo de Cultura Económica*, 2002.

TEJADA, D. P. El hospital en los sistemas locales de salud. In: PAGANINI, J. M.; CAPOTE MIR, R. (Edit.). *Los sistemas locales de salud: conceptos – métodos– experiencias*. Publicação científica, n. 519. Organização Panamericana de Saúde, 1990, p.276-286.

TEIXEIRA C. *Epidemiologia e planejamento de saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, 1999.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. S190-S198, 2004

TRAVASSOS, C.; *et al.* Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1987.

UGÁ, MAD *et al.* *Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados*. *Rev Saúde Pública* 2009;43(5):832-8

WEIGELT, L. D. *Política Pública de saúde: um estudo sobre o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde na região do vale do Rio Pardo- RS*. Tese (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2006.

VASCONCELLOS, M. M. Serviços de Saúde: uma revisão de processos de regionalização, análises de padrões espaciais e modelos de localização In: NAJAR, A. L. (Org.) *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p.69.

VIANA, A.L.d'Á. Relatório Metodológico da Tipologia das CIR. *Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil*,[S.l.],2014. Disponível em: <[http://www.resbr.net.br/indicadores/view/pdf/relatorio\\_tipologias\\_versaojul2014.pdf](http://www.resbr.net.br/indicadores/view/pdf/relatorio_tipologias_versaojul2014.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. *Regionalização da saúde, caminho para o SUS*. Entrevista concedida à Revista RADIS, Rio de Janeiro, n. 145, p. 11, 2014.

\_\_\_\_\_. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997, p. 205-15.

\_\_\_\_\_. VIANA, A. L. d'A; *et al.* *Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):139-151, 2002

\_\_\_\_\_. Região e Redes. *Resumo Executivo: Política, planejamento e gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil*, 2014. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/a-pesquisa/resumo-executivo/>>. Acesso em janeiro 2017.

\_\_\_\_\_. *Sistema e descentralização: a política de saúde no estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões*. Tese (Programa de Pós-Graduação em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1994.

\_\_\_\_\_. *Avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs): as CIBs e os modelos de indução da regionalização do SUS: projeto de pesquisa: relatório técnico e metodológico*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010a.

VIANA, A. L. D.; *et al.* Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & saúde coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010b.

VIANA, A. L. D.; *et al.* Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde. *São Paulo em Perspectiva*,v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

VIANA, A. L. D.;*et al.* Tipologia das Regiões de Saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.24, n.2, p.413-422, 2015.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Orgs.). *Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.

VIANA, A. L. d'Á.; BOUSQUAT, A.; IBÁÑEZ, N. (Org.). *Saúde, desenvolvimento, ciência, tecnologia e inovação*. São Paulo: Hucitec; Cealag. 2012.

VIANA, A. L. d'Á.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12 (supl.), p.1765- 1777, 2007.

VIANA, A. L. D. et al. Expansão, qualificação e regionalização da oferta de serviços e ações em saúde. *Direitos Sociais*, [S.l.], 2014. Disponível em: <https://direitosociais.org.br/article/expansao-qualificacao-e-regionalizacao-da-oferta-d/>. Acesso em: 05 nov. 2016.

VIANA, L. D'Á et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1791-1798, 2018.

VIANA, A. L. D'Á.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.p.6-105.

VIANA, A. L., Ferreira MP, Cutrim MAB, Fusaro ER, Souza MR, Mourão L, Pereira APCM, Mota PHS, Iozzi FL, Uchimura LYT. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2017.

VIANA, A. L. D'Á.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de Saúde e Equidade. *São Paulo em Perspectiva*, v.17, n.1, p.58-68, 2003.

VIANA, A. L. D'Á. et al. *Regionalization and Health Networks. Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol. 23, no. 6, pp. 1791-1798, ISSN: 1413-8123 [viewed 17 July 2018].

Viana A. L. D, Faria R, Pacífico H. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação como novas práticas? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco; 2006. p. 135-150.

VÍCTORA, C. G. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VILLAR, H. La dirección del hospital: necesidades de formación. In: PAGANINI, J. M.; CAPOTEMIR, R. (Edit.). *Los sistemas locales de salud: conceptos – métodos – experiencias*. Publicación científica, n. 519. Organización Panamericana de Saúde, 1990b, p.287-293.

YIN, R. K. *Estudos de Caso: planejamento e métodos*. Tradução de Daniel Grassi, 2ed. Porto Alegre: Bookmann, 2001

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### **HOSPITAL DE SÃO JERÔNIMO COMO HOSPITAL REGIONAL NA REGIÃO CARBONÍFERA: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE**

A pesquisa tem o objetivo de analisar o processo de regionalização da saúde através de um estudo da implementação do hospital de São Jerônimo como único hospital regional na Região Carbonífera. Como objetivos queremos identificar atores, redes e fatores que facilitaram e dificultaram todo o processo, bem como se a regionalização deste hospital conseguiu atender as necessidades de saúde da região. É um estudo sobre o processo de regionalização da saúde e se vincula ao Mestrado que estou realizando durante os anos 2016/2017 no Programa de Pós-Graduação de Desenvolvimento Regional sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvia Coutinho Areosa. Será realizada uma pesquisa qualitativa, através de trabalho de campo, que utilizará de entrevistas. As pessoas entrevistadas serão os gestores da área da saúde (entrevistados em seus locais de trabalho com horário agendado anteriormente, conforme disponibilidade destes). Não há riscos envolvidos, uma vez que os sujeitos não serão identificados, e os resultados serão tratados de maneira geral no estudo. Os benefícios associam-se ao fato de que este tema é de extrema relevância para a construção e fortalecimento da política pública da saúde e, em consequência para a vida das pessoas, e busca oportunizar que as pessoas envolvidas coloquem seus pontos de vista para colaborar com a saúde da região. Os gastos da pesquisa serão absorvidos pelo pesquisador responsável.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Rosangela Dornelles (Fone 051-984052946). O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável legal

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável pela obtenção do presente consentimento

## APÊNDICE B – Roteiro para Levantamento de Dados

- Em todos os municípios

I – Identificação do órgão municipal responsável pela saúde Visita e descrição sucinta da Secretaria Municipal de Saúde

1.1. Recursos e infraestrutura

1.2. Conselho e Fundo Municipal de Saúde

1.3. Tipo de Gestão

1.4. Relações políticas e interinstitucionais

1.5. Identificação de funcionários-chave (equipe gestora)

1.6. Rede física de saúde (pública e /ou conveniada: unidade básica, ambulatorial e hospitalar em número e capacidade instalada)

1.7. Recursos humanos para a saúde

II – Resolutividade

2.1 Serviços de atenção à saúde existente (atenção básica e especializada)

2.2 Encaminhamentos para outros municípios (exames, procedimentos e consultas médicas)

2.3 Serviços que utiliza do Hospital de São Jerônimo

- Na 2ª Coordenadoria Regional de Saúde

I - Pesquisa em Documentos

- Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Rio Grande do Sul
- Desenhos da Proposta de Regionalização da Saúde da 2ª CRS
- Programação Pactuada e Integrada (PPI) da 2ª CRS
- Atas do Conselho Municipal de Saúde de São Jerônimo
- Atas da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestora Regional (CIR)
- Participação nas reuniões dessas arenas decisórias (CIR e CIB)
- Diálogo com técnicos da Coordenadoria.

## APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista com gestores

Cargo:

Escolaridade/formação:

Sexo:

Tempo na função:

- Fale sobre o significado da Regionalização da Saúde para o seu município/como você percebe a regionalização nos municípios da 2ª CRS?
- Como é a relação entre os diversos sujeitos institucionais envolvidos na Regionalização. E os interesses estão sendo contemplados?
- Quais as ações institucionais desenvolvidas no processo de implementação da Regionalização do Hospital de São Jerônimo?
- Nesse processo de implementação da Regionalização como você vê a interação entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal) e a sociedade?
- Qual a sua opinião sobre o incremento financeiro frente a novas responsabilidades assumidas e as especificidades locais?
- Fale sobre os aspectos normativos da Regionalização e o agenciamento dos interesses sociais em jogo.
- No seu entender, o que não foi feito? Ou, o que poderia ter sido feito de forma diferente?

## APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista com a direção do Hospital

Cargo:

Escolaridade/formação:

Sexo:

Tempo na função:

- Fale sobre o significado da Regionalização da Saúde, como você percebe a participação na regionalização do Hospital junto aos municípios da Região de Saúde 9?
- Como é a relação do Hospital com os diversos sujeitos institucionais envolvidos na Regionalização, e se acha que os interesses estão sendo contemplados?
- Consegue identificar quais atores participam da regionalização do Hospital?
- Quais as ações institucionais desenvolvidas no processo de implementação da Regionalização do Hospital de São Jerônimo realizadas pelo Hospital?
- Nesse processo de implementação da Regionalização como você vê a interação entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal), a sociedade e o Hospital?
- Qual a sua opinião sobre o incremento financeiro frente a novas responsabilidades assumidas e as especificidades regionais as quais o Hospital deve atender através de serviços?
- Fale sobre os aspectos normativos da Regionalização ao qual o Hospital deve se habilitar e como acontece a relação com os gestores municipais e estaduais, já que o Hospital é um prestador de serviço do SUS?
- No seu entender, o que não foi feito? Ou, o que poderia ter sido feito de forma diferente?