

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

CAROLINA CAVANHA DE AZEREDO SANTOS

**DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE A PARTIR  
DA PERSPECTIVA DE MUNICÍPIOS NÃO-POLO: ESTUDO DE CASO EM REGIÕES  
DE SAÚDE DESENVOLVIDAS**

SÃO PAULO

2017

CAROLINA CAVANHA DE AZEREDO SANTOS

**DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE A PARTIR  
DA PERSPECTIVA DE MUNICÍPIOS NÃO-POLO: ESTUDO DE CASO EM REGIÕES  
DE SAÚDE DESENVOLVIDAS**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública e Governo.

Campo de Conhecimento: Governo e Sociedade Civil em Contexto Subnacional

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2017

Santos, Carolina Cavanha de Azeredo.

Desafios na implementação da regionalização da saúde a partir da perspectiva de municípios não-polo: estudo de caso em regiões de saúde desenvolvidas / Carolina Cavanha de Azeredo Santos. - 2017.

144 f.

Orientador: Ana Maria Malik

Dissertação (CMAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Política de saúde. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Saúde pública - Administração - Brasil. 4. Descentralização administrativa. I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (CMAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614.2(81)

CAROLINA CAVANHA DE AZEREDO SANTOS

**DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE A PARTIR  
DA PERSPECTIVA DE MUNICÍPIOS NÃO-POLO: ESTUDO DE CASO EM REGIÕES  
DE SAÚDE DESENVOLVIDAS**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública e Governo.

**Campo de Conhecimento:** Governo e Sociedade Civil em Contexto Subnacional

**Data de aprovação:** 23 de fevereiro de 2017

**Banca examinadora:**

---

Profª. Dra. Ana Maria Malik (orientadora)  
FGV-EAESP

---

Profª. Dra. Mariana Vercesi Albuquerque  
FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Peter Kevin Spink  
FGV-EAESP

SÃO PAULO

2017

## **AGRADECIMENTOS**

Quando decidi enfrentar os desafios que um mestrado acadêmico traz, não imaginava o quão desgastante seria essa experiência. É um constante esforço intelectual e emocional que em muitos momentos nos faz duvidar de nós mesmo e põe à prova nossas habilidades. Mas no final de tudo, acho que faz parte do processo; É um ato de desconstrução e reconstrução, e dele saímos mais fortes e críticos.

Eu diria que a etapa de desenvolvimento da dissertação é um tanto introspectiva. É uma discussão eterna sobre sua pergunta de pesquisa, sobre seus resultados, sobre como extrair daquelas cem páginas algo que de fato contribua para a administração pública. Apesar dos pesares, o mestrado é mais amplo do que a dissertação, e a jornada, embora introspectiva, não é solitária. Fica aqui o meu agradecimento às pessoas que puderam compartilhar comigo esse momento tão importante.

Antes de mais nada, agradeço a todos os funcionários da Fundação Getúlio Vargas, do GV Pesquisa e à CAPES, que nos garantem a estrutura necessária para que possamos desenvolver as atividades acadêmicas. Também considero toda a comunidade docente do Programa, que propiciou debates incríveis ao longo de três semestre. Um abraço especial ao professor Mário Aquino, que é um dos docentes que mais se doa aos seus alunos.

Agradeço às professoras Vera Schattan, Mariana Albuquerque e ao professor Peter Spink, que construíram comigo a dissertação de mestrado. Minha qualificação e minha defesa foram momentos de muito aprendizado. À minha orientadora, Ana Maria Malik, por saber dar a seus orientandos exatamente aquilo que precisam; ela equilibra orientação à criatividade, sem deixar que um se sobreponha ao outro.

Quero deixar um grande beijo aos meus então colegas e hoje amigos da FGV, em especial o Gabriel Jacinto e as minhas três estrangeiras favoritas: Esther Leblanc, Javiera Macaya e Martina Bergues. Dividimos as angústias e os louros desse processo.

Aos meus companheiros e companheiras de trabalho, em especial a Thamyris Gaida, Nahia Nader, Débora Miúra, Marcela Tulli, Lucas Corrêa, Julia Santos, Rafaela Henriques e Juliana Cesar.

Aos meus amigos queridos, Juliana Pucci, Gabriel Proença, Leon Norking e Bárbara Panseri, que são meu conforto para qualquer ocasião. Às minhas amigas purpurinadas de tantos carnavais, Vanessa Ramos, Cinthia Kraft, Tanja Oshima, Clarice Tambelli e Daniela Cremasco. Às minhas amoras, Larissa Antunes, Murilo Ikegami, Priscila Saba, Rafael Shmuziger, Jaqueline Levy e Mariana Bernussi.

Às minhas tias paternas e materna, ao meu padrinho, aos meus primos e primas queridos. À minha avó Naná.

Aos meus irmãos, Henrique Cavanha e Luiz Eduardo Fioreze; ambos entraram numa nova fase junto comigo - o primeiro iniciou sua vida acadêmica, o segundo sua jornada enquanto pai. À minha cunhada cheia de luz, Bianca Carbone, e ao mais novo membro da família, que sempre nos traz felicidade, o Chicão.

À minha amada tia Nini, que sempre dá força a quem precisa. É uma das pessoas mais presentes e altruístas que eu conheço.

Ao amor da minha vida, minha avó Beth.

Ao meu amigo, ídolo e companheiro, Nany, a quem espero construir e compartilhar uma vida juntos a partir de agora.

Ao meu pai, Odorico e à minha mãe, Ceci, a quem dedico essa dissertação. Nós ainda somos os mesmos e vivemos como nossos pais.

Por fim, a todos os gestores e gestoras que tornaram possível este trabalho, mas mais importante que isso, que acreditam no nosso sistema de saúde, o SUS.

Muito obrigada, de coração.

## RESUMO

A agenda de pesquisa sobre regionalização da saúde busca, de modo geral, identificar os desafios que comprometem sua implementação efetiva e solidária. Para tanto, os autores têm priorizado algumas unidades analíticas, como os marcos-regulatórios, os estados, as regiões de saúde em si e os municípios-polo. Nesse contexto, a presente dissertação coloca luz sobre as particularidades de um grupo de atores que aparece de forma marginal nas pesquisas, mas que tem papel importante na dinâmica política regional: os municípios não-polo.

Sendo assim, são dois os objetivos da dissertação: primeiro, estruturar uma taxonomia sobre os desafios à implementação da regionalização a partir da revisão da literatura; segundo, aplicá-la aos municípios não-polo, no intuito de validá-los enquanto categoria analítica. Como metodologia para alcançar tais objetivos foi desenvolvido um estudo de caso com municípios não-polo de duas regiões de saúde do estado de São Paulo: Região Metropolitana de Campinas e Região de Marília.

A taxonomia mostrou-se efetiva no seu uso como instrumento de pesquisa analítica pois orientou o trabalho em campo, apoiou a comparação de percepção entre os diferentes entrevistados e foi central para o entendimento mais amplo da regionalização a partir de macro-categorias.

Sobre o segundo objetivo, tornou-se evidente que os municípios não-polo enfrentam desafios particulares à sua natureza. Sendo assim, estes podem ser validados enquanto categoria analítica específica para entender a regionalização cooperativa, e merecem atenção especial quando da formulação e implementação de políticas públicas. No mais, conclui-se que o atual modelo de regionalização apresenta limitações consideráveis que prejudicam os municípios não-polo.

*Palavras-chave: regionalização da saúde; municípios não-polo; implementação de políticas públicas*

## ABSTRACT

The research agenda on health regionalization seeks to identify challenges that undermine its effective implementation in a solidary model. In this regard, researches have been prioritizing certain analytical units, such as regulatory marks, States, health regions and Municipalities that are a hub for medium and high complexity health services. In this context, this research sheds light on the peculiarities of a pool of actors that appears marginally in the investigations, but that plays an important role within regional policy dynamic: non-hub municipalities, which are not reference for health services within their region.

Therefore, this research has two objectives: first, to structure a taxonomy on the challenges concerning the implementation of health regionalization; secondly, to apply it to non-hub Municipalities, in order to validate them as an analytical unit. The selected methodology to reach these objectives was a case study with non-hub Municipalities of two health regions of the state of Sao Paulo: Metropolitan Region of Campinas and Marilia Region.

The taxonomy proved to be effective in its use as an analytical research tool: (i) it guided the fieldwork, (ii) supported the comparison of perception among the interviewees and (iii) was central to the broader understanding of regionalization from macro-categories. On the second objective, it became clear that non-hub Municipalities face particular challenges. Thus, this pool of players can be validated as specific analytical unit to understand cooperative regionalization, and deserve special attention when formulating and implementing public policies. Furthermore, we reach to the conclusion that the current regionalization model presents considerable limitations that negatively affect non-hub municipalities.

*Key-words: health regionalization; Municipalities that are not reference to medium and high complexity services within the health region (non-hub Municipalities); implementation*



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES**

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde

CIR - Comissão Intergestor Regional

CIS - Comissões Interinstitucionais de Saúde

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COSEMS-SP - Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COAP - Contrato Organizativo da Administração Pública

CRIS - Comissão Regional Interinstitucional de Saúde

CROSS - Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde

DIR - Diretorias Regionais de Saúde

DRS - Departamento Regional de Saúde

ERSAS - Escritórios Regionais de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MAC - Média e Alta Complexidade

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDI - Plano Diretor de Investimentos

PDR - Plano Diretor Regional

PIB - Produto Interno Bruto

PMS - Programa Metropolitano de Saúde

PPI - Programação Pactuada Integrada

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RRAS - Redes Regionais de Atenção à Saúde

RM - Região Metropolitana

RMC - Região Metropolitana de Campinas

SES - Secretaria de Estado da Saúde

SES-SP - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SUDS - Criação do Sistema Unificado e Descentralizada da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	14
<b>1.1. Pergunta de pesquisa</b>	18
<b>1.2. Objetivo geral</b>	18
<b>1.3. Objetivos específicos</b>	18
<b>1.4. Estrutura da dissertação</b>	19
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA: A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS MUNICÍPIOS NÃO-POLO</b>	20
<b>2.1. Regionalização enquanto proposta internacional para a readequação da oferta de serviços de saúde</b>	20
<b>2.2. Regionalização enquanto princípio organizativo, inserido na estratégia de descentralização dentro do quadro federalista brasileiro</b>	23
<i>2.2.1. Desenho institucional federativo brasileiro demanda uma alta carga de cooperação interfederativa nas políticas sociais</i>	23
<i>2.2.2. A estratégia de descentralização</i>	24
<i>2.2.3. Regionalização como alternativa organizativa e política para superar as disfuncionalidades geradas pela conformação histórica-institucional-política do SUS</i>	27
<b>2.3. Desafios à implementação efetiva e cooperativa da regionalização da saúde</b>	31
<i>2.3.1. Dimensão cognitiva-cultural</i>	32
<b>2.3.1.1. Regionalização como, e apenas como, divisão administrativa</b>	33
<b>2.3.1.2. Pouca legitimidade do desenho das regiões de saúde</b>	34
<b>2.3.1.3. (In)capacidade de trabalhar com o sentimento de pertencimento regional</b>	34
<b>2.3.1.4. Ausência de cultura participativa</b>	35
<b>2.3.1.5. Baixa legitimidade do pacto estabelecidos nas instâncias formais</b>	35
<i>2.3.2. Dimensão de governança</i>	36
<b>2.3.2.1. Falta de isonomia entre os entes federativos</b>	36
<b>2.3.2.2. (In)capacidade de absorver atores não governamentais na governança regional</b>	37
<b>2.3.2.3. Fragilidade dos instrumentos de pactuação</b>	38

2.3.2.4. Falta e assimetria de informação .....	39
2.3.3. <i>Dimensão política</i> .....	40
2.3.3.1. Configuração partidária dos governos subnacionais que compõem a região .....	40
2.3.3.2. Rotatividade dos gestores .....	41
2.3.3.3. Priorização de pautas pontuais .....	41
2.3.4. <i>Dimensão técnica-instrumental</i> .....	42
2.3.4.1. Financiamento em âmbito regional .....	42
2.3.4.2. Insuficiência da política de recursos humanos .....	44
2.3.4.3. Capacidade técnica dos gestores e das burocracias .....	44
2.3.4.4. Capacidade instalada insuficiente .....	45
2.3.5. <i>Fechamento</i> .....	45
2.3.6. <i>Agendas e limites da literatura de regionalização da saúde: Municípios não-polo como atores secundários</i> .....	47
2.3.6.1. Definição de municípios não-polo e sua relevância para a regionalização da saúde .....	48
2.3.6.2. Desafios e terminologias associadas aos municípios não-polo .....	51
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	55
<b>3.1. Estratégias metodológicas</b> .....	55
<b>3.2. Seleção da unidade analítica: regiões de saúde desenvolvidas</b> .....	55
3.2.1. <i>Seleção dos estados que apresentam governança coordenada-cooperativa e institucionalidade avançada</i> .....	56
3.2.2. <i>Seleção do estado de São Paulo e das regiões de saúde que apresentam alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta e complexidade de serviços de saúde</i> .....	58
3.2.3. <i>Seleção das regiões de saúde dentro do Estado de São Paulo</i> .....	62
3.2.4. <i>Seleção dos municípios não polo dentro das regiões de saúde da Região Metropolitana de Campinas e de Marília</i> .....	63
<b>3.3. Orientações para a condução de entrevistas</b> .....	68
<b>4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	69
<b>4.1. Regionalização da saúde no Estado de São Paulo</b> .....	69

<b>4.2. Breve histórico sobre as regiões de saúde de Campinas e Marília .....</b>	<b>74</b>
4.2.1. <i>Região de saúde de Campinas.....</i>	74
4.2.2. <i>Região de saúde de Marília.....</i>	75
<b>4.3. Apresentação dos resultados a partir das quatro dimensões que congregam os desafios atuais para a implantação da estratégia de regionalização .....</b>	<b>76</b>
4.3.1. <i>Dimensão cognitiva-cultural.....</i>	77
4.3.2. <i>Dimensão relacionada à governança regional .....</i>	84
4.3.3. <i>Dimensão política.....</i>	94
4.3.4. <i>Dimensão técnica-instrumental.....</i>	99
<b>4.4. Conclusões gerais sobre os resultados obtidos por meio do trabalho de campo .....</b>	<b>104</b>
<b>5. NOVAS AGENDAS DE PESQUISA PARA A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE .....</b>	<b>107</b>
5.1. <b>Potencial democrático e participativo da CIR .....</b>	<b>108</b>
5.2. <b>Variedade de espaços em que a regionalização é construída .....</b>	<b>112</b>
5.3. <b>Engenharia institucional para garantir o acesso nos municípios não-polo .....</b>	<b>114</b>
5.4. <b>Evolução da regionalização para a regulação .....</b>	<b>119</b>
<b>6. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>122</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>126</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A regionalização concebida dentro da estratégia de descentralização da provisão estatal do cuidado à saúde faz parte da agenda política setorial há no mínimo 90 anos, sendo o grande primeiro marco a publicação do relatório do inglês Peter Dawson ainda na década de 1920. No Brasil, este processo faz parte de uma estratégia maior de descentralização de políticas públicas no contexto de redemocratização – agenda essa fomentada tanto sob uma perspectiva liberal, que demandava menor concentração de poder numa única esfera de governo, quanto sob uma perspectiva democrática, em que se esperava romper com o modelo centralizador e nada participativo imposto pelo regime autoritário. No período democrático brasileiro, a regionalização é retomada com a Constituição Federal de 1988 e, portanto, com a própria criação do Sistema Único de Saúde (SUS): o artigo 198 coloca que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (BRASIL, 1988).

Apesar de constar legalmente desde a Constituição de 1988, no mínimo uma década se passou sem que esse projeto fosse o norteador da promoção da organização dos serviços de saúde no Brasil. Quando dos primeiros estágios do estabelecimento do SUS em território nacional, ainda nas décadas de 80 e 90, optou-se, por razões que faziam sentido à época, 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).

A tipologia sobre o grau de descentralização é aplicada por Marcus Pestana e Eugênio Mendes (2004) ao caso brasileiro, a partir da leitura de Rondinelli *et al.* (1983). A desconcentração consiste no deslocamento de responsabilidades administrativas para outros níveis hierárquicos da mesma organização, sem a redistribuição do poder decisório. A devolução é a transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de nível subnacional, que adquire autonomia política e administrativa. A delegação envolve as relações entre Estado e sociedade civil: o público transfere responsabilidades gerenciais para organizações não governamentais, mas que continuam com financiamento e regulação estatais (PESTANA; MENDES, 2004).

A forma de devolução implicou na transferência da responsabilidade da gestão e provisão de serviços de saúde diretamente da União, e em alguns casos dos estados, para os municípios, que de forma individualizada deveriam ser capazes de executá-las. Em todo caso, a municipalização autárquica – definida como o paradigma que orientou os primeiros ciclos de descentralização do SUS – mostrou sinais de esgotamento (PESTANA; MENDES, 2004). Apesar de benefícios decorrentes dessa estratégia, como o enraizamento do SUS pelo território nacional, a capacitação das Secretarias Municipais na provisão dos serviços de saúde e o incentivo à participação social, entre outros, a municipalização também gerou uma série de disfuncionalidades, como o desequilíbrio entre a oferta de serviços sob responsabilidade municipal e os recursos financeiros para executá-los, a iniquidade de oferta e acesso entre e intra regiões brasileiras, além da intensificação da fragmentação do sistema (IANNI *et al.*, 2012).

Nesse contexto ganha força a regionalização, enquanto alternativa aos dois modelos que configuraram o acesso à saúde no Brasil até aquele momento: de um lado, o tipo centralizador característico do regime militar (LIMA; VIANA, 2011); do outro, a municipalização autárquica característica da redemocratização do país. Apenas a partir dos anos 2000, com a instituição de mecanismos legais e regulatórios, e com a promoção da discussão em fóruns regionais, a regionalização passa a ser priorizada enquanto diretriz para a descentralização (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Esse diagnóstico e a consequente necessidade de ajuste no modelo de descentralização foram construídos e debatidos pela academia. 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; DE SOUSA CAMPOS, 2015).

Os argumentos que defendem a relevância da regionalização podem, a grosso modo, ser agrupados em duas principais visões: racional-instrumental e política-dialética. No primeiro momento, a regionalização foi pensada como uma estratégia para o ordenamento racional dos serviços públicos de saúde no território, visando à eficiência administrativa por meio de economias de escala e redução de custos financeiros/ duplicação de funções (RIBEIRO, 2015; DA SILVA; DE ANDREA GOMES, 2014). No segundo momento, a regionalização passa também a ser

defendida por seu potencial relacionado à participação e autonomia local (ELIAS, 2004). Nessa visão, se reconhece que as particularidades e identidades culturais, econômicas e sociais impactam tanto as necessidades de saúde no território, quanto a forma de implementação das políticas públicas (FERNANDES *et al.*, 2013), o que garante um papel de destaque ao gestor e às comunidades locais.

As duas visões apontadas refletem a relevância da regionalização para o campo da saúde em particular; no entanto, seu potencial explicativo não se restringe à agenda setorial (MACHADO, 2009). Partindo para uma leitura ligada à geografia crítica, entende-se “espaço como poder, já que qualquer política pública é territorial e, nesse sentido, expressa o poder exercido por diversos atores na produção do espaço” (RIBEIRO, 2015, p. 408). Sendo assim, as regiões de saúde tornam-se *loci* interativo entre uma ampla gama de atores públicos e não públicos que, ao mesmo tempo que competem, devem cooperar para garantir a sustentabilidade do sistema. Por essa razão, a regionalização da saúde é um caso emblemático para 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 pragmática setorial, quanto pelo seu potencial de contribuição teórica para o estudo de políticas públicas.

Alguns dos grandes questionamentos que os pesquisadores se propõem a investigar estão ligados à desigualdade observada na regionalização entre regiões, estados e municípios (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011; DUARTE *et al.*, 2015; VIANA *et al.*, 2015); ao *timing* que caracteriza o processo (VIANA; LIMA, 2011); ao desenvolvimento e evolução da regulamentação (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015); e aos fatores políticos, institucionais, históricos e conjunturais que afetam a implementação (LIMA *et al.*, 2012). Para responder aos questionamentos supracitados, os pesquisadores têm optado por um recorte que privilegia certas unidades analíticas, a saber: o papel dos estados, o papel dos municípios-polo e, por fim, as instâncias institucionalizadas para pactuar a regionalização, como as Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Sendo a regionalização uma política estratégica-organizativa, que não necessariamente apresenta *outcomes* tangíveis que podem ser capitalizados politicamente, a coordenação



interfederativa se torna ainda mais desafiadora do que nos casos de políticas públicas finalísticas<sup>1</sup>. Ainda, sua implementação é dificultada pela própria condicionante estrutural na qual se insere o federalismo sanitário brasileiro: A organização institucional do SUS reproduz a disposição tríplice e legitima a autonomia de municípios, estados e União na gestão, negociação e execução de ações e serviços de saúde em seus territórios (DE ARAUJO DOURADO; ELIAS, 2011). Por essas particularidades, é central que os entes federativos, independentemente de suas capacidades individuais, trabalhem de maneira cooperativa.

Nesse contexto, a presente dissertação propõe não trazer um novo tema à agenda ou desconstruir alguma hipótese trabalhada pela literatura de regionalização, mas colocar luz sobre as particularidades de um grupo de atores que até agora aparece de forma marginal nas pesquisas sobre o tema, mas que tem papel importante na dinâmica política regional: os municípios não-polo. Esses municípios são aqueles que não possuem o papel de referência para serviços secundários (média complexidade) e terciários (alta complexidade) dentro de sua respectiva região de saúde, e portanto, encaminham os casos mais complexos a outros locais. Sua responsabilidade para com a região está na organização da atenção primária em seu território, e em alguns casos, no atendimento de média complexidade para os seus próprios munícipes. Considerando que o Brasil está organizado em 438 regiões de saúde e que apenas uma parte dos municípios é de fato capaz de servir como referência, os desafios específicos relacionados aos não-polo são importantes para avançar na regionalização do sistema.

Portanto, identificar quais são os principais desafios para esse tipo de município no que tange à regionalização cooperativa do sistema, e como seus gestores pensam as alternativas para superá-los é o objetivo da presente dissertação. Para alcançar tal proposta, foi desenvolvido um estudo de caso com municípios não-polo de duas regiões de saúde do Estado de São Paulo: Região Metropolitana de Campinas e Marília.

Como conceito de região, adota-se uma perspectiva mais moderna, oriunda da obra de Milton Santos, que a entende como resultado de dois tipos de lógica: uma mais voltada aos fatores

---

<sup>1</sup> Raquel Rolnik, Rodrigo Faria Gonçalves Iacovini, Danielle Klintowitz (2014) estudam a política de habitação e identificam um paradoxo em que os municípios se encontram: rodar políticas próprias, construídas localmente, ou aderir a programas federais ou estaduais a partir de mecanismos de contrapartidas. No caso da regionalização, não há benefícios atrelados à adesão a uma política regionalizada, e ela tampouco será resolutiva caso apenas um ente federado de fato se engaje.

materiais que a compõem, outra voltada para os fatores imateriais – o que não significa dizer que esses são dissociáveis. A primeira lógica diz respeito ao que se tem de características em regiões contíguas, como infraestrutura instalada, recursos humanos qualificados, sistema logístico, entre outros. Esses fariam parte do meio técnico-científico-informacional (SANTOS, 1994; 1996), que pode ser extremamente desigual entre e intra regiões, principalmente em países periféricos (CONTEL, 2015). A segunda dimensão de análise regional “tem a ver com lógicas e intencionalidades das organizações (públicas ou privadas) que dão coesão e sistematicidade aos arranjos regionais (CONTEL, 2015, p. 456). Nessa perspectiva, o eixo central é menos o que se tem de concreto, e mais como os atores tornam a região coesa. Trabalharemos região, nesta dissertação, a partir dessa dupla perspectiva.

### **1.1. Pergunta de pesquisa**

Quais os principais desafios para a efetivação da regionalização cooperativa da saúde enquanto diretriz estratégica para o processo de descentralização do SUS?

### **1.2. Objetivo geral**

Identificar os desafios mais prevalentes para os municípios não polo em regiões de saúde desenvolvidas.

### **1.3. Objetivos específicos**

- Propor uma taxonomia para os desafios relacionados à implementação da regionalização da saúde a partir da revisão da literatura;
- Trazer elementos que contribuam para o entendimento acerca dos desafios enfrentados pelos municípios não-polo para a implementação da regionalização da saúde;
- Trazer elementos que contribuam para validar ou não municípios não polo como unidade analítica relevante para o entendimento da implementação da regionalização da saúde.

#### **1.4. Estrutura da dissertação**

A dissertação está dividida em seis capítulos: (i) Introdução, que traz a justificativa e as perguntas que serviram para orientar o desenvolvimento do presente trabalho; (ii) Revisão de literatura, que está dividida em três linhas; contextualização da regionalização a partir de sua trajetória histórica-institucional; estabelecimento das quatro dimensões relacionadas aos desafios à implementação da regionalização efetiva e cooperativa; discussão sobre a relevância dos municípios não-polo atores no contexto da pesquisa; (iii) Metodologia, em que são apresentadas as estratégias utilizadas para o trabalho de campo; (iv) Apresentação dos resultados, em que se discute os achados empíricos do trabalho de campo a partir das quatro dimensões definidas na revisão de literatura; (v) Novas agendas de pesquisa, que traz novos pontos relevantes para a regionalização, mas que não foram mapeados anteriormente; (vi) Conclusão e considerações finais

## **2. REVISÃO DE LITERATURA: A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS MUNICÍPIOS NÃO-POLO**

### **2.1. Regionalização enquanto proposta internacional para a readequação da oferta de serviços de saúde**

Discorrer sobre como se deu a implementação da regionalização do Brasil não é o foco da atual pesquisa. Entretanto, é necessário contextualizar 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.

As diretrizes para a regionalização no Brasil foram influenciadas por duas perspectivas: 1) proveniente da Inglaterra, as redes regionalizadas e hierarquizadas; e 2) inspiradas no conceito estado-unidense de sistemas integrados de saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Ainda na década de 1920, o debate sobre as redes regionalizadas e hierarquizadas foi posto em agenda com a publicação do Relatório Dawson, solicitado pelo governo inglês e fruto do debate sobre mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial. Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a prestação de serviços de saúde para toda a população de uma dada região (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Entre as décadas de 1930 e 1950, o conceito ganha corpo teórico e conceitual a partir de experiências concretas. Na década de 1960, a regionalização deixa de ser apenas um princípio organizativo de serviços e incorpora a dimensão de desenvolvimento e identidade local, sendo divulgada e trabalhada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (MELLO; VIANA, 2012).

A proposta do modelo inglês traz a hierarquização (i) da organização do território urbano e (ii) dos próprios serviços de saúde. Sobre o primeiro ponto, a regionalização estaria baseada na capacidade de um determinado território oferecer os recursos de saúde necessários em todos os níveis de atenção, estando este dividido em distritos, sub-regiões ou microrregiões. Sobre o segundo ponto, a ordenação dos serviços se dá pelo grau de complexidade do tratamento, da densidade tecnológica necessária e da variedade de equipamentos e profissionais. Esses dois fatores se interligam a partir de redes de transporte e comunicação, criando uma organização regional de saúde que se conforma de acordo com a complexidade e a complementaridade dos serviços

oferecidos. Para coordenar essas regiões, deveria haver a criação de uma gestão administrativa única (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Dentro dessa proposta, alguns dos conceitos foram absorvidos para o caso brasileiro, tais como “critérios de delimitação regional baseado na oferta, fluxo e hierarquia assistencial e nas 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). Embora tenha incorporado alguns conceitos, a criação da autoridade de saúde única na região não aconteceu, o que é considerado um dos fatores que tendem a limitar o sucesso do modelo.

No outro espectro, o Brasil sofreu a influência de uma segunda perspectiva, que foi gestada primeiramente no sistema de saúde estado-unidense e modificada a partir de outras experiências internacionais. Os EUA são marcados pela prevalência do mercado privado sobre o público e a fragmentação dos serviços de saúde. As RAS surgem, nesse primeiro momento, como uma tentativa de resposta para a redução de custos, escalabilidade e eficiência por parte do setor privado (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

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, como governo, sociedade médica, fornecedores, sociedade civil, entre outros (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Esse modelo, nascido nos EUA, foi difundido pela OMS ao longo da década de noventa como um conceito sofisticado para embasar as reformas dos sistemas saúde, isso porque combina a face de planejamento regional aos ideais de nova gestão pública, com ganho de eficiência e boa governança. Esse modelo foi sendo introduzido em países da Europa e Canadá durante a década de 90 e chegaram à América Latina em torno dos anos 2000. Obviamente que desde sua origem nos EUA, até a influência na perspectiva de região no Brasil, há uma longa trajetória de adaptações e releituras de como o modelo deve ser implementado (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

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

70 e fomentado pelos debates supracitados (redes regionalizadas e hierarquizadas e as RAS). Essa combinação visava, do ponto de vista setorial, 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).

A proposta de Dawson no Reino Unido e das RAS nos EUA (e em outras experiências internacionais), o incentivo da OMS e a experiência bem-sucedida de países que contavam com um sistema universal de saúde como Reino Unido e Canadá, foram elementos importantes para tornar a articulação entre descentralização-regionalização uma proposta atrativa para o futuro SUS. No Brasil, a visibilidade da regionalização se revela 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 é 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). No primeiro momento, este sofreu forte influência da perspectiva inglesa, com a hierarquização dos serviços, a organização da população com bases territoriais, autossuficiência da provisão dentro da região, entre outros. Essa perspectiva, por sua vez, foi coexistindo com a das RAS, pois esta segunda foi vista como uma possível alternativa para superar as desigualdades e promover uma melhor articulação com os atores não públicos. Como bem colocam Mariana Albuquerque e Ana Luiza Viana (2015):

Enquanto as redes enfatizam o caráter gerencial e logístico dos sistemas de saúde (modelos de gestão, integração econômica vertical e horizontal, regulação, continuidade do cuidado, economia de escala e escopo, coordenação técnica e governança clínica), a região tem uma perspectiva mais ampla do planejamento, sendo um espaço de negociação, coordenação e regulação técnica e política da saúde. Nesse sentido, o planejamento regional serve para enfatizar o caráter público e universal do direito à saúde, reforçando o papel do Estado. Através do conceito de redes de atenção, a ideia de região de saúde é atualizada pelo viés sanitário assistencial, mas, dissociado da perspectiva estritamente estatal e pública e prestação de serviços e de planejamento político-administrativo (p. 32).

Essas discussões em torno da regionalização se concretizam, no plano jurídico-legal, com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 (BRASIL, 1990). Esse arcabouço define a descentralização e a regionalização como princípios norteadores

da organização político-territorial do SUS, desenhando uma modelagem desafiadora para o sistema de saúde brasileiro pois, “ao mesmo tempo em que ele se constitui pela sua unicidade e universalidade, ele se organiza de maneira descentralizada, hierarquizada e integrada por todo o desigual território brasileiro” (VIANA, 2011, p. 39).

A experiência internacional evidenciou que a descentralização e a regionalização tiveram uma construção conceitual e empírica paralela, o que não se concretizou no caso brasileiro. Embora os dois processos tenham sido apontados como complementares no plano jurídico-legal que instituiu o SUS, eles não avançaram de maneira coordenada. À época, a escolha realizada por gestores e políticos privilegiou a descentralização do sistema de saúde por meio da municipalização em detrimento da regionalização, movimento esse que será melhor discutido na seção seguinte.

## **2.2. Regionalização enquanto princípio organizativo, inserido na estratégia de descentralização dentro do quadro federalista brasileiro**

### ***2.2.1. Desenho institucional federativo brasileiro demanda uma alta carga de cooperação interfederativa nas políticas sociais***

Após discutir de que maneira a regionalização se torna uma proposta teórico-empírica para a organização dos sistemas de saúde, cabe entender os movimentos que levaram ao 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-institucional.

No caso brasileiro, o ponto de partida é a estrutura federativa. A proposta aqui não é esmiuçar a literatura sobre federalismo, mas ressaltar que as estratégias adotadas para implementar o sistema de saúde não podem fugir da macroestrutura definida pela Constituição de 1988. O federalismo coloca regras gerais que impactam diretamente a maneira pela qual União, estados e municípios interagem, e como são produzidas e implementadas as políticas públicas.

A Federação é uma forma de organização político-territorial baseada no compartilhamento da legitimidade e das decisões coletivas entre mais de uma esfera de governo (ABRUCIO; FRANZESE, 2007). A escolha desse desenho institucional corresponde à necessidade de equilíbrio entre diversidade e concentração de poder em um único núcleo (DE ARAUJO DOURADO; ELIAS, 2011). Desse modo, o desenho federativo demanda um esforço de coordenação muito

maior do que no desenho unitário, que é aquele que não reconhece autonomia a nenhuma de suas partes constitutivas, trabalhando a partir de decisões centralizadas (RABAT, 2002).

A necessidade de coordenação constante inerente ao federalismo é exacerbada no caso brasileiro, tanto pela desigualdade socioeconômica intra e interregional, quanto por algumas características definidas a partir do texto constitucional. Primeiro, a garantia da autonomia às três esferas de governo, alçando os municípios à condição de ente federado, e consequentemente, incluindo formalmente outros milhares de atores na dinâmica política. Segundo, institui o federalismo cooperativo, em que se coloca a colaboração mútua entre as unidades federadas para a consecução dos objetivos sociais e econômicos, partindo do pressuposto de que “certas funções públicas não podem ser de competência exclusiva<sup>2</sup> ou hegemônica<sup>3</sup> por implicarem interdependência e interesses comuns” (DE ARAUJO DOURADO; ELIAS, p. 204-205, 2011). Terceiro, há um grande número de atribuições comuns e concorrentes entre governos que não necessariamente foram harmonizados pelo aparato legal-regulatório pós 1988.

O SUS, nascido oficialmente com a Constituição, está compreendido dentro dessa estrutura, no modelo que se convencionou chamar de federalismo sanitário brasileiro (DE ARAUJO DOURADO; ELIAS, 2011). Sendo assim, tanto a descentralização quanto a regionalização devem ser entendidas à luz da dinâmica federalista, e dada a complexidade do contexto em que estão inseridas, terão, *per se*, uma implementação lenta e negociada (VIANA, 2010).

### 2.2.2. A estratégia de descentralização

A descentralização foi entendida no contexto de reforma sanitária, não só como uma simples reorganização dos serviços, mas como uma estratégia de democratização e incorporação de novos atores à dinâmica política. Também foi compreendida como parte da agenda neoliberal de organismos internacionais, buscando a alocação ótima de recursos, a eficiência dos sistemas de saúde, e a criação de mecanismos de *accountability* (DUARTE *et al.*, 2015). Na prática, a descentralização redefiniu responsabilidades entre os entes governamentais e reforçou a

---

<sup>2</sup> Exclusiva no sentido de que apenas um ente federado tem a responsabilidade de prover determinado tipo de serviço. De modo geral, União, estados e municípios são responsáveis por determinadas ações dentro de uma mesma política pública, como educação, saúde, etc.

<sup>3</sup> Hegemônica no sentido de que um ente federado poderia impor seu projeto político sob os demais entes federativos.



importância do poder executivo subnacional na condução da política de saúde. Ela envolveu a transferência, em alguma medida, da decisão, da organização, e da gestão da prestação de serviços e dos recursos financeiros, antes concentrados na esfera federal para os estados e, principalmente, para os municípios (LIMA *et al.*, 2012).

Pela complexidade do federalismo brasileiro, a descentralização do sistema de saúde sendo construída de forma negociada e, de acordo com a literatura, em cinco grandes ciclos<sup>4</sup>. A principal questão é que apenas após a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde em 2001 (NOAS, reformulada em 2002) – no quarto ciclo de descentralização – que a regionalização atinge significado estratégico dentro do sistema (VIANA; ELIAS, 2008).

Apesar de incorporados conjuntamente às diretrizes operacionais do SUS, os conceitos de descentralização e regionalização não operaram, necessariamente, em sentidos convergentes ao longo do tempo (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010). A identificação dos motivos que levaram a essa dissociação é uma agenda de pesquisa já explorada e que caminha para uma proposta relativamente consensual (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010; GADELHA *et al.*, 2011; VIANA *et al.*, 2002a; VIANA *et al.*, 2010). Os motivos apontados podem ser entendidos como de duas naturezas complementares, uma de ordem estratégica e a outra de ordem política.

Da perspectiva de projeto nacional, a estratégia da descentralização da saúde não foi pensada no contexto de um modelo de desenvolvimento para o país, em que a intervenção econômica e social se daria a partir das demandas locais (GADELHA *et al.*, 2011). Da marginalidade da descentralização enquanto projeto de desenvolvimento nacional, decorre que o território não se configurou enquanto objeto de análise e planejamento para a formulação e implementação de políticas públicas (GADELHA *et al.*, 2011).

Da perspectiva política, a descentralização administrativa do SUS privilegiou a transferência da provisão de serviços de saúde diretamente aos municípios, sem a face do

---

<sup>4</sup> Ana Luiza D'Ávila Viana e Luciana Lima (2011) escreveram capítulo no livro *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*, que discute as características desses cinco ciclos de descentralização do SUS. Os ciclos são: Ciclo I – Associado à conjuntura de democratização na década de 1980 que busca romper com o sistema centralizador e autoritário do regime militar; Ciclo II – Primeira metade da década de 1990 em que o foco é o fortalecimento das gestões municipais; Ciclo III – Descentralização marcada pela publicação das NOBs; Ciclo IV – Virada dos anos 2000, com a publicação das NOAS; Ciclo V – Sugestão de que o quinto ciclo seja inaugurado a partir da publicação do Pacto pela Saúde.

planejamento regional e desconsiderando o papel das esferas estaduais de governo. A transferência de responsabilidades para o âmbito subnacional adequou-se a mais de um projeto político: De um lado, o enxugamento do Estado brasileiro (perspectiva neoliberal), e do outro, a retirada de poder total da União (perspectiva democrática) (VIANA *et al.*, 2010).

A conjugação desses dois fatores teria levado à conformação do sistema descentralizado pelo modelo municipalizado atomizado (LUCCHESI, 2009), em algumas partes do país. Essa escolha pode também ser entendida como uma estratégia para de fato assegurar que a mais recente vitória social – o SUS – estivesse presente em todo o território brasileiro, independentemente da capacidade institucional do município.

A capacidade institucional dos municípios para absorver as novas atribuições que lhe foram atribuídas (PESTANA; MENDES, 2004), eram (e ainda são) extremamente díspares, o que significa que o modelo atomizado pode não ter, necessariamente, alcançado todos os lugares do país. Em alguns estados, como Pernambuco por exemplo, o governo estadual manteve o controle centralizado sobre a provisão do sistema de serviços de saúde - principalmente para a média e alta complexidade. A experiência regional pernambucana teria se dado principalmente pela via dos consórcios (GALINDO *et al.*, 2014).

Em todo caso, mesmo não podendo afirmar que a municipalização autárquica orientou toda a descentralização do SUS, os pesquisadores ainda se dedicaram a entender os benefícios e malefícios trazidos por este modelo. Sobre o primeiro ponto, a literatura identifica: a ampliação do acesso aos serviços de saúde, principalmente na atenção primária e a melhoria nos indicadores nacionais de saúde; o fomento à cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal, na redução da mortalidade infantil pós-neonatal e nas internações desnecessárias via expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF); a possibilidade de ajuste situacional às demandas locais de saúde com o fomento à atuação dos agentes comunitário; o fortalecimento da organização dos atores em âmbito subnacional por meio dos conselhos de representação; e, por fim, o apoio à capacitação técnica-institucional das secretarias municipais de Saúde por meio das habilitações<sup>5</sup>(DUARTE *et al.*, 2015; VIANA *et al.*, 2002b; LIMA; VIANA, 2011).

---

<sup>5</sup> As Normas Operacionais definem critérios para que Estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições

Se a municipalização levou a avanços indiscutíveis, também gerou problemas sérios, evidenciando a necessidade de repensar os moldes da descentralização (PESTANA; MENDES, 2004). Se próprio desenho federalista brasileiro já impõe um modelo predatório e não cooperativo das relações intergovernamentais (ABRUCIO, 2005), a municipalização autárquica ou a atomização do sistema potencializam essa característica.

Duarte *et al.* (2015) compartilham uma síntese sobre as disfuncionalidades causadas pelo modelo de descentralização escolhido:

Desigualdade de condições políticas, administrativas, técnicas, financeiras e de necessidades de saúde identificadas nos municípios brasileiros tornou o processo extremamente intrincado; a competição entre os entes federados, em muitos casos, não possibilitou a real autonomia municipal nem na gestão dos equipamentos existentes nos seus limites territoriais nem nos recursos financeiros disponibilizados [...] (p. 476)

A percepção de esgotamento do modelo em paralelo às discussões sobre a necessidade de uma cooperação interfederativa, levou à regionalização a voltar a ocupar espaço central no processo de tomada de decisão sobre os rumos do SUS.

### *2.2.3. Regionalização como alternativa organizativa e política para superar as disfuncionalidades geradas pela conformação histórica-institucional-política do SUS*

A regionalização emerge como uma proposta para superar a fragmentação sistêmica: Por um lado, esperava-se que a oferta de serviços fosse ajustada mediante cooperação entre entes federativos, levando a ganhos de eficiência e qualidade (SILVA; GOMES, 2013). De outro, esperava-se uma resposta regional a problemas locais (RIBEIRO, 2015), assumindo que a melhoria na eficiência e na qualidade dos serviços poderia não ser suficiente para alcançar os princípios doutrinários do SUS. Nessa dupla identidade da regionalização, portanto, houve uma clara expectativa de que o processo conduzisse à redução das iniquidades inter e intrarregionais – sem que fossem extintas a identidade e heterogeneidades regionais – e que também garantisse o acesso integral à população, independentemente de sua localização. Como bem colocam Ana Luiza D'Ávila Viana *et al.* (2008)

---

de gestão definidas nas Normas Operacionais é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2003).

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 (p. 96).

Dentro dos cinco grandes ciclos de descentralização (VIANA, 2011)<sup>6</sup>, 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)<sup>7</sup>.

As fases de indução são caracterizadas por diferentes marcos regulatórios, por diferentes concepções sobre a conformação de redes e regiões de saúde, contam com um arcabouço de instrumentos de planejamento próprio e apresentam propostas diferentes para fomentar a coordenação interfederativa. Mesmo com suas particularidades, a evolução do marco regulatório da regionalização está sendo conduzida de maneira incremental, quando se busca superar as limitações decorrentes da regulação anterior na normativa subsequente.

A primeira fase é fortemente orientada pela necessidade de racionalizar o sistema: visa superar a fragmentação na oferta dos serviços, e tenta reduzir as disparidades de escala e capacidade produtiva intermunicipal (DE ARAUJO DOURADO; ELIAS, 2011). Sendo assim, nesse primeiro momento predominou uma visão racional da regionalização, concebendo-a enquanto um instrumento para retomar a coerência sistêmica do SUS.

---

<sup>6</sup> Importante problematizar os marcos utilizados para definir os ciclos de descentralização. O início e fim desses ciclos são definidos principalmente pela adoção de novos marcos regulatórios. Apesar de essas novas regras serem colocadas, dada a profunda desigualdade que existe entre e intra as regiões do Brasil, é possível que as características desses ciclos tenham apresentado grande variação, a depender das características particulares de cada território. Apesar dessa problematização, a sistematização desenvolvida pelas autoras é importante para compreensão do fenômeno de forma ampla e estratégica.

<sup>7</sup> Mariana Vercesi Albuquerque e Ana Luiza D'Ávila Viana (2015) publicaram artigo em que discutem quais concepções de região e rede de saúde informaram a política de descentralização, e as características das três fases de regionalização. Por questões de escopo, optou-se por não trabalhar nesse momento com as análises sobre as redes de saúde, focando apenas nas características gerais aportadas pelos marcos regulatórios que induziram a regionalização.

O marco regulatório que rege essa fase é a NOAS (2001/2002). Destaca-se como inovação para o processo de regionalização o estabelecimento de critérios que definem regiões de saúde, a instituição de mecanismos contratuais (Programação Pactuada e Integrada - PPI; Plano Diretor de regionalização - PDR; Plano Diretor de Investimentos - PDI - e a ênfase ao papel do Estado enquanto instância de planejamento regional (DE ARAUJO DOURADO; ELIAS, 2011; LIMA; VIANA, 2011; ALBUQUERQUE; VIANA, 2015). Embora tenha alçado a regionalização de volta à agenda setorial, a regulação foi considerada rígida e pouco condizente com as necessidades díspares das regiões brasileiras, além de não terem sido criados mecanismos de coordenação efetivos para superar a lógica política competitiva.

A segunda fase busca superar a regionalização puramente normativa (VIANA *et al.*, 2008), ao resgatar a dimensão política do processo. O Pacto pela Saúde (2006) formaliza os compromissos assumidos entre as esferas de governo por meio da assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão, partindo da premissa que a viabilidade e efetividade da regionalização dependem da negociação, pactuação e cooperação entre as partes (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015). Nesse escopo, o desafio da coordenação interfederativa é retomado com a criação de fóruns institucionalizados para a pactuação de objetivos e compromissos regionais, os Colegiados de Gestão Regional (CGR). A rigidez na conformação das regiões de saúde é revisitada a partir da flexibilização de seus critérios constitutivos e da maior autonomia dos atores locais em definir as próprias fronteiras. Apesar dos avanços, esse processo instituiu regiões desiguais em termos de acesso, capacidade técnica e financeira, entre outros, o que levou a uma terceira fase de ajustes (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

A terceira fase se dá com a publicação da Portaria 4.279/2010 e do Decreto 7.508/2011. O cenário ainda é marcado pela dificuldade em reduzir as iniquidades inter e intrarregionais e pela insegurança jurídica que envolve as relações interfederativas na pactuação dos compromissos regionais. Novos mecanismos, de natureza jurídico-administrativa, são incorporados nesse momento, no intuito de garantir segurança contratual, transparência, *accountability* e possibilidade de avaliação, como o Contrato Organizativo da Administração Pública (COAP), o Mapa da Saúde,

a Renases e a Rename<sup>8</sup> (BRASIL, 2011). Os CGR passam a se chamar Comissões Intergestores Regionais (CIR). Em paralelo, a definição de critérios para a conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como mecanismos de governança, é sofisticada, no intuito de fomentar sua adoção no âmbito subnacional (SHIMIZU, 2013).

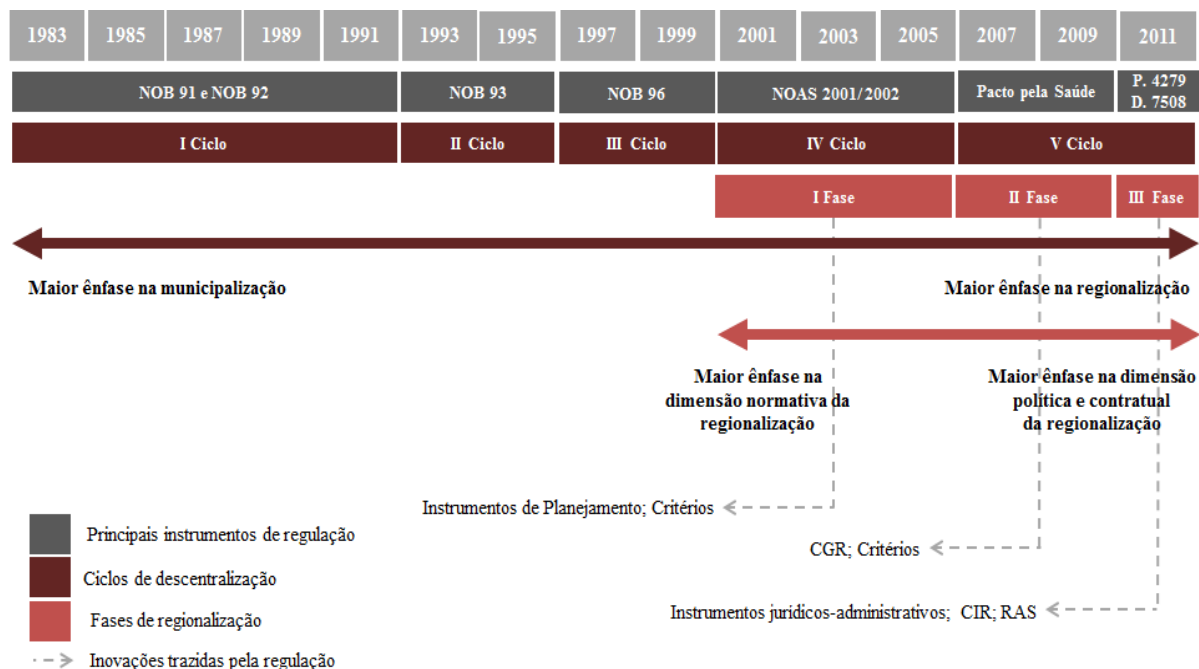
Independentemente das características das fases do ciclo de regionalização, é importante reforçar o papel do estado durante esse processo, que embora tenha sido pouco acionado em alguns momentos, hoje tem papel central na coordenação e articulação dos municípios em torno do projeto da regionalização. Já na década de noventa, os estados foram centrais para o estabelecimento das Comissões Intergestores Bipartites, um fórum colegiado de pactuação e negociação que punham à mesa o estado e os municípios, visando a construção coletiva e cooperativa do sistema de saúde (VIANA *et al.*, 2008). Com a publicação das NOAS e então com o Decreto 7.508/2011, os estados ganham ainda mais respaldo regulatório para assumir sua vocação enquanto coordenadores do processo de regionalização, articulando os municípios em regiões de saúde que faziam sentido às realidades locais e tentando garantir o comprometimento das partes com o projeto. Atualmente, os estados são responsáveis pela coordenação e preparo das reuniões das CIRs, 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. Eles reassumem um papel de liderança nessa agenda.

Muito se avançou na regionalização da saúde, constatação essa reforçada pela literatura (VIANA *et al.*, 2010b; SANTOS; DE SOUSA CAMPOS, 2015). Atualmente existem espaços institucionalizados interfederativos desenhados para fomentar a regionalização de maneira cooperativa, mecanismos de negociação e pactuação dos compromissos regionais e ferramentas para avaliação das regiões de saúde (SANTOS; DE SOUSA CAMPOS, 2015). Além disso, a evolução regulatória sobre o tema também evidencia a tentativa de rompimento da noção de regionalização enquanto norma e processo administrativo, incluindo sua dimensão política e de desenvolvimento local como dois aspectos centrais ao processo.

---

<sup>8</sup> As especificidades e objetivos de cada um desses novos instrumentos podem ser encontrados no texto do Decreto 7.508/ 2011 (BRASIL, 2011)

**Figura 1 – Evolução do processo de descentralização do SUS**



Fonte: elaboração própria a partir de Ana Luiza D'Ávila Viana (2011) - para os ciclos de descentralização - e Mariana Vercesi Albuquerque e Ana Luiza D'Ávila Viana (2015) para as fases da regionalização.

Apesar da evolução e consequente sofisticação do processo de regionalização, ainda existem desafios – antigos e novos e das mais diversas naturezas – que tendem a retardar sua implementação no molde cooperativo.

### 2.3. Desafios à implementação efetiva e cooperativa da regionalização da saúde

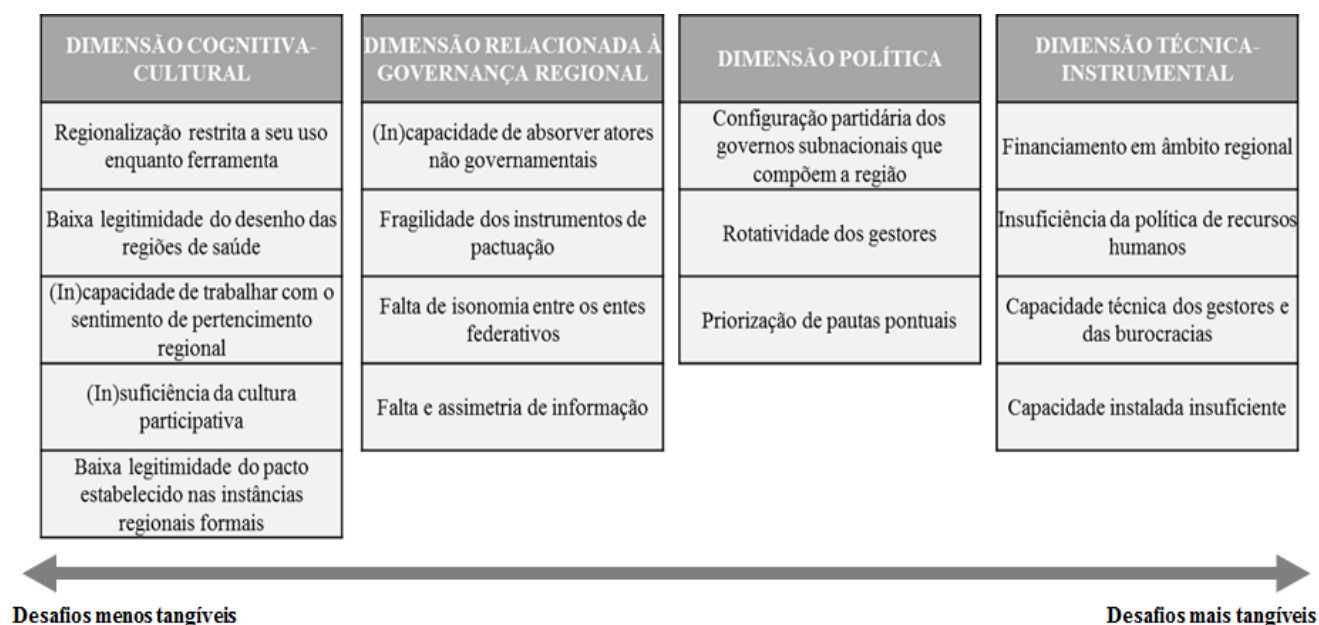
A demora na implantação da estratégia de regionalização e a fragilidade de experiências combinadas no âmbito do SUS requerem explicações (VIANA; LIMA, 2011). Uma das formas de contribuição da literatura nesse sentido é identificar os desafios das mais diversas naturezas que devem ser superados para garantir a efetiva regionalização cooperativa no território brasileiro.

Pela riqueza do campo teórico em que a presente pesquisa se insere, e por uma preferência metodológica dos autores analisados pelo estudo de caso, os achados empíricos da literatura envolvendo os atuais desafios para a implantação da regionalização acabam pulverizados. Se por

um lado, existe uma riqueza em detalhes que ajuda no entendimento do processo em casos específicos, por outro, gera uma fragmentação que afeta o entendimento sistêmico da questão.

A partir desse diagnóstico, uma das propostas do presente trabalho é construir uma taxonomia dos desafios para a implantação da estratégia de regionalização que seja capaz de captar os fatores relevantes ao mesmo tempo em que mantém uma perspectiva mais ampla. A categorização foi estruturada a partir de revisão bibliográfica, e culminou na proposta refletida pela Figura 2. Foram definidas quatro grandes dimensões (cognitiva-cultural; governança regional; política; técnica-instrumental) que incorporam de três a cinco desafios cada, e que, ao longo dessa seção, serão abordados de maneira individualizada.

**Figura 2 – Desafios atuais para implantação da estratégia de regionalização**



Fonte: elaboração própria a partir da revisão da literatura

### 2.3.1. Dimensão cognitiva-cultural

Os pesquisadores que se debruçam sobre o tema entendem que há uma dimensão estratégica atrelada ao papel e à relevância que os gestores e a sociedade atribuem à regionalização. A dificuldade é superar a percepção exclusivamente administrativa e instrumental (IANNI *et al.*,



2012), e fazer com que a regionalização seja entendida enquanto processo político amplo, que carrega consigo significados de identidade regional, cooperação e solidariedade.

Sendo assim, embora exista um elemento objetivo, atrelado ao papel que o planejamento territorial ocupa enquanto projeto de desenvolvimento nacional e seus respectivos mecanismos de indução (GADELHA *et al.*, 2011), existe também uma dimensão que trabalha os significados e a carga normativa atribuídos à política pública dependendo da situação em que o indivíduo se encontra. Em síntese, é uma abordagem diferente que busca entender os desafios ligados à interpretação dos atores sobre a regionalização e a legitimidade que atribuem a essa alternativa enquanto estratégia para a descentralização<sup>9</sup>.

#### **2.3.1.1. Regionalização como, e apenas como, divisão administrativa**

Três fatores podem ter levado a uma concepção de regionalização vinculada demasiadamente à organização do sistema (acesso, infraestrutura, financiamento, programas, etc.). Primeiro, a descentralização não foi concebida dentro de uma estratégia ampla de desenvolvimento (GADELHA *et al.*, 2011); segundo, a demora em priorizar a regionalização, que só passa a receber mais atenção na década de 2000; terceiro, a regionalização teve uma primeira fase em que predominaram os aspectos normativos. Esse aspecto reforça uma visão setorial da situação de saúde, restrita a uma concepção epidemiológica e assistencial (VIANA *et al.*, 2008), e não um projeto de desenvolvimento nacional do país por meio do planejamento regional.

Entender a regionalização somente a partir da sua carga administrativa ou de seu uso enquanto meio técnico-instrumental (CONTEL, 2015) não é suficiente para garantir o território regionalizado enquanto *locus* da integralidade e desenvolvimento (SANTOS; DE SOUSA CAMPOS, 2015). Nesse cenário, é desejável que os gestores de saúde e a sociedade civil tenham incentivos para superar agendas de curto prazo e para fomentar a cooperação interfederativa em

---

<sup>9</sup> A virada argumentativa e a abordagem cognitiva são dois referenciais teóricos que ajudam a entender a dimensão cultural-cognitiva da regionalização da saúde. Embora não seja o objetivo da presente pesquisa aprofundar a revisão de literatura sobre esses dois referenciais teóricos, eles foram objeto de estudo ao longo da estrutura curricular do programa de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo da Fundação Getúlio Vargas. Recomenda-se: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Vol. 18, nº. 51, fevereiro/2003: 21-29; e FISCHER, Frank and FORESTER, John (ed.). *The argumentative turn in policy analysis and planning*. Durham: Duke University Press, 1996. Introduction. P. 1-17.

detrimento da atitude individualista voltada apenas para processos administrativos. Como bem colocam Ana Luiza D'Ávila Viana *et al.* (2008):

O desafio fundamental aqui é trabalhar uma concepção teórica que contribuiria para ampliar o debate sobre a relação entre saúde e território, superando a visão estática, estatística e setorial dessa relação. Assim, um planejamento territorial não significa um somatório de políticas setoriais e sim uma articulação de políticas em torno de um projeto nacional embasado pelo território usado: suas desigualdades e possibilidades (p. 98).

#### **2.3.1.2. Pouca legitimidade do desenho das regiões de saúde**

A regionalização normativa tem como marco a publicação da NOAS. De acordo com os pesquisadores, ela foi responsável por retomar a relevância do processo na agenda de saúde. Entretanto, o excesso do foco em normas logo mostrou suas limitações. O território vivo (SANTOS, 1999), considerado aquele que une fatores materiais (meio técnico-científico-informacional) aos imateriais (lógicas e intencionalidades das organizações que dão coesão e sistêmica aos arranjos regionais) (CONTEL, 2015), evidenciou que a pura regulação era insuficiente para responder aos conteúdos locais.

Alguns autores apontam que, em certas situações, a definição dos contornos territoriais foi levada a cabo sem que tenha havido um trabalho prévio de orientação e articulação interfederativa (LIMA *et al.*, 2012; KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015). Em outros casos, os critérios rígidos definidos pelas NOAS para a definição de região de saúde trouxeram dificuldades aos atores locais para se identificarem enquanto pertencentes ao mesmo *locus*. Esse cenário impactaria, anos mais tarde, os fóruns permanentes de negociação intergovernamental, que têm dificuldade em reconhecer aquela região de saúde como legítima. Tal situação tenderia a afetar negativamente a cultura participativa e a governança regional (LIMA *et al.*, 2012).

#### **2.3.1.3. (In)capacidade de trabalhar com o sentimento de pertencimento regional**

A municipalização autárquica levou a um sistema que colocou sobre os municípios uma alta carga de responsabilidade pela provisão dos serviços de saúde. Nesse contexto, os municípios se viram obrigados a garantir a assistência integral aos habitantes circunscritos ao seu território. Isto gerou, do ponto de vista cognitivo-cultural, uma sensação de pertencimento de gestores e da população ao município e não à uma região mais ampla. A revisão de literatura identificou que esse

sentimento se aprofunda na medida que as disparidades econômicas e sociais intrarregionais são observadas (SILVA; GOMES, 2015).

O desafio aqui não seria superar mas harmonizar, a partir da perspectiva cultural-cognitiva, o sentimento de pertencimento a um município e a uma região. Apesar da complexidade da missão, o sentimento de pertencimento regional é fator crucial para o desenvolvimento de uma regionalização cooperativa, pois é “nesse ambiente econômico, social, cultural e sanitário, que se constroem redes de relações intermunicipais e se recupera uma escala necessária ao desenvolvimento econômico e social” (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010, p. 167).

#### **2.3.1.4. Ausência de cultura participativa**

A cultura participativa é considerada um fator essencial para qualificar e consolidar a regionalização no SUS, uma vez que é um processo que articula, integra, e legitima uma pluralidade de interesses que devem ser compatibilizados no âmbito local (SILVA; GOMES, 2011). Apesar de a participação social estar entre os princípios doutrinários do SUS, ao lado da universalização, da integralidade e da equidade, os achados da literatura evidenciam que uma das disfuncionalidades da municipalização autárquica teria sido justamente a falta de cultura participativa da sociedade, que não transformou os conselhos de saúde municipais em legítimos condutores da política de saúde local (DUARTE *et al.*, 2015). No mais, “a participação social, seja institucional, por meio dos conselhos municipais de saúde, seja por militância, não vocaliza criticamente os problemas da regionalização”, deixando esse tipo de negociação aos cuidados somente da administração pública (MAIA; GIOVANELLA, 2014, p. 629).

#### **2.3.1.5. Baixa legitimidade do pacto estabelecidos nas instâncias formais**

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; SILVA; GOMES; 2013, 2014). Embora existam fatores concretos que levam a essa limitação, como a fragilidade de mecanismos de governança e as diferenças entre as capacidades políticas e econômicas dos entes federativos, há um elemento cultural-cognitivo que torna o ambiente de negociação problemático antes mesmo de que sejam firmados novos

compromissos, pois ao retomar experiências passadas mal sucedidas, os atores tendem a projetar um resultado negativo para a rodada seguinte, gerando um ambiente de desconfiança e de baixa legitimidade (MACHADO, 2009). Como coloca José Angelo Machado (2009):

*A public choice* endossa o pressuposto de que escolhas de estratégias em contextos interativos são, necessariamente, condicionadas às escolhas dos demais implicados (Scharpf, 1997), ou seja, que, mirando os aspectos distributivos resultantes de diferentes alternativas disponíveis, escolhe-se entre cooperar ou não “com um olho” no que o outro também vai fazer. Nesse sentido, escolhas estratégicas são, inerentemente, condicionais (p. 115)

### **2.3.2. Dimensão de governança**

Considerando a regionalização enquanto processo político que afeta a distribuição de poder local, os pesquisadores vêm se dedicando consideravelmente a 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). Sobre o conceito de governança regional utilizado nesta dissertação:

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 apoia 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).

São ainda necessários mecanismos que garantam, do ponto de vista operacional, a superação das disputas e conflitos em âmbito regional de maneira a assegurar que o processo envolva objetivos comuns entre atores diversos (SHIMIZU, 2013) e impeça a descontinuidade do projeto regional (SPEDO; DA SILVA PINTO; TANAKA, 2010). Embora as CIRs tenham o propósito de funcionar como instâncias de cogestão, preenchendo o vazio institucional na governança regional (MAIA; GIOVANELLA, 2014), identifica-se na literatura uma série de desafios que comprometem a implantação da regionalização cooperativa a partir dessa dimensão.

#### **2.3.2.1. Falta de isonomia entre os entes federativos**

VIANA *et al.* (2010b) chamam a atenção para a variedade de modelos de governança regional. Em alguns casos, essa é função assumida por municípios que possuem papel diferenciado

na rede de prestação de serviços, enquanto em outros são as secretarias estaduais de Saúde que assumem papel de destaque. Também existem as regiões bem-sucedidas em operar por meio de arranjos e instrumentos de gestão compartilhada. Dentro dessa variedade de modelos, a literatura identifica a percepção de falta de isonomia entre os entes federativos em dois casos: (i) centralização do estado frente aos municípios e (ii) preponderância de um município frente a outro(s) (IANNI *et al.*, 2012).

No primeiro caso, 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 construção coletiva dos instrumentos de pactuação, como o PDR, PPI e mais recentemente o COAP (CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014). No segundo caso, as diferentes capacidades institucionais, a variedade de interesses, os recursos escassos e a ausência de um sentimento de pertencimento regional levam os municípios a competirem 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; SILVA; GOMES, 2013, 2014).

Por fim, os achados empíricos identificados a partir dos estudos de caso publicados anteriormente evidenciam o modelo de tomada de decisão consensual das CIR como passível de cristalizar, institucionalmente, a falta de isonomia entre os entes federativos, pois apresenta potencial para promover a “concentração da autoridade nos maiores municípios, uma vez que os demais não terão recursos nem força política para divergir” (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 210). Nesse contexto, um modelo de tomada de decisão pensado para harmonizar os diversos interesses e promover a cooperação pode levar ao resultado contrário, em que se institucionaliza a diferença de poder entre os entes federativos.

#### **2.3.2.2. (In)capacidade de absorver atores não governamentais na governança regional**

Se o conceito de governança adotado extrapola a noção estritamente governamental, então é necessário que os objetivos comuns derivados da pactuação regional absorvam, em alguma medida, as demandas de saúde de outros atores da sociedade civil (organizações, usuários, entre

outros). Desse modo, a quase ausência de participação social nas regiões e na rede de saúde vem sido recorrentemente identificada como limitador da implementação da regionalização nos moldes cooperativos (MEDEIROS; GERHARDT, 2014).

Formalmente, as CIRs são compostas somente por representantes da administração pública (Estado e municípios da região de saúde), de maneira que as expectativas de atores não governamentais não encontram um fluxo institucionalizado para propor sua agenda. Dessa característica observa-se dois desdobramentos; primeiro, a região deixa de ter como contribuição a perspectiva de atores importantes para a efetivação do processo de regionalização, como os usuários e o setor privado, entre outros; segundo, essa indefinição faz com que a influência sobre as decisões regionais se dê de maneira pouco transparente, não institucionalizada e organizada por segmentos corporativos de extenso poder na esfera local (VIANA *et al.*, 2015). O segundo caso é estudado na literatura principalmente na ótica da relação público-privada (SHIMIZU, 2013; ALMEIDA; LIMA, 2015; VIANA *et al.*, 2015).

#### **2.3.2.3. Fragilidade dos instrumentos de pactuação**

Apesar do grau de formalização e institucionalidade dos espaços de negociação e decisão variarem dependendo da região de saúde (VIANA *et al.*, 2010b), os pesquisadores apontam de maneira sistemática para a fragilidade e insuficiência dos mecanismos de pactuação regional (MACHADO, 2009; IANNI *et al.*, 2012; CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014). Isto gera a percepção de baixa credibilidade dos compromissos assumidos (MACHADO, 2009) e, por consequência, afeta a legitimidade do processo de regionalização como um todo.

Os espaços institucionalizados para a regionalização são criticados por serem ineficientes, de caráter majoritariamente homologatório e por não contarem com mecanismos de *enforcement* adequados para o cumprimento dos pactos (MACHADO, 2009; SILVA; GOMES, 2014). Isto também pode ser atribuído ao fato de que o Plano Diretor Regional (PDR)<sup>10</sup>, a Programação

---

<sup>10</sup> É um dos principais instrumentos de planejamento em saúde, pois espera-se que chegue ao desenho final do processo de pactuação dos gestores. Esta pactuação é feita pelos gestores no momento da identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas (SILVA; GOMES, 2014, p. 1387)

Pactuada Integrada (PPI)<sup>11</sup>, e o Plano Diretor de Investimentos (PDI)<sup>12</sup> não terem se configurado como reais mecanismos de regulação (IANNI *et al.*, 2012). De acordo com os achados empíricos de Edson Silva e Mara Helena Gomes (2014) para a região de saúde do Grande ABC, o PDR carece de atualização periódica para equilibrar a relação entre oferta e demanda; o PPI é uma arena de competição; e o PDI é pouco significativo, já que os recursos financeiros não são suficientes para as ações de saúde nessa região.

#### 2.3.2.4. Falta e assimetria de informação

José Angelo Machado (2009) aponta a falta e a assimetria de informação entre os municípios como elementos que tendem a inviabilizar a implementação de políticas públicas de forma solidária e cooperativa. A falta de informação está relacionada à dificuldade em dispor, de maneira sistematizada, de dados e indicadores que orientem a tomada de decisão no âmbito regional; a assimetria se relaciona às diferenças entre os entes federativos, pois alguns possuem mais informações do que outros, e consequentemente, podem orientar suas ações de maneira mais embasada, o que lhe garante certa vantagem. Segundo o autor, apesar de essa ser uma limitação exógena (depende de ferramentas que não necessariamente sejam específicas para a realidade regional), faltam ao modelo de regionalização mecanismos que garantam geração e distribuição equânime de informação.

Em complementação, Ana Tereza Fernandes *et al.* (2013) trazem a limitação endógena às regiões de saúde do acesso à informação. Segundo as autoras, “o acesso dos técnicos a determinadas informações, que exige uma ‘escalada hierárquica’ demorada e burocrática, emperra o fluxo de informações entre o nível regional e central de governança” (p. 11). Essa constatação reflete a dificuldade de circulação da informação dentro da região de saúde.

---

<sup>11</sup> Processo instituído no âmbito do SUS que, em consonância com o planejamento, determina e quantifica as ações de saúde para o atendimento das populações residentes nos territórios. É por meio deste documento que se efetivam os pactos intergestores que buscam garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Portanto, é por meio da PPI que as ações de saúde são previstas (*ibidem*, 2014, p. 1387).

<sup>12</sup> Representa os recursos de investimentos tripartite que visam superar as desigualdades de acesso e a garantia da integridade da atenção à saúde, em consonância com o planejamento estadual e regional (*ibidem*, 2014, p. 1387).

As limitações do processo de regulação no sentido de assegurar a informação ao processo de regionalização se desdobra em falta de transparência (MACHADO, 2009), diminuição dos subsídios que suportam a tomada de decisão e agravamento das disparidades entre os entes federativos.

### **2.3.3. Dimensão política**

A regionalização é um processo político, condicionado pela trama de relações entre diferentes atores sociais (governos, organizações, cidadãos) num espaço geográfico determinado (LIMA *et al.*, 2012), o que consequentemente impacta a distribuição de poder na dinâmica local (ELIAS, 2004). Partindo dessa definição, evidentemente a política é uma dimensão-chave para os desafios referentes à implantação da regionalização do SUS, uma vez que sua articulação aos diferentes cenários políticos locais leva ao rompimento do *status quo* local e da atuação individualizada e pouco solidária entre os níveis de governo (IANNI *et al.*, 2012).

#### **2.3.3.1. Configuração partidária dos governos subnacionais que compõem a região**

Parte considerável da literatura mostra a configuração político-partidária como um dos fatores que pode afetar a institucionalidade da regionalização da saúde (IANNI *et al.*, 2012; SILVA; GOMES, 2013; KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015). A incapacidade de cooperação entre estado e municípios governados por diferentes partidos políticos afeta a credibilidade dos compromissos pactuados no âmbito regional.

Esse mesmo desafio é capaz de acentuar a percepção de falta de isonomia entre os entes federativos, como identificam Edson Coutinho da Silva e Mara Helena de Andrea Gomes (2014):

O que tem impossibilitado a articulação, a pactuação e a governança na regionalização do SUS, no caso do Grande ABC, é a competição e o “jogo de poder” entre os municípios, pois uns buscam assistência no governo estadual (PSDB) e outros no governo federal (PT), em virtude das afinidades político-partidárias de alguns governos municipais. Os embates políticos estão no cerne das questões da região (p. 1392)

Por fim identifica-se, atrelada à questão partidária, a percepção de alguns gestores, de que a lógica por trás da alocação de recursos financeiros e da instalação de infraestrutura em saúde obedece mais à afinidade política entre estado e município do que à demanda de saúde local (SANTOS; GIOVANELLA, 2014; RIBEIRO, 2015).



### **2.3.3.2. Rotatividade dos gestores**

Embora não seja um desafio explorado na literatura sobre regionalização de maneira profunda, a rotatividade dos gestores é comumente identificada enquanto um fator que dificulta a implementação da regionalização. São dois os motivos destacados: o primeiro tem a ver com as questões técnicas e processuais que envolvem o aprendizado da (nova) burocracia sobre o funcionamento do modelo regionalizado (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015); o segundo relaciona-se à “dificuldade da sedimentação dos valores propostos, que exigem uma constante sensibilização e visitação dos princípios de gestão compartilhada” (FERNANDES *et al.*, 2013, p. 4).

### **2.3.3.3. Priorização de pautas pontuais**

A definição da agenda regional resulta da relação entre a barganha nas relações interfederativas (em que há assimetria de poder entre os entes federativos) e a dinâmica eleitoral local (em que os dirigentes públicos gostariam de fazer uma gestão que lhe garantisse votos - ou ao seu sucessor - ao oferecer serviços de saúde bem aceitos pela população) (MACHADO, 2009). Soma-se a essa relação, inerentemente conflitiva, uma pluralidade de atores que querem garantir a priorização de seus projetos em âmbito regional. Por fim, essa rede opera num espaço institucionalizado (CIR), identificado como burocrático, em que as pautas são induzidas por demanda centralizada, provenientes da União e/ou dos estados, com insuficiência de espaço para diálogo sobre as causas dos problemas específicos da região (MAIA; GIOVANELLA, 2014). A relação entre todos esses fatores leva ao que está identificado na literatura como a dificuldade em definir uma agenda de pactuação consensual em âmbito regional (SILVA; GOMES, 2013, 2014).

Alguns trabalhos empíricos revelam que as discussões na CIR são voltadas à resolução de problemas pontuais em municípios específicos, muito relacionados à alocação de recursos, insuficiência da rede instalada para média e alta complexidade e dificuldade na contratação de pessoal (SILVA; GOMES, 2013, 2014). Essa configuração leva a uma agenda pontual em detrimento da definição de estratégias mais amplas para o âmbito regional, como a promoção da saúde, ou o foco em resolubilidade sistêmica por meio da atenção básica.

Entrevistas realizadas por Pedro Silveira Carneiro *et al.* (2014) com gestores da região de saúde de Ribeirão Preto revelam que, embora a definição de pauta nas negociações regionais seja relativamente aberta, existem certos assuntos considerados negligenciados, ou seja, que não recebem a mesma prioridade ou não são percebidos como importantes pelos atores que exercem maior influência na CIR. Sendo assim, além de não haver uma pauta de longo prazo, são apenas alguns atores que tendem a definir as prioridades dentro da agenda regional.

#### **2.3.4. Dimensão técnica-instrumental**

Existe uma produção acadêmica considerável sobre os desafios compreendidos na dimensão técnica-instrumental, porque esses são relativamente mais tangíveis e impactam o gestor na sua rotina. Isto fica evidente nos estudos de caso com entrevistas (REIS; CESSE; CARVALHO; 2010; IANNI *et al.*, 2012; SHIMIZU, 2013; CARNEIRO *et al.*, 2014). O debate sobre esse tópico, portanto, diz respeito aos desafios que envolvem objetos de análise instrumentais entendidos como impeditivos para assegurar a regionalização solidária e cooperativa do SUS.

##### **2.3.4.1. Financiamento em âmbito regional**

Os problemas decorrentes da insuficiência dos instrumentos de financiamento e da limitação dos recursos disponíveis são o desafio que aparece com maior frequência na literatura (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010; VIANA *et al.*, 2010b; GADELHA *et al.*, 2011; VIANA *et al.*, 2012; SHIMIZU, 2013; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; RIBEIRO, 2015), tendo sido encontrados artigos dedicados a entender essa questão de maneira exclusiva (LARA; MENDES, 2015). São três, segundo os artigos levantados, as principais razões pelas quais esse desafio impacta a regionalização: insuficiência de recursos disponíveis (subfinanciamento da saúde); lógica de alocação de recursos baseada na oferta; limitação dos instrumentos de financiamento para alcançar objetivos regionais. Alguns autores identificaram a baixa proporção de recursos, tanto para investimento quanto para custeio, (GADELHA *et al.*, 2011; VIANA *et al.*, 2012; SANTOS; GIOVANELLA, 2014) como um fator limitante para assegurar a regionalização pois, sem recursos financeiros, os entes federativos não são capazes de efetivamente cumprir as responsabilidades que teriam assumido no pacto regionalizado.

Embora a reclamação sobre a insuficiência de recursos seja prevalente, há um limitador ainda mais complexo que corresponde à lógica dos critérios de alocação no território (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010; GADELHA *et al.*, 2011; VIANA *et al.*, 2012). Por se basear na oferta de serviços de saúde, a tendência é que o direcionamento de fluxo financeiro privilegie “locais onde já há infraestrutura instalada e mão de obra qualificada, reforçando e mantendo as disparidades regionais observadas no âmbito do SUS” (GADELHA *et al.*, 2011, p. 3010), ou seja, quem dispõe de mais (capacidade instalada e oferta de serviços), acaba por receber mais (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010). Essa lógica leva a uma disfuncionalidade que tende a agravar as disparidades inter e intrarregionais, além de fomentar a competição entre os entes federativos pela busca de recursos.

Para assegurar o financiamento no contexto regional, é imprescindível observar as especificidades, responsabilidades e capacidades financeiras de cada ente federativo (RIBEIRO, 2015). Também seria desejável que essa fosse a base para definir a alocação de recursos por meio de instrumentos regionalizados. Da perspectiva regulatória, o PDI cumpriria esse papel:

[...] representa os recursos de investimentos tripartite que visam superar as desigualdades de acesso e a garantia da integridade da atenção à saúde, em consonância com o planejamento estadual e regional. No âmbito regional, deve refletir as necessidades para o alcance de suficiência na atenção à saúde, incluindo as ações de vigilância e promoção em saúde, segundo as características peculiares a cada região de saúde. Estes planos de investimentos serão discutidos e aprovados na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), sendo que seu desenho final poderá conter os recursos financeiros de investimentos destinados ao processo de regionalização, ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde, à aquisição de equipamentos, à construção dos espaços de regulação, à promoção de equidade inter-regional e as outras necessidades pactuadas regionalmente (SILVA; GOMES; 2014, p. 1385)

Apesar da existência desse mecanismo, na literatura não aparece o entendimento do PDI como efetivo, pois de modo geral, a percepção dos gestores é a de que não existem “incentivos criados para garantir investimentos, alocação e gestão de recursos financeiros, para permitir a formalização dos acordos e parcerias intergovernamentais” (VIANA *et al.*, 2010b, p. 2320).

A dinâmica atual para garantir o financiamento regionalizado é complexa. A definição do teto financeiro acontece na CIR: (i) um município abre mão de receber determinado recurso porque não é capaz de prover ele mesmo algum tipo de serviço; (ii) o teto é transferido ao município ou ao estado que tiver pactuado a responsabilidade de ofertar o serviço; (iii) após deliberação na CIR,

a proposta segue para a secretaria estadual de Saúde, a seguir para a Comissão Intergestores Bipartite e posteriormente ao ministério da Saúde, para passar na Comissão Intergestores Tripartite. Findo esse processo, o recurso financeiro vai automaticamente para o ente federativo prestador, enquanto que o outro município tem o direito de encaminhar seu paciente.

Em alguns casos essa dinâmica é efetiva, mas há também situações em os municípios transferem seu teto, mas não recebem a contrapartida. Por vezes, ocorre o contrário: usam o serviço de um terceiro, mas não pactuam este mecanismo na CIR.

#### **2.3.4.2. Insuficiência da política de recursos humanos**

A insuficiência, e em alguns casos a ausência, da política de recursos humanos (tanto de desenvolvimento quanto de contratação) em contexto regional é recorrentemente apontada como fator limitante para o processo de regionalização (REIS; CESSÉ; CARVALHO, 2010; SHIMIZU, 2013; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; MARTINELLI; VIANA; SCATENA, 2015). Entretanto, parece que esse achado empírico acaba sendo residual, pois não foram identificados estudos que tratassem do tema de maneira mais profunda. Yluska Almeida Coelho dos Reis *et al.* (2010) são os que trouxeram mais detalhamento sobre a questão, colocando que a política de recursos humanos contextualizada regionalmente é necessária para garantir a fixação de profissionais especializados e também generalistas no interior do estado. Se a alocação e capacitação dos recursos humanos são pensadas a partir da necessidade regional, seguindo diretrizes gerais pactuadas pelos atores locais, então a tendência é que se promova uma equalização das condições técnicas entre os municípios para garantir o acesso integral à saúde (REIS *et al.*, 2010).

#### **2.3.4.3. Capacidade técnica dos gestores e das burocracias**

A necessidade de capacitar tecnicamente tanto os gestores quanto as burocracias é uma constatação frequentemente observada na literatura como um elemento facilitador do processo de regionalização (SHIMIZU, 2013). O principal argumento identificado para justificar esse posicionamento é que, ao ter um grupo de funcionários treinados, capacitados e dedicados ao tema, esses estariam mais aptos a ter como prioridade o fortalecimento da rede regional e a superação de problemas comuns, fugindo dos interesses circunscritos (MAIA; GIOVANELLA, 2014). Além

disso, ao investir na capacidade técnica, é possível que problemas advindos da rotatividade dos gestores sejam atenuados.

#### **2.3.4.4. Capacidade instalada insuficiente**

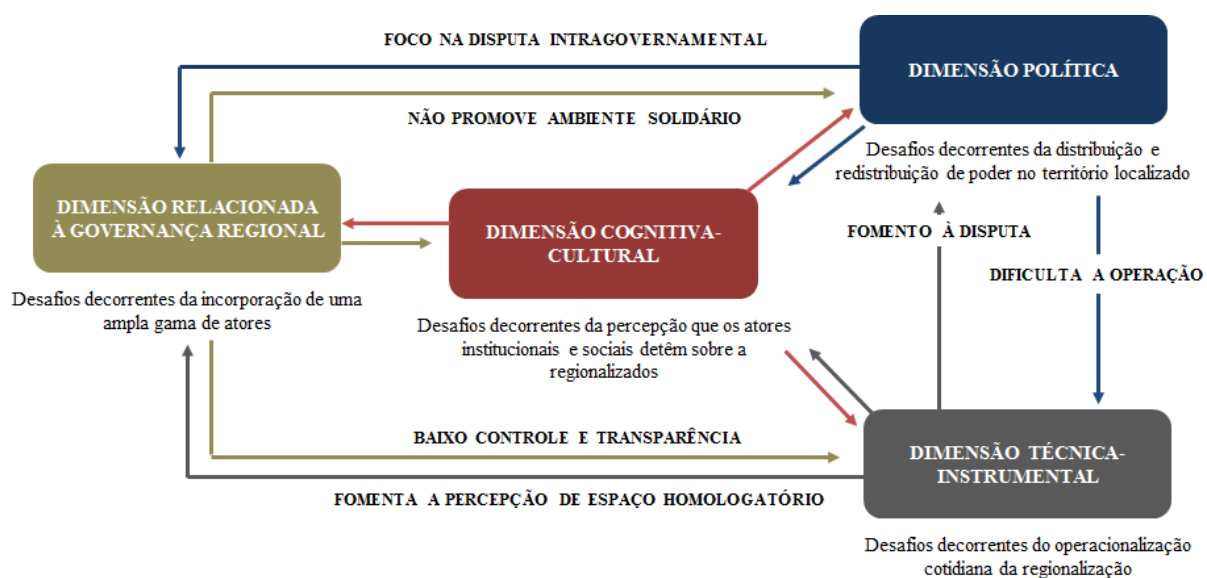
A capacidade física instalada na região de saúde é outro fator considerado como limitador para a implantação da regionalização (IANNI *et al.*, 2012; SILVA; GOMES, 2014). Embora sem entrar em detalhes, são apontados dois principais motivos que tornam a capacidade instalada um desafio. Primeiro, não existiria infraestrutura em saúde suficiente para honrar a pactuação regional (SILVA; GOMES, 2014); segundo, a ausência do estado enquanto coordenador da distribuição de infraestrutura na região acaba por sobrecarregar o “município responsável pela atenção direta, desencadeando uma ‘competição intermunicipal’ pelos investimentos e comprometendo o processo de pactuação regional (IANNI *et al.*, 2012, p. 930).

#### **2.3.5. Fechamento**

A partir da revisão de literatura, fica claro que a dimensão técnico-instrumental e a política são as mais presentes, provavelmente por serem questões que os gestores enfrentam durante sua rotina, destacando a ênfase atribuída ao desafio do financiamento. A dimensão da governança vem sendo explorada de forma mais sistematizada a partir da instituição dos CGRs (atualmente CIRs); ela ocupa espaço cada vez mais central na literatura sobre regionalização. A dimensão cognitivo-cultural decorre, principalmente, dos textos que retomam o federalismo e o processo de descentralização para entender a implantação da regionalização enquanto projeto nacional de desenvolvimento, mas que acaba perdendo força quando se utiliza a metodologia de estudos de caso e entrevistas com gestores, que orientam sua fala para as dimensões técnica-instrumental e a política.

A segmentação proposta nesta dissertação atende a fins didáticos, de maneira a permitir compilar os resultados do trabalho de campo em categorias de análise. Em todo caso, as dimensões dialogam entre si e se retroalimentam, sobrepõem e influenciam uns aos outros, conforme esquema gráfico apresentado na sequência:

**Figura 3 – Relação entre as dimensões**



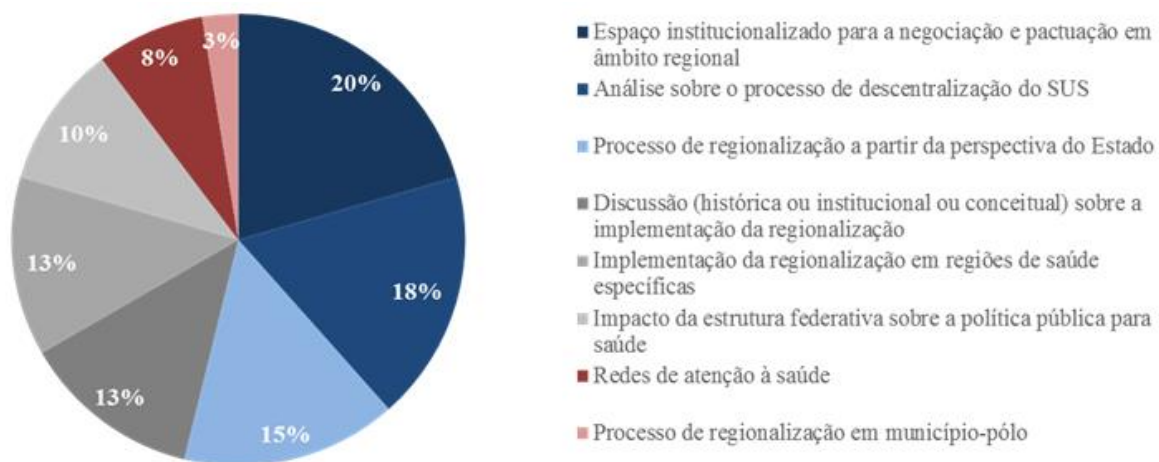
Fonte: elaboração própria

Essa estrutura procura identificar as diferentes naturezas dos desafios à implantação da regionalização nos moldes solidários e cooperativos, sem que se perca uma visão mais ampla do processo. A divisão em quatro dimensões foi pensada no intuito de agrupar esses desafios e prover maior coesão à análise final do presente trabalho, conforme será melhor explicado no capítulo metodológico.

### 2.3.6. Agendas e limites da literatura de regionalização da saúde: Municípios não-polo como atores secundários

A revisão bibliográfica utilizada para o desenvolvimento dessa pesquisa trouxe várias perspectivas para compreender a implementação do processo de regionalização da saúde, conforme a figura abaixo.

**Figura 4 – Grande temáticas da revisão de literatura sobre regionalização da saúde<sup>13</sup>**



Fonte: elaboração própria a partir da revisão de literatura

As pesquisas envolvendo o impacto da estrutura federativa sobre a política de saúde e a análise do processo de descentralização continuam sendo prevalentes. Entretanto, nota-se uma tendência de produção acadêmica orientada para estudos de caso que busquem entender como o processo de regionalização se desdobra nos estados, regiões de saúde e em redes de atenção à saúde, dado que cada território tem uma trajetória histórica-política-institucional própria (LIMA *et al.*, 2012). Dentro desses três últimos recortes, a análise voltada ao papel dos municípios é mais evidente quando a unidade analítica mobilizada se encontra em alguma região de saúde específica ou em alguma rede de atenção.

<sup>13</sup> Para a elaboração desse gráfico foi considerada apenas a literatura específica sobre regionalização da saúde. A classificação dos artigos pode ser encontrada nos anexos.

Apesar de o âmbito municipal constar na agenda de pesquisa, nota-se que grande parte das análises ou recai sobre os desafios enfrentados por municípios-polo (SPEDO; DA SILVA PINTO; TANAKA, 2010), ou então esses desafios são diluídos por uma preferência metodológica em observar a região da saúde como um todo, apesar das diferenças intrarregionais (SILVA; GOMES, 2014; LARA; MENDES, 2015). Nesse contexto, não foi identificado na literatura qualquer trabalho que explore os desafios para a implementação da regionalização da saúde a partir da ótica de uma terceira unidade analítica: os municípios que não possuem a função de polo (referência para alta complexidade) nem sede (referência para média complexidade).

#### **2.3.6.1. Definição de municípios não-polo e sua relevância para a regionalização da saúde**

Para definir os municípios não-polo, é necessário trabalhar os conceitos de município-polo e município-sede, ambos instituídos formalmente na primeira fase da regionalização (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015) por meio da NOAS (BRASIL, 2002). Nessa fase, o desenho da estrutura assistencial para o território delimitado buscou impulsionar a interdependência entre os municípios no intuito de garantir o acesso e a integralidade à população circunscrita à região ou microrregião (FLEURY; OUVÉNEY, 2007). Essa estruturação assistencial envolveu três estratégias principais (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

A primeira delas refere-se à homogeneização do acesso aos serviços de média complexidade dentro do território. Para alcançar tal propósito, a NOAS estabeleceu a estrutura de módulo assistencial e a figura do município-sede, propondo uma lógica que “articula um grupo de municípios em torno de um município-sede com capacidade de prover um conjunto mínimo de serviços de média complexidade chamado de ‘primeiro nível de referência intermunicipal<sup>14</sup>’, com garantia de acesso para toda a população no âmbito do módulo” (FLEURY; OUVÉNEY, 2007, p. 128). Como previsto pela NOAS:

b) Módulo Assistencial - módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no Item 8 - Capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica [...]

---

<sup>14</sup> O primeiro nível de referência intermunicipal compreende determinadas atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar (FLEURY; OUVÉNEY, 2007, p. 128).



c) Município-sede do módulo assistencial (GPSM ou GPAB-A) - município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos. (BRASIL, 2002)

A segunda estratégia segue a mesma linha de raciocínio, mas foca o acesso e a integralidade dos serviços especializados a partir da identificação de centros de referência voltados a serviços de alta complexidade, que a NOAS definirá como município-polo:

d) Município-polo (GPSM ou GPAB-A) - município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção (BRASIL, 2002).

A ideia é que o nível regional acomode municípios e estados com capacidades distintas de provisão dos serviços de saúde de maneira a que as iniquidades intrarregionais não comprometam o atendimento integral em todos os níveis de atenção do sistema (GONDIM, 2008).

A terceira estratégia relaciona-se à hierarquização dos serviços de saúde dentro da divisão territorial do estado. Embora o módulo assistencial seja a unidade mínima para qualificação do sistema, outros níveis de organização podem ser necessários diante da realidade do estado, desde que agreguem complexidade aos serviços (FLEURY; OUVÉRY, 2007).

A instituição do município-sede e do município-polo (por vezes um município assume ambos os papéis), é considerada, portanto, um elemento central para garantir a integralidade da atuação do SUS. A partir dessa organização se constrói o sistema de referência (fluxo de encaminhamento do usuário do nível menor para o de maior complexidade) e de contrarreferência (fluxo de encaminhamento do usuário do nível maior para o de menor complexidade). Desse modo, esses municípios possuem, por definição, maior capacidade de provisão de serviços de média e alta complexidade, e são os responsáveis por receber – mediante pactuação nas instâncias de governança regional – os usuários circunscritos àquela região de saúde (GONDIM, 2008).

Essa responsabilidade gera uma série de tensões para os gestores públicos responsáveis por esses municípios, que encontram dificuldade em atender a toda população da região, principalmente quando o sistema de referência e contrarreferência não é totalmente efetivo (SILVA; GOMES, 2014). Isto tem levado autores a explorar essa unidade analítica em particular, identificando os desafios a ela atrelados (SPEDO; DA SILVA PINTO; TANAKA, 2010; LIMA *et*

al., 2012). Na contramão, existem os municípios que não são referência para a região, mas que nem por isso deixam de ser peça fundamental para a implementação da regionalização do SUS.

Em paralelo à própria agenda setorial – que classifica o município de acordo com seu papel na referência dentro de uma região de saúde – é necessário trazer relação desses mesmos atores com o processo de urbanização, uma vez que o modelo que se tem hoje foi estabelecido já num contexto em que a configuração das cidades impacta fortemente na organização dos serviços entre as regiões.

As cidades seriam um dos principais componentes formadores de uma região, que se interligando e funcionando de forma coesa, criariam zonas de influência, que variam desde uma metrópole regional ou capital até centros locais. Haveria alguma hierarquização entre os centros urbanos, a depender do papel central que exercem (ROCHEFORT, 1960). Por esse motivo, é necessário estudar as cidades para além de sua individualidade, focando no tecido urbano e na relação estabelecida entre os diferentes atores.

Essa lógica é também verdadeira para a região da saúde. No caso dos municípios não-polo, eles possivelmente operariam como cidades de relevância local dentro de um tecido urbano mais complexo. Agora a grande diferença para a regionalização da saúde é que pensando a urbanização, os municípios não-polo provavelmente não conseguiriam tornar-se o centro de uma metrópole, enquanto que na saúde, eles podem se tornar um município-polo com a instalação de um equipamento, por exemplo.

A relevância desses atores passa por cinco principais motivos: primeiro, a natureza organizativa da regionalização não busca, *a priori*, produzir uma política pública, mas sim reformar sua orientação, o que torna desafiadora uma adesão rápida dos entes federativos à regionalização via mecanismos de indução (ROLNIK; IACOVINI, 2014). Segundo, para garantir escalabilidade, economicidade e eficiência, é necessário que a região seja composta por um número adequado de municípios (SILVA; GOMES, 2014), independentemente de sua capacidade de oferta. Terceiro, esses municípios possuem, de acordo com a regulação (BRASIL, 2011), a mesma representatividade nas instâncias de negociação e pactuação regional que municípios de referência. Quarto, esses municípios representam grande parte das regiões de saúde, dado que apenas alguns têm as condições para serem classificados como polo e/ou sede. Por fim, para a efetividade da

regionalização, é necessária uma postura solidária e cooperativa entre os entes federativos, que não pode ser desmontada por haver responsabilidades e capacidades diferentes dentro da região.

#### **2.3.6.2. Desafios e terminologias associadas aos municípios não-polo**

Por meio da revisão bibliográfica foi possível identificar alguns desafios associados aos municípios não-polo. Entretanto, esses achados empíricos tenderam a ser residuais, ou seja, derivaram de um recorte de pesquisa cujo objetivo não era analisar essa unidade analítica em particular. Desse diagnóstico se observa dois desdobramentos: Primeiro, são atribuídos nomes diversos para esse tipo de município (MACHADO, 2009; DE ARAÚJO DOURADO; ELIAS, 2011; SILVA; GOMES, 2013, 2014; MEDEIROS; GERHARDT, 2015) e, segundo, muitos dos desafios a eles associados encontram-se nas dimensões técnica-instrumental e governança.

José Ângelo Machado (2009) faz a distinção entre municípios “exportadores” e “importadores” de serviços (p. 105) para trabalhar o tema de cooperação intergovernamental na saúde. O primeiro grupo compreende os municípios-polo regionais, que são os responsáveis pelo atendimento dos usuários encaminhados pelos municípios referenciados. Já esses municípios referenciados fazem parte do grupo que importa serviços. Para o autor, embora as sucessivas regulações tenham buscado garantir a universalidade, o que significa dizer que não há barreiras de acesso entre municípios, as tensões entre esses dois grupos não diminuíram. Os motivos teriam sido a assimetria de informação que impede os atores de avaliar o cumprimento ou não dos pactos, e a manutenção da disputa por recursos financeiros.

Daniel de Araújo Dourado e Paulo Eduardo Mangeon Elias (2011) refletem sobre o consenso nos processos decisórios compartilhados em âmbito regional numa situação de assimetria de poder entre os entes federativos. Para desenvolver a reflexão os autores colocam que, em geral, os municípios com mais poder político tendem a ser mais populosos e/ ou desenvolvidos economicamente e com maior capacidade instalada para ofertar os serviços assistenciais. As CIR hoje, a instância deliberativa das regiões de saúde, só podem ter uma decisão se todos os seus membros concordarem com a proposta. Caso contrário, nenhuma decisão pode ser levada a cabo.

Os autores problematizam a tomada de decisão por consenso que, a depender da situação, pode “se transformar numa forma velada (ou não) de concentração da autoridade nos maiores

municípios, uma vez que os demais não terão recursos nem força política para divergir” (p. 210). Também acabam por tratar dos municípios não-polo de forma indireta quando definem as características dos municípios-polo, que tendem a ser mais populosos, ricos e detentores da maior oferta de serviços em saúde. Consequentemente, atribuem aos municípios não-polo um perfil de pequeno porte populacional, baixo desenvolvimento econômico e pouca densidade tecnológica.

Edson Silva e Mara Helena Gomes (2013, 2014) fazem uma contraposição entre “municípios ‘menores’ e municípios ‘ricos’” (p. 1113) para chamar atenção para a assimetria de poder, de recurso financeiro e de capacidade instalada, fatores que abalam a legitimidade do que é pactuado em âmbito regional. Os autores também apresentam uma segunda terminologia, decorrente de entrevista na secretaria de Saúde de Ribeirão Pires, que traz uma percepção negativa sobre o comportamento dos municípios não-polo, ao considerar seus cidadãos como invasores:

[...] o conflito reside principalmente na dificuldade de municípios com menor aparato de ofertas de serviços de saúde em operar seus sistemas, fazendo com que os munícipes com necessidades de saúde invadam os municípios vizinhos em busca de assistência (p. 1109)

No Grande ABC, o cidadão de outro município é considerado ‘invasor’ em busca de serviços, principalmente os de atenção básica. É visto como um ‘alien’ ou estrangeiro que modifica os indicadores de saúde ao final do mês e ano [...] (p. 1109)

No seu segundo trabalho (2014), usam o termo escalão para diferenciar os municípios entre si, sendo que os de primeiro escalão apresentam características de municípios polo. Nesses casos (municípios menores, invasor, terceiro escalão), os termos empregados trazem uma conotação claramente negativa sobre os municípios não-polo, derivada da fala (e da percepção) dos gestores de saúde:

Os municípios do terceiro escalão têm menor poder de mobilização que os do segundo escalão, Diadema e Mauá, e do primeiro escalão, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul. Nem sempre os municípios “menores” se sentem contemplados nos pactos negociados, pois questionam as formas de alocação de recursos concentrados nos municípios mais “ricos” (p. 1392)

Mais recentemente, Cássia Regina Gotler Medeiros e Tatiana Engel Gerhardt (2015) trouxeram uma nova perspectiva para analisar uma Rede de Atenção à Saúde ao utilizar como unidade analítica dois municípios de pequeno porte. Não é necessariamente verdade que os municípios não-polo são de pequeno porte, ou mesmo que os municípios-polo são grandes cidades. Apesar dessa ressalva, alguns achados empíricos ajudam a pensar os desafios municipais para a

conformação das RAS, como “[...] a centralidade do MS e da SES no estabelecimento de regras e domínio de recursos, gerando relações de subordinação e não de cooperação entre os entes federados; pouco planejamento, monitoramento e avaliação da rede; baixa capacidade gerencial nos municípios e parâmetros definidos pelo MS [...]” (p. 168).

A partir desse levantamento, podemos extrair algumas conclusões: inexistência de estudos cuja unidade analítica seja os municípios não-polo; variedade de terminologias para se referir a essas municípios, das quais algumas pejorativas; duas dimensões de desafios são recorrentemente identificadas, a de governança e a técnica-instrumental; dentre os desafios, os mais prevalentes relacionam-se à falta de isonomia entre os entes federativos, capacidade instalada insuficiente e financiamento em âmbito regional (sendo esses dois últimos ligados à concentração dos recursos em municípios-polo).

**Tabela 1 – Quadro-síntese sobre terminologias e desafios associados aos municípios não-polo<sup>15</sup>**

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	TERMINOLOGIA	DESAFIO*	DIMENSÃO*
MACHADO (2009)	Referenciado; Importadores	Falta de isonomia entre os entes federativos; Falta e assimetria de informação; Financiamento em âmbito regional; Capacidade instalada insuficiente	Governança; Técnica-instrumental
DE ARAÚJO DOURADO; ELIAS (2011)	Contraposição aos municípios populosos e/ou mais inseridos economicamente, que são os detentores de maior capacidade instalada na rede assistencial	Falta de isonomia entre os entes federativos; Financiamento em âmbito regional; Capacidade instalada insuficiente	Governança; Técnica-instrumental
SILVA; GOMES (2013)	Menores; Invasores	Financiamento em âmbito regional; Capacidade instalada insuficiente	Técnica-instrumental
SILVA; GOMES (2014)	Terceiro escalão	Financiamento em âmbito regional; Capacidade instalada insuficiente	Técnica-instrumental
MEDEIROS; GERHARDT (2015)	Pequeno porte	(In)suficiência da cultura participativa; Falta de isonomia entre os entes federativos; Falta e assimetria de informação; Financiamento em âmbito regional; Capacidade instalada insuficiente	Cognitiva-cultural; Governança; Técnica-instrumental

Fonte: elaboração própria

A relevância do papel que os municípios não-polo jogam na implementação da regionalização da saúde, combinada à insuficiência de estudos acadêmicos focados neles, abre uma lacuna de pesquisa que ainda precisa ser explorada.

<sup>15</sup> As categorias relacionadas à “dimensão” e desafios foram extraídas da taxonomia desenvolvida na seção 2.4.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Estratégias metodológicas**

A presente dissertação foi desenvolvida a partir de uma estratégia metodológica predominantemente qualitativa – o estudo de caso. Indicadores quantitativos serão utilizados como ferramentas de apoio para a seleção dos casos.

O estudo de caso é adequado por dois principais motivos. Primeiro, ele será centrado em uma situação particular (os desafios enfrentados pelos municípios não-polo), importante para compreender o fenômeno mais amplo em que está inserido: a implementação da regionalização da saúde em moldes cooperativos (GODOY, 2006). Segundo, o estudo de caso tem o potencial de agregar à pesquisa novos significados e *insights* que podem levar à reconstrução do fenômeno mais amplo (GODOY, 2006), que é fator essencial quando se trata de uma nova unidade analítica.

Parte da metodologia já foi desenvolvida ao longo do capítulo de revisão da literatura, quando foi apresentada a taxonomia para avaliar as quatro dimensões e seus respectivos desafios para a implementação da regionalização da saúde. Essa taxonomia será o referencial teórico para orientar a coleta de dados.

Para levantar os dados necessários de maneira que haja validade interna (GODOY, 2010), foi realizada triangulação a partir da análise documental (tanto dos materiais relativos ao planejamento regional dentro do município não-polo quanto daqueles da região da saúde, tais como o PPI), da condução de entrevistas semiestruturadas com gestores e atores políticos envolvidos no processo de regionalização, provenientes das secretarias de Saúde de municípios não-polo, e por fim, da participação enquanto ouvinte de reuniões de CIR.

Para a escolha do caso a ser estudado foram estabelecidos critérios dado que existem no Brasil 438 regiões de saúde, distribuídas por 26 estados brasileiros mais o Distrito Federal. Os critérios serão discutidos nas seções subsequentes.

#### **3.2. Seleção da unidade analítica: regiões de saúde desenvolvidas**

A implementação da regionalização da saúde depende de fatores condicionantes específicos aos estados e municípios que compõem uma região (LIMA *et al.*, 2012). Apesar dessas

especificidades inerentes ao processo, os pesquisadores se esforçam para extrair análises que tornem possível o trabalho comparado, estruturando tipologias para a avaliação das regiões de saúde independentemente de onde se encontrem (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011; LIMA *et al.*, 2012; DUARTE *et al.*, 2015; VIANA *et al.*, 2015).

A partir dessas tipologias deve ser possível apontar similaridades entre o processo de regionalização no país como um todo. Esses achados empíricos evidenciam que alguns estados foram mais bem-sucedidos na implementação do processo, por motivos que variam desde seu contexto histórico-estrutural até o conjuntural (LIMA *et al.*, 2012) e, consequentemente, apresentam uma regionalização mais consolidada. Partindo do pressuposto que diferentes graus de desenvolvimento das regiões de saúde implicam em diferentes desafios, para esta dissertação foi feita opção pelos tipos mais avançados do processo para analisar os desafios associados aos municípios não-polo.

A justificação por trás desse recorte é que essas regiões tendem a apresentar desigualdades internas (entre os municípios que a compõem) consideráveis, principalmente no que tange à capacidade instalada, aos investimentos públicos e privados em saúde, e à incorporação tecnológica (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011). Esse cenário leva a uma concentração de oferta de serviços de saúde em regiões polo e metropolitanas, implicando em situações de fragilidade e dependência de outros municípios no que tange a formulação, financiamento, regulação e planejamento da política de saúde (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011). Esse paradoxo motivou a escolha: as disparidades entre municípios-polo e não-polo tendem a ser mais intensas, e portanto, torna mais desafiadora a coordenação interfederativa.

### *3.2.1. Seleção dos estados que apresentam governança coordenada-cooperativa e institucionalidade avançada*

Os estados das regiões Sul e Sudeste<sup>16</sup> do Brasil apresentam contexto favorável à implementação da regionalização, devido ao seu desenvolvimento econômico consolidado, associado ao avançado processo de descentralização e à tradição de planejamento em saúde (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011).

---

<sup>16</sup> Santa Catarina e Rio de Janeiro seriam uma exceção.



Dentro desse conjunto de estados, há três (São Paulo, Minas Gerais e Paraná) onde a implementação da regionalização em saúde apresenta institucionalidade avançada e governança coordenada-cooperativa<sup>17</sup>. O primeiro traduz o desenvolvimento do conjunto de normas, estratégias, projetos e incentivos regionais que fomenta o estado, enquanto o segundo avalia a ação de governar em um mundo complexo conformado por autoridades independentes e com grande grau de autonomia (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011). Partindo dessa classificação – institucionalidade avançada e governança coordenada-cooperativa – obtém-se que esses três estados fomentam a regionalização a partir de uma estratégia institucionalizada, em que há definição de metas e objetivos específicos e compartilhados, e cujos atores atuam de maneira cooperativa.

Se há uma concentração de recursos e poder nas regiões polo e metropolitanas, que acaba por agravar as disparidades e dependência intrarregionais, a institucionalidade avançada e a governança coordenada-cooperativa ou atuam como caminhos para superar esse cenário ou acabam por cristalizar e perpetuar uma situação de desigualdade no estado. Esse dilema é um dos principais motivos que levaram ao primeiro filtro de opção por estados do Sul ou Sudeste.

A seleção desse *pool* de estados está também relacionada aos desafios que outros podem vir a enfrentar quando sofisticam seu processo de regionalização, caminhando para um cenário de institucionalidade avançada e governança coordenada-cooperativa. Dos 26 estados brasileiros, apenas cinco apresentam institucionalidade avançada e onze possuem uma estrutura de governança coordenada-cooperativa (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011). Portanto, as respostas institucionais dadas aos desafios para a implementação da regionalização nesse tipo de ambiente podem servir como aprendizado para experiências futuras de regionalização.

---

<sup>17</sup> Essa classificação foi extraída de ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011. Os autores dedicam todo um capítulo tratando da implementação da regionalização em saúde nos estados.

**Tabela 2 – Tipologias do processo de regionalização em saúde nos estados segundo macrorregiões**

		INSTITUCIONALIDADE		
		AVANÇADA	INTERMEDIÁRIA	INCIPIENTE
GOVERNANÇA	COORDENADA/ COOPERATIVA	SP; MG SE; CE PR MT	ES RS MS	
	COOPERATIVA		AC PI; RN SC	AP
	COORDENADA/ CONFLITIVA		RO PE	
	CONFLITIVA			AL
	INDEFINIDA		PA BA RJ GO	AM; RR PB

Fonte: Adaptado de ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011, p. 135. Não há classificação para os estados do Maranhão e Tocantins.

### **3.2.2. Seleção do estado de São Paulo e das regiões de saúde que apresentam alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta e complexidade de serviços de saúde**

A tipologia referente às regiões de saúde foi extraída da pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil<sup>18</sup>, que combina uma série de variáveis para desenvolver dois indicadores sobre as regiões de saúde, um para as características

<sup>18</sup> A pesquisa é ampla e não se restringe apenas à tipologia das regiões de saúde. Para mais detalhes, acessar o site: <http://www.resbr.net.br>

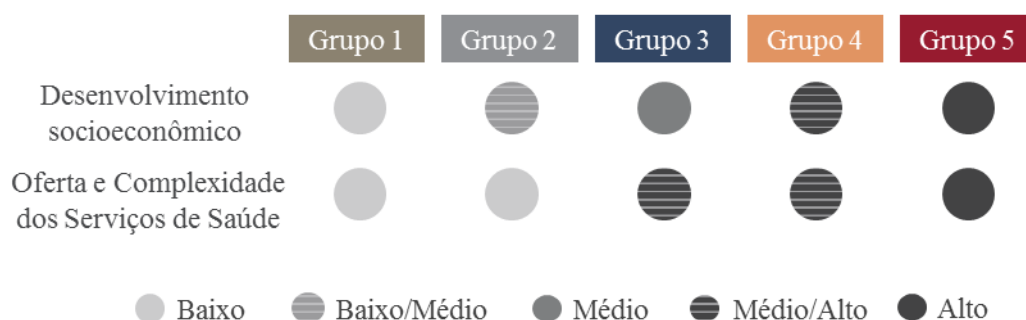
socioeconômicas e outro para a oferta e complexidade dos serviços de saúde. De acordo com o relatório metodológico da tipologia das regiões de saúde<sup>19</sup> (2016)

**Situação Socioeconômica:** relacionada ao grau de desenvolvimento socioeconômico dos municípios pertencentes às Regiões/CIR. As regiões que atingem os maiores valores nesse indicador caracterizam-se por agruparem os municípios mais urbanizados, populosos, industrializados e dinâmicos economicamente.

**Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde:** relacionada à complexidade dos serviços ofertados nas regiões/CIR. Maiores valores nesse fator indicam maior oferta e complexidade do sistema de saúde (p. 4)

A partir desses dois indicadores, os pesquisadores estruturaram cinco tipos de regiões de saúde. Em uma das pontas está o grupo 1, que abriga as regiões de saúde que apresentam baixo desenvolvimento econômico e baixa oferta e complexidade de serviços de saúde, enquanto o grupo 5 compreende as regiões caracterizadas pelo alto desenvolvimento econômico e alta oferta e complexidade de serviços. A partir dessa tipologia, os pesquisadores classificaram todas as regiões de saúde no Brasil (Tabela 3).

**Figura 5 – Características dos grupos**



Fonte: elaboração própria a partir da tipologia proposta pelo pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil

<sup>19</sup> Para encontrar os indicadores que compõem a situação socioeconômica e a oferta de serviços nas regiões de saúde, acessar o site: <http://www.resbr.net.br>, na seção de metodologia dos indicadores.

**Tabela 3 – Tipologia e características das regiões de saúde no Brasil**

<b>Tipologia das Regiões de Saúde</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 3</b>	<b>Grupo 4</b>	<b>Grupo 5</b>
<b>Desenvolvimento socioeconômico</b>	<b>Baixo</b>	<b>Médio/alto</b>	<b>Médio</b>	<b>Alto</b>	<b>Alto</b>
<b>Oferta de serviços de saúde</b>	<b>Baixa</b>	<b>Baixa</b>	<b>Média/alta</b>	<b>Média</b>	<b>Alta</b>
Número de Regiões de Saúde	175	47	129	27	60
% no total de Regiões de Saúde	40,0%	10,7%	29,5%	6,2%	13,7%
Nº de Regiões de Saúde (Região Norte)	28	11	3	3	0
Nº de Regiões de Saúde (Região Nordeste)	115	3	9	1	5
Nº de Regiões de Saúde (Região Sudeste)	25	12	64	13	39
Nº de Regiões de Saúde (Região Sul)	1	2	45	6	14
Nº de Regiões de Saúde (Região Centro-Oeste)	6	19	8	4	2

<b>Características das Regiões de Saúde</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 3</b>	<b>Grupo 4</b>	<b>Grupo 5</b>
Número de Municípios	2.151	482	1.891	300	746
% no total de municípios	38,6	8,7	33,9	5,4	13,4
População (projeção 2015)	45.915.423	11.652.541	41.575.210	21.594.257	83.713.217
% no total da população	22,5	5,7	20,3	10,6	40,9
Média de municípios por Região	12	10	15	11	12
Média da população por município	21.346	24.175	21.986	71.981	112.216

Fonte: elaboração própria a partir da tipologia proposta pelo pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil

Por essa tipologia, 40% das regiões de saúde no Brasil encontram-se no grupo 1, ou seja, possuem baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta e complexidade dos serviços de saúde. Também é aparente que a concentração desse tipo está nas regiões Norte e Nordeste. Já as regiões do grupo 5, que possuem alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta e complexidade de serviços de saúde, representam 13,7% do total (terceiro tipo mais prevalente). As regiões Sul e Sudeste são as que mais concentram regiões do tipo 5.

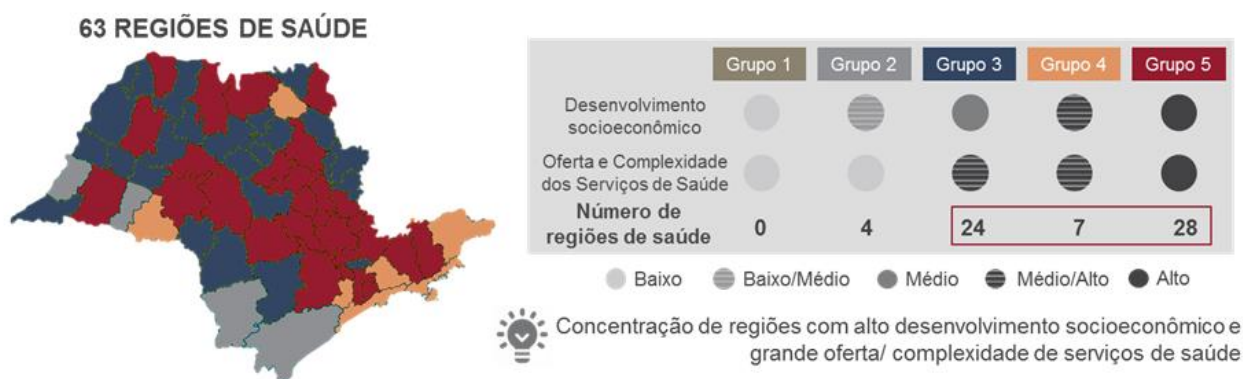
Apesar dos tipos 5, 4 e 3 abrigarem quase 80% das regiões de saúde, é importante notar que apenas no tipo 1 está mais de 40% da população do Brasil. Por haver uma grande concentração populacional nesse tipo de região, o grupo 5 passa a se tornar um objeto de estudo relevante para a presente dissertação. A seleção do grupo tipo 5 também segue a mesma lógica de escolha dos estados com institucionalidade avançada e governança coordenada-cooperativa. Conforme as regiões de saúde se desenvolvem, tanto do ponto de vista econômico quanto do social, e passam a ser capazes de ofertar os serviços de saúde necessários à sua população, existe a tendência para

uma migração dos desafios característicos do grupo 1 para desafios mais próximos àqueles enfrentados por grupos 3, 4 e 5<sup>20</sup>.

A opção por São Paulo ante Paraná e Minas Gerais, se deu por dois motivos. O primeiro deles diz respeito à prevalência de regiões de saúde do tipo 5 dentro do estado: São Paulo possui 63 regiões de saúde, sendo que 28 delas (aproximadamente 45% do total das regiões de SP) são classificadas como de alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta e complexidade de serviços de saúde (grupo cinco). Já Minas Gerais possui 77 regiões, sendo que apenas seis delas (cerca de 8% do total das regiões de MG) apresentam as características do grupo cinco, e no Paraná, que possui 22 regiões de saúde, há apenas três enquadradas no grupo cinco (cerca de 13,5% do total das regiões do PR).

O segundo motivo refere-se à dispersão geográfica das regiões de saúde tipo 5 dentro dos estados. Em São Paulo essas regiões podem ser encontradas por praticamente todo o território, enquanto em Minas Gerais e no Paraná, elas tendem a se concentrar de maneira próxima às áreas metropolitanas. Portanto, a quantidade de regiões de saúde tipo cinco e sua dispersão geográficas pelo território foram os dois motivos que levaram à seleção do estado de São Paulo.

**Figura 6 – Tipologia das regiões de saúde no Estado de São Paulo**



Fonte: elaboração própria a partir da tipologia proposta pelo pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil

<sup>20</sup> A tipologia não pretende ser uma linha de desenvolvimento a ser seguidas por todas as regiões de saúde. Cada uma delas tem condicionantes próprias que influem na implementação da regionalização.

### 3.2.3. Seleção das regiões de saúde dentro do Estado de São Paulo

Como o objetivo é explorar e validar a categoria município não-polo, então esses serão selecionados a partir de, no mínimo, duas regiões de saúde, no intuito de que os achados encontrados não resultem de uma dinâmica específica do território selecionado. Na sequência está a tabela com todas as 28 regiões de saúde no estado de São Paulo que apresentam alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta e complexidade de serviços de saúde.

**Tabela 5 – Regiões de saúde do grupo cinco do estado de São Paulo**

Comissões Intergestores Regionais (CIR)	Nº de municípios na Região de Saúde	Comissões Intergestores Regionais (CIR)	Nº de municípios na Região de Saúde
Alta Sorocabana	19	Limeira	4
Alto Vale do Paraíba	8	Lins	8
Aquífero Guarani	10	Marília	19
Araras	5	Norte – Barretos	10
Baixa Mogiana	4	Piracicaba	11
Bauru	18	Polo Cuesta	13
Bragança	11	Região Metropolitana de Campinas	19
Central do DRS II	11	Rio Claro	6
Central do DRS III	8	Rota dos Bandeirantes	7
Circuito das Águas	5	São José do Rio Preto	20
Coração do DRS III	6	São Paulo	1
Fernandópolis	13	Sorocaba	20
Grande ABC	7	Três Colinas	10
Jundiaí	7	Vale do Paraíba/Região Serrana	10

Fonte: elaboração própria a partir da tipologia proposta pelo pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil

A seleção das regiões de saúde obedeceu a uma lista de critérios excludentes. O primeiro critério observado diz respeito ao número de municípios que compõem a região de saúde. Estabeleceu-se uma exigência aleatória mínima de quinze municípios por região, de tal modo a que a amostra fosse a mais variada possível. Essa primeira etapa de priorização excluiu 22 das 28 regiões de saúde.

Como segundo filtro, optou-se por excluir as regiões fronteiriças com outros estados, para evitar captar um fenômeno de migração de saúde interestadual, o que levou à exclusão de mais duas potenciais candidatas (Alta Sorocabana e São José do Rio Preto). Restaram, portanto, Bauru; Marília; Região Metropolitana de Campinas; e Sorocaba.

Terceiro, optou-se por selecionar uma região de saúde que correspondesse a uma região metropolitana, no intuito de também abordar os desafios de cooperação já discutidos por Aurea Maria Zöllner Ianni (2012)<sup>21</sup>. Dentre as quatro regiões filtradas, apenas uma atende a essa característica, a Região Metropolitana de Campinas (OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, 2010). Dada a proximidade geográfica com Campinas (regiões fronteiriças), optou-se por excluir a região de saúde de Sorocaba, na intenção de evitar replicação de achados empíricos.

Por fim, optou-se por trabalhar com a região de Marília ante a de Bauru, dada a maior diferença das características de seus municípios (intermunicipal de uma mesma região), o que permite uma amostra mais variada para selecionar os casos.

#### *3.2.4. Seleção dos municípios não polo dentro das regiões de saúde da Região Metropolitana de Campinas e de Marília*

Selecionadas as regiões de saúde, coube a definição dos municípios não-polo que integrariam a pesquisa. O recorte foi necessário, dado que o mapeamento preliminar apontou mais de 20 municípios que poderiam se enquadrar como não-polo.

Para separar os municípios referência, foram analisados os dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O filtro “Estabelecimento por nível de atenção”, disponível no CNES, possibilitou a identificação do número de serviços ofertados em cada município, a partir da tripla combinação entre: (i) nível de atenção (Atenção Primária, Média Complexidade, Alta Complexidade); (ii) tipo de estabelecimento (ambulatorial ou hospitalar) e por tipo de administração (municipal ou estadual).

Foram automaticamente excluídos os municípios onde há serviços hospitalares públicos (esses municipais ou estaduais), dado que estes recebem as demandas de saúde de fora de seus respectivos territórios, ou seja, atuam como polo ou sede por definição (BRASIL, 2002). Esse primeiro levantamento foi confirmado juntos aos gestores dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) VII (Campinas) e IX (Marília). A única modificação após a validação teve como o objeto o

---

<sup>21</sup> Em linha gerais, a autora coloca que há, tanto no processo de regionalização quanto no da formação/ execução de uma região metropolitana, uma primazia pela coisa formal/ administrativa ante o aspecto estratégico; dificuldade de locomoção intermunicipal dos habitantes da RM; fragilidade dos instrumentos de pactuação; a autarquização dos níveis de gestão; competição por recursos, entre outros.

município de Hortolândia, na região de Campinas: embora não tenha unidades hospitalares, ele é referência para alguns serviços.

Já nesse primeiro filtro foi possível identificar as diferenças entre Campinas e Marília. A primeira região possui 6.427 equipamentos de saúde, dos quais dez municípios possuem serviços referência para MAC. O principal município da região, Campinas, abriga 40,64% dos estabelecimentos. Já Marília possui 1.274 equipamentos de saúde - o que em termos *per capita* supera Campinas (484 estabelecimentos/ habitante *versus* 604 estabelecimentos/ habitante) - mas conta com uma distribuição bastante desequilibrada. Marília abarca mais de 70% desses estabelecimentos, e apenas cinco municípios atuam como referência. Os resultados podem ser observados nas tabelas 6a e 6b<sup>22</sup>. Esse primeiro filtro se traduziu numa amostra ainda extensa, com oito municípios em Campinas<sup>23</sup>, e outros quinze em Marília.

**Tabela 6 (a) – Oferta de serviços de saúde na Região Metropolitana de Campinas**

Tipo de estabelecimento vis-à-vis nível de atenção	Ambulatorial Municipal			Ambulatorial Estadual			Hospitalar Municipal		Hospitalar Estadual		TOTAL
	AP	MC	AC	AP	MC	AC	MC	AC	MC	AC	
Americana	136	662	19	-	-	-	-	4	-	-	821
Artur Nogueira	44	57	-	-	-	-	-	1	-	-	102
Campinas	491	1979	98	-	8	9	3	18	3	3	2612
Cosmópolis	15	68	5	-	-	-	-	1	-	-	89
Holambra	11	9	-	-	-	-	-	-	-	-	20
Hortolândia	47	122	2	-	-	-	-	-	-	-	171
Indaiatuba	175	248	11	-	-	-	-	3	-	-	437
Itatiba	116	131	2	-	-	-	-	2	-	-	251
Jaguariúna	12	78	-	-	-	-	-	-	-	-	90
Monte Mor	47	42	-	-	-	-	-	-	-	-	89
Morungaba	10	15	-	-	-	-	-	-	-	-	25
Nova Odessa	27	43	-	-	-	-	-	-	-	-	70
Paulínia	57	129	4	-	-	-	-	1	-	-	191
Pedreira	31	47	1	-	-	-	-	-	-	-	79
Santa Bárbara d'Oeste	105	182	13	-	2	1	-	1	-	-	304
Santo Antônio de Posse	11	14	1	-	-	-	-	-	-	-	26
Sumaré	74	151	4	-	2	2	1	1	1	1	237
Valinhos	73	330	3	-	-	-	-	2	-	-	408
Vinhedo	186	216	3	-	-	-	-	-	-	-	405
<b>Reg Metro Campinas</b>	<b>1668</b>	<b>4523</b>	<b>166</b>	<b>-</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>34</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6427</b>

<sup>22</sup> Importante ressaltar que os dados indicam o número de estabelecimentos de saúde (e não número de leitos). Vários estabelecimentos de saúde de pequeno porte podem significar menos leitos do que apenas um estabelecimento de grande porte. No mais, as conclusões observadas não guardam relação, necessariamente, com os resultados de saúde da região, mas apontam apenas padrões de distribuição diferentes.

<sup>23</sup> Desconsiderando Hortolândia.



Fonte: Elaboração própria com dados do CNES

Obs: os municípios destacados em cinza são aqueles que não atuam como referência para a região

**Tabela 6 (b) – Oferta de serviços de saúde na Região de Marília**

Tipo de estabelecimento vis-à-vis nível de atenção	Ambulatorial Municipal			Ambulatorial Estadual			Hospitalar Municipal		Hospitalar Estadual		TOTAL
	AP	MC	AC	AP	MC	AC	MC	AC	MC	AC	
Álvaro de Carvalho	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Alvinlândia	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Campos Novos Paulista	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Echaporã	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Fernão	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Gália	3	10	-	-	-	-	-	-	1	-	14
Garça	34	51	3	-	-	-	1	-	2	-	91
Guaimbê	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Guarantã	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Júlio Mesquita	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Lupércio	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Marília	697	177	13	-	9	8	2	2	4	2	914
Ocaucu	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Oriente	11	3	-	-	-	-	-	-	-	-	14
Oscar Bressane	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Pompéia	35	93	4	-	-	-	-	-	1	-	133
Quintana	6	16	-	-	-	-	-	-	-	-	22
Ubirajara	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Vera Cruz	6	13	-	-	-	-	-	-	-	-	19
Marília	826	396	20	-	9	8	3	2	8	2	1274

Fonte: Elaboração própria com dados do CNES

Obs: os municípios destacados em cinza são aqueles que não atuam como referência para a região

Na segunda etapa coube a seleção dos municípios que passariam a integrar esta dissertação. Para tanto, cinco critérios foram aplicados aos 23 municípios que ainda não tinham sido descartados. A lógica foi selecionar diferentes perfis para compor a amostra<sup>24</sup>:

- Proximidade do município-polo (relação com o fluxo logístico dos usuários). Gradação de 1 a 4, sendo que o número 1 representa uma alta proximidade geográfica (municípios fronteiriços), enquanto o 4 representa menor proximidade geográfica (municípios afastados do polo de saúde da região)

<sup>24</sup> Os seguintes critérios: Número de habitantes; Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*; Indicador Sintético de Desempenho do Serviço de Saúde (2015) foram extraídos do banco de dados do projeto de pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. O critério sobre proximidade foi avaliado de acordo com mapas das regiões de saúde. O critério sobre abertura dos gestores municipais para participar da pesquisa foi uma orientação dos DRSs.

- Número de habitantes (relacionado ao porte dos municípios, questão essa que já foi discutida em alguns artigos acadêmicos<sup>25</sup>)
- Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* (relação com a condição socioeconômica do município)
- Indicador Sintético de Desempenho do Serviço de Saúde (2015) (relação com a capacidade de ofertar serviços de saúde, com qualidade)
- Disposição do município para participar da pesquisa

**Tabela 7 (a) – Perfil dos municípios não-polo da Região de Campinas**

Município da Região Metropolitana de Campinas	Proximidade do Município polo	Projeção de População (2016)	Indicador Sintético de Desempenho do Serviço de Saúde (2015)	Produto Interno Bruto per capita (R\$ 1,00) - 2013
Holambra	3	13.698	3,33	R\$ 47.456,78
Jaguariúna	1	53.069	4	R\$ 124.527,70
Monte Mor	1	56.335	3	R\$ 51.934,49
Morungaba	1	13.085	2,67	R\$ 32.157,11
Nova Odessa	3	57.504	3	R\$ 43.537,81
Pedreira	1	46.094	3	R\$ 21.154,56
Santo Antônio de Posse	3	22.597	3,33	R\$ 31.289,18
Vinhedo	2	73.855	2,67	R\$ 102.187,18

Fonte: Elaboração própria com dados combinados

Obs: os municípios destacados em azul claro são aqueles que possuímos indicadores mais baixos para a região, enquanto que os municípios destacados em azul escuro são aqueles que possuímos indicadores mais altos para a região.

<sup>25</sup> Verificar a referência bibliográfica sobre Cássia Regina Gotler Medeiros e Tatiana Engel Gerhardt (2015).

**Tabela 7 (b) – Perfil dos municípios não-polo da Região de Marília**

Município da Região de Marília	Proximidade do Município polo	Projeção de População (2016)	Indicador Sintético de Desempenho do Serviço de Saúde (2015)	Produto Interno Bruto per capita (R\$ 1,00) - 2013
Álvaro de Carvalho	1	5.075	2,67	7.365,38
Alvinlândia	2	3.182	2,67	12.384,91
Campos Novos Paulista	2	4.870	2,33	23.583,40
Echaporã	1	6.281	3,33	17.710,20
Fernão	4	1.680	4,67	21.307,25
Guaimbê	1	5.717	2	10.663,39
Guarantã	2	6.662	3	17.143,27
Júlio Mesquita	1	4.710	3,33	8.172,99
Lupércio	2	4.561	2,67	9.488,40
Ocaçu	1	4.305	2,67	17.528,03
Oriente	1	6.447	1,67	12.793,64
Oscar Bressane	2	2.615	2,67	21.639,59
Quintana	3	6.484	2,67	19.124,61
Ubirajara	3	4.711	2,67	10.599,92
Vera Cruz	1	10.980	1,33	9.637,26

Fonte: Elaboração própria com dados combinados

Obs: os municípios destacados em azul claro são aqueles que possuem indicadores mais baixos para a região, enquanto que os municípios destacados em azul escuro são aqueles que possuem indicadores mais altos para a região.

Após a coleta dos dados, os municípios foram selecionados de tal maneira que a amostra final tivesse, ao menos, um representante para cada critério. Para Campinas, os municípios selecionados foram: Holambra (uma das menores populações e menos próximo do polo); Jaguariúna (fronteiriço com o polo, maior PIB *per capita* e melhor indicador sintético de saúde), Pedreira (menor PIB *per capita*) e Vinhedo (maior população, e pior indicador sintético de saúde).

Para Marília, os municípios selecionados foram: Fernão (menos próximo do polo, menor população, um dos maiores PIB *per capita* e melhor indicador sintético de saúde); Oriente

(fronteiriço com o polo e um dos piores indicadores sintéticos de saúde); Oscar Bressane (um dos maiores PIB *per capita*) e Vera Cruz (maior população e pior indicador sintético de saúde)<sup>26</sup>.

### 3.3. Orientações para a condução de entrevistas

Os *stakeholders* entrevistados foram selecionados a partir de três grupos: (i) aqueles que participam da regionalização enquanto representantes do estado de São Paulo (DRSs); (ii) aqueles que participam da regionalização como município(s) polo e/ou sede; (iii) aqueles que participam da regionalização como o(s) municípios(s) não-polo. A ideia foi captar os entendimentos de diferentes atores sobre os desafios relacionados aos municípios não-polo.

O questionário desenvolvido para as entrevistas<sup>27</sup> teve de ser capaz de trazer luz sobre: (i) a interpretação que os atores têm sobre regionalização de maneira geral; (ii) a auto avaliação sobre sua participação nesse processo; (iii) as principais dificuldades dentro das quatro dimensões identificadas na revisão de literatura; (iv) percepção sobre os municípios não-polo (v) formas alternativas de atingir objetivos regionais, que podem fugir ao desenho formal da região de saúde.

As entrevistas foram realizadas entre novembro e dezembro de 2016, com 14 gestores do setor de saúde. Além dos oito municípios não-polo selecionados anteriormente, participaram também os Departamentos Regionais de Saúde de Campinas (uma gestora) e de Marília (uma gestora e uma apoiadora) e as Secretarias Municipais de Campinas (polo da região de Campinas), de Garça e de Gália<sup>28</sup> (sedes da região de Marília). A pesquisadora também participou como observadora das CIRs das duas regiões de saúde.

No intuito de preservar a identidade do(a)s entrevistado(a)s, ele(a)s foram separados em três grupos e receberam uma denominação genérica. No caso dos Departamentos Regionais de Saúde, existem as entrevistadas DRS I, DRS II e DRS III. Para os municípios polo e/ ou sede, existem as entrevistadas 1, 2 e 3 e para os municípios não-polo existem os(as) entrevistado(a)s A, B, C, D, E, F, G e H.

---

<sup>26</sup> Em Marília, os municípios com menor PIB *per capita* não estavam inteiramente dispostos a participar da pesquisa.

<sup>27</sup> O questionário pode ser encontrado no anexo II.

<sup>28</sup> O gestor do município de Marília não pode receber a pesquisadora pois a dissertação não havia sido ainda aprovada em nenhum Comitê de Ética.

## 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 4.1. Regionalização da saúde no Estado de São Paulo

No estado de São Paulo, movimentos de descentralização e centralização da gestão e provisão dos serviços de saúde se deram antes mesmo do estabelecimento do SUS (MENDES, 2005). Inicialmente, a descentralização da saúde teria caminhado em paralelo à desconcentração (PESTANA; MENDES, 2004) da própria secretaria de estado da Saúde (SES). Alguns artigos apontam o governo Franco Montoro (1983-1986) como marco inicial para esse processo (GUERRA, 2015; MENDES *et al.*, 2015).

As principais experiências estaduais ao longo desse período foram<sup>29</sup>: o Programa Metropolitano de Saúde (PMS), visando à descentralização da provisão da assistência médica do setor público; estabelecimento de convênios de entre estado e municípios, com foco na transferência de recursos do primeiro para o segundo; criação de 62 Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS), com foco na gestão descentralizada e regionalizada dos serviços de saúde. “Esses escritórios eram autônomos e se constituíam em unidades de despesa, preconizavam a integração, a hierarquização e a regionalização das ações de saúde” (MENDES, 2005, p. 113). Eles foram os responsáveis por coordenar, organizar e executar os serviços públicos de saúde sediados nos municípios de sua jurisdição (MENDES, 2005; GUERRA, 2015).

Em paralelo às ações estaduais, dois modelos fomentados pela União também influenciaram a configuração descentralizada dos serviços de saúde. O primeiro, Ações Integradas de Saúde (AIS), permitiu ampliar os recursos repassados aos estados e aos municípios responsáveis por ações e serviços de saúde (aumento da capacidade de oferta). Ele possibilitou o surgimento de novas formas de gestão no estado, por meio de comissões interinstitucionais<sup>30</sup>. O segundo, o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS) (BRASIL, 1997), surge como uma tentativa de descentralizar para os estados tanto a gestão da política de saúde, quanto a provisão dos serviços, quebrando a lógica unicamente financeira. O sistema faz a ponte entre os serviços anteriormente

---

<sup>29</sup> Para mais detalhes sobre o processo de descentralização e regionalização no Estado de São Paulo, indica-se a leitura de MENDES (2005), e GUERRA (2015), ambos disponíveis nas referências bibliográficas.

<sup>30</sup> Destaque para as Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS, Comissão Regional Interinstitucional de Saúde – CRIS e Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – CIMS (MENDES, 2005).

sob responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (GUERRA, 2015).

Em síntese, no estado de São Paulo, houve uma experiência de regionalização no período pré-SUS. Essa foi marcada mais pela cessão da responsabilidade da provisão de serviços de saúde do que pelo compartilhamento da gestão do sistema em si (MENDES, 2005). Embora os ERSAS tenham tido um papel importante quando de seu estabelecimento, ao final da década de 80 os escritórios foram esvaziados a partir da recentralização do processo de tomada de decisão pela secretaria estadual de Saúde (MENDES, 2005), do aprofundamento da municipalização (e do subsequente controle das atividades de gestão e planejamento pelos próprios municípios) e da transferência de alguns serviços estaduais para a iniciativa privada.

Com o estabelecimento do SUS, a experiência de regionalização no Estado fica condicionada aos marcos regulatórios das NOBs de 93 e de 96. Essas normas operacionais instigaram a descentralização do sistema a partir de um modelo focado nos municípios. Este fator, aliado às políticas neoliberais no plano nacional, e ao próprio esvaziamentos dos ERSAS, levaram à reorientação no nível regional (IBAÑEZ; VIANA; ELIAS, 2009). Durante esse período, os 65 escritórios regionais foram extintos e substituídos por 24 Diretorias Regionais de Saúde (DIRs).

Com a publicação das NOAS em 2002, que já visava responder à fragmentação gerada no período anterior, o estado de São Paulo volta a introduzir estruturas regionais, agora organizadas em 65 microrregiões de saúde que apresentavam similaridade com os extintos ERSAS. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) também tentou avançar na Programação Pactuada Integrada, embora sem sucesso (GUERRA, 2015). Entende-se que essa organização funcionou como referência técnica, mas não produziu efeitos práticos.

Em 2006, a publicação do Pacto Pela Saúde e o processo de construção descentralizada do Plano Estadual de Saúde 2008-2011, instigou a readequação das estruturas regionais do estado, que são as que funcionam atualmente: as 24 DIRs foram substituídas por 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), e o Plano Diretor de Regionalização definiu as 64 regiões de saúde, com seus respectivos Colegiados de Gestão Regional (CGR)<sup>31</sup> (GUERRA, 2015).

---

<sup>31</sup> Deliberação CIB/SP nº. 163/2007

A divisão administrativa da secretaria de estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) se faz por meio dos DRS (ESTADO DE SÃO PAULO, 2006). Os departamentos são responsáveis por coordenar as atividades da secretaria no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE). Já as regiões de saúde são entendidas como o local privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas entre as esferas de governo para aquele território (COSEMS-SP, 2011). Em síntese, a primeira estrutura funciona como a descentralização administrativa da SES-SP, enquanto a segunda é o fórum institucionalizado para debater a regionalização da saúde.

**Figura 7 – Estado de São Paulo segundo Departamentos de Saúde, 2012**



Fonte: secretaria de estado de Saúde de São Paulo

A penúltima estrutura regional do estado foi desenvolvida visando o aperfeiçoamento das regiões de saúde já definidas, com vistas à implementação das Redes de Atenção à Saúde - RAS (BRASIL, 2010). Nesse contexto, São Paulo se organizou via grupo de trabalho bipartite<sup>32</sup>, e gerou

---

<sup>32</sup> Deliberação CIB/SP n°.17/2011

o Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) no estado de São Paulo (2011). Segundo o documento:

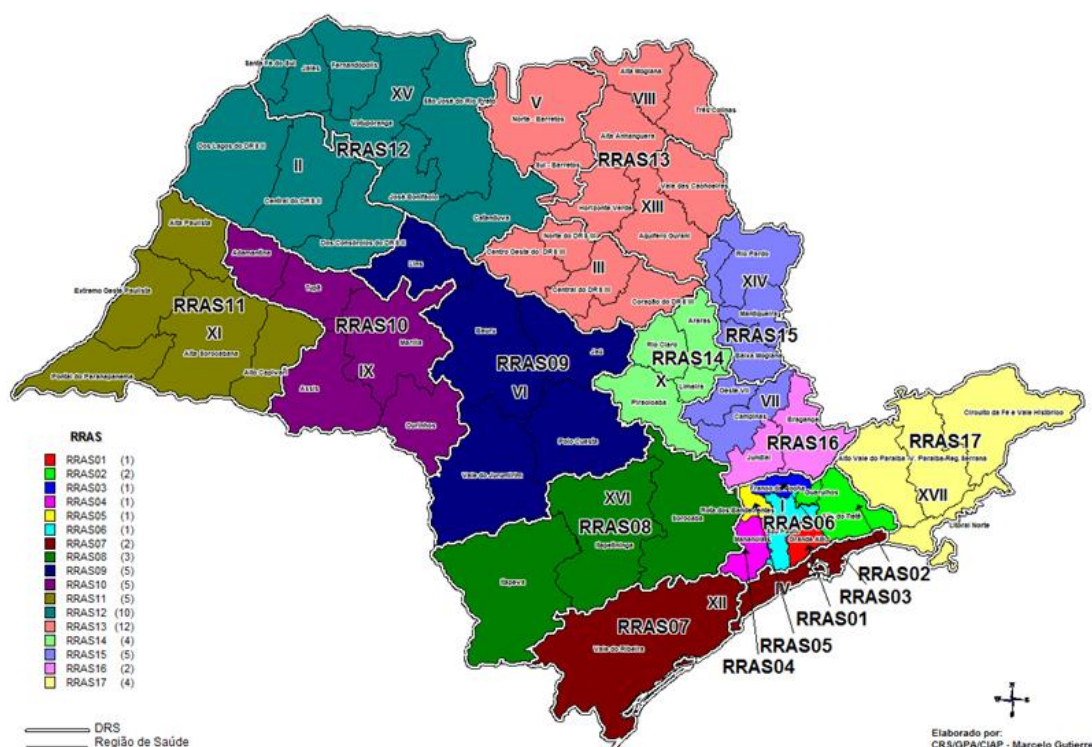
As RRAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado num determinado território.

São caracterizadas pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a atenção básica e os demais pontos de atenção do sistema de saúde. Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

São compostas por várias Redes Temáticas [...], algumas restritas a serviços de alta complexidade, outras compostas por serviços de várias densidades tecnológicas. Estas Redes Temáticas podem ser aqui definidas como pontos de atenção articulados entre si, com objetivo de promover a integralidade do cuidado.

Assim, as RRAS têm como objetivo integrar serviços e organizar sistemas e fluxos de informações para dar suporte às atividades de planejamento e definição de fluxos no território (p. 2-3).

**Figura 8 – Distribuição das Redes Regionais de Atenção à Saúde, 2011**



Fonte: secretaria de estado de Saúde de São Paulo



Embora os gestores entrevistados enxerguem as RAS como o lado prático da regionalização, e, portanto, central para o sucesso da política, a percepção geral é que a falta de financiamento, principalmente o que seria responsabilidade do ministério da Saúde, impede que elas se tornem mais do que um desenho de fluxo no papel.

Atualmente, uma outra discussão cara ao estado é a implementação de instrumentos definidos pelo Decreto 7.508/ 2011, como o Contrato Organizativo da Administração Pública (COAP) e o Mapa pela Saúde. Embora sejam discutidos desde 2012, os avanços são limitados. De acordo com o resultado do trabalho de campo, as discussões sobre o COAP foram muito intensas quando da publicação do decreto, mas o receio dos gestores municipais em se comprometerem juridicamente aos pactos regionais impediu o avanço do instrumento. O Mapa da Saúde é tido como uma ferramenta relevante para o suporte de tomada de decisão baseada em evidências, mas sua atualização não é feita desde 2012, o que o torna obsoleto.

Por fim, um dos movimentos mais recentes da secretaria estadual de Saúde visando à regionalização foi a criação da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde - CROSS (SÃO PAULO, 2010). Essa central tem como objetivo integrar as ações voltadas para a regulação do acesso nas áreas hospitalar e ambulatorial, bem como monitorar e produzir indicadores sobre a rede assistencial do estado. O sistema analisa a disponibilidade de leitos a partir das pactuações definidas em âmbito regional e torna mais ágil e impessoal a transferência de pacientes em estado grave de saúde e que precisam de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou que necessitam realizar procedimentos complexos. O sistema CROSS, na visão dos entrevistados, é uma tendência que deve ganhar força nos próximos anos, pois ele institucionaliza as pactuações regionais e não observa localidade, poder econômico nem qualquer outra característica do paciente que não seu quadro clínico. A regulação, embora ainda enfrente desafios para sua implementação integral, já trouxe avanços importantes para os municípios, tal como será demonstrado no quinto capítulo desta dissertação.

## **4.2. Breve histórico sobre as regiões de saúde de Campinas e Marília**

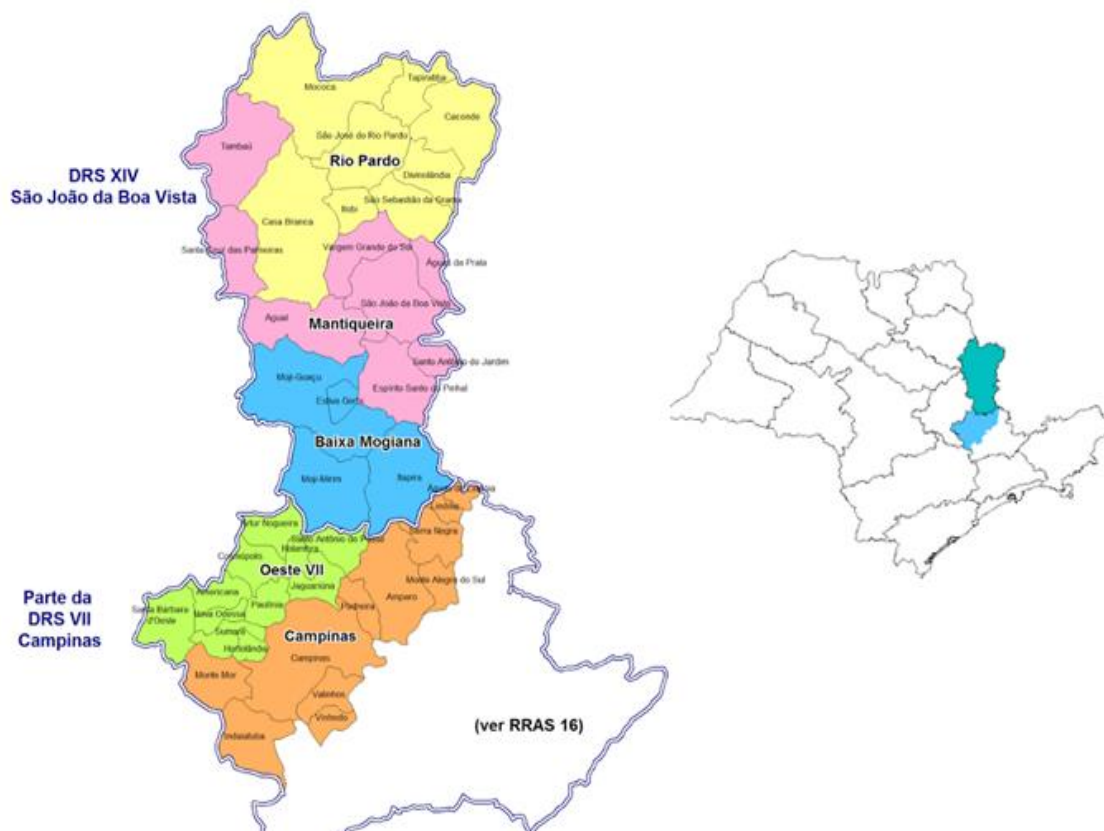
### ***4.2.1. Região de saúde de Campinas***

A região metropolitana de Campinas corresponde também à região de saúde, que compreende 19 municípios: Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Monte Mor, Morungaba, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara d'Oeste, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo. Ao todo, vivem no território cerca de 2,8 milhões de habitantes (IBGE, 2010), com estimativas de ter alcançado mais de 3,1 milhões de habitantes em 2016 (REDES E REGIÕES). É a segunda região metropolitana mais rica e desenvolvida do estado, e a décima do país. Em 2013, seu PIB *per capita* médio atingiu R\$ 47.333,87.

Está localizada geograficamente na região centro-leste de São Paulo. Conta com amplo sistema viário, bastante ramificado que apresenta como principais eixos a Rodovia dos Bandeirantes e a Rodovia Anhanguera, que ligam a cidade de São Paulo ao interior paulista; a rodovia SP-304, rumo a Piracicaba, a Rodovia Santos Dumont, rumo a Sorocaba e a Rodovia Dom Pedro I, que faz a ligação com o Vale do Paraíba, entre outras.

Da perspectiva de organização setorial, a região integra o DRS VII (Campinas), também responsável por Bragança, Jundiaí, Oeste VII, e a RRAS 15 - que por sua vez abarca dois DRS, o VII e o XIV (São João da Boa Vista). Por abrigar muitos serviços de alta complexidade, como a Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, a região de saúde de Campinas acaba sendo referência para municípios que não integram os 19 citados acima; até mesmo podem ser o serviço para outros estados, como Minas Gerais ou Espírito Santo.

**Figura 9 – Municípios, Região de Saúde, DRS (VII) e RRAS (15): Campinas**



Fonte: secretaria de estado de Saúde de São Paulo

#### 4.2.2. Região de saúde de Marília

A região de saúde de Marília compreende 19 municípios: Álvaro de Carvalho, Alvinlândia, Campos Novos Paulista, Echaporã, Fernão, Gália, Garça, Guaimbê, Guarantã, Júlio Mesquita, Lupércio, Marília, Ocaçu, Oriente, Oscar Bressane, Pompéia, Quintana, Ubirajara e Vera Cruz. Ao todo, vivem no território cerca de 362 mil de habitantes (IBGE, 2010), com estimativas de ter alcançado mais de 386 mil de habitantes em 2016 (REDES E REGIÕES). Em 2013, seu PIB *per capita* médio atingiu R\$ 30.910,49.

Está localizada geograficamente na região centro-leste de São Paulo. Três principais rodovias servem a região; BR-153, SP-294 e SP-333; além disso, há pontos de escoamento pela Hidrovia Tietê-Paraná e um aeroporto regional.

Da perspectiva de organização setorial de saúde, a região integra o DRS IX (Marília) - também responsável por Adamantina, Tupã, Assis e Ourinhos e a RRAS 10 - que corresponde ao mesmo desenho do DRS. O Hospital das Clínicas de Marília é a grande referência de alta (e até média) complexidade, não só para sua região de saúde, mas também para todas aquelas que compõem o DRS IX. A falta de outras referências na região sobrecarrega o Hospital das Clínicas, o que tem afetado de maneira negativa o acesso à saúde pelos pacientes locais.

**Figura 10 – Municípios, Região de Saúde, DRS (IX) e RRAS (10): Marília**



Fonte: secretaria de estado de Saúde de São Paulo

#### **4.3. Apresentação dos resultados a partir das quatro dimensões que congregam os desafios atuais para a implantação da estratégia de regionalização**

Os resultados coletados a partir das entrevistas e da observação nas CIRs são apresentados de acordo com as quatro dimensões definidas na revisão bibliográfica: dimensão cognitiva-cultural; dimensão relacionada à governança regional; dimensão política; dimensão técnica-instrumental.

Busca-se apresentar a percepção dos municípios não-polo sobre cada um dos desafios já mapeados, e contrapor à visão dos outros atores.

#### ***4.3.1. Dimensão cognitiva-cultural***

A dimensão cognitiva-cultural traz cinco desafios: regionalização restrita a seu uso enquanto ferramenta; baixa legitimidade do desenho das regiões de saúde; (in)capacidade de trabalhar com o sentimento de pertencimento regional; (in)suficiência da cultura participativa; baixa legitimidade do pacto estabelecido nas instâncias regionais formais.

Os entrevistados apresentam uma **visão sobre a regionalização** orientada para a organização de serviços e divisão de responsabilidades, mas com um entendimento profundo, e até certo ponto estratégico, sobre a relevância do processo para a garantia do direito à saúde. Todas as 14 falas abordam, com maior ou menor intensidade, o desenho ideal do fluxo de pacientes, a necessidade de gerenciar equipamentos regionais em territórios municipais, e a integração de serviços entre os municípios, estado e União. Mesmo compartilhando essa visão instrumental da regionalização, os entrevistados reconhecem a importância que esse processo tem para o SUS, sob o argumento de que é por meio dele que se possibilita a distribuição solidária de recursos entre os entes federativos e, por consequência, a garantia de acesso a qualquer paciente que venha a utilizar o sistema, independentemente da capacidade de seu município de origem.

Os gestores dos municípios não-polo foram os mais taxativos em relação à importância de regionalizar os serviços de saúde. Para eles, a regionalização é a opção mais interessante para acessar serviços complexos, como explicitados nas falas: “Eu acho que a regionalização da saúde é o que falta para nós aqui, municípios pequenos” (Entrevistado C, 2016); “A rede, a regionalização para a gente é muito importante; justamente por ser um município pequeno, a gente tem grandes dificuldades em questão à referência, entendemos que quando se cria a rede, a gente tem um local determinado e uma garantia do acesso” (Entrevistada F); “Regionalização hoje para nós tem sido bom no sentido de que você tem acesso mais rápido aos serviços secundários e terciários” (Entrevistada A, 2016); “O processo da regionalização é ter equipamentos né, principalmente da alta e da média complexidade distribuídos, porque você não tem nem RH nem estrutura nos municípios” (Entrevistada B, 2016); “Eu vejo a regionalização como a saída para o município

pequeno conseguir dar assistência integral para a população. Porque pelo nosso orçamento, nosso tamanho, a gente não tem que ter um hospital, a gente não tem condições de bancar nada de alta complexidade e muito pouco de médio” (Entrevistado G, 2016).

Uma problematização decorrente dessa leitura é que a regionalização fica quase exclusivamente vinculada à organização de serviços de média e alta complexidade, enquanto que a discussão sobre Atenção Primária à Saúde (APS) acaba em segundo plano. A crítica aqui, liderada principalmente pelo DRS e por um dos municípios polo, é que sem uma rede primária adequada e resolutive, os serviços de MAC estarão sempre sobrecarregados, independentemente do investimento feito na rede:

Esse que é o grande problema, essas cidades têm uma dificuldade de fazer uma rede básica de qualidade, seja com unidades de saúde fortes, seja com capacitação de equipes, seja com programação da saúde da família, às vezes não têm investimento. Então não segura o profissional, não faz vínculo. E daí a atenção básica fica de baixa qualidade e vai estourar na média e na alta. O indivíduo precisa controlar uma pressão, ele não tem acesso, daqui a pouco ele tem um AVC. Aí ele precisa se reabilitar, fisioterapia, precisa de uma prótese, não tem, porque, se tivesse feito bem a atenção básica ele ia sair dessa (Entrevistado H, 2016).

Sobre a **configuração das regiões de saúde**, o problema estaria menos na legitimidade dos municípios que a compõem (proximidade cultural, facilidade de movimento intermunicipal, entre outros), e mais na incapacidade desse desenho em lidar com o novo perfil social, econômico, populacional e epidemiológico da população que abarca. O argumento de que a definição dos contornos territoriais foi um processo sem orientação prévia e sem trabalho coletivo não parece verdade para os casos analisados, sejam esses municípios polo, sede ou não polos (LIMA *et al.*, 2012; KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015). De fato, a região de Campinas até chegou a mudar seu desenho há poucos anos atrás.

A interpretação que é transversal aos entrevistados, e a maior crítica ao desenho atual das regiões de saúde, é que a realidade já é tão diferente do momento em que elas foram estabelecidas, que essas se tornaram obsoletas na missão de garantir a autossuficiência dos serviços em saúde: “O desenho foi criado há muito tempo, mas várias coisas mudaram e ainda se mantém o desenho. Então para o momento atual precisava rever né? Porque assim, talvez no momento em que foi desenhado, que foi pensado era bom, mas agora precisa ter um olhar diferente, tudo mudou” (Entrevistada D, 2016).

Dentro da lógica democrática-participativa da regionalização estaria também o objetivo de fomentar o **sentimento de pertencimento** a um espaço ampliado, que não necessariamente é o município. Garantindo que a população se sentisse confortável por pertencer a uma região, então a resistência dos gestores em compartilhar seus recursos poderia ser mitigada (SILVA; GOMES, 2015). A questão é que poucos entrevistados, e menos ainda aqueles que falam em nome dos municípios não-polo, entendem isto como um desafio.

Dentro dos poucos gestores que se posicionaram sobre o tema, houve duas falas semelhantes. Primeiro, a população entende que, para ter acesso a serviços mais complexos, como uma cirurgia ou um tratamento oncológico, ela deverá se deslocar até Campinas ou Marília. Para esses pacientes pertencentes aos municípios não-polo, fica claro que existe uma referência fora do lugar onde moram, e por isso a noção de região fica um pouco mais próxima, tal como colocam dois dos gestores: “Assim, falando do meu município. Eu acho que eles (*a população*) entendem sim (*a necessidade de regionalizar*). Por não ter o especialista no município, a gente tem que explicar que nossa referência é Marília” (Entrevistada 3, 2016); “Hoje todo mundo sabe que existe a nossa regionalização, que é Marília, e é sempre assim” (Entrevistado C, 2016).

Segundo ponto, esses pacientes que residem em municípios não-polo, mostram-se felizes com a abertura de novos serviços na região, mas apenas se isso se traduzir em menos tempo despendido em deslocamento. Existe uma resistência grande, principalmente de grupos mais vulneráveis como crianças, gestantes e idosos, para efetuar esses deslocamentos. Como exemplificam duas gestoras: “Para você ter uma ideia, nós temos vagas no AME de Santa Bárbara e o usuário não queria ir, queria resolver tudo por aqui” (Entrevistada B, 2016); “Deslocamento não é agradável, mas com a notícia de que o serviço está mais próximo, eles se sentem mais confortáveis. Se tem uma consulta às sete da manhã em Campinas, cinco da manhã tem que estar de pé. Então isso gera, socialmente, um conforto” (Entrevistada A, 2016).

Em síntese, a regionalização da saúde ainda não foi capaz de promover esse tipo de sentimento na população, de promover uma mudança cultural, o que impacta a disposição dos políticos em compartilhar seus recursos.

Em relação às limitações trazidas pela **insuficiência da cultura participativa sobre o processo de regionalização**, fica claro que os gestores não sentem a CIR esvaziada. Pelo contrário,

a percepção é que a Comissão Intergestores, mesmo que tenha sofrido com o baixo quórum nesse ano eleitoral, é um espaço cuja participação é relativamente consistente qualificada. Essa parece ser mais uma crítica de externa (de pesquisadores) (MAIA; GIOVANELLA, 2014), do que uma percepção dos gestores. No acompanhamento das duas reuniões da CIR de que a pesquisadora participou (uma no final de novembro e outra no início de dezembro), a presença ultrapassou a marca de 70%. A visão dos entrevistados para contrapor o argumento de que a participação é limitada, é que as próprias dificuldade em garantir acesso com recursos cada vez limitados os leva a procurar soluções compartilhadas.

Entendendo que há participação na instância regional, os desafios tornam-se mais específicos. O principal deles, reconhecido pela maior parte dos entrevistados – sendo esses de municípios polo, sede ou não polo, é a falta de engajamento não mais do secretário de saúde, mas do próprio prefeito:

Quando a gente fala que os municípios têm que ser solidários, cooperativos, e que essa é a tônica da regionalização, acho que já avançamos. Eu acho que a regionalização já está embutida na cabeça dos Secretários Municipais de Saúde, mas eu sinto ainda que não está na lógica da gestão dos prefeitos (Entrevistada 2, 2016).

A missão de engajar os prefeitos é importante porque eles quem têm a palavra final sobre qualquer tipo de investimento ou desinvestimento e sua falta de familiaridade com a agenda regional torna o processo de barganha bem mais complicado: “O prefeito é o demandador de todas as despesas do município. Às vezes acaba sendo acertada essa parte política entre os prefeitos e que não é interessante. Se eles tivessem esse conhecimento acredito que seria muito bom, porque eles iriam dar o suporte para o secretário quando você falasse não” (Entrevistada F, 2016).

A região de saúde de Campinas, por ser também metropolitana, tem um fórum específico dos prefeitos (IANNI *et al.*, 2012). Para os gestores da região, esse diferencial é muito importante para garantir o engajamento dessa classe política nos temas de saúde. É definitivamente uma vantagem quando comparada à região de Marília, pois o setor de saúde tem um espaço específico para dialogar com o coletivo de prefeitos, sem ter que insistir na presença de todos eles na mesma CIR, o que impõe um esforço de coordenação muito grande e pouco viável. Como coloca uma gestora sobre o fórum dos prefeitos da RMC:



Às vezes tem algum assunto que você discute com o prefeito aqui, mas não o convence de porque é melhor ter o serviço lá, etc, e na reunião de prefeitos, isso vai novamente para discussão, talvez com uma visão técnica mais aprofundada do que a nossa para fazê-los compreender. Não adianta eu implantar um polo de serviço num município muito pequeno, e que os demais não poder ter acesso. Então a priorização de onde vão estar os serviços é fundamental que seja feito com o prefeito, com todos os prefeitos (Entrevistada A, 2016).

A questão do engajamento dos prefeitos é consenso entre os entrevistados. Já a participação dos secretários de saúde na CIR e sua empatia com o projeto de regionalização é verdadeira principalmente para os municípios não-polo. Das duas CIRs nas quais houve presença da pesquisadora, os municípios de Marília e Campinas foram representados apenas por sua área técnica, enquanto que a maioria dos representantes dos municípios não-polo eram os próprios secretários. Essa participação diferenciada pode ser um indicativo da relevância que os atores atribuem à CIR e à própria regionalização, de maneira mais ampla.

Por fim, uma segunda solução apontada pelos entrevistados para garantir a participação elevada nos espaços regionalizados, principalmente os da região de Campinas, é manter uma equipe técnica que possa dar continuidade à agenda, independentemente da figura política na liderança do município: “Eu vou na CIR desde que era CGR em 2007. Então nós já tivemos várias mudanças de prefeitos e de secretários, mas continua sendo eu participo. Em alguns municípios, são as mesmas pessoas que participam lá desde que eu vou, pelo menos desde uns cinco municípios” (Entrevistada B, 2016). Esse grupo de técnicos é responsável por manter o tema aquecido dentro da agenda de saúde pública do município, e de engajar o secretário de saúde, mesmo que seja recente no cargo.

O último desafio da dimensão cognitiva-cultural tem relação com o descrédito atribuído à CIR caso as pactuações regionais sejam recorrentemente frustradas. Esse cenário levaria a **percepção de baixa legitimidade da instância deliberativa**, que por sua vez impacta negociações futuras (DE ARAUJO DOURADO; ELIAS, 2011). Foi consenso entre os entrevistados de todos os municípios visitados que nem as pactuações nem sempre são efetivadas, mas isso não afeta a legitimidade e relevância da CIR porque há sempre um esforço em tentar cumprir o acordo.

O entendimento de que os atores estão dispostos a pelo menos tentar implementar os pactos é o mais relevante em termos de credibilidade, tanto para o estado quanto para os municípios (sejam polo ou não): “Na verdade, nós tentamos (*cumprir o pactuado*), no que é da nossa governabilidade

nós tentamos manter as pactuações, mesmo porque nós somos cobrados por isso. De forma geral, tudo aquilo que decidimos, as decisões são compartilhadas, pactuadas e cumpridas, mesmo porque existe uma cobrança de ambos os lados” (Entrevistada DRS I, 2016), “Na verdade assim, tudo que é pactuado é tentado manter, mas não é atendido de maneira fidedigna” (Entrevistada F, 2016).

Os entrevistados colocam que um dos problemas para a efetividade dos pactos está na relação entre a administração pública e o prestador. Muitos dos serviços de saúde em ambas as regiões contam com a participação de entes privados, o que impede os gestores de tomar alguma medida mais severa caso este não apresente o desempenho acordado: “A gente tem as pessoas que sentam, planejam, mas que na hora de conversar com o serviço é diferente. Cada serviço funciona de uma forma, então as vezes nem o gestor consegue se estabelecer com o seu serviço” (Entrevistada B, 2016).

Embora o caso seja mais grave com o setor privado, essa dificuldade em trabalhar com o prestador também acontece em relação ao serviço público: “Para alguns serviços, por exemplo, o HC de Marília, sinto que temos uma dificuldade enorme em pactuarmos questões e cumprir essas questões pactuadas. Isso existe aqui e no Hospital Regional de Assis.... Esses prestadores, me parece que têm certa dificuldade em cumprir a promessa deles” (Entrevistada DRS I, 2016).

Também é apontada como dificultador da efetividade dos pactos a falta de investimento dos entes estadual e federal nas redes de saúde, sendo esse um desafio transversal aos vários tipos de municípios:

Muita coisa do que é pactuado na CIR, e que não acontece é por falta de investimento, porque a região tem que ter o apoio do nível central, São Paulo, por exemplo, e depois o Ministério. Às vezes São Paulo lança um projeto, todas as regiões correm para fazer, é tudo feito e enviado e às vezes não acontece (Entrevistado G, 2016)

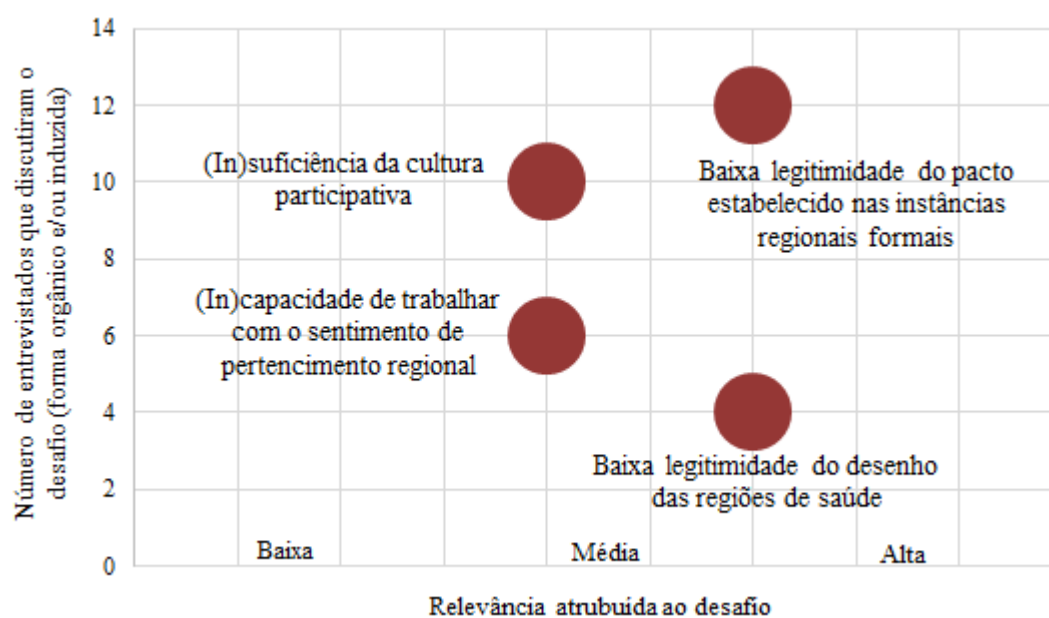
Uma gestora de um município sede de Marília trouxe um segundo ponto também relevante para essa discussão na perspectiva cognitiva-cultural. Haveria um próprio descaso por parte do gestor em acompanhar as pactuações passadas e ser mais vigilante sobre os compromissos assumidos. Para aumentar a credibilidade da CIR, é preciso que seus participantes estejam mais atentos e que acompanhem de forma sistematizada o que foi discutido:

Olha, a gente tem a memória curta. Às vezes a gente esquece o que pactuou há dois meses. Então eu acho que o papel do gestor é ler a ata e o que ficou pendente, e começar a cobrar:

Olha a gente discutiu na reunião tal, tal assunto e ficou decidido, pactuado que era para tomar tal ação, mas o que é que foi feito disso aí? Ninguém cobra (Entrevistada 2, 2016).

As técnicas do estado, no papel do DRS, atribuem essa efetividade mediana dos pactos a questões de governabilidade, o que é menos presente na fala dos municípios não-polo. Na visão das entrevistadas, a falta de *enforcement* é uma questão sensível para a legitimidade da CIR e que já dialoga com a próxima dimensão.

**Figura 11 – Síntese da percepção de relevância dos entrevistados sobre os desafios da dimensão cognitiva-cultural<sup>33</sup>**



<sup>33</sup> Regionalização restrita a seu uso enquanto ferramenta não está compreendida no gráfico pois nenhum dos participantes tocou neste desafio diretamente. A apresentação dos resultados foi uma análise da pesquisadora sobre as entrevistas concedidas.

DESAFIO	SÍNTESE DOS ACHADOS EMPÍRICOS
<b>Regionalização restrita a seu uso enquanto ferramenta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há uma visão sobre a regionalização bastante orientada para a organização de serviços</li> <li>• Por outro lado, há o reconhecimento da relevância da regionalização como uma das principais estratégias para garantir acesso</li> <li>• Regionalização atrelada ao acesso aos serviços de MAC, principalmente, o que leva a APS a ficar em segundo plano</li> </ul>
<b>Baixa legitimidade do desenho das regiões de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há problemas quanto a legitimidade do desenho das regiões tais como conformadas no passado</li> <li>• Principal crítica é que o desenho não mais responde às novas necessidades de saúde da população</li> </ul>
<b>(In)capacidade de trabalhar com o sentimento de pertencimento regional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionalização ainda não foi capaz de promover uma mudança cultural na população</li> <li>• População dos municípios não-polo entendem a dinâmica do fluxo das referências</li> <li>• Pacientes mostram-se felizes com a abertura de novos serviços na região, mas apenas se isso se traduzir em menos tempo despendido em deslocamento</li> </ul>
<b>(In)suficiência da cultura participativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestores não sentem a CIR esvaziada, pelo contrário, é um espaço cada vez mais utilizado para o debate</li> <li>• Corpo técnico engajado garante maior adesão à CIR, independentemente da liderança política</li> <li>• Falta de engajamento dos prefeitos dificulta a agenda regional</li> <li>• Pouca participação dos secretários dos municípios polo dificulta a agenda regional</li> <li>• Consenso pode ser um modelo de tomada de decisão que acomoda os gestores</li> </ul>
<b>Baixa legitimidade do pacto estabelecido nas instâncias regionais formais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepção de quem nem sempre o que é pactuado e obedecido, entretanto, isto não afeta a legitimidade da CIR</li> <li>• Principal fator para que haja credibilidade na CIR é que os gestores entendem que há esforço em tentar cumprir o pactuado</li> <li>• Dificuldade da administração pública em lidar com os prestadores é um grande problema para garantir a execução dos pactos</li> </ul>

Fonte: elaboração própria a partir da análise das entrevistas

#### 4.3.2. Dimensão relacionada à governança regional

A dimensão relacionada à governança traz quatro desafios: (in)capacidade de absorver atores não governamentais; fragilidade dos instrumentos de pactuação; falta de isonomia entre os entes federativos; falta e assimetria de informação.

Grande parte dos entrevistados defende a CIR como um espaço intergestor. Por isso, não enxergam a **não participação sistemática dos prestadores e da sociedade** como um desafio à implementação da regionalização, como identificado na revisão da literatura (MEDEIROS; GERHARDT, 2014; VIANA *et al.*, 2015). Portanto, não seria uma incapacidade, mas sim uma escolha.

Os entrevistados reconhecem a interação com os prestadores como um desafio e merecedora de soluções institucionalizadas, mas a CIR não é o espaço para isso, pois a presença dos prestadores em todas as reuniões foi considerada negativa: “Acho que não é o caso, pois poderia inibir algumas pautas” (Entrevistada 3, 2016), “A CIR seria mais para os gestores mesmo. A gente já teve experiência de estar o prestador presente nas reuniões, então é muito complicado, porque

você fala uma coisa e eles já vão em cima e você não consegue fechar o seu pensamento. Essa questão seria muito difícil e não acho interessante” (Entrevistada F, 2016).

Duas estratégias que vêm sendo utilizada para tentar aproximar o prestador da CIR, são: (i) o convite de participação em situações específicas e/ou (ii) o engajamento em grupos de trabalho para definir oferta e demanda para áreas de cuidado determinados. Em ambos os casos, todo o processo é formal e liderado pelo DRS com anuência dos membros da CIR. Essa experiência tem sido bem-sucedida e os municípios a têm apoiado: “Uma vez ou outra que vai alguém, para discutir ou provocar, mas geralmente quando vai, a gente já leva todos os problemas para serem discutidos” (Entrevistado C, 2016) e

O contato com os prestadores tem sido feito pelo DRS, e quando tem alguma coisa muito conflitante eles vêm para a reunião da CIR, e aí a solicitação parte dos secretários. Nós já tivemos vários casos que precisava conversar frente a frente com o prestador, e ele entender qual a demanda do secretariado. Já há dois anos que a gente trabalha dessa forma (Entrevistada A, 2016).

Sobre os grupos de trabalho, são convidados prestadores, médicos e gestores públicos para levantar qual a demanda e qual a capacidade de oferta na região. Esse esforço foi feito em áreas de cuidado como ortopedia, parto de alto risco, entre outros.

A participação da população foi um tema discutido mais pelos municípios sede e pelos não-polo. Os entrevistados entendem que a CIR é muito técnica para que haja a presença institucionalizada de representantes da sociedade, mas confessam que falham em passar as discussões regionais para a sua população. Também colocam que o usuário quer receber o serviço, mas não necessariamente se engajar nas questões de rede assistencial: “É muito técnico, acho que não dá. O secretário anterior até conversava, mas o entendimento do Conselho não é claro” (Entrevistada B, 2016); “Eu acho que essas coisas, a gente tem Conselho Municipal. Eu acho que aí eu até me coloco como uma falha da gestão. Realmente aquilo que é discutido aqui pouca coisa a gente leva para o Conselho, mas acho que isso aí tem que ser uma atribuição do secretário” (Entrevistada 2, 2016).

Alguns municípios não-polo se organizam para que as discussões realizadas na CIR e em outros grupos que tratam da regionalização sejam levadas à população, por meio do Conselho Municipal de Saúde. Os gestores que promovem essa agenda colocam que, de fato, a natureza técnica da coisa pode ser um desafio no primeiro momento, mas o Conselho consegue absorver a

lógica da saúde regionalizada e multiplicá-la entre os outros municípios: “Tem o Conselho Municipal de Saúde (CMS), que é bem ativo. Pelo CMS o secretário de saúde traz tudo! É que eu não participo disso, mas ele traz para o CMS as ideias discutidas lá e sabe as opiniões de todos” (Entrevistada E, 2016) e

Eu posso estar equivocada, mas eu não consigo imaginar um cidadão comum dando conta disso, mas é importante. Hoje, eu tenho por hábito, o que se define na CIR eu trago para a reunião do Conselho Municipal de Saúde, sempre informando e comunicando que vai acontecer isso, estamos com um problema aqui, e o problema não se resolve em menos de dois, três meses, vai suspender o atendimento em determinado local... isso eu trago para a minha equipe do Conselho (Entrevistada A, 2016).

Todos os gestores entrevistados concordam que os **instrumentos regulatórios existentes** hoje para fomentar a regionalização não são eficazes, como apontado por vários autores (MACHADO, 2009; IANNI *et al.*, 2012; CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014). Esse não é um desafio particular ao município não-polo. Apenas uma gestora municipal que está na administração pública faz mais de duas décadas e as técnicas de planejamento do DRS tinham conhecimento sobre o PDR e o PDI. Os outros entrevistados têm familiaridade com a PPI, mas a consideram completamente desatualizada e figurativa: “A PPI eu participei dela em 2006. Ela foi muito trabalhosa, deu muita esperança para os municípios, era uma coisa que ajuda. Visualizava em documentos, em sistema, onde a gente ia encaminhar tal coisa, mas ela não saiu do papel efetivamente” (Entrevistado G, 2016); “A PPI, eu digo que é virtual. Eu participei da PPI desde 2006-2007, e sinceramente, é uma coisa muito virtual” (Entrevistada B, 2016).

O grande problema da PPI, para os entrevistados, é que ela já não consegue refletir a realidade nem da demanda e nem da oferta da região. Por isso os pactos ali formalizados não passam de figuração, achado que corrobora o que a literatura identificou (SILVA; GOMES, 2013, 2014). Além da PPI ser de 2006/2007, ela foi construída a partir de dados de produção de serviços e não da real necessidade de saúde da população: “A PPI não foi feita em cima de necessidade; foi um levantamento de produção, que não tinham os dados fidedignos, então quem estava um pouco melhor informado tinha um pouquinho mais” (Entrevistada B, 2016).

Os entrevistados também apresentaram muita dificuldade em determinar a relação entre o que está na PPI, com as novas tendências para a regionalização, como as RAS e mesmo o sistema CROSS. Para todos os gestores municipais entrevistados, não há relação entre as coisas. Houve

apenas um posicionamento de uma gestora da RMC, que colocou que o esforço de desenho das redes pode vir a substituir de maneira orgânica a PPI, pois traria as referências e o fluxo por linha terapêutica/ área de cuidado. Já uma das técnicas do DRS colocou que uma vez definida uma nova rede, a PPI pode ser atualizada.

Apesar dessa visão negativa sobre a eficácia da PPI, todos concordam que esse tipo de instrumento é muito importante para orientar as referências para aquela região de saúde.

A PPI, a gente não tem outra ferramenta para se basear o que é que ficou pactuado a não ser a PPI mesmo desatualizada, mas é um elemento que a gente tem. É um parâmetro, a gente tem que ter um parâmetro, que eu não posso ficar falando uma coisa sem a gente saber o que é que ficou pactuado (Entrevistada 2, 2016).

Uma ponderação vinda principalmente das técnicas do DRS é que a PPI, mesmo atualizada, ainda seria um instrumento de pactuação. Isso significa que não existiriam medidas legais para beneficiar/ punir aqueles que atendem/não atendem ao que foi combinado. Recentemente, a iniciativa mais agressiva da CIR nesse sentido é a transferência de teto financeiro dos prestadores que não cumprem as pactuações:

Se é muito reincidente (*um prestador não cumprir o pactuado*): eu tô te pagando lá pra fazer 10 cataratas por mês e você não faz..., daí avisa 1 mês, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses, 6 meses, 8 meses, e aí a gente fala assim ‘eu vou tirar o seu teto’, mas não que vá dar uma punição ou fazer um processo administrativo. Tirar o teto é o castigo (Entrevistado H, 2016)

A gente tira o teto, porque é o que dá para fazer. Porque de verdade, eu não posso obrigar ninguém a querer nada, nossa função ali é coordenar, ordenar, pensar estratégias, maneiras de fazer com o recurso que se tem, propor novas formas de fazer, capacitar (Entrevistada DRS II, 2016).

O COAP, segundo a visão de alguns gestores, seria um instrumento que traria segurança jurídica às pactuações, conforme posto por alguns autores (SANTOS; DE SOUSA CAMPOS, 2015), mas as discussões não vingaram por dois motivos: (i) experiências em regiões que adotaram o contrato não foram bem sucedidas e (ii) o gestor não estaria disposto a vincular seu nome juridicamente a um compromisso, sendo que deixa a administração pública em quatro, ou no máximo oito anos: “Nós fizemos várias discussões sobre o COAP, mas chegou num ponto que parou, agora ninguém mais fala” e

Ele seria um bom instrumento porque você estaria contratualizando, seria um contrato. Você vai assinar. É um instrumento jurídico: ‘eu, gestora de saúde de Campinas, estou

aqui assinando que vamos fazer para vocês, gestores de Vinhedo', é um instrumento jurídico. Ele é importante, mas a implementação é difícil (Entrevistada B, 2016).

Os municípios não-polo, que têm opções locais restritas para média complexidade e inexistentes para a alta complexidade, acabam sofrendo com as pactuações não efetivadas, porque o baixo teto financeiro MAC ao qual têm direito é automaticamente repassado para outros municípios. Sendo assim, eles acabam sem o serviço pactuado, e sem o recurso.

A percepção de que os **entes federativos não gozam de isonomia dentro da CIR** parecia um dos principais desafios enfrentados pelos municípios não-polo. Entretanto, essa hipótese se mostrou falsa. Os entrevistados entendem que a CIR é um espaço democrático, aberto, onde todos têm a mesma voz e o dever de contribuir. Não é percebido o estado como tendo um papel autoritário, e nem a pauta de um município frente a de outro, como identificado anteriormente (IANNI *et al.*, 2012).

A preparação da reunião deliberativa começa com a Câmara Temática, em que um grupo de municípios sob coordenação do DRS prepara a pauta que orientará a próxima CIR. Feito esse documento, todos os gestores da região o recebem por e-mail e podem pedir a inclusão de algum outro ponto. Mesmo se perderem esse momento, no início da reunião intergestores ainda é possível incluir uma nova pauta para deliberação. A própria participação da pesquisadora na CIR de Marília foi conduzida dessa forma.

Dentre os municípios não-polo, a visão de que todos são tratados da mesma forma é unânime, assim como a percepção de que a discussão é colaborativa: “Eu não tenho tido dificuldade não, todos falam. Tanto na CIR como antes, tem a Câmara Temática. Eu uso muito a Câmara Temática quando tem algum assunto para resolver, levar para a CT, discutir e pedir a pauta na CIR, não como sugestão, mas como pauta mesmo” (Entrevistada A, 2016).

Ao longo da participação nas duas CIRs, de fato foi verificado que se promove um clima de solidariedade e cooperação entre os participantes; frases como “Não tem lado de lá e de cá, estamos todos no mesmo barco” e “Quando a construção é coletiva, ela anda, e ela é sólida” exemplificam o clima das reuniões. As intervenções também são feitas por qualquer gestor que se manifeste, e todos as escutam de maneira respeitosa. O papel do DRS como coordenador da dinâmica é central para o sucesso da reunião.



Nesse contexto, o modelo de tomada de decisão por consenso de fato parece adequado, ao menos para essas duas regiões. Essa é uma contraposição ao que foi identificado em um dos artigos na revisão bibliográfica, que colocou que o consenso poderia funcionar como uma forma velada de hegemonia do mais forte sobre o mais fraco (DE ARAUJO DOURADO; ELIAS, 2011). A problematização feita por duas gestoras, de municípios polo e sede, é que, por vezes, os representantes se acomodam e não procuram se manifestar – falta apropriação desse espaço deliberativo pelo gestor - mas não é fato que a agenda de um se sobreponha a de outro: “O consenso na verdade é muito cômodo, principalmente para aquele secretário, não falo nem município pequeno, aqueles municípios que tem secretários que querem ficar no anonimato” (Entrevistada 2, 2016). Portanto, o problema com o consenso é que ele pode desmotivar o engajamento, mas não é percebido como uma forma de tomada de decisão hegemônica.

O papel do estado via DRS também é elogiado pelos gestores municipais. Não se enxergam enquanto competidores, mas sim como parceiros em busca de um objetivo comum. Obviamente há tensões durante as reuniões, mas elas não comprometem a percepção de isonomia e igualdade entre os membros participantes. A principal crítica coletada sobre o DRS vem de dentro do próprio DRS; uma das apoiadoras colocou que o departamento deve não apenas demandar dos municípios, mas ajudá-los a entender o porquê da relevância do que estão construindo.

Por fim, uma reclamação específica dos municípios não polo, e corroborada pelo DRS, é que, por vezes, um serviço regional (administrado pelo estado) acaba sendo apropriado pela gestão local, em geral Campinas ou Marília. Essa relação indevida faria com que o estado trabalhasse mais para um município do que para a região em si, gerando tensão e frustração na CIR. Esse é o caso do centro de dispensação regional de medicamentos de alto custo, equipamento estadual localizado em Marília que deve atender a toda a região de saúde, mas cujos funcionários acabam dedicando-se basicamente às necessidades do município polo:

Nós estamos discutindo o problema do MEDEX que é um medicamento para os excepcionais aqui na região de Marília. Tem 19 municípios nessa CIR e 18 municípios a gente desloca os funcionários nossos e vem buscar a medicação aqui. Fora isso, todo processo de auto custo são os municípios que confeccionam tudo isso e manda para o MEDEX. Agora, e o município de Marília? Então o município de Marília não faz nada, desde a confecção do processo, organização do processo, quem faz tudo é o MEDEX (Entrevistada 2, 2016).

O último desafio está ligado à **falta e/ou assimetria de informação**. A partir da revisão de literatura, foram identificados três principais problemas: falta de informação generalizada (MACHADO, 2009); nível assimétrico de informação entre os participantes (MACHADO, 2009); e dificuldade que os técnicos teriam para acessar informações disponíveis apenas no nível mais político do processo de tomada de decisão (FERNANDES *et al.*, 2013). Existem problemas graves percebidos pelos entrevistados, mas eles se afastam do que os autores teóricos colocaram.

Nenhum dos entrevistados considera que está em desvantagem por questão de informação. A visão que prevalece é a de que o DRS joga papel central na coleta, sistematização e apresentação da inteligência regional, principalmente na CIR, na Câmara Temática e em outros grupos de trabalho. Sendo assim, os municípios teriam informação suficiente para embasar a tomada de decisão. Conforme apontaram alguns entrevistados, sobre como elaboram uma proposta técnica a ser deliberada na CIR: “A gente nunca toma nada da nossa cabeça. Todas as propostas são analisadas tecnicamente. Aqui é um setor técnico, a gente é tudo técnico de planejamento” (Entrevistada DRS II, 2016); “A gente faz esse levantamento, a gente fez agora há uns meses. A gente discutiu essa questão dos serviços, as vagas que tinham, os munícipes que estava usando essas vagas” (Entrevistada B, 2016).

As dificuldades identificadas durante as entrevistas foram: atualização sistemática dos dados; inexistência de canais formais para a gestão clínica do paciente e para a gestão financeira dos pactos; desconhecimento por parte do gestor das referências; necessidade de aproximar o técnico municipal às ferramentas de tecnologia da informação.

A atualização sistemática dos dados tem a ver com os próprios mecanismos de regulação, pois sem um diagnóstico da realidade naquele momento, as pactuações podem não ser inteiramente efetivas desde sua origem. Os entrevistados apontam que é muito difícil manter certas ferramentas atualizadas o tempo todo, por falta de recursos humanos e financeiros. Principal exemplo dessa dificuldade é o Mapa da Saúde:

É um diagnóstico que foi feito para cada município e para a região. Você tem o levantamento de todas as informações, demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, culturais, de cada município e da região como um todo. Nesse mapa da saúde que deveria ser atualizado ano após ano, mas que o último foi atualizado em 2008, e isso é uma crítica, nós vamos ter que atualizar (Entrevistada DRS I, 2016).

Os entrevistados, principalmente aqueles dos municípios não-polo, criticaram a falta de uma devolutiva formal para a contrarreferência dos pacientes que fazem tratamentos de média e alta complexidade em outros lugares e depois voltam aos seus municípios de origem. Para esse gestor, saber o caminho percorrido pelo seu paciente/cidadão é central para que, ao ser inserido novamente na APS, o cuidado seja adequado e direcionado às suas necessidades clínicas. Alguns dos gestores se manifestaram sobre essa questão: “Se eu mando um paciente para um alta, não sei o que vai acontecer. Às vezes nem o paciente sabe o que vai acontecer. Ele fica perdido, porque não tem essa contrarreferência” (Entrevistado H, 2016) e

Contrarreferência é um problema. Nós não temos ainda, talvez daqui há um ano nós consigamos enxergar onde o meu paciente está, porque hoje nós não temos essa contrarreferência. Por exemplo, eu encaminho meu paciente daqui para um tratamento na UNICAMP, o que acontece com ele lá, eu não acompanho mais, eu não sei o que acontece com ele; não sei quantas rádios ele fez, quantas quimios ele fez, quais medicamentos está tomando. Esse histórico dele não passa mais a existir para mim. Quando o paciente volta, ele não traz tudo que ele vivenciou lá. Ele volta para a Unidade Básica e continua com um paciente que eu sei que um dia ele foi tratado na UNICAMP, mas se ele fica três anos fazendo tratamento na UNICAMP, eu não acompanho a evolução dele, porque ele não vai na Unidade Básica de Saúde (Entrevistada A, 2016).

Um problema gerado por isso é que às vezes um paciente pode acabar utilizando a vaga pactuada de seu município, sem que o respectivo gestor tenha conhecimento. Isso gera uma frustração para o sistema de saúde local, porque compromete sua capacidade de planejamento e faz os técnicos acharem que algum outro município pode estar usufruindo de sua vaga, quando na verdade trata-se de seu próprio paciente:

Se a gente encaminha um paciente para o endócrino, ele (*serviço de referência*) vai encaminhar esse nosso mesmo paciente para alguma outra especialidade, que está usando sem que a gente tenha a contrarreferência? Então é o nosso paciente que está usando, ou é um paciente do município polo que está usando, e nós estamos deixando de receber a vaga? (Entrevistada 3, 2016).

Atualmente, o sistema de Atenção Primária à Saúde não é capaz de identificar o município de origem do paciente quando ele acessa algum serviço primário da rede pública: “Acontece, muito. Vem de outro local, acabam entrando no serviço e ficam. A gente sabe que tem gente que vem para cá e acaba entrando no nosso serviço, não tem como você negar isso para ele, mas sabemos” (Entrevistada A, 2016). Além desse tipo de ação desorganizar o planejamento municipal, a contrapartida financeira não ocorre: “Você assume o paciente, mas a transferência do custo dele

financeiro não vem. E ainda não tem esse instrumento de você *linkar* o atendimento do paciente que veio de fora de uma forma rápida. Eu atendo cem pacientes que vieram de outros municípios, mas não consigo trazer o teto dele para cá” (Entrevistada A, 2016). De modo geral, os entrevistados não julgam mal os municípios que têm essa prática, porque entendem que a situação dos sistemas de saúde está muito precária. O seu principal objetivo seria conseguir enxergar quem acessa a sua rede nos serviços básicos. Há algum controle sobre a origem do paciente quando este é encaminhado à serviços mais complexos, o que não aconteceria na APS.

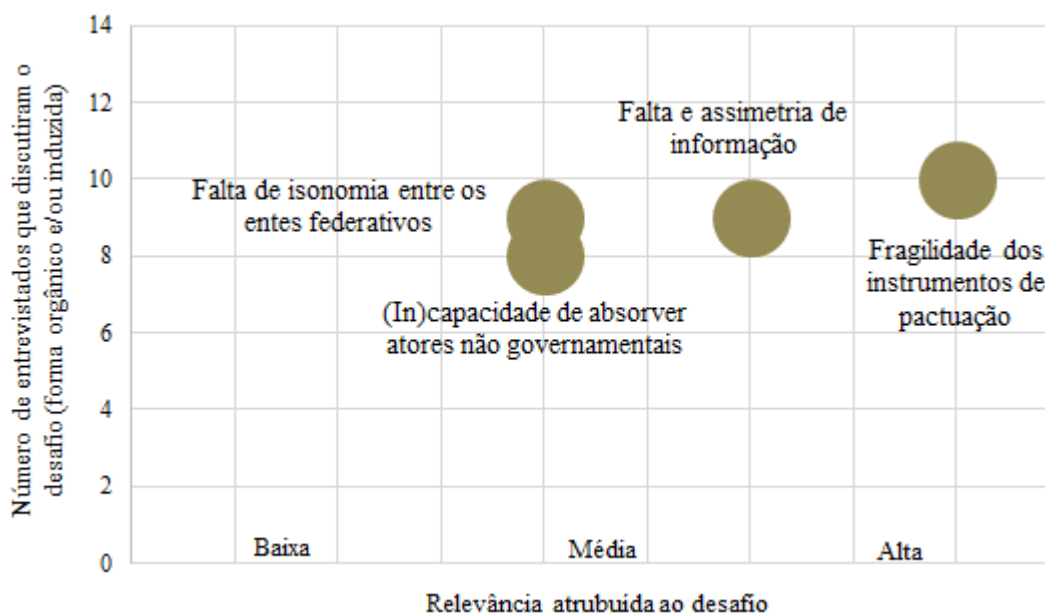
O terceiro ponto, colocado pelo DRS e pelos municípios não-polo, é que há um desconhecimento considerável sobre quais são as referências dentro da região. Essa situação gera certa tensão entre os gestores, pois parece que é uma eterna barganha de convencimento sobre o que já está pactuado. Para os municípios não-polo é ainda mais estressante, pois em geral são poucos os que conseguem ofertar para a sua população os serviços de média complexidade, então eles encaminham seus pacientes para outros municípios na maioria das vezes. De acordo com alguns entrevistados: “Também falta um pouco de conhecimento sobre onde estão as referências; todo município tem seu teto MAC em algum lugar. Se ele não tem hospital, vai ter o teto em algum lugar, então alguém vai ter que fazer para ele, mas isso não está muito claro” (Entrevistada DRS II, 2016). Esse desconhecimento tem relação com a desatualização de instrumentos regulatórios e de apoio (como PPI e Mapa da Saúde), e com a rotatividade dos gestores, que nem sempre têm a capacitação necessária.

Por fim, a última dificuldade está relacionada à confiabilidade dos dados, pois alguns gestores colocaram que seus funcionários apresentam muita dificuldade em manusear ferramentas de tecnologia da informação. Essa é uma realidade que acomete todos os municípios, independentemente de sua caracterização como polo, sede ou não polo. Sendo assim, alguns dados no sistema não parecem inteiramente fidedignos, tal como colocou uma gestora municipal: “Esse ano tivemos problema com o Sispacto que é um sistema de informação. A gente tem um indicador interessante de Papanicolau, a gente fez uma campanha que foi super aderida, já no sistema de informação, é como se a gente tivesse feito um paciente no município”. Ao ser indagada sobre o motivo dessa discrepância, ela respondeu:

O que cada profissional faz ele lança no sistema e nós só exportamos, então é complicado porque são muitas pessoas mexendo, sendo que algumas têm conhecimento de informática e outras não, o que dificulta também. Isso acaba prejudicando muito, porque nos baseamos nessas ferramentas para tomadas de decisões (Entrevistada F, 2016).

Durante a CIR de Campinas, quando eram debatidos os novos cursos de capacitação para 2017, essa questão de habilidade de manusear computador e dominar a *internet* também foi levantada. As técnicas do DRS colocaram que uma das razões para as taxas de desistência serem elevadas é a falta de familiaridade do gestor municipal com instrumentos de tecnologia de informação, o que acaba sendo um fator de desmotivação. Para os municípios não-polo essa realidade é agravada, porque em geral eles têm menos disponibilidade de recursos humanos e mais dificuldade em capacitar seus funcionários.

**Figura 12 – Síntese da percepção de relevância dos entrevistados sobre os desafios da dimensão relacionada à governança regional**



DESAFIO	SÍNTESE DOS ACHADOS EMPÍRICOS
<b>(In)capacidade de absorver atores não governamentais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de atores não governamentais na CIR não é entendida como um problema</li> <li>• A presença institucionalizada dos prestadores (privados ou públicos) poderia gerar constrangimento nas reuniões</li> <li>• Experiências de envolvimento com a sociedade civil a partir dos Conselhos Municipais</li> </ul>
<b>Fragilidade dos instrumentos de pactuação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos regulatórios são tido como essenciais para dar segurança aos pactos regionais</li> <li>• Instrumentos regulatórios existentes hoje para fomentar a regionalização não são eficazes, pois estão completamente desatualizados</li> <li>• Dificuldade em discutir a relação entre os instrumentos regulatórios, como a PPI, com as novas tendências, tais como a RAS e a CROSS</li> </ul>
<b>Falta de isonomia entre os entes federativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se percebe falta de isonomia entre os participantes da CIR, mas pelo contrário. É um espaço considerado aberto, democrático, e que garante a mesma oportunidade a todos</li> <li>• Percepção de cooperação entre os entes federativos que compõem a CIR</li> <li>• DRS é tido como um grande aliado dos municípios, e tem um papel central para a coordenação da regionalização e para a capacitação técnica dos gestores</li> <li>• Crítica à apropriação de um serviço regional pelo municípios polo</li> </ul>
<b>Falta e assimetria de informação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhum dos entrevistados considera que está em desvantagem por questão de informação, principalmente porque as principais discussões passam pela CIR</li> <li>• Dificuldade em manter bases de dado atualizada impacta negativamente o diagnóstico que suporta a negociação dos pactos</li> <li>• Ausência de uma devolutiva formal para a contrarreferência, o que prejudica a resolubilidade da APS</li> <li>• Sistema não é capaz de identificar o município de origem do paciente quando ele acessa algum serviço da rede pública</li> <li>• Desconhecimento considerável sobre quais são as referências dentro da região</li> <li>• Funcionários apresentam muita dificuldade em manusear ferramentas de tecnologia da informação, o que pode afetar a confiabilidade dos dados imputados no sistema</li> </ul>

Fonte: elaboração própria a partir da análise das entrevistas

#### 4.3.3. Dimensão política

A dimensão política traz três desafios: configuração partidária dos governos subnacionais que compõem a região; rotatividade dos gestores; priorização de pautas pontuais.

Vários autores levantam a **configuração político-partidária** como um fator que pode afetar a implementação efetiva e cooperativa da regionalização (IANNI *et al.*, 2012; SILVA; GOMES, 2013; KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015). Embora tenha destaque na literatura, a maioria dos entrevistados não enxerga a pluralidade partidária como um desafio a ser superado.

As opiniões vão no sentido de que o processo é sobretudo político, mas não relacionado diretamente à agenda partidária. Alguns gestores municipais sobre essa questão: “Acredito que pode afetar, mas muito pouco. Acredito que mediante a dimensão disso (*saúde pública*), não teria influência” (Entrevistada F, 2015), “Não, não... acho que não interfere tanto assim não” (Entrevistado C, 2016). Uma das gestoras municipais coloca que a dificuldade dentro do setor de saúde é tanta que a cooperação é necessária: “Ele (*o gestor público*) tem que buscar o que é melhor,

ele tem que entender o que é o melhor e dizer sim ou não, então independentemente de ideologia partidária não tem como, tem que estar junto” (Entrevistada A, 2016). Outra explicação é o avanço da institucionalidade do processo, que tende a constranger comportamento anti solidários.

A **rotatividade dos gestores** é, dentro da dimensão política, a principal causa que dificulta a regionalização. Os motivos para tanto estão em consonância com o que foi apresentado por alguns autores: tempo de aprendizado sobre as questões técnicas (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015) e engajamento político com a agenda de gestão compartilhada em saúde (FERNANDES *at al.*, 2013). Algumas falas corroboram esses argumentos sobre a rotatividade dos gestores: “Ah, esse é o maior problema! Porque até entrar no eixo de novo (*sobre entender as discussões técnicas em andamento*) ...” (Entrevistado C, 2016), “Interfere bastante (*a rotatividade dos gestores*). Simplesmente sai uma lista com os funcionários que vão ser mandados embora. Sai uma lista e você viu que foi mandado embora. Acho que os funcionários tipo param o serviço, porque vai trabalhar para que se vai ser mandado embora [...]” (Entrevistada E, 2016).

Para os municípios menores, que em geral não são os polos, esse cenário é mais prejudicial, porque a grosso modo, quem faz a gestão administrativa dos equipamentos de saúde são médicos e enfermeiros, que por sua vez também atuam no atendimento clínico aos pacientes. Quando há troca de prefeitos, em geral toda essa equipe muda, o que deixa as unidades de saúde sem profissionais e sem gestores por um tempo. Esse exemplo é ilustrado na fala de uma das técnicas do DRS:

Com certeza há dificuldades advindas da troca de gestores, de profissionais, principalmente de médicos e enfermeiro. Trocou gestores, troca médico e enfermeiro. Municípios menores você não tem uma equipe de gestão, então é o próprio médico que administra o equipamento. Percebemos que esses profissionais são os mais visados quando se trocam os prefeitos (Entrevistada DRS I, 2016).

Tendo identificado esse desafio, ambos os DRS e o Conselho de Secretarias Municipais do Estado de São Paulo – COSEMS-SP, estão liderando uma agenda de recebimento solidário dos novos gestores. Esse projeto foi discutido nas duas CIRs e é a prioridade para 2017. Essa iniciativa foi muito bem recebida pelos representantes municipais:

Esse ano eles (*DRS e COSEMS-SP*) trouxeram a ideia dessa transição solidária, de já sabermos quem é o novo gestor já começar a introduzir. Tiveram a ideia na última CIR de chamar o Prefeito e o novo gestor para uma conversa no gabinete, para que o diretor coloque já tudo que está acontecendo no município, na região, como está pactuado

certinho. É diferente dos outros anos que você chegava, boas-vindas para todo mundo e não tinha esse momento, e agora eles estão vendo que há essa necessidade de fazer essa troca para a gente não voltar à estaca zero (Entrevistada F, 2016).

Esse tipo de iniciativa já tinha acontecido em anos anteriores, mas agora o desafio dos DRS e do COSEMS é tornar a CIR e os fóruns regionais mais palatáveis ao novo gestor, de tal maneira que ele se integre ao sistema e veja a relevância desses espaços. Em tom de brincadeira, um dos participantes da CIR de Marília colocou: “Tem que colocar no convite que vamos falar sobre dinheiro e fila”.

O terceiro desafio dentro da dimensão política é relacionado à **priorização de pautas pontuais em detrimento de agendas estratégicas**. Mais uma vez, a percepção dos entrevistados diverge daquela identificada pelos autores teóricos, de que os interesses eleitorais forçam a priorização de pautas de curto prazo (SILVA; GOMES, 2013, 2014), ou que existem certos assuntos negligenciados ou não prioritários, colocados pelos municípios mais poderosos dentro da região (CARNEIRO *et al.*, 2014). Para os gestores estaduais e municipais, as pautas colocadas são pertinentes e de natureza estratégica. Esse pensamento é sintetizado na fala:

Praticamente todas (*as pautas*) são para longo prazo. Não se pensa em discutir um atendimento hoje para daqui 6, 7 meses se discutir novamente. Por exemplo, houve uma mudança na forma de atendimento de um serviço. Quando a UNICAMP propôs isso, já se discutiu, fechou, e disponibilizou esse atendimento para a rede básica. Alguns outros casos foram revistos protocolos de atendimento, então a equipe vai, discute, implanta, treina. O procedimento adotado é para ser usado a longo prazo (Entrevistada A, 2016).

Os entrevistados também colocam que algumas pautas, considerada prioritárias, como a APS, são debatidas de forma contínua, em todas as CIR: “A gente tem pautas fixas inclusive. Por exemplo, da atenção básica, todo mês ela entra na discussão” (Entrevistada B, 2016). Apesar desse entendimento, é importante trazer alguns pontos críticos: primeiro, não é porque uma pauta é debatida todo mês que ela é de fato estratégica. A pesquisadora percebeu, em sua participação nas CIRs, que o tema de APS foi meramente informativo, com pouco debate crítico sobre como melhorar a rede primária. Uma das entrevistadas do DRS também confirmou que vê pouca disposição dos gestores em discutir esse mesmo tema.

Segundo, conforme apontam alguns autores (SILVA; GOMES, 2013, 2014), a pactuação regional consensual é um grande desafio, principalmente quando se trata de agendas que exigem investimento. Esse foi o caso, por exemplo, da regionalização do SAMU em Marília ou das



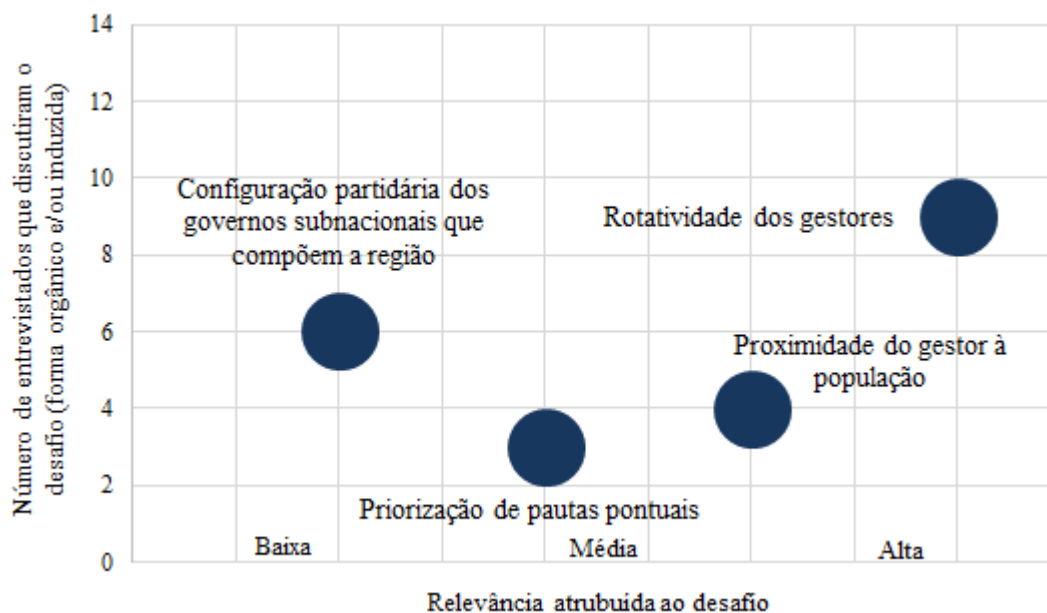
Residências Terapêuticas para os pacientes de saúde mental em Campinas, ambos pactos que exigiriam novos investimentos municipais para atender às necessidades da região, e não necessariamente do local em que o equipamento fosse instalado. Nenhuma das discussões avançou.

De fato, não é possível dizer que só se priorizam pautas de curto prazo oriundas do estado ou dos polos – a CIR não é apenas um espaço burocrático, como identificado em alguns artigos (MAIA; GIOVANELLA, 2014), mas de fato mostra certa falta de efetividade quando passa a discutir agendas que exigem mais comprometimento das partes para alcançar um resultado pulverizado na região.

Embora sejam apenas três os desafios mapeados a partir da revisão de literatura, o trabalho de campo trouxe mais um, esse específico dos municípios não-polo. Embora não seja regra, há uma relação entre a complexidade e quantidade de serviço ofertado no município e o número de habitantes que vivem neste mesmo território. Sendo assim, para as regiões de saúde selecionadas, todos os municípios considerado não-polo têm menos de 20 mil habitantes, o que os configura como de pequeno porte. Os gestores entrevistados que vêm desses contextos trouxeram um componente político que os pressiona ainda mais para garantir o acesso à saúde: os munícipes, se não têm relação interpessoal com os gestores públicos, principalmente prefeito e secretário de saúde, ao menos sabem quem eles são, onde moram, quem são suas famílias, etc.

Essa proximidade não significa dizer que as regras deixarão de ser obedecidas ou que o setor privado irá se sobrepor ao público, mas esses gestores estão sob uma pressão a mais do que no caso dos grandes municípios. De acordo com as entrevistas, isso faz com que soluções tenham que ser dadas de maneira mais rápida e portanto, criativas. Alguns relatos nesse sentido: “Eu moro aqui há muitos anos. Sábado mesmo um paciente foi na porta da minha casa. Ele precisava fazer uma medicação, estava com uma doença maligna. Era, sábado seis horas da tarde. A cobrança é muito forte, diária” (Entrevistado H, 2016), “Existe sim essa intimidade do gestor com o munícipe, com o prefeito, e é óbvio que a partir desse momento ele quer que o atendimento seja viabilizado o mais rápido possível” (Entrevistada A, 2016), “Aqui a gente recebe nosso paciente, o prefeito recebe o paciente, o de Marília não recebe, dificilmente vai ter acesso” (Entrevistada 3, 2016).

**Figura 13 – Síntese da percepção de relevância dos entrevistados sobre os desafios da dimensão política**



DESAFIO	SÍNTESE DOS ACHADOS EMPÍRICOS
<b>Configuração partidária dos governos subnacionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maioria dos entrevistados não enxerga a pluralidade partidária como um desafio a ser superado</li> <li>• Processo é sobretudo político, mas não relacionado diretamente à agenda partidária</li> </ul>
<b>Rotatividade dos gestores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principal dificultador da regionalização, pois há um tempo gasto com o reaprendizado das questões técnicas e poder ser necessário recomeçar o trabalho de engajamento político com a agenda de gestão compartilhada em saúde</li> <li>• Municípios não-polo sofrem com a troca inclusive da equipe de profissionais de saúde, que em geral fazem também a gestão dos equipamentos</li> <li>• Acompanhamento contínuo da equipe técnica tende a amenizar os efeitos negativos da rotatividade dos gestores</li> <li>• DRS e COSEMS-SP lideram iniciativas para amenizar os impactos negativos da rotatividade dos gestores</li> </ul>
<b>Priorização de pautas pontuais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pautas colocadas na CIR são consideradas pertinentes e de natureza estratégica</li> <li>• Pautas considerada prioritárias, como a APS, são debatidas de forma contínua na CIR. Por outro lado, a continuidade da discussão não eleva, necessariamente, o tema a um status prioritário e estratégico</li> <li>• Pactuação regional consensual é um grande desafio, principalmente quando se trata de agendas que exigem investimento. Projetos que demandam investimentos e que têm efeito pulverizado na região não avançaram</li> <li>• Proximidade entre o gestor do município não-polo e a população os pressiona ainda mais para a garantia de acesso</li> </ul>

Fonte: elaboração própria a partir da análise das entrevistas

#### 4.3.4. Dimensão técnica-instrumental

A dimensão cognitiva-cultural traz quatro desafios: financiamento em âmbito regional; insuficiência da política de recursos humanos; capacidade técnica dos gestores e das burocracias; capacidade instalada insuficiente.

Dentre todos os desafios identificados, o **financiamento em âmbito regional** foi apontado pelos entrevistados como aquele que impõe a maior dificuldade para efetivar a regionalização cooperativa. Os achados extraídos da revisão de literatura, portanto, estão alinhados com os resultados obtidos por meio do trabalho de campo: insuficiência de recursos disponíveis (GADELHA *et al.*, 2011; VIANA *et al.*, 2012; SANTOS; GIOVANELLA, 2014); lógica de alocação de recursos baseada na oferta (REIS; CESSÉ; CARVALHO, 2010; GADELHA *et al.*, 2011; VIANA *et al.*, 2012); limitação dos instrumentos de financiamento para alcançar objetivos regionais (VIANA *et al.*, 2010b; RIBEIRO, 2015).

Para os entrevistados, o financiamento insuficiente dá a tônica dos moldes da regionalização; a falta de recursos é o fator mais importante para explicar comportamentos não-cooperativos. Vários deles colocaram que o investimento no sistema de saúde é tão baixo que dividir os equipamentos e serviços de saúde com outros municípios significa deixar de atender sua própria população. Nesse contexto, as questões decorrentes desse atual cenário de financiamento são transversais aos municípios, sendo esses polo, sede ou não-polo.

Um entendimento vindo dos gestores municipais é que há recursos para novos investimentos, como no caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), mas que após terminado o projeto, o custeio do equipamento fica a cargo do próprio município. As administrações locais investem muito mais do que o mínimo constitucional definido para ações e serviços de saúde, que é 15% (BRASIL, 2012), enquanto que o investimento federal é cada vez mais escasso. Como relatam dois gestores de municípios não-polo: “O custeio que está acontecendo está afogando o município. Às vezes é 26%, 27%, 28%. Já chegou a 32% (*a porcentagem da receita investida em saúde*). É impossível, o prefeito fica doido, porque ele tem as outras áreas para cuidar” (Entrevistado G, 2016) e

No meu ponto de vista, a principal variável é a falta de investimento do setor federal. Que nós estamos observando, de uns seis anos para cá, uma queda substancial na aplicação de

recursos financeiros. Isso aí gera o que? Capacidade física reduzida, e todo esse equipamento médico que é usado para fazer alta complexidade com falta de manutenção, com sucateamento muito grande (Entrevistado H, 2016).

Segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), os municípios respondem por cerca de 80% da execução dos serviços de saúde e são responsáveis por arcar com 57% dos gastos do SUS atualmente (CONASEMS, 2016).

Com esse cenário de restrição financeira, os entrevistados colocam que para ofertar um novo serviço à população é necessário realocar os recursos já existente. Isso significa que um prestador deixará de receber enquanto outro passar a ganhar. Essa realocação leva a tensões políticas dentro da região, porque como alegou grande parte dos entrevistados, os prestadores já atuam no limite de sua capacidade. Então, retirar o recurso que lhes é destinado é comprometer a provisão de serviços de saúde. Ao mesmo tempo, eles não podem ser coniventes com o descumprimento sistemático dos compromissos. Como explicita uma gestora sobre a realocação:

Gera uma tensão, porque embora a gente saiba que vai reduzir a demanda nesse serviço, nós sabemos que ele já está operando no seu limite. Não tem muito serviço referenciado hoje que eu possa dizer que há um respaldo financeiro que acontece alguma coisa e eu tenho capacidade de atingir mais 15%, 20% de atendimento. Ele está no limite. Então o ideal seria iniciar um trabalho novo com um recurso novo também, sem que mexesse na estrutura financeira de um outro serviço, para mudar o que está fazendo ali (Entrevistada A, 2016).

Além de o subfinanciamento praticamente impedir a provisão de novos serviços e atribuir uma grande responsabilidade de custeio aos municípios, a prevalência da lógica da oferta sobre a da demanda também afeta negativamente a regionalização. As entrevistas trouxeram um quadro em que o principal método para a distribuição das vagas na região, além de ser *per capita*, o que não tem a ver com o perfil epidemiológico da população, é baseado na capacidade de oferta e não na demanda de saúde. Obviamente, alterar essa lógica significaria uma modificação estrutural de como o SUS está organizado, mas esse é um desafio que, na visão dos entrevistados, principalmente do DRS, é central. Para os municípios não-polo, essa organização é prejudicial pois eles geralmente têm direito a poucas vagas dado o seu número pequeno de habitantes.

Para os entrevistados, inexistem instrumentos regulatórios que suportem investimentos ou custeio regionalizados. Esse ponto foi explorado nas dimensões anteriores: não há informações que permitam, de maneira fidedigna, o cruzamento entre residência do munícipe e local onde o serviço

está sendo prestado, para uma possível transferência de teto financeiro; não há incentivo a projetos estruturantes para a região por conta do nível de investimento necessário, sem que os municípios tenham a segurança que o serviço vai de fato chegar, entre outros.

Por fim, um terceiro ponto que não foi identificado anteriormente diz respeito às emendas parlamentares. Elas são uma opção de financiamento, mas sempre circunscritas a um município ou ao estado, mas nunca dando cobertura completa à região. Embora seja um alívio financeiro para quem as recebe, as emendas devem ser negociadas ano a ano com os deputados federais e senadores sem qualquer segurança de que o montante recebido terá continuidade. Em geral, esse tipo de financiamento tem efeito paradoxal, pois por um lado traz alívio para as contas públicas, mas por outro pode desorganizar o planejamento, dada a insegurança quanto à vinda do recurso. As técnicas do DRS de Marília apontaram que a região teve expressão política anos atrás, e por isso recebiam emendas que garantiam a prestação de serviços. Porém, com a nova legislatura, Marília perdeu força política e quase não recebe apoio do Legislativo Federal:

Percebo que não temos deputados federais fortes que nos representem, diferentemente de Presidente Prudente, Bauri, Campinas, etc. Coisas que em outras épocas tínhamos uma força política muito grande. Nós conseguíamos recursos, projetos, as RAS, nossa rede de Urgência está pronta desde maio, mas não entraram recursos para custeio (Entrevistada DRS I, 2016).

Se os achados empíricos identificados na revisão da literatura sobre **a política de recursos humanos regionalizada** foram considerados residuais, é porque os gestores não entendem essa questão como algo que deva ser tratado de maneira coletiva. A contratação de profissionais de saúde, e mesmo de técnicos que promovam o projeto da regionalização, são competência de cada um dos municípios. Esse tema não chega a ser debatido na CIR, a não ser que faça parte de um programa como o Mais Médico, por exemplo.

Sobre esse desafio, um ponto importante para os municípios não-polo, é que eles têm menos capacidade de atrair e reter profissionais, seja por não conseguirem ofertar salários competitivos seja por não conseguirem prover o ambiente de trabalho que o profissional espera. Esse é um ponto que influencia a qualidade da rede básica, pois a mudança constante afeta a continuidade do trabalho com a comunidade.

Uma segunda questão é a disposição que esses municípios têm para alocar profissionais para tratar da agenda regional. De modo geral, é escasso o número de técnicos disponíveis. Por

isso, uma pessoa acaba assumindo diversas funções dentro da secretaria/ departamento de saúde. No caso do município de Campinas, por exemplo, existe um cargo cujo ocupante se dedica exclusivamente às relações interfederativas, cenário inimaginável para a maior parte dos municípios não-polo. Importante colocar que a restrição de recursos humanos não significa que técnicos e gestores desses municípios tenham habilidades inferiores ao demais, como bem coloca uma das entrevistadas: “Pois é, os municípios menores não têm! Não têm RH. Os municípios maiores têm um RH, não vou dizer mais qualificado, porque temos gente muito boa em municípios pequenos. Mas eles conseguem pinçar aquelas pessoas porque tem um N maior para escolher” (Entrevistada DRS II, 2016).

Sobre a **capacidade técnica dos gestores e das burocracias**, os entrevistados consideram que esse é de fato um desafio para garantir a regionalização, como apontado em alguns artigos (SHIMIZU, 2013). Sabendo desse ponto, o DRS, o COSEMS-SP e os próprios municípios são pró-ativos na capacitação e reciclagem dos profissionais e gestores: eles atuam via ensino à distância, oficinas temáticas, treinamento contínuo com as articuladoras da atenção básica, saúde mental, crônicas, entre outros. O grande problema aqui é a adesão a essas iniciativas oferecidas. Dentre as explicações para a evasão estão: pouca familiaridade com ferramentas de tecnologia da informação (como já mencionado anteriormente); troca de secretário de saúde, que pode não querer que determinado funcionário continue participando do projeto; e necessidade de se ausentar do trabalho.

Por fim, a **capacidade física instalada** é um tema polêmico na visão dos entrevistados. Para alguns, assim como identificado anteriormente, não existiria infraestrutura em saúde suficiente para honrar a pactuação regional (SILVA; GOMES, 2014). Para outros, o que se tem atualmente é suficiente, desde que observadas algumas condições.

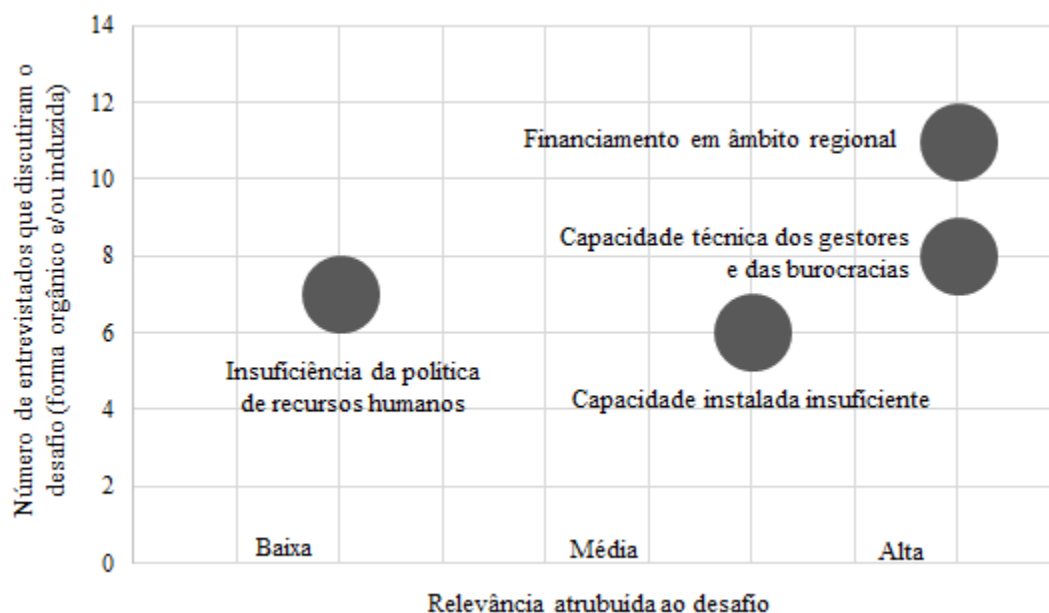
Aqueles que entendem que a infraestrutura atual não é suficiente apresentam dois argumentos: primeiro, os pactos foram definidos a partir dos números de produção e, segundo, a rede não acompanhou as demandas de saúde da população. Uma frase de uma das gestoras municipais é bastante representativa dessa visão:

No momento que foi feito a pactuação, olhou-se a realidade daquele momento, não se projetou a demanda futura. E também, do momento da pactuação até o momento que você está vivendo hoje, as próprias intercorrências sociais, muita gente desempregada, cai na

rede básica, que vai para a minha atenção especializada. Então se no momento da pactuação eu pactuei dez vagas para uma determinada especialidade, e dependendo do que acontece nesse meio social que vivencio hoje, de quatro a cinco anos para cá, muitas vezes não tem como a gente atender essas áreas (Entrevistada A, 2016).

O outro grupo de entrevistados vai numa linha de que o sistema precisa ser mais eficiente, caso contrário, nenhum equipamento será suficiente para atender a demanda. Nesse grupo estão desafios como garantir uma APS resolutive, evitando a sobrecarga nos serviços de média e alta complexidade, e um custeio capaz de manter em funcionamento os equipamentos instalados. Tanto em Campinas quanto em Marília, foram muitas as reclamações sobre estruturas que deixaram de funcionar: “Definimos a realocação de teto (*financeiro*) dos exames de ressonância magnética. Porque a máquina está quebrada há meses, e nossos pacientes desassistidos. E eles continuam recebendo o teto” (Entrevistada 3, 2016) e “Bastante infraestrutura que às vezes até está agendado, e recebemos ligação para desagendar os pacientes porque ainda não está funcionando o aparelho” (Entrevistada E, 2016).

**Figura 14 – Síntese da percepção de relevância dos entrevistados sobre os desafios da dimensão técnica-instrumental**



DESAFIO	SÍNTESE DOS ACHADOS EMPÍRICOS
<b>Financiamento em âmbito regional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de recursos é o fator mais importante para explicar comportamentos não-cooperativos: o investimento tão baixo que dividir os equipamentos e serviços de saúde com outros municípios significa deixar de atender sua própria população</li> <li>Recursos para custeio são uma grande dificuldade, o que pode levar ao fechamento de equipamentos de saúde</li> <li>Desfinanciamento da saúde pelo governo federal leva os municípios a gastarem muito mais do que o mínimo constitucional</li> <li>Prevalência da lógica da oferta sobre a da demanda afeta negativamente a regionalização</li> <li>Inexistem instrumentos regulatórios que suportem investimentos ou custeio regionalizados</li> <li>Emendas parlamentares são um tipo de financiamento de efeito paradoxal, pois por um lado traz alívio para as contas públicas, mas por outro pode desorganizar o planejamento</li> </ul>
<b>Insuficiência da política de recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestores não entendem essa questão como algo que deva ser tratado de maneira coletiva</li> <li>Municípios não-polo têm menos capacidade de atrair e reter profissionais</li> <li>Municípios não-polo apresentam dificuldade em ter um funcionário alocado exclusivamente para o trato da agenda regional, tal como acontece em municípios polo e sede</li> </ul>
<b>Capacidade técnica dos gestores e das burocracias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DRS, o COSEMS-SP e os próprios municípios são pró-ativos na capacitação e reciclagem dos profissionais e gestores</li> <li>Problema quanto à adesão das iniciativas oferecidas. Dentre as explicações para a evasão estão: pouca familiaridade com ferramentas de tecnologia da; troca de secretário de saúde; e necessidade de se ausentar do trabalho</li> </ul>
<b>Capacidade instalada insuficiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dois entendimentos prevalecem: primeiro, a capacidade instalada é insuficiente, segundo, a capacidade é suficiente para atender a demanda, mas o sistema é ineficiente</li> <li>Capacidade instalada insuficiente: os pactos foram definidos a partir dos números de produção; a rede não acompanhou as demandas de saúde da população</li> <li>Ineficiência: sistema precisa ser mais eficiente, caso contrário, nenhum equipamento será suficiente para atender a demanda. Nesse grupo estão desafios como garantir uma APS resolutive, e um custeio capaz de manter em funcionamento os equipamentos já instalados</li> </ul>

Fonte: elaboração própria a partir da análise das entrevistas

#### 4.4. Conclusões gerais sobre os resultados obtidos por meio do trabalho de campo

A apresentação de resultados demonstra que alguns desafios previamente identificados são de fato sensíveis para a implementação efetiva e cooperativa da regionalização, e certos deles são ainda mais delicados para os municípios não-polo. Uma segunda leitura também extraída dessa análise é que a percepção dos atores envolvidos no processo é menos pessimista do que foi colocada pela literatura até então. Apesar de alguns desafios prevalecerem, houve muitos avanços institucionais nos últimos anos. Importante lembrar o contexto em que essa pesquisa foi feita: São Paulo é um estado classificado como tendo uma regionalização de governança coordenada/cooperativa e de institucionalidade avançada (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011), e as duas regiões de saúde selecionadas (Campinas e Marília), são consideradas grupo 5 (REDES E REGIÕES), que significa desenvolvimento socioeconômico alto e alta oferta e complexidade de serviços de saúde.



Os desafios compreendidos na dimensão cognitiva-cultural contribuem com algumas limitações para a implementação da regionalização da saúde, principalmente porque os próprios gestores não os problematizam. Muitos dos pontos negativos identificados a partir da revisão de literatura parecem ter sofrido avanço importante, como no caso da cultura participativa. A impressão que fica é que a discussão estratégica sobre a regionalização não é entendida como central. Como essa dimensão é mais ampla, pode-se dizer que, apesar de alguns pontos serem mais sensíveis para os municípios não-polo, os desafios acabam sendo transversais. Quem tem tido um papel mais ativo para superar esses desafios, mesmo que indiretamente, tem sido o DRS - provavelmente por ter o papel coordenador da regionalização e apresentar uma visão mais ampla do processo.

Embora não haja tensões quanto à isonomia dos entes federativos nos fóruns regionais para os entrevistados, percebe-se que alguns dos desafios da dimensão relacionada à governança são muito sensíveis, como é o caso dos instrumentos de pactuação e de sistemas de informação. À medida que a regionalização avança são necessários mecanismos mais sofisticados para garantir, cada vez mais, a credibilidade do que é acordado no âmbito regional. Para os municípios não-polo a insegurança gerada pela carência desse tipo de mecanismo é grave pois eles geralmente não conseguem ofertar serviços para além da APS. Desta forma, encaminham quase totalmente seus pacientes, e regra geral, transferem os recursos financeiros para isso. Por esse motivo, sem uma governança apropriada para a região, eles acabam sendo penalizados duplamente: ficam sem o recurso, e sem o acesso pactuado.

Dentro da dimensão política, conclui-se que os desafios postos à implementação da regionalização são importantes, mas que os avanços institucionais levados a cabo até o momento foram centrais para mitigá-los. O desafio que está menos equalizado, inerente ao ciclo político, é a rotatividade dos gestores (sejam eles os prefeitos e/ou os secretários de saúde), mas em 2016 ano a proposta para engajar a nova administração pública é diferente e espera-se que seja mais efetiva. Outro ponto relevante dentro dessa dimensão foi o desafio, não mapeado anteriormente, sobre a proximidade do gestor com sua população, que força principalmente os municípios não-polo, a estruturarem soluções criativas para viabilizar acesso à sua população.

A dimensão técnica-instrumental é considerada uma das mais relevantes para os entrevistados porque é os afeta no dia a dia. A insuficiência do financiamento é praticamente transversal aos vários outros desafios elencados e dá a tônica da regionalização, na visão deles.

## 5. NOVAS AGENDAS DE PESQUISA PARA A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

No capítulo anterior foram apresentados os resultados a partir das quatro dimensões que congregam os desafios para a implementação efetiva e cooperativa da regionalização da saúde. Já este quinto capítulo busca refletir sobre alguns pontos que extrapolam as categorias previamente definidas, mas que são contribuições relevantes para a literatura e para a política pública em si.

Os artigos publicados sobre regionalização trazem muito do porquê da relevância da implementação dessa política, mas ao mesmo tempo dão ênfase considerável aos desafios enfrentados. Ao levar a sistematização dos desafios para os gestores, ficou evidente que grande parte deles não são considerados problemas-chave. As entrevistas foram muito mais no sentido de destacar os avanços do que de criticar a regionalização. Sendo assim, parece que a academia tem uma visão mais pessimista do que aqueles que estão participando do processo diretamente: os gestores, embora críticos da realidade que enfrentam, sabem melhor do que ninguém o quanto a regionalização cooperativa é central para garantir o acesso à saúde.

É unânime o entendimento de que houve muitos avanços institucionais nos últimos anos, responsáveis por promover um ambiente cooperativo. A fala de uma técnica do DRS é representativa dessa percepção:

Eu acredito que melhorou muito (*o processo cooperativo na regionalização*). Nós temos sim esse pacto solidário dos municípios. Os gestores auxiliando uns aos outros, alguns mais, outros menos. Me parece que o problema gerencial e o problema que se dá não é a forma de cooperação entre os gestores, mas é que há uma dificuldade imensa de conseguir o atendimento à sua própria população, então eu não consigo compartilhar o que eu não tenho. Mas mesmo assim, a gente percebe esse movimento (Entrevistada DRS I, 2016).

No mais, um achado para esta realidade em particular, pois está relacionado ao contexto político econômico que o país vivencia desde 2015, é que a crise tornou ainda mais relevante a regionalização da saúde. Apesar da instabilidade política e da restrição orçamentária imposta principalmente aos municípios, alguns entrevistados entendem que essa situação fortaleceu a necessidade de cooperação, ao invés do efeito contrário:

Nesse momento que estamos de crise, a gente percebe... ‘ah eu preciso isso, eu aquilo’, e então começamos a trocar, ‘eu tenho isso no meu município, eu tenho aquilo’. Eu senti que agora nesses últimos minutos que a situação está cada vez pior, eles (os gestores municipais) estão começando a se unir e ver que um precisa do outro. A crise foi boa para ajudar nesse processo (Entrevistada F, 2016).

Sendo assim, a pesquisa de campo trouxe achados ligados a avanços institucionais que vêm sendo construídos ao longo do tempo e outros ligados à conjuntura do país, que podem ter um impacto importante para a dimensão cognitiva-cultural. Nesse contexto, são quatro os destaques: potencial democrático e participativo da CIR; multiplicidade de espaços em que a regionalização é construída; engenharia institucional para garantir o acesso; evolução da política para a regulação.

### **5.1. Potencial democrático e participativo da CIR**

Alguns dos artigos trazem achados empíricos que apontam a CIR como espaço burocrático, onde prevalecem demandas pautadas ou pela União ou pelos estados e capacidade reduzida de diálogo (MAIA; GIOVANELLA, 2014). Por outro lado, esta dissertação traz uma percepção diferente e mais positiva do que a identificada anteriormente. Na visão da maioria dos entrevistados, a CIR é o espaço mais importante para atingir objetivos coletivos: “Para mim a CIR é o espaço de discussão mais importante dentro do sistema. A CIR é o espaço mais importante porque é deliberativo” (Entrevistada 1, 2016).

Embora concordem que nem todos os pactos estabelecidos são de fato executados, o que é um problema central para a regionalização, também entendem a CIR enquanto um espaço com um propósito maior do que esse. São dois os papéis que merecem destaque, de acordo com os entrevistados: primeiro, a CIR é um espaço para troca de experiência, ampliação de conhecimento e para formação de uma rede de contato; segundo, aqueles que participam das discussões tendem a ter comportamentos mais cooperativos do que aqueles que não o fazem, como se o ambiente institucional constrangesse condutas predatórias.

Sobre o primeiro papel da CIR, além de deliberar as pautas, há muita discussão relacionada às experiências subnacionais e sobre os pontos de sucesso e de dificuldade enfrentados pelos gestores. Essa troca é relevante pois evita que os mesmos erros sejam repetidos em outros municípios, e provê alternativas interessantes para enfrentar desafios de saúde pública. É um local de debate e reflexão para transformar os desafios e soluções locais em regionais. Na CIR os gestores também sentem que estão em processo contínuo de aprendizado, pois as discussões às quais são expostos sempre têm um fundo técnico importante: “A gente consegue levar (*para a CIR*), tanto problema pontual, quanto questões em comuns que conseguimos pensar como resolver os

problemas da região. A gente consegue entrar em consenso, ver os pontos em comum para tentar resolver com apoio da Regional” (Entrevistada 3, 2016).

Embora caminhem nesse sentido, a regulação e os instrumentos de pactuação existentes hoje em dia ainda não são suficientes para garantir o acesso aos serviços de saúde, tal como acordados formalmente. Nesse contexto, a CIR funciona como um facilitador de contato, em que os gestores são expostos a diferentes atores que podem apoiá-los em casos desafiadores. É muito comum o pedido de auxílio uns aos outros em situações críticas, principalmente quando se trata de alguma urgência ou emergência. Para os municípios não-polo em particular, essa rede de contatos é importante principalmente para viabilizar o acesso em casos de média e alta complexidade, já que é recorrente a situação de não conseguirem fazer uso das vagas que lhe são destinadas a partir das pactuações: “Para nós que participamos da CIR, se eu preciso, você vai fazer uma ligação, vai perguntar o que você pode fazer, vai ser na conversa” (Entrevistada A, 2016). Em respeito ao que acordam na CIR, essa rede é muito importante para não gerar tensões entre os municípios, sempre pedindo permissão para levar a cabo um encaminhamento que está fora da pactuação.

Para o segundo ponto, a literatura institucional sociológica (HALL; TAYLOR, 2003) traz conceitos que ajudam a entender o papel da CIR enquanto um espaço que orienta o comportamento dos gestores. As teorias institucionalistas estudam a influência das instituições nos resultados sociais e políticos. A vertente sociológica traz uma visão ampliada sobre o que são as instituições, pois além de incluir nas análises as regras e os procedimentos formais, compreende também os sistemas de símbolos, esquemas cognitivos e modelos morais que orientam a ação humana. Preza, portanto, pela natureza interativa entre instituição e ação individual.

Sendo assim, a CIR contribui, para além das regras que modelam as pactuações regionais, com um ambiente institucionalizado que difunde padrões mais ou menos aceitos. Dentre as possibilidades, a empatia é um elemento moral importante para garantir a regionalização cooperativa e a CIR é efetiva em cultivá-la. Os entrevistados colocam que aqueles que participam da comissão conseguem se colocar no papel do outro gestor, e por isso evitam práticas predatórias. Um gestor afirma, sobre o comportamento daqueles que estão engajados na CIR: “Com certeza evitam (*não cumprir as pactuações*). Os secretários se reúnem e acabam vendo que a dificuldade que cada um tem o outro também tem, em proporções diferentes” (Entrevistado G, 2016). Em

adição, dada a regularidade da CIR, o receio em ter seu caso levado a debate coletivo é outro elemento que constrange os gestores, pois eles não querem ser expostos diante de seus pares, como coloca uma das entrevistadas: “Até porque numa próxima reunião, tem que dar uma devolutiva, não tem como não saber o que falar. Então você tem que cumprir até para dar uma devolutiva. É uma forma de cobrar né” (Entrevistada 3, 2016).

Nesse contexto, os municípios não-polo têm operado de maneira mais solidária com os sede e com os polos. Embora ainda encaminhem pacientes fora do que foi pactuado, há uma tentativa de acessar a rede informal de contatos para pelo menos pedir autorização ou então estruturar colaborações fora da CIR. Por outro lado, os municípios de referência estão mais solidários com a situação de saúde dos seus pares, como coloca um dos gestores locais: “Olha, não. Não porque não tem jeito (*quando um paciente que não é referência e mesmo assim usa o serviço de um outro município*). Isso aí é consentido pelo prefeito, inclusive com terminho de colaboração. A gente não tem esse tipo de constrangimento porque não tem jeito. Se eles não vierem aqui eles vão ficar sem nada, entendeu? ” (Entrevistado H, 2016) e “É, os que estão ali atuantes (*os municípios que participam das discussões*), são aqueles que aderem, eles vão, quando acontece algo fora do pactuado eles trazem para CIR, falam o que está acontecendo” (Entrevistada F, 2016).

Por fim, entende-se também que não há outra saída para garantir o acesso à saúde, que não a regionalização. Sendo assim, há uma tendência de pressão interna que virá da própria comunidade do gestor, o que pode força-lo a participar das discussões regionalizadas. Um exemplo desse tipo é fornecido por uma das entrevistadas:

Tem município que não concordou em ceder os leitos para ir para a vaga CROSS, independentemente da capacidade dele. O que vai acontecer, vai chegar um momento que ele vai ter que participar disso, porque todo mundo entrou. Se ele não concorda, significa dizer que não vou precisar de você, e na verdade não é isso, ele não sabe quando vai precisar. Não dá para ficar à margem pois o problema é grande. É um número alto de pacientes que vão precisar do serviço e você não sabe a hora. Você tem que estar ali e tem que ter esse referencial! (Entrevistada A, 2016).

Portanto, a CIR é um espaço central para o que foi chamado de dimensão cognitiva-cultural: Ela difunde um ambiente com os padrões tidos como necessários para a regionalização cooperativa. O grande desafio é engajar os gestores que não participam das discussões por não verem relevância

no tema. Essa situação foi identificada em uma das CIR que contou com a participação da pesquisadora, e de fato gera um desconforto considerável entre todos os presentes.

Os entrevistados entendem esses dois papéis atribuídos à CIR como extremamente positivos para o projeto regional, entretanto, cabe uma problematização: as relações interpessoais (rede informal de contato), parecem ser mais estruturantes do que o próprio modelo de governança institucional proposto por meio da CIR. A solidariedade, tal como concebida na própria Constituição de 1988 e reiterada nas normativas que regem o processo de regionalização, é de orientação organizativa, estruturante, e que vincula a todos os entes federativos a responsabilidade do cuidado à saúde. Seguindo uma leitura jurídica do conceito (JAMUR, 2005), ele inclusive possibilita que União, estados e municípios sejam acionados judicialmente para o cumprimento deste dever, isolado ou solidariamente. Como coloca Milton Santos (1994, p. 92):

As regiões existem porque sobre elas se impõem arranjos organizacionais, criadores de coesão organizacional baseada em racionalidades de origem distante, mas que se tornam o fundamento da existência e da definição desses subespaços.

O que se depreende dos resultados empíricos desta dissertação é que os gestores apresentam uma visão moral do conceito, o substituindo inclusive por noções como empatia. Eles tendem a sobrepor a lógica organizacional por uma lógica interpessoal, em que se precisa ajudar o mais pobre, o que não tem nada, o que não consegue prover os serviços de saúde, os “coitados”. Como coloca Duvignaud (1986), a solidariedade pode seguir uma linha para o sentimentalismo, para a comiseração ou a piedade, o que se distancia do ideário inicial da regionalização.

Parece que os instrumentos que existem hoje para assegurar o processo são tão insuficientes que os gestores mobilizam a dimensão moral e a rede informal para garantir aquilo que o modelo institucionalizado ainda não conseguiu dar resposta. Então de fato, esses dois papéis atribuídos à CIR pelos gestores é de fato importante para assegurar os objetivos pretendidos com a regionalização, mas às custas do que se pensou originalmente. O estudo de caso nessas duas regiões de saúde, que são bastante avançadas no tema quando compara a outras, mostra que se segue por um caminho que pode vir a afetar a efetividade do modelo regional conduzido pela CIR.

## 5.2. Variedade de espaços em que a regionalização é construída

Um segundo avanço institucional, cuja relevância vai ao encontro da leitura feita para a CIR e ao qual a academia parece estar dando menos atenção em seus artigos, são os outros espaços em que a regionalização é construída. Por ser a instância deliberativa final, a CIR parece receber a atenção integral dos pesquisadores (excluindo CIB e CIT), sendo que há uma riqueza de dinâmicas acontecendo em outros grupos e fóruns. Os artigos analisados para a revisão de literatura deste trabalho trouxeram, além da CIT, alguma coisa sobre a Câmara Técnica, mas não no sentido de analisá-la *per se*, mas para retratar como se dá o fluxo de organização para as reuniões intergestores.

Esses espaços são importantes pois, além de gerarem engajamento com a agenda regional, abrem mais oportunidades para que os municípios possam contribuir com as soluções para a região e também capacitam os gestores e sua equipe por meio de discussões técnicas qualificadas. Nesses espaços, como a pauta é mais específica, os temas são analisados em profundidade e podem contar com a participação de atores externos, como a sociedade médica, prestadores privados e públicos, e até gestores de outras regiões de saúde.

Muitos dos municípios não-polo se sentem confortáveis para contribuir nesse tipo de fórum, as vezes mais do que na própria CIR, porque percebem que estão construindo a proposta, ao invés de apenas deliberar sobre ela. Grande parte dos entrevistados colocou que nesses momentos o verdadeiro engajamento é gerado, como exemplificado na fala da gestora:

A partir do momento que você participa de outros grupos, você adquire muito mais conhecimento e começa a ter outro entendimento de certas coisas. Então eu acho que os grupos são muito importantes. A CIR seria mesmo aquela parte da aprovação, mas o entendimento de como funciona, o que está sendo a distribuição de acordo com a população pactuado pela PPI. Então é tudo feito antes (Entrevistada F, 2016).

Nesse avanço cabe discutir as RAS, pois elas são mais um fórum em que a regionalização vem sendo construída. Assim como a PPI, a visão dos gestores é que as RAS são extremamente importantes, pois as entendem enquanto a concretização da regionalização. Entretanto, a restrição de recursos tem inviabilizado a implantação das redes: “Têm várias redes que eles querem fazer, mas não está funcionando ainda, está no papel só. Elas estão aprovadas na CIT, só que o problema é de financiamento. Está tudo bonitinho no papel, que nem a PPI, que não saiu do papel até hoje” (Entrevistado H, 2016).



Apesar da falta de eficácia na implementação das RAS, seu processo de construção é reconhecido como democrático, participativo e com um alto potencial de engajamento. Os gestores se mostraram animados com a experiência e querem avançar para outras linhas de cuidado como a rede psicossocial, de crônicas, entre outros. O formato da rede desconstrói a noção de hierarquia entre os serviços e passa a operar com o conceito de nós (MENDES, 2011). Na fala de uma gestora:

Por conta dessa questão da obrigatoriedade de construir a rede é que começou os secretários também alguns, a se interessar nessa questão da regionalização. Muitos municípios pequenos entenderam que não é só ficar esperando o grande ofertar o serviço. Ela é maleável, qualquer município, do pequeno até o grande começou a perceber que tem que organizar. Eu sinto isso. Não são todos, mas uma grande parte já começou a entender (Entrevistada 2, 2016)

Esses grupos são importantes, portanto, pois além de serem responsáveis por operacionalizar/ executar a regionalização da saúde por meio de novas propostas, geram um engajamento qualificado entre aqueles que participam. Na sequência, seguem alguns grupos que foram identificados durante o trabalho de campo.

**Tabela 8 – Fóruns em que a regionalização é construída (fora CIR, CIB e CIT)**

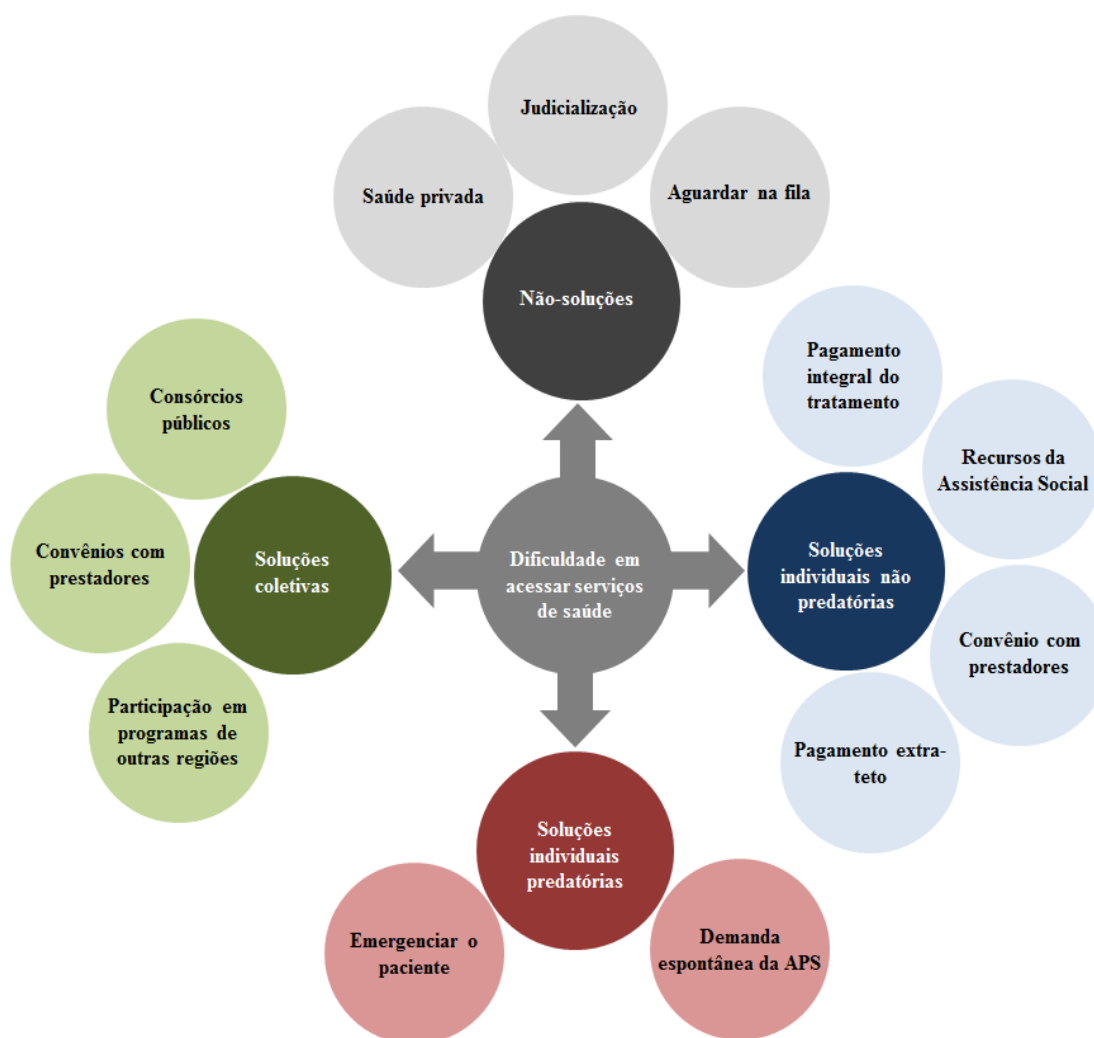
DIMENSÃO	DESAFIO	RESULTADO
Grupo de trabalho para regulação	Diagnóstico real da demanda e da capacidade da oferta para determinada linha de cuidado, visando à readequação dos pactos	Técnicos do DRS; gestores municipais de saúde (e/ ou sua equipe); gestores municipais de outras regiões de saúde; prestadores; sociedade médica
Câmara Temática (exclusiva para a RMC)	Discussão técnica dos serviços realizados pela RMC, quais os principais desafios e novos projetos	Gestores municipais de saúde e prefeitos (e/ ou técnico indicado)
Grupos de trabalho para especialidades	Organização eficiente do fluxo de serviços já existentes, criação de protocolos regionais, entre outros	Técnicos do DRS e gestores municipais de saúde (e/ ou sua equipe)
Comitê das redes (RAS)	Organização das RAS por especialidades	Técnicos do DRS, gestores municipais de saúde (e/ ou sua equipe) e coordenação regional da rede

Fonte: elaboração própria a partir da análise das entrevistas

### 5.3. Engenharia institucional para garantir o acesso nos municípios não-polo

Como já apontado, existem fatores múltiplos que levam ao não cumprimento das pactuações estabelecidas na CIR. O objetivo nesta seção não é retomá-los, mas apontar quais soluções os gestores dos municípios não-polo estão utilizando para garantir que sua população tenha o acesso adequado no tempo apropriado. Para fins analíticos, essas soluções foram agrupadas em quatro blocos: (i) soluções coletivas; (ii) soluções individualizadas não predatórias; (iii) soluções individualizadas predatórias; (iv) não-soluções.

**Figura 15. Soluções identificadas para garantir o acesso à saúde pelos municípios não-polo**



Fonte: elaboração própria a partir da análise das entrevistas

As **soluções coletivas** são aquelas em que os municípios se unem para solucionar um desafio comum. Elas não são deliberadas na CIR, mas os gestores têm a prática de expor esse tipo de parceria tanto para que a região esteja a par das novas experiências que surgem, quanto para sinalizar que a pactuação firmada não está sendo efetiva. Nesse bloco existem soluções como os consórcios públicos, convênios multilaterais com prestadores e a participação em programas de saúde de outras regiões.

Os consórcios são apontados na literatura como instrumentos de cooperação interfederativa (CUNHA, 2004; RIBEIRO; COSTA, 2009), em que entes federativos se unem, criando uma terceira pessoa jurídica, para atingir um objetivo final comum. Essa é uma estratégia bastante utilizada por municípios, principalmente aqueles de pequeno porte. Na região de Campinas, há algumas experiências bastante positivas nesse sentido:

A parte de média complexidade tem um consórcio regional, porque sabemos que os municípios polo e os serviços estaduais são superlotados. Exemplo o Hospital Estadual de Sumaré, que é nossa referência aqui, eles nos atendem super bem, mas não atende a demanda toda porque vive com superlotação. Então a ideia era reunir os municípios da região: Holambra, Artur Nogueira, Cosmópolis, Paulínia e a parte de média complexidade nós estamos custeando. É claro que quando as cidades se consorciaram, os valores de procedimentos você consegue baratear (Entrevistado G, 2016).

O consórcio que alguns municípios da RMC participam funciona basicamente como uma centralização de credenciamentos de médicos e prestadores que estão aptos a executar o serviço por um preço pré-determinado, sendo o pagamento efetuado a partir do número de procedimentos realizados. Para o gestor que integra o consórcio, a chave para o sucesso desse instrumento é o comprometimento político e financeiro das partes que o compõem, desde que o objetivo seja a compra de serviços de média complexidade, e não a gestão de equipamentos. Os consórcios são interessantes pois garantem mais segurança jurídica à iniciativa, mas ao mesmo tempo, demanda um esforço cooperativo mais sofisticado.

Foi identificada uma segunda estratégia, mais simples - do ponto de vista legal - do que os consórcios, que são os convênios multilaterais com prestadores. Funcionam como pactuações intermunicipais, em que os interessados se unem para conseguir preços mais acessíveis, com foco principal em exames e consultas com especialistas, como coloca um dos gestores que participa de um convênio para exames e consultas gastrointestinais:

O valor sai em conta, porque são vários municípios, por exemplo, dez exames de Bressane, dez de Mesquita, então para eles (para o prestador) sai um preço melhor e você acaba atendendo uma demanda. Na CIR a gente só comunica por conta do fato da demanda de receber, por conta de estar gastando X valor (Entrevistado C, 2016).

Ambas as estratégias apontadas usam a lógica do poder de escala para garantir economicidade às compras públicas, e assim, conseguir utilizar o mesmo montante de recursos para atender a mais pessoas.

Por fim, é possível também que os municípios, a partir da rede de contato informal dos gestores, consigam participar de programas de saúde em regiões próximas, como corrobora o relato de um dos entrevistados, que conseguiu direcionar as pacientes de seu município cujo caso clínico necessitava de uma mamografia: “Esse ‘Mulheres de Peito’<sup>34</sup> já foi uma invasão nossa. A gente invadiu a região de Assis, graças ao contato do antigo secretário de saúde, que conseguiu para gente 80 vagas para mamografia. Nós brigamos depois e conseguimos 160 vagas” (Entrevistado C, 2016)

As **soluções individuais não-predatórias** são aquelas em que o próprio município toma alguma iniciativa, mas dessa vez, sozinho, mas sem que sua atitude afete negativamente outro(s) município(s) da região. Em geral, apenas algumas ações são discutidas na CIR.

Assim como existem convênios multilaterais, existem também os casos em que o município, sozinho, faz um acordo com o prestador e consegue descontos para que ele mesmo usufrua do serviço, ou então para que o seu municípe possa realizar o exame ou a consulta por um preço mais acessível. Um exemplo dessa estratégia:

A gente fez uma parceria com a Ultrarad: de R\$ 750,00, a gente está pagando R\$ 440,00 por uma ressonância. Então a gente conseguiu fazer algumas parcerias para agilizar e tinha coisa que estava parada há dois anos e deu alteração. Então para população foi bom e a gente acaba ficando contente porque consegue resolver alguns problemas (Entrevistada F, 2016).

Uma das situações mais comuns é o município não-polo ter de tomar responsabilidade pelo paciente, mesmo que a referência para o serviço necessário seja em outro local. Quando é assim, são utilizados recursos próprios da pasta da saúde para financiar o tratamento, bancar um exame, uma consulta, ou mesmo um procedimento ambulatorial. Nesse sentido, há também uma terceira

---

<sup>34</sup> Programa financiado pelo governo federal que basicamente organizava mutirões para a realização de exames de mamografia.

estratégia, que é atrelar a demanda clínica do paciente à sua condição social. Em dois casos foram relatados casos em que a pasta de assistência social foi acionada:

O número de vagas é insuficiente para atender a nossa demanda, então a gente acaba fazendo essas adequações aqui e anexa um relatório social, para justificar que a pessoa é carente, que deveria ser para todos, atender às diretrizes do SUS, aí, mas a gente usa esse argumento de critério social para atender essas pessoas (Entrevistada 3, 2016).

Nós temos 250 mamografias para fazer aqui na nossa unidade, e a gente recebe dez vagas, por mês. Nós temos um projeto novo na prefeitura: a gente faz os relatórios sociais com as pessoas que mais precisam e a gente autoriza 100%, 50% de fazer um exame particular num laboratório específico. Aí a gente reembolsa o laboratório (Entrevistado C, 2016).

Por fim, em várias das entrevistas foi citada uma prática corrente, que é o pagamento extra-teto para certos procedimentos. Em linhas gerais, cada uma das ações e serviços de saúde tem um valor pré-definido via Tabela SUS. Entretanto, como esses valores estão desatualizados ocorre desinteresse por parte de vários prestadores, o que afeta a capacidade de oferta. Como solução, os municípios têm feito um repasse extra-teto para aquele que executará o serviço, seja esse um prestador privado, ou então alguma outra administração local.

As **soluções individuais predatórias** são aquelas em que o município toma alguma iniciativa por si só, mas que acaba por prejudicar outro(s) município(s) da região. Esse tipo de conduta, quando sistemática, é levada a CIR geralmente por aqueles municípios que recebem os pacientes.

É comum que as referências para casos de Urgência e Emergência sejam porta-aberta, ou seja, que o paciente não precise de um encaminhamento prévio para poder utilizar o serviço. Essa é a prática mais comum e que mais incomoda os municípios polo e sede. Relatos em tom crítico foram feitos inclusive por aqueles que “emergenciam” o paciente, dizendo que não é uma conduta adequada, mas que, quando não há outra saída e o caso é crítico, os gestores se veem sem outra opção: “Eu urgencio, eu não gosto de falar que eu urgencio, porque eu não tenho outra saída, eu urgencio. Eu boto lá na UPA e eu urgencio. Falo ‘Coloca qualquer coisa para poder encaminhar’” (Entrevistada 2, 2016). Esse tipo de prática leva à superlotação de serviços de média e alta complexidade e ao uso inadequado das vagas pactuadas na CIR.

Outra conduta que acontece de forma espontânea, geralmente impulsionada pela limitada estrutura de APS, é que a própria população migra para serviços em municípios vizinhos. É comum,

como já apontado no capítulo quatro, que os pacientes migrem para os sistemas locais de saúde que julguem melhores. Os instrumentos de pactuação e o sistema de informação que existem hoje, no curto prazo, não permitem resgatar rapidamente o histórico médico, para saber a procedência de quem acessa o serviço; no longo prazo, não fornecem informações para que o teto financeiro possa ser transferido.

Por fim, o último grupo é na verdade resultado de uma inação da administração pública, que leva a **população a encontrar suas próprias soluções**. Uma saída que vem desorganizando a capacidade de planejamento das gestões locais é a judicialização da saúde. Quando o paciente percebe que não obterá o tratamento, uma de suas opções é entrar com uma ação judicial que obrigue a administração pública a lhe fornecer o que foi demandado. A principal questão levantada sobre a judicialização é o comprometimento da previsibilidade de recursos destinados a políticas públicas, o que pode ocasionar escassez de recursos para custear as ações e serviços de saúde já pactuados entre as esferas de governo e a sociedade (GOMES *et al.*, 2014). Para municípios não-polo, que em geral contam com recursos bem limitados para organizar seu sistema, a judicialização é ainda mais perversa.

Uma estratégia que foi mais comum até antes da crise, mas que ainda é importante, é a aquisição de planos privados de saúde para completar as lacunas em que o SUS é julgado como ineficiente ou moroso, como no caso de exames ou consultas. É recorrente que o paciente faça o acompanhamento de seu caso na rede pública, mas que pague para ter um diagnóstico laboratorial num tempo mais curto. Como relata uma das gestoras: “Às vezes você conversa com o paciente e ele fala: ‘Então estou cansado’, aí ele mesmo vai no particular” (Entrevistada D, 2016).

Por fim, a situação mais sensível de todas é aquela em que o paciente fica na lista de espera por tempo indeterminado. Para os municípios comprometidos com a regionalização, que se constroem em emergenciar pacientes e tendem a não apresentar comportamentos predatórios, a fila de espera é uma realidade severa e desmotivante. Apesar das várias soluções apresentadas até agora, nem sempre é possível leva-las a toda a população. Dois casos bastante emblemáticos: “(*O paciente*) Fica sem assistência. Fica na lista de espera. Se for um caso urgente, muitos falecem, por exemplo, câncer, revascularização cardíaca, retina, paciente fica cego... A gente fica desanimado né” (Entrevistado H, 2016) e

Tem um paciente que há 7 anos está na cadeira de rodas. Ele com 14 anos teve problema e está na cadeira de rodas desde esse período. Ele perdeu a adolescência inteira dele esperando na fila do HC e ainda está na fila. Hoje ele está com 23 anos. Ele vai perder toda juventude dele, ele está na idade produtiva e vai perder toda essa idade produtiva em cima de cadeira de rodas sem solução (Entrevistada 2, 2016).

Observando esse cenário, cabe a reflexão sobre a efetividade do modelo de regionalização por meio da CIR para os municípios não-polo. Estaria nessa Comissão a responsabilidade máxima de zelar pelo bem da regionalização, colocando os interesses coletivos antes dos interesses individuais dos atores. Com os desafios que foram apresentados ao longo do capítulo quatro, mais a discussão sobre a engenharia institucional nessa seção, parece que o modelo proposto pela CIR apresenta limitações consideráveis para garantir o acesso à saúde para a população dos municípios não-polo.

A autonomia dos entes federativos, e a ausência/ fragilidade de instrumentos que garantam a execução do que é pactuado no âmbito regional enfraquecem a figura da CIR. Na escolha desse modelo de governança, parece que a Comissão não conseguiu transformar sua posição de liderança em resultados efetivos para a região de saúde, o que afeta em muito os não-polo. A escolha por não criar uma entidade sanitária que estivesse formalmente acima dos interesses do estado e dos municípios, passou pelo desafio de ter uma autoridade despida de caráter autoritarista. O caminho é, sem dúvida, encontrar um modelo que combine autoridade à democracia.

Sendo assim, embora o objetivo da presente dissertação não seja pensar modelos de governança alternativos, cabe apontar que o que se tem hoje não responde de maneira efetiva às necessidades dos municípios não-polo.

#### **5.4. Evolução da regionalização para a regulação**

O último avanço a ser destacado diz respeito a uma tendência observada por vários dos entrevistados, principalmente pelas técnicas do DRS. Há um esforço grande por parte da secretaria estadual de Saúde de São Paulo em estabelecer políticas regulatórias que organizem o fluxo de encaminhamento dos pacientes sem que o critério de alocação de vagas seja totalmente discricionário ao gestor municipal ou estadual.

A rede informal de contatos, como já apontado diversas vezes nesta dissertação, é central para viabilizar o acesso em algumas situações, mas esse *modus operandi* tende a perder espaço

para a formalização da política pública, tal como já apontado por outros autores em casos similares (NETO; DE AZEVEDO, 2005). A construção de critérios clínicos/ estratificação de risco para reger o paciente que receberá a vaga tende a desconsiderar o município de origem, sua condição socioeconômica, seu gênero, entre tantas outras características. Para alguns dos entrevistados, essa tendência é considerada uma evolução que aproxima a regionalização dos princípios doutrinários do SUS, em que devem ser observados universalidade, integralidade e gratuidade do sistema (BRASIL, 1988).

Outro aspecto considerado positivo é que a regulação tenta impedir interesses políticos de interferirem na lógica de acesso aos serviços de saúde. Uma vez estabelecidas quais vagas serão regionais, quem tem direito a que, e quais critérios serão observados para priorização de atendimentos, o gestor que administra o equipamento passa a ter menos controle sobre ele. A perda de discricionariedade, entretanto, não é observada como algo negativo, porque parece que os secretários e técnicos da saúde compreendem a relevância da regionalização. Como coloca uma gestora municipal sobre a relevância da regulação:

A gente está tentando trabalhar na lógica do SUS mais puro, é você fazer classificação de risco! O SUS não tem endereço. Regionalizar é trabalhar serviço, montar um processo regulatório dentro da regionalização, para que com a classificação de risco você acolha o paciente que realmente necessita, e não porque ele é da RMC (Entrevistada 1, 2016).

Nesse contexto, a CROSS foi um passo essencial para o fortalecimento da regulação dentro da regionalização. Como é um instrumento muito recente, praticamente inexistem artigos que tratem sobre o tema, mas aqueles que já puderam explorá-la constatam que o sistema contribuiu tanto para aumentar a produtividade do próprio equipamento de saúde, no caso um ambulatório de cardiologia, ao garantir transparência e eficiência no agendamento, quanto para o paciente, que recebeu o cuidado adequado no tempo adequado (DE SOUZA; SERINOLLI, 2015).

Das entrevistas, ficam mais pontos positivos do que negativos sobre essa experiência. Os gestores entendem que a CROSS força os municípios a sofisticarem suas regulações (ARAÚJO, 2016), como traz uma fala: “Outro ponto que é importante é a questão da regulação, porque os municípios precisam começar a trabalhar um pouquinho mais isso. A partir do momento que você tem organizado essa regulação municipal, você consegue cobrar a regional inclusive. Você tem subsídio para essas discussões e para essas vagas (*vagas alocadas na CROSS*) ” (Entrevistada B,



2016). É um transbordamento positivo, que leva a um amadurecimento institucional coletivo. Também entendem que esse processo torna a alocação de vaga mais transparente e menos suscetível às pressões políticas.

Apesar dos pontos positivos, ainda há desafios a serem superados. Atualmente a alocação de vagas observa critérios *per capita*, que não refletem necessariamente a necessidade de saúde dos municípios. Segundo, as vagas que não são utilizadas são redistribuídas sem qualquer critério: elas entram para o “bolsão” semanalmente e a equipe que a capta primeiro no sistema fica com a vaga, mesmo que haja um caso mais grave em outra localidade. Terceiro, os gestores tiveram dificuldade em explicar como a CROSS conversa com a PPI e com as RAS, pois esta relação ainda não é clara. Por fim, nem todos os municípios disponibilizam suas vagas no sistema, o que gera uma redução da oferta de serviços. Esses pontos já foram diagnosticados e há indicações que devem sofrer alterações nos próximos anos, mas é consenso que era necessário começar esse trabalho de regulação de algum lugar.

Na RMC já há uma experiência inclusive mais inovadora. Além da regulação regional (sob coordenação no DRS representando o Estado), foi integrada no mesmo espaço físico a regulação municipal de Campinas, responsável por ofertar grande parte dos serviços de média e alta complexidade da região. Até o momento, as regulações apenas dividem o mesmo andar no prédio do DRS, mas a ideia é que passem a compartilhar de processos de gestão e fluxo de trabalho, tornando-se assim um Complexo Regulador, o que dará mais consistência e transparência para a região de saúde.

## 6. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação de mestrado teve dois objetivos específicos: o primeiro deles, construir e validar uma proposta de sistematização dos desafios à implementação efetiva da regionalização da saúde, nos moldes cooperativos; o segundo, aplicar esses desafios à categoria analítica definida como municípios não-polo, e compreender as dificuldades enfrentadas por esses atores na implementação do processo de regionalização.

Antes de trazer os resultados para esses objetivos, é importante retomar algumas limitações deste trabalho. Primeiro, o contexto em que a pesquisa foi realizada é bastante específico: as duas regiões de saúde selecionadas (Campinas e Marília) apresentam desenvolvimento socioeconômico alto e alta oferta e complexidade de serviços de saúde; além disso, o estado de São Paulo, é classificado como de governança coordenada/ cooperativa e de institucionalidade avançada. A presença de municípios polo na lista de entrevistados também é reduzida, o que não permite contrapor com precisão a visão deles sobre os não-polo. Apesar dessas limitações, os resultados alcançados são sólidos.

Sobre o primeiro objetivo, a construção da taxonomia sobre os desafios demonstrou três qualidades: mostrou-se efetiva para orientar o trabalho em campo; funcionou enquanto um instrumento para apoiar pesquisas de natureza comparada; e, por fim, ajudou no entendimento mais amplo da regionalização a partir de categorias macro - representadas pelas quatro dimensões. Do ponto de vista operacional, a flexibilidade dos moldes em que essa sistematização foi construída, a torna adaptável para as diferentes realidades do país. A ida ao campo foi central para ajustar a taxonomia proposta a partir da revisão da literatura, pois constatou-se que uma parte dos desafios publicados não são considerados problemáticos e outros, novos, foram identificados.

Em grandes linhas, a dimensão cognitiva-cultural parece ser menos discutida pelos gestores, considerando principalmente seu caráter mais amplo, em que não necessariamente há políticas e programas que visem superar os desafios ali postos. Sendo assim, é a própria maturidade institucional do processo a solução para as questões levantadas nessa dimensão. Dentro da governança regional, o principal desafio não é a falta de isonomia entre os entes federativos nos fóruns regionais, mas sim a ineficiência dos instrumentos de pactuação e dos sistemas de informação. Da dimensão política, os desafios previamente identificados estão sendo atacados

pelos avanços institucionais levados à cabo até o momento, mas a rotatividade dos gestores ainda afeta negativamente a construção de soluções regionais. Por fim, a dimensão técnica, em especial a falta de financiamento, seriam as principais responsáveis pelo tom não-cooperativo na implementação da regionalização.

Sobre o segundo objetivo, tornou-se evidente que os municípios não-polo enfrentam desafios particulares à sua natureza, tanto que cabe adaptação na taxonomia proposta. Sendo assim, estes podem ser validados enquanto categoria analítica específica para entender a regionalização cooperativa.

Dentro da dimensão cognitiva-cultural, são poucas as particularidades desses municípios, isso porque a própria natureza dos desafios é mais ampla. Poderia apenas destacar a questão do pertencimento regional, que os habitantes dos municípios não polo percebem mais do que aqueles que residem em municípios polo, isso porque para acessar qualquer tipo de serviço mais complexo de saúde, em geral devem se deslocar para outra cidade. Apesar dessa noção geográfica, a abertura de um novo equipamento para a região tende a ser bem recebida apenas naqueles casos em que o tempo alocado no deslocamento for diminuído.

Sobre a dimensão relacionada à governança regional, não é verdade que esta é a mais problemática para os municípios não-polo, isso porque os avanços institucionais que foram vistos no trabalho de campo tendem a garantir a isonomia entre os diversos entes federativos que participam da CIR e dos outros fóruns regionalizados. Para os municípios não-polo, foram identificadas algumas particularidades, como uma apropriação indevida de serviços regionais pelos polos, e várias questões ligadas à ausência de informação: a inexistência de um sistema de contrarreferência efetivo afeta fortemente a capacidade de gestão, já que eles oferecem poucos serviços de MAC (quando oferecem), então acabam encaminhando seus pacientes e ficando sem essa devolutiva para o cuidado na rede básica; há mais estresse por parte dos municípios não-polo na desinformação sobre quais são as referências da região, pois eles sentem que sempre devem renegociar o que já está pactuado, um vez que eles utilizam muito os serviços fora de seu território.

A dimensão política apontou um desafio exclusivo à essa categoria: a proximidade do gestor com a população, que os pressiona ainda mais a garantir o acesso aos serviços de saúde. A rotatividade inerente à dinâmica política prejudica ao projeto da regionalização como um todo, mas

para os municípios menores (que em geral não são os polos), esse cenário ainda é mais complicado uma vez que aqueles mais visados para serem substituídos com as trocas políticas são médicos e enfermeiros que além de administrarem os equipamentos de saúde, também atuam no atendimento clínico aos pacientes.

Para a última dimensão, a técnica-instrumental, os desafios referentes ao financiamento e à capacidade instalada afetam a todos os atores envolvidos, porém, no caso dos não-polo, como eles são muito dependentes de serviços de saúde externos para sua população, acabam sendo ainda mais prejudicados. Na agenda de recursos humanos, dois pontos importantes para os municípios não-polo, é que eles têm menos capacidade de atrair e reter profissionais e menos condições de alocar profissionais para tratar da agenda regional.

Extrapolando os desafios particulares em cada uma das quatro dimensões, a problemática central para esses municípios é que, como eles geralmente não dispõem de serviços de média e alta complexidade, a efetividade das pactuações de referência é central para a garantia de acesso à saúde pela sua população. Por essa razão, a regionalização efetiva e cooperativa para eles é extremamente importante e prioritária.

O que acontece hoje é que os não-polo são triplamente penalizados: primeiro, a alocação de vagas por critérios *per capita*, e não por epidemiologia/ estratificação de risco os prejudica, pois eles em geral têm bem menos habitantes quando comparados aos outros municípios da região. Sendo assim, já de critério de partida, os não-polo têm menos vagas disponíveis; segundo, eles não conseguem acessar aos serviços que foram pactuados, o que os leva a criar engenharias institucionais para garantir o acesso; terceiro, eles não só ficam sem o serviço, como também ficam sem o recurso, uma vez que ele é diretamente transferido para o município executor. Com esse cenário, cabe a crítica de que o atual modelo que o Brasil escolheu para a regionalização apresenta limitações sérias para atender a esse tipo de município, que no final das contas, é uma categoria bastante representativa de outras regiões de saúde no Brasil.

Para além dos objetivos específicos iniciais, a pesquisa trouxe uma visão dos gestores que preza pelos avanços institucionais observados nos últimos anos sobre a regionalização. Os quatro pontos destacados no capítulo cinco - potencial democrático e participativo da CIR; multiplicidade de espaços em que a regionalização é construída; engenharia institucional para garantir o acesso;

evolução da política para a regulação - são agendas de pesquisa que ainda podem ser melhor exploradas. Em particular o tema da estruturação da política de regulação encontrará cada vez mais sinergia com a literatura da administração pública, pensando as capacidades estatais na formulação e implementação de políticas públicas.

A regionalização é um tema rico, cuja evolução está trazendo um novo leque de desafios a serem estudados. O olhar para novos atores trouxe elementos que foram pouco ou nada debatidos anteriormente. A sistematização dos achados empíricos é uma estratégia interessante para que a construção de inteligência sobre a política. Em síntese, há toda uma nova fronteira do conhecimento para que a academia explore, e com implicações relevantes para a implementação efetiva da regionalização nos moldes cooperativos.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 41-67, 2005.

ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. **Tópicos de economia paulista para gestores públicos**, v. 1, p. 13-31, 2007.

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.

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Rev Saúde e Debate**, vol. 39, N. Esp., p.24-34, 2015.

ALMEIDA, A. N. P. S.; LIMA, L.D. O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo. *Saúde debate*, v. 39, n. spe, p. 51-63, 2015.

ARAÚJO, L. M. G. Efeitos *spillover* espaciais de auditorias públicas sobre o comportamento dos prefeitos. 2016.

BRASIL. Decreto n. 94.657 de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html>>

BRASIL. Constituição Federal, 1988.

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. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>

BRASIL. Portaria n. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003

BRASIL. 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). Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>

BRASIL. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da

saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>

BRASIL. Lei Complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>.

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. **Saúde debate**, v. 38, n. 100, p. 57-68, 2014.

CONSELHO ESTADUAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SÃO PAULO (COSEMS-SP). Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) no Estado de São Paulo (2011). Disponível em <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage/destaques/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras>> Último acesso em: 05/11/2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (SONASEMS). Disponível em <<http://www.conasems.org.br/como-fica-a-saude-no-brasil-depois-da-pec-do-teto/>> . Último acesso em 20/10/2016.

CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 447-460, 2015.

CUNHA, R. E. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. 2004.

DE ARAUJO DOURADO, D.; ELIAS, E. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DE SOUZA, D. C. C.; SERINOLLI, M. I. Impacto do sistema de agendamento eletrônico (CROSS) sobre o funcionamento de um ambulatório hospitalar de atenção médica especializada em cardiologia. Anais do IV SINGEP. 2015.

DOS SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015.

DUARTE, C. M. R. et al. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 31, n. 6, p. 1163-1174, 2015.

DUVIGNAUD, J. La solidarité — liens de sang et liens de raison. Paris: Arthème Fayard, 1986.

ELIAS, P. E. M. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, **São Paulo**, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

Entrevistada DRS I. Entrevista concedida à pesquisadora Carolina Cavanha de Azeredo Santos. Novembro de 2016. Fundação Getúlio Vargas.

Entrevistada DRS II. Entrevista concedida à pesquisadora Carolina Cavanha de Azeredo Santos. Dezembro de 2016. Fundação Getúlio Vargas.

Entrevistada DRS III. Entrevista concedida à pesquisadora Carolina Cavanha de Azeredo Santos. Novembro de 2016. Fundação Getúlio Vargas.

Entrevistada 1. Entrevista concedida à pesquisadora Carolina Cavanha de Azeredo Santos. Dezembro de 2016. Fundação Getúlio Vargas.

Entrevistada 2. Entrevista concedida à pesquisadora Carolina Cavanha de Azeredo Santos. Novembro de 2016. Fundação Getúlio Vargas.

Entrevistada 3. Entrevista concedida à pesquisadora Carolina Cavanha de Azeredo Santos. Novembro de 2016. Fundação Getúlio Vargas.

Entrevistada A. Entrevista concedida à pesquisadora Carolina Cavanha de Azeredo Santos. Novembro de 2016. Fundação Getúlio Vargas.

Entrevistada B. Entrevista concedida à pesquisadora Carolina Cavanha de Azeredo Santos. Novembro de 2016. Fundação Getúlio Vargas.

Entrevistada C. Entrevista concedida à pesquisadora Carolina Cavanha de Azeredo Santos. Novembro de 2016. Fundação Getúlio Vargas.

Entrevistada D. Entrevista concedida à pesquisadora Carolina Cavanha de Azeredo Santos. Novembro de 2016. Fundação Getúlio Vargas.

Entrevistada E. Entrevista concedida à pesquisadora Carolina Cavanha de Azeredo Santos. Novembro de 2016. Fundação Getúlio Vargas.

Entrevistada F. Entrevista concedida à pesquisadora Carolina Cavanha de Azeredo Santos. Novembro de 2016. Fundação Getúlio Vargas.

Entrevistada G. Entrevista concedida à pesquisadora Carolina Cavanha de Azeredo Santos. Novembro de 2016. Fundação Getúlio Vargas.



Entrevistada H. Entrevista concedida à pesquisadora Carolina Cavanha de Azeredo Santos. Novembro de 2016. Fundação Getúlio Vargas.

ESTADO DE SÃO PAULO. Decreto n. 51.433 de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. Disponível em <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto-51433-28.12.2006.html>>.

ESTADO DE SÃO PAULO. Decreto n. 56.061 de 02 de agosto de 2010. Cria, na Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde e dá providências correlatas. Disponível em <[www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2010/decreto-56061-02.08.2010.html](http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2010/decreto-56061-02.08.2010.html)>.

FERNANDES, A. T.; CASTRO, C.; MARON, J. Desafios para implementação de políticas públicas: Intersetorialidade e regionalização. 2013.

FLEURY, S.; OUVREY, A. M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. In: **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Fundação Getúlio Vargas, 2007.

GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011.

GALINDO, J. M. et al. Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 6, p. 1545-1566, 2014.

GODOY, A. S. Estudo de caso qualitativo. In SILVA, A. B.; GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, p. 115-146, 2006

GODOY, A. S. Refletindo sobre os critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. **GESTÃO.Org - Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, v. 3, n. 2, 13 ago. 2010.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. **Miranda AC, Barcellos C, Moreira J, Monken M, organizadores. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz**, p. 237-255, 2008.

GOMES, D. F. et al. Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá. **Saúde Debate. Rio de Janeiro**, v. 38, n. 100, p. 139-156, 2014.

GUERRA, D. M. **Descentralização e regionalização da assistência à saúde no Estado de São Paulo: uma análise do índice de dependência**. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Serviços Saúde Pública.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. CR. The three versions of neo-institutionalism. **Lua Nova: revista de cultura e política**, n. 58, p. 193-223, 2003.

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.

IANNI, A. M. Z. et al. Metrópole e região: dilemas da pactuação 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.

IBAÑEZ, N.; VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. (2009). O pacto pela saúde e a gestão regional em São Paulo: estudos de caso do mix público-privado. **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: HUCITEC.

JAMUR, Marilena. Solidariedade: uma noção tensionada entre o privado e o público. **Revista de Administração Pública**, v. 39, n. 3, p. 471-504, 2005.

KEHRIG, R. T.; SOUZA, E. S.; SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. **Saúde debate**, v. 39, n. 107, p. 948-961, 2015.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-16, 2010.

LARA, N. C.; MENDES, A. A regionalização e o financiamento do SUS na região metropolitana da Baixada Santista do Estado de São Paulo. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. ISSN eletrônico 1984-4840**, v. 17, n. 1, p. 37-42, 2015.

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, S. B. A. et al. Regionalização dos serviços de saúde nos municípios-polo: revisão bibliográfica de 2000-2010. **Saúde (Santa Maria)**, v. 38, n. 2, p. 95-106, 2012.

LUCCHESI, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde-retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e políticas públicas**, n. 14, 2009.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009.

MARTINELLI, N. L.; VIANA, A. L. D.; SCATENA, J. H. G. O Pacto pela Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. **Saúde debate**, v. 39, n. spe, p. 76-90, 2015.

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. saude-Manguinhos**, v. 19, n. 4, p. 1219-1240, 2012.

MENDES, A. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001)**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) - Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MENDES, E. V.. As redes de atenção à saúde. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, v. 549, 2011.

MENDES, A. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 423-437, 2015.

OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES. Regiões Metropolitanas do Brasil. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos em Saúde (CNES). Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em 09/2016.

NETO, M.; DE AZEVEDO, F. A nova regulamentação dos serviços públicos. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo e Econômico**, v. 1, p. 1-18, 2005.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. **CEP**, v. 30130, p. 007, 2004.

Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Relatório Metodológico da Tipologia das CIR's. Fevereiro de 2016. Disponível em <<http://www.resbr.net.br/notas-tecnicas/>> Acesso em 26/07/2016

RABAT, M. N. A Federação: centralização e descentralização do poder político no Brasil. 2002.

REIS, Y. A. C.; CESSÉ, E. A. P.; CARVALHO, Eduardo Freese de. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 10, n. supl. 1, p. s157-s172, 2010.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 22, 2009.

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.

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. (Coleção Pensamento Radical).

RIBEIRO, A. C. T. Regionalização: fato e ferramenta. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R.; MOREIRA, R. (Org.). **Brasil, século XXI – por uma nova regionalização?: Agentes, processos e escalas**. São Paulo: Max Limonad, 2004b. p. 194-212.

ROCHEFORT, M. L'Organisation urbaine de l'Alsace. Strasbourg: Faculté des Lettres de l'Université de Strasbourg; Paris: Ophrys, 1960.

ROLNIK, R.; IACOVINI, R. F. G.; Klintowitz, Danielle. Habitação em municípios paulistas: construir políticas ou 'rodar' programas?. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais (ANPUR)**, v. 16, p. 149-165, 2014.

RONDINELLI, D. et al. Decentralization in developing countries: a review of recent experiences. Washington: World Bank, World Bank Staff Working Paper nº 581, 1983.

ROSA, T. E. C. et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol**, v. 12, n. 2, p. 158-171, 2009.

SANTOS, L.; DE SOUSA CAMPOS, G. W. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SANTOS, M. Técnica, espaço e tempo. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos Ippur**, Rio de Janeiro, ano XII, n. 2, p. 15-25, 1999.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Disponível em <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/programacao-pactuada-e-integrada>>. Último acesso em: 18/07/2016

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Disponível em <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>>. Último acesso em: 05/11/2016

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Disponível em <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/mapas-de-saude-2012/mapas-tematicos/condicoes-geograficas-demograficas-e-socio-economicas/divisao-politico-administrativa-da-rras>>. Último acesso em: 05/11/2016

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.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, 2013.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, 2014.

SPEDO, S. M.; DA SILVA PINTO, Nicanor Rodrigues N. R.; TANAKA, O. Y. A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 533-546, 2010.

VIANA, A. L. D. et al. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto- lições do caso brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002a.

VIANA, A. L. D. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. S139-S151, 2002b.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

VIANA, A. L. D. 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.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Orgs). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, p. 11-24.

VIANA, A. L. D. Descentralização, regionalização e instâncias governamentais no Sistema Único de Saúde. In VIANA, Ana Luiza D; LIMA, Luciana D (Orgs). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, p. 39-63.

VIANA, A. L. D. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.

## ANEXO I. Classificação dos artigos acadêmicos para composição da Figura 4

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE   REVISÃO DE LITERATURA	
Artigo	Classificação
VIANA, Ana Luiza Dávila et al. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto-lições do caso brasileiro. <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> , v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.	Impacto da estrutura federativa sobre a política pública para saúde
CARNEIRO, Pedro Silveira; FORSTER, Aldaísa Cassanho; FERREIRA, Janise Braga Barros. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. <i>Saúde debate</i> , v. 38, n. 100, p. 57-68, 2014.	Discussão (histórica ou institucional ou conceitual) sobre a implementação da regionalização
VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. <i>Ciência &amp; saúde coletiva</i> , v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.	Impacto da estrutura federativa sobre a política pública para saúde
DA SILVA, Edson Coutinho; DE ANDREA GOMES, Mara Helena. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. <i>Saúde e Sociedade</i> , v. 23, n. 4, p. 1383-1396, 2014.	Impacto da estrutura federativa sobre a política pública para saúde
MACHADO, José Angelo. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”. <i>Revista Brasileira de Ciências Sociais</i> , v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009.	Discussão (histórica ou institucional ou conceitual) sobre a implementação da regionalização
VIANA, Ana Luiza D. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. <i>Saúde e Sociedade</i> , v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.	Discussão (histórica ou institucional ou conceitual) sobre a implementação da regionalização
ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho; LIMA, Luciana Dias de. O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo. <i>Saúde debate</i> , v. 39, n. spe, p. 51-63, 2015.	Análise sobre o processo de descentralização do SUS
KEHRIG, Ruth Terezinha; SOUZA, Edinaldo Santos de; SCATENA, João Henrique Gurtler. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. <i>Saúde debate</i> , v. 39, n. 107, p. 948-961, 2015.	Análise sobre o processo de descentralização do SUS
IANNI, Aurea Maria Zöllner et al. Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da região metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. <i>Cadernos de Saúde Pública</i> , v. 28, n. 5, p. 925-934, 2012.	Análise sobre o processo de descentralização do SUS

IANNI, Aurea Maria Zöllner et al. Metrópole e região: dilemas da pactuação 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.	Espaço institucionalizado para a negociação e pactuação em âmbito regional
REIS, Yluska Almeida Coelho dos; CESSE, Eduarda Ângela Pessoa; CARVALHO, Eduardo Freese de. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev. bras. saúde matern. infant, v. 10, n. supl. 1, p. s157-s172, 2010.	Espaço institucionalizado para a negociação e pactuação em âmbito regional
DO SUS, EVOLUÇÃO RECENTE DO FINANCIAMENTO. AVALIAÇÃO NACIONAL DAS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITES (CIBs): AS CIBs E OS MODELOS DE INDUÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO NO SUS. 2010.	Análise sobre o processo de descentralização do SUS
SILVA, Edson Coutinho da; GOMES, Mara Helena de Andrea. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. Saúde e Sociedade, 2013.	Processo de regionalização a partir da perspectiva do Estado
Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto-lições do caso brasileiro	Análise sobre o processo de descentralização do SUS
A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação	Espaço institucionalizado para a negociação e pactuação em âmbito regional
A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação	Processo de regionalização a partir da perspectiva do Estado
Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa	Espaço institucionalizado para a negociação e pactuação em âmbito regional
Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"?	Impacto da estrutura federativa sobre a política pública para saúde
Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil	Implementação da regionalização em regiões de saúde específicas
O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo	Processo de regionalização a partir da perspectiva do Estado

Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão	Espaço institucionalizado para a negociação e pactuação em âmbito regional
Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil	Implementação da regionalização em regiões de saúde específicas
Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil	Redes de atenção à saúde
Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)	Processo de regionalização a partir da perspectiva do Estado
Avaliação Nacional das Comissões Intergestoras Bipartites: Qw CIBs e os modelos de indução de regionalização no SUS	Espaço institucionalizado para a negociação e pactuação em âmbito regional
Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais	Implementação da regionalização em regiões de saúde específicas
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.	Processo de regionalização a partir da perspectiva do Estado
CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. Saúde e Sociedade, v. 24, n. 2, p. 447-460, 2015.	Discussão (histórica ou institucional ou conceitual) sobre a implementação da regionalização
DUARTE, C. M. R. et al. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. Cad. saúde pública, v. 31, n. 6, p. 1163-1174, 2015.	Implementação da regionalização em regiões de saúde específicas
KEHRIG, R. T.; SOUZA, E. S.; SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. Saúde debate, v. 39, n. 107, p. 948-961, 2015.	Espaço institucionalizado para a negociação e pactuação em âmbito regional
KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H.. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2307-16, 2010.	Redes de atenção à saúde



LARA, N. C.; MENDES, A. A regionalização e o financiamento do SUS na região metropolitana da Baixada Santista do Estado de São Paulo. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. ISSN eletrônico 1984-4840, v. 17, n. 1, p. 37-42, 2015.	Implementação da regionalização em regiões de saúde específicas
LUCCHESI, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde-retrospectiva 1990/1995. Planejamento e políticas públicas, n. 14, 2009.	Análise sobre o processo de descentralização do SUS
MARTINELLI, N. L.; VIANA, A. L. D.; SCATENA, J. H. G. O Pacto pela Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. Saúde debate, v. 39, n. spe, p. 76-90, 2015.	Processo de regionalização a partir da perspectiva do Estado
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.	Redes de atenção à saúde
PESTANA, M.; MENDES, E. V. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. CEP, v. 30130, p. 007, 2004.	Discussão (histórica ou institucional ou conceitual) sobre a implementação da regionalização
SPEDO, S. M.; DA SILVA PINTO, Nicanor Rodrigues N. R.; TANAKA, O. Y. A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. Saúde e Sociedade, v. 19, n. 3, p. 533-546, 2010.	Processo de regionalização em município-pólo
VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Orgs). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, p. 11-24.	Espaço institucionalizado para a negociação e pactuação em âmbito regional
VIANA, A. L. D. Descentralização, regionalização e instâncias governamentais no Sistema Único de Saúde. In VIANA, Ana Luiza D; LIMA, Luciana D (Orgs). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, p. 39-63.	Análise sobre o processo de descentralização do SUS

## **ANEXO II. Roteiro para as entrevistas semiestruturadas**

### **1. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O ENTREVISTADO**

- Nome do entrevistado:
- Cargo/ função:
- Endereço do local de trabalho:
- E-mail:

### **2. QUESTIONAMENTOS ABRANGENTES SOBRE REGIONALIZAÇÃO**

- O que é a regionalização da saúde, na percepção do senhor(a)? Por que ela seria ou não seria importante?
- Quais são os aspectos positivos?
- Quais são os aspectos negativos?
- Como a regionalização da saúde funciona, do ponto de vista operacional/ executivo na região XX?
- Quem são os principais atores envolvidos?
- Qual o papel do município que o senhor(a) faz parte nesse processo?
- Qual o papel da instituição que o senhor(a) faz parte nesse processo?
- Quais as dificuldades enfrentadas no seu caso em particular?
- O(a) senhor(a) entende que há cooperação entre os municípios e estado da sua região?
- O(a) senhor(a) percebe a existência de grupos que tenham interesses comuns entre si?
  - Quais seriam eles?
  - Existiria algum outro grupo que se oporia a esses interesses?

### **3. DESAFIOS RELACIONADOS À DIMENSÃO COGNITIVA-CULTURAL**

- O desenho da região de saúde XX faz sentido para o(a) senhor(a)?
- Existiria algum outro desenho institucional que se enquadraria melhor para as necessidades de saúde da região XX?
- O(a) senhor(a) entende que nessa região de saúde os indivíduos se percebem mais como pertencentes a um município, região, ou estado?

- Existe um esforço de trabalhar soluções regionais para problemas locais?
- Como os atores participam desse processo?
- Existe algum ator que se engaja mais na discussão do que outros?
- A sociedade civil participa desse processo, ou fica mais concentrado à própria administração pública?
- Os equipamentos de saúde opinam ao longo do processo de regionalização?
- Os compromissos pactuados nas instâncias regionais são de fato cumpridos?
- O(a) senhor(a) sente que os atores acreditam que aquilo que foi pactuado será obedecido por todos?

#### **4. DESAFIOS RELACIONADOS À GOVERNANÇA**

- Quais os principais espaços formais e informais para a tomada de decisão coletiva sobre a regionalização?
- Como esses espaços funcionam e quem participa?
  - Como se dá o funcionamento da CIR (Comissão Intergestor Regional) na região XX?
  - Qual a percepção do(a) senhor(a) sobre essas instâncias?
  - As discussões envolvem atores fora do governo?
- Existem diferenças entre os papéis do estado, municípios maiores e municípios menores?
  - Essas diferenças tendem a afetar a capacidade de os atores fazerem propostas e terem essas propostas debatidas de forma prioritária?
  - Existe algum constrangimento entre os diferentes atores? Quais seriam esses constrangimentos e quais potenciais explicações?
- Como acontece a tomada de decisão por consenso?
  - O(a) senhor(a) sente que esse tipo de tomada de decisão é o mais adequado?
- As discussões envolvem atores fora do governo?
- O(a) senhor(a) está familiarizado com os instrumentos regulatórios regionais? (Programação Pactuada e Integrada (PPI); Plano Diretor de regionalização (PDR); Plano Diretor de Investimentos (PDI)).

- Esses instrumentos garantem maior legitimidade e efetividade das decisões tomadas nas instâncias regionais? Por que?
- A região avançou nas negociações sobre o Contrato Organizativo da Administração Pública (COAP)?
- A tomada de decisão é apoiada por dados e indicadores?
- Quais as fontes de informação utilizadas para gerar dados sobre a situação de saúde da região?
- As informações são muito diferentes de acordo com cada ator?
- As informações circulam de maneira adequada dentro da CIR?

## **5. DESAFIOS RELACIONADOS À DIMENSÃO POLÍTICA**

- As diferentes lideranças partidárias tendem a fortalecer ou dificultar a regionalização da saúde?
- Os políticos tendem a se engajar nas discussões sobre regionalização ou enxergam sua relevância?
- Existe uma alta rotatividade dos gestores que trabalham com a regionalização?
  - Esse movimento interfere no desenvolvimento do processo?
- Quais as principais pautas que são discutidas na CIR?
  - Como se define quais serão essas pautas?
  - Geralmente essas pautas estão relacionadas a um serviço de saúde específico?
  - O(a) senhor(a) sente que as pautas discutidas representam interesses regionais?

## **6. DESAFIOS RELACIONADOS À DIMENSÃO TÉCNICA-INSTRUMENTAL**

- Como os recursos são organizados no âmbito regional?
  - Esses recursos são suficientes?
- Os recursos destinados às ações regionalizadas são de fato aplicados?
  - Existe um controle sobre essa movimentação?
- O PDI funciona como um orientador para aplicação de recursos na região?
  - Quais os motivos?

- A contratação de recursos humanos é pensada de maneira regionalizada ou as soluções são locais?
- A ausência de profissionais de saúde afeta a regionalização? Em que ponto?
- Existe alguma pauta na CIR para pensar a contratação e atualização dos profissionais de saúde para a região?
- A capacidade instalada atualmente na região é suficiente para atender as necessidades de saúde?
  - Existe competição entre os atores para atrair estabelecimentos de saúde para seus municípios?
  - A capacidade instalada gera constrangimentos entre os atores da região?
- A capacitação técnica de gestores e políticos envolvidos com a saúde é importante para o processo de regionalização?
  - Como esses são preparados atualmente para lidar com esse processo?

## **7. ALTERNATIVAS**

- Quais iniciativas regionalizadas que o município em questão participa?
- Existem experiências com consórcios?
  - Desafios e oportunidades
- Existem experiências com Redes de Atenção à Saúde?
  - Desafios e oportunidades

### ANEXO III. Imagens dos equipamentos de saúde tiradas ao longo do trabalho de campo



Frente da Central de Saúde Dr. Euclides Nery Junior, Pedreira (Região de Saúde de Campinas)



Recepção da Central de Saúde Dr. Euclides Nery Junior, Pedreira (Região de Saúde de Campinas)





Frente da Policlínica, Holambra (Região de Saúde de Campinas)



Frente da Unidade Saúde da Família, Gália (Região de Saúde de Marília)



Frente da Unidade Saúde da Família, Fernão (Região de Saúde de Marília)



Transporte usado pelo Departamento Municipal de Saúde de Fernão para transportar seus pacientes. Chama atenção o lema da cidade: “Fernão, pequena mas atrevida”.