



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JOÃO CARLOS BATISTA SANTOS

**ANÁLISE DO PROCESSO DA REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE SOB A ÓTICA
DOS GESTORES DOS CONSELHOS DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
(COSEMS) DA REGIÃO NORDESTE**

Recife
2018

JOÃO CARLOS BATISTA SANTOS

**ANÁLISE DO PROCESSO DA REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE SOB A ÓTICA
DOS GESTORES DOS CONSELHOS DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
(COSEMS) DA REGIÃO NORDESTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política, planejamento e gestão em saúde.

Orientadora: Prof^o. Dr^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

Recife

2018

Catálogo na Fonte Bibliotecária:

Mônica Uchôa, CRB4-1010

S237a Santos, João Carlos Batista.

Análise do processo da regionalização na saúde sob a ótica dos gestores dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) da Região Nordeste / João Carlos Batista Santos. – 2018.

74 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2018.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Descentralização. 2. Gestão em saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora). II. Título.

610.69

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2019-147)

JOÃO CARLOS BATISTA SANTOS

**ANÁLISE DO PROCESSO DA REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE SOB A ÓTICA
DOS GESTORES DOS CONSELHOS DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
(COSEMS) DA REGIÃO NORDESTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Aprovada em: 07/06/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Heloísa Maria Mendonça de Moraes (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Keila Silene de Brito e Silva (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

À minha família, nas pessoas de minha mãe Maria do Carmo Batista Santos, meu irmão Wenndel Charleston Batista Santos, meu pai Carlos Alberto Santos (*in memoriam*) e aos meus filhos. Agradeço todo o apoio e incentivo que me foi dado durante minha jornada e formação acadêmica, profissional e pessoal. Sou por eles e sei que eles são por mim.

Ao Grupo de Pesquisa de Economia Política de Saúde (UFPE/CPqAM-Fiocruz), nas pessoas da Profa. Dra. Islândia Maria, Profa. Dra. Keila Brito, Rogério Gonçalves, Juliana Gonçalves, Vick Brito e Vítor Jordão, por todo companheirismo no cotidiano da produção científica, por todo aprendizado e conhecimento que construímos juntos. Agradeço especialmente a coordenadora do grupo, Profa. Dra. Adriana Falangola, minha orientadora, grande inspiração em minha vida acadêmica e a quem sou imensamente grato pela generosidade com a qual partilhou seu conhecimento e experiência. Sem dúvidas uma referência para mim na docência e na militância do Sistema Único da Saúde.

Aos meus colegas de turma do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPE com os quais dividi momentos de profundo crescimento como profissional, como pessoa, como ser político, como ator social do sistema público de saúde, verdadeiros companheiros que tive o prazer de conhecer e conviver em meu período de formação no mestrado. Agradeço igualmente meus professores do programa, meus mestres, a quem sou profundamente grato e ao técnico administrativo do PPGSC José Moreira por seu profissionalismo e prestatividade.

Ao presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o operário que virou Presidente da República e, através de suas políticas de inclusão, promoveu uma transformação social neste país. Fui o primeiro membro de minha família materna e paterna a ter um curso superior e agora sou o primeiro com título de mestre. Sou filho da universidade pública, de um Campus do interior da Universidade Federal de Pernambuco, que só veio a existir por causa da vontade política de um governo que se preocupou em permitir que os filhos da classe trabalhadora tivessem a oportunidade de estudar e construir essa Nação com suas mãos e com sua capacidade intelectual.

Aos gestores e técnicos do Sistema de Saúde que participaram direta ou indiretamente da pesquisa contribuindo para a construção deste trabalho.

A todos que apoiaram e contribuíram com este trabalho de pesquisa.
Gratidão!

RESUMO

A regionalização em saúde corresponde ao processo de organização das ações e serviços de saúde em regiões de saúde, espaços geográficos relacionados à condução político-administrativa do sistema de saúde. Este processo permite a melhor acomodação da rede de atenção diante das necessidades de concentração geográfica dos serviços de maior complexidade e dos desafios impostos pela enorme diferença de porte populacional dos municípios brasileiros, contribuindo para a superação da fragmentação do sistema de saúde. Os gestores municipais de saúde, mais especificamente, desempenham papel de protagonismo na construção do planejamento regional, pois é no nível local onde se expressa a necessidade de saúde da população e onde há maior responsabilização no que diz respeito a gestão dos serviços de saúde. O objetivo geral do trabalho é Compreender o processo da regionalização na saúde, na região nordeste, sob a ótica dos gestores dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS). O presente estudo foi realizado por meio de método qualitativo do tipo estudo de caso. As informações foram coletadas mediante entrevista semiestruturada composta por questões abertas, construídas a partir dos objetivos específicos do trabalho. Como sujeitos desta pesquisa foram escolhidos gestores municipais que compõe os Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) dos nove estados da região Nordeste, com a representação de 1 secretário por estado. As transcrições relativas às falas dos sujeitos da pesquisa foram analisadas a partir da análise de conteúdo tipo temática, segundo Bardin (2016). Três categorias surgiram no processo de análise: Dificuldades para a implementação da regionalização da saúde, que teve como destaques a elevada rotatividade dos gestores municipais, as fragilidades do COAP enquanto instrumento de organização da regionalização, a ausência da Secretaria Estadual de Saúde no desenho da Regionalização da Saúde de um dos estados e o Subfinanciamento do Sistema de Saúde; Iniciativas e fatores que potencializam a regionalização da saúde, que teve como destaques os apoiadores do COSEMS nas regiões de Saúde, o consórcio público de saúde e a Continuidade na política de saúde; e os avanços observados a partir da regionalização e sua importância para o Sistema Único de Saúde, em que os gestores destacaram a importância da regionalização para superação dos problemas de acesso, demanda reprimida e organização da rede de atenção à saúde. Conclui-se que a regionalização da saúde

é um processo que significou avanços para a política de saúde na mesma proporção que apresenta desafios para sua própria consecução. Estes desafios estão relacionados a nossa conjuntura política, econômica, tributária e ao federalismo brasileiro. A superação de tais desafios demanda reformas estruturais que transcendem a mera utilização de estratégias ou instrumentos de maneira desarticulada.

Palavras-chave: Descentralização. Gestão em saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The regionalization in health corresponds to the process of organization of health actions and services in health regions, geographical spaces related to conducting political and administrative health system. This process allows for the better accommodation of network attention on the needs of geographical concentration of services of greater complexity and the challenges posed by the huge difference in population size of Brazilian municipalities, contributing to overcoming the fragmentation of the health system. Municipal health managers, more specifically, play role of leadership in the construction of regional planning as it is at the local level where they expressed the need for population health and where there is greater accountability with regard to management of health services. The general objective is to understand the process of regionalization in health, in the Northeast, from the perspective of managers of Municipal Health Councils (COSEMS). The present study was carried out by means of qualitative method of type case study. The information was collected through semi-structured interview composed of open questions, built from the specific objectives of the work. As subjects of this research were chosen municipal managers that make up the Councils of the municipal health Secretaries (COSEMS) of the nine States of the Northeast region, with the 1 representation by State Secretary. The transcripts relating to lines of the subjects of the research were analyzed from the theme type content analysis, according to Bardin (2016). Three categories have emerged in the process of analysis: difficulties in the implementation of the regionalization of health, highlights the high turnover of managers, the weaknesses of the COAP as an instrument of Organization of regionalization, the absence of the State Department of Health in the design of the regionalization of the health of one of the States and the Underfunding of the Health System; Initiatives and factors that promote the regionalization of health, highlights the supporters of COSEMS health regions, the consortium of public health and health policy Continuity; and advances observed from the regionalization and your importance to the health system, in which the managers stressed the importance of regionalization for overcoming the problems of access, pent-up demand and organization of the health care network. It is concluded that the regionalization of health is a process that meant advances for health policy in the same proportion that presents challenges to your own achievement. These challenges are related to our political, economic

situation, tax and the Brazilian federalism. Overcoming these challenges demand reforms that transcend the mere use of strategies or disjointed instruments.

Key words: Decentralization. Health Management. Unified Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
art.	Artigo
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato de Organização
CR Redes	Comitês Gestores de Redes de Atenção à Saúde
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
MARE	Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PFL	Partido da Frente Liberal
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	A descentralização do poder público no Brasil	16
2.2	A descentralização da Política de Saúde no Brasil	22
2.3	A regionalização do Sistema Único de Saúde	26
2.4	O gestor de Saúde e a Regionalização	32
3	OBJETIVOS	35
3.1	Objetivo Geral	35
3.2	Objetivos específicos	35
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	36
4.1	Tipo de estudo	36
4.2	Sobre o campo empírico da pesquisa	36
4.3	Sujeitos da pesquisa	37
4.4	Coleta de informações	38
4.5	Análise das informações	39
4.6	Aspectos éticos e legais	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1	Artigo: Análise do processo da regionalização na saúde sob a ótica dos gestores dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) na Região Nordeste	41
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	62
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	67
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	68
	APÊNDICE C - GRADE DE CODIFICAÇÃO (Exemplo)	70
	ANEXO A - INSTRUÇÕES PARA AUTORES DO CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA	72

1 INTRODUÇÃO

A história do federalismo brasileiro é marcada por movimentos de centralização e descentralização do poder público (entre governo central e subnacionais), a partir das características políticas dos diversos governos e momentos da história, estando essas variações correlacionadas a forma como se construíram nossos valores democráticos ao longo deste processo histórico.

Com a Constituição Federal de 1988, a descentralização adquiriu uma direcionalidade mais uniforme na condução das políticas públicas. No setor saúde, tornou-se uma diretriz do SUS e passou a ser orientada por meio de um conjunto de instrumentos normativos que objetivavam dar conta dos diversos interesses então pactuados na Carta Magna (NASCIMENTO, 2007).

Uma estratégia essencial à descentralização do SUS, por sua vez, é a regionalização da saúde, que corresponde ao processo de organização das ações e serviços em regiões de saúde, espaços geográficos relacionados à condução político-administrativa do sistema de saúde. Essas regiões devem apresentar população com características epidemiológicas e sociais singulares, assim como necessidades de saúde próprias e os recursos necessários para o atendimento à referida população. Podem ser compostas por vários bairros de um município ou um conjunto de municípios (VIANA, 2011; LAVRAS, 2011).

A regionalização se apresenta na Constituição Federal (CF) de 1988, em seu art. 198 e na lei 8.080/1990 em seu Art. 7º, como diretriz político-administrativo-territorial do SUS. Além desses marcos legais, podemos citar outras legislações que compõem o arcabouço jurídico desse processo, entre elas, a NOB/93, a NOB/96, a NOAS/2001, a NOAS/2002, a Portaria GM 399/2006 (Pacto pela Saúde) e o Decreto Federal 7.508/2011.

A organização e o planejamento regional da saúde permitem a melhor acomodação da rede de atenção diante das necessidades de concentração geográfica dos serviços de maior complexidade e dos desafios impostos pela enorme diferença de porte populacional dos municípios brasileiros (LIMA et al, 2012). A regionalização contribui também para a superação da fragmentação do sistema de saúde, integrando os municípios em rede, de forma sistemática, garantindo a integralidade da assistência à saúde (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Apesar de sua reconhecida importância para atingir os princípios da integralidade, da equidade e da descentralização do SUS, a regionalização vem enfrentando uma série de entraves relacionados ao processo histórico de organização e implementação da política de saúde, o que compromete sua efetivação.

O Nordeste brasileiro, mais especificamente, conheceu poucas experiências de regionalização, mais voltadas para a constituição de polos regionais de desenvolvimento, dando continuidade ao padrão de concentração de investimento, população e serviços básicos nas capitais e algumas poucas cidades médias no interior dos estados. As desigualdades originadas pelo baixo dinamismo econômico do interior, com baixa densidade de urbanização, aliadas à fragilidade do processo de descentralização, criaram um contexto histórico estrutural e político institucional desfavorável à regionalização nos estados do Nordeste brasileiro (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011).

Neste cenário permeado pela inter-relação de forças e interesses políticos, os gestores do SUS desempenham papel fundamental na efetivação do processo de regionalização. Os gestores são os representantes de cada esfera de governo, designados para o cumprimento das funções do executivo na saúde e devem atuar em dois âmbitos basicamente, o político e o técnico. No político, devem se comprometer com a concretização da saúde como direito do cidadão mediante o cumprimento dos princípios do SUS. No âmbito técnico, o compromisso é com a execução das funções gestoras na saúde, que podem ser definidas como o conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessárias à implementação da política (SOUZA, 2002). Destaca-se que essa divisão de conceitos se dá apenas no nível conceitual e didático, na prática da gestão, tanto a habilidade política quanto a técnica estão inter-relacionadas e são interdependentes.

De modo particular, os gestores municipais desempenham papel de protagonismo na construção do planejamento regional em saúde, pois a partir da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), foi atribuída aos municípios a responsabilidade pela direção municipal do SUS e execução da maior parte das ações e serviços de saúde, ficando a União e os estados prioritariamente responsáveis pela normatização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação. A partir da municipalização, os municípios ganharam importância na condução da política de saúde, de modo que a gestão local passou a ocupar a centralidade nas tomadas de

decisões e espaços de governança (TEXEIRA; MOLESINI, 2002). Desta maneira, a organização e o planejamento regional passam necessariamente e majoritariamente pela articulação dos gestores locais.

Considerando a importância da regionalização da saúde enquanto diretriz do SUS e passo relevante na construção do processo de descentralização político-administrativa, se fazem necessários estudos que reflitam esta temática, no sentido de apontar os avanços, avaliar os desafios e propor estratégias de superação dos mesmos. Embora tenha ganho destaque nos últimos anos, com crescente produção científica, inclusive, a regionalização ainda é um tema com grande potencial a ser explorado cientificamente.

Cabe ressaltar a relevância da pesquisa devido a sua originalidade. Embora haja estudos que abordem o tema da regionalização com gestores municipais de saúde, não observamos na literatura nenhum outro trabalho com esse enfoque, numa região geográfica como um todo.

De modo geral, percebe-se uma grande desarticulação do planejamento regional das ações e serviços de saúde, e os gestores, sobretudo os locais, que estão na linha de frente do sistema de saúde, são peças chaves para a compreensão desta problemática. Diante do contexto apresentado e da importância da figura do gestor municipal de saúde para consolidação não apenas da regionalização, mas do SUS e seus princípios constitucionais, surgiu a seguinte questão de pesquisa: **Como está o processo de regionalização da saúde sob a ótica dos gestores municipais em saúde na Região Nordeste?**

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A descentralização do poder público no Brasil

A descentralização das políticas públicas corresponde ao processo de transferência de responsabilidades institucionais e administrativas e, principalmente, poder decisório, de governos centrais para governos locais, diferentemente, do conceito de desconcentração, onde não ocorre deslocamento de poder decisório, mas, apenas de competências ou encargos da execução das políticas públicas (MAFEZZOLI, 2004).

Segundo Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998, p. 330):

Temos centralização quando a quantidade de poderes das entidades locais e dos órgãos periféricos é reduzida ao mínimo indispensável, a fim de que possam ser considerados como entidades subjetivas de administração. Temos, ao contrário, descentralização quando os órgãos centrais do Estado possuem o mínimo de poder indispensável para desenvolver as próprias atividades (BOBBIO, MATTEUCCI, PASQUINO, 1998, p. 330).

Centralização e descentralização não existem em sua totalidade, mas coexistem parcialmente, sob formas que podem ser consideradas intermediárias, tendencialmente centralizadoras ou descentralizadoras, assumindo em relação à realidade social, um caráter dinâmico. Daí resulta que toda a evolução da organização política ou administrativa, caracteriza-se por um ou outro princípio (BOBBIO, MATTEUCCI, PASQUINO, 1998).

Segundo Taveira (2009), a descentralização apresenta duas vertentes: a política e a administrativa. A descentralização política ocorre quando o ente descentralizado exerce atribuições próprias e independentes do nível central, como é o caso das unidades federadas de regimes federalistas, no caso do Brasil, os estados, Distrito-Federal e municípios. Cada um desses entes detém competência legislativa própria, que não decorre da União, nem a ela se subordina, mas consubstancia seu fundamento na Constituição Federal. Por sua vez, a descentralização administrativa ocorre quando as atribuições dos entes descentralizados só têm o valor jurídico que lhes concede o ente central. As atribuições dos entes descentralizados

administrativamente decorrem de decisões tomadas pelo ente central que concede a atividade a ser desenvolvida, geralmente por meio de lei.

Na década de 1980, a descentralização constituiu-se como um princípio norteador de um conjunto de reformas do setor público a nível internacional, difundindo-se dos países capitalistas mais avançados para os países subdesenvolvidos. Nos países latino-americanos, a descentralização tem sido associada aos processos de redemocratização, crise fiscal e problemas de governabilidade de governos centralizados (MELO, 1996; AFFONSO, 2000). Este fenômeno tende a emergir em conjunturas de transição e consolidação de regimes democráticos, recuando em períodos de governos autoritários e ditatoriais e é acompanhado pela valorização de novos espaços institucionais de participação, com poder deliberativo, como estratégia política de ampliar as oportunidades de acesso ao poder (COHN, 1994).

As justificativas para implementação da descentralização envolvem fatores políticos não apenas relacionados com a promoção da democracia participativa, mas também com a preservação das identidades territoriais, sobretudo em países que apresentavam grande diversidade étnica e cultural. Este argumento foi reiterado, principalmente, em países de dimensões continentais e estrutura federalista como Brasil, China, Índia, Canadá e países Baixos (MELO, 1996).

Para Magalhães (2004), no caso do Brasil, onde não conseguimos viver efetivamente o Estado social, garantidor de políticas sociais de boa qualidade para todos, faz-se necessário a fragmentação coordenada do poder, a descentralização de competências, fortalecendo os estados e principalmente os municípios, assim como movimentos no sentido de permitir a permeabilidade de poder, por meio de canais de participação social permanentes, com os conselhos municipais e com estratégias como o orçamento participativo.

A discussão sobre a descentralização do poder público está conectada e passa pela compreensão do federalismo, que pode ser conceituado como uma forma de organização política baseada na distribuição territorial do poder e autoridade entre instâncias de governo, em que o governo nacional e subnacionais são independentes nas suas próprias esferas de atuação. Nesse regime, as instituições políticas se submetem a combinação de dois princípios: autogoverno e governo compartilhado. Dessa maneira, a organização federativa promove difusão e concentração de poder em função da luta política e das concepções dominantes

sobre o Estado Nacional e os graus desejáveis de integração política e equidade social (ALMEIDA, 2001).

A descentralização e o federalismo possuem inúmeros elementos comuns. Ambos surgem como uma resposta do Estado à enorme diversidade das demandas territoriais, uma maneira de articular o “geral” a partir das “particularidades” na gestão pública. É possível, todavia, estabelecer uma clara distinção entre os conceitos de federalismo e descentralização. O federalismo caracteriza-se pela difusão do poder em vários centros, não advindo a partir de um nível central (como na descentralização), mas a partir do sufrágio universal. Desta forma, a descentralização não implicaria necessariamente um processo de organização federativa, mas o federalismo implica certo nível de descentralização (AFFONSO, 2000).

Fazendo um resgate histórico da relação descentralização/federalismo no Brasil, observa-se a Constituição Republicana de 1891 como o primeiro marco institucional do federalismo, sistema que vigora no Brasil até os dias de hoje. A partir da Revolução de 1930 e ascensão de Vargas, inicia-se um movimento centralizador da nossa história política que culmina com o Estado Novo (1937-1945). Em seguida, dá-se início a uma experiência democrática inaugurada pela Constituição de 1946, que é interrompida pelo regime militar de 1964. A centralização autoritária atingiu seu ápice na década de 1970, com os governos Médici e Geisel. Em 1985, o último presidente militar deixa o comando da República e, a partir de então, no processo de restabelecimento do regime democrático, é promulgada a Constituição Federal de 1988, que estabelece uma lógica de descentralização das políticas públicas (KUGELMAS; SOLO, 1999).

Existem aspectos de continuidade nestes processos e períodos cuja compreensão se faz necessária para entender a evolução do regime federalista brasileiro e sua relação com a centralização/descentralização. Nem o autoritarismo do Estado Novo chegou a afetar substancialmente a estrutura federativa descentralizada, nem a Constituição de 1946, que restabeleceu a ordem democrática, abalou o reforço do nível central do governo e a concentração de suas atribuições (KUGELMAS; SOLO, 1999). Houve, portanto, a coexistência de elementos centralizadores e descentralizadores ao longo do processo histórico, que se apresentavam em maior ou menor intensidade, a partir da conjuntura política do período em questão, conforme afirmam Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998).

Outro exemplo disto ocorreu durante o regime militar. Se por um lado existiu um forte controle do nível central em relação às demais esferas de governo, principalmente por meio da realização de eleições indiretas para os governos estaduais e da centralização fiscal, por outro lado, os governos autoritários não excluíram as elites regionais da articulação política e do pacto de dominação e mantiveram em boa parte as atribuições administrativas das esferas subnacionais. Por isso, há um entendimento de que existe uma tendência à descentralização em períodos de democracia e à centralização em regimes autoritários, entretanto, não de forma absoluta (KUGELMAS; SOLO, 1999).

Com o fim do regime militar, o primeiro governo civil enfrentou séria crise de governabilidade. A fragilidade do governo Sarney o impossibilitava de criar uma agenda mínima e tomar medidas mais profundas, levando-o a uma dependência política dos governadores eleitos e a uma situação de perda de controle do governo. Isso o conduziu a realização de acordos com alas conservadoras dos partidos que compunham a Aliança Democrática, o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e o Partido da Frente Liberal (PFL), no intuito de restabelecer sua base de apoio. Essas situações, agravadas pela severa crise herdada dos governos militares, pelo esgotamento do projeto do Estado nacional desenvolvimentista, pela crise do petróleo de 1979, pela moratória mexicana em 1982 e pelos fracassados planos econômicos para estabilização da moeda, acentuaram cada vez mais o desgaste do governo Sarney (NASCIMENTO, 2007).

Nesse contexto de semiparalisia do governo, de fragilidade do quadro partidário, de precária organização popular e de crise econômica e fiscal do Estado, é que foi convocada a Assembleia Nacional Constituinte de 1987. Com soberania limitada, sujeita às interferências do executivo e da cúpula dos militares e pressionada por lobbies e corporações, a Constituinte apresentou limitações na execução de seus trabalhos, o que a tornou frágil politicamente. Simultaneamente, ainda sobrevivia um forte movimento que regia a centralização. Todas essas questões levaram a uma mobilização de partidos políticos, parlamentares, lideranças sindicais, agremiações da sociedade civil e, principalmente, governadores e prefeitos, no sentido de defender a descentralização como fundamental para o processo de democratização da sociedade brasileira (NASCIMENTO, 2007).

A partir da reforma constitucional, o Município passou a ser reconhecido como parte da federação, ao lado dos estados e do Distrito Federal, conforme o Art. 1º,

tendo sua autonomia garantida pelo art. 18. O município conquistou ainda o direito de elaborar sua Lei Orgânica (art. 29). Entretanto, para além das garantias constitucionais, a autonomia deve traduzir-se na prática política pela descentralização do poder, no sentido que as esferas locais possam definir suas prioridades e determinar e gerir os recursos necessários para dar conta dessas prioridades. Como se sabe, apesar da autonomia do município ter sido garantida no texto constitucional desde a época do império, de fato, por razões históricas da nossa formação política e econômica, ela sempre existiu de maneira limitada (MAFEZZOLI, 2004).

Surge então o debate sobre a natureza deste processo, se o que estava acontecendo de fato seria descentralização, o que incluiria o estabelecimento do centro de poder decisório no nível local, reequilibrando a estrutura federativa e recompondo o poder dos estados e municípios, ou a desconcentração ou ainda uma “prefeiturização”, com a mera transferência de encargos de execução das políticas, servindo de reforço para o “caciquismo” ou “mandonismo” local. Estaria este processo fazendo parte de uma estratégia de construção da democracia participativa na nossa sociedade, ou estaria ele apenas sendo um artifício que se encerra em si mesmo, uma abstração universal, que só favorece a atomização das demandas sociais e transfere a carga da crise econômica para os níveis locais? (MAFEZZOLI, 2004).

Para os “municipalistas enfáticos” o processo de municipalização da oferta de serviços básicos, por si só já estaria se traduzindo em descentralização, pois significaria um aumento real da autonomia dos municípios, já beneficiados pela redistribuição tributária da reforma constitucional. Outros mais cautelosos chamavam atenção para a discussão da real distribuição de poder (MAFEZZOLI, 2004). O fato é que na década seguinte o país experimentou uma intensa transferência de ações e serviços de diversas políticas públicas da União para os estados e municípios.

No início da década 1990, já sobre o efeito de duas grandes crises do petróleo, grande parte dos países em desenvolvimento iniciou uma revisão do seu modelo de desenvolvimento econômico e social, que até então se fundamentava numa ativa participação e intervenção do Estado na economia. Esses países, inspirados em experiências de países centrais e influenciados por agendas de organismos financeiros multilaterais, como o Banco Mundial, optam por medidas de ajuste fiscal, abertura de mercado e, principalmente, diminuição das funções do estado, sobre o

qual não recairia mais o papel de agente central na promoção do crescimento econômico e na prestação e produção de serviços (NASCIMENTO, 2007).

No caso do Brasil, essa mudança ocorreu, sobretudo, a partir da Reforma do Aparelho do Estado, no Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), que se deu, segundo seu idealizador mais icônico, Bresser Pereira (nomeado pelo então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso como Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado) com o objetivo de avançar da administração pública burocrática (que por sua vez representou o avanço em relação à administração patrimonialista), baseada em princípios centralizadores e hierárquicos da burocracia clássica, para a administração pública gerencial de características descentralizadas do ponto de vista político, transferindo recursos e atribuições para os níveis locais e regionais (PEREIRA, 1996).

A reforma do Estado no governo FHC articulou medidas legislativas, mudanças regulatórias e ações governamentais no sentido de reordenar o papel estratégico do Estado, que passaria de impulsionador do desenvolvimento para impulsionador da competitividade econômica e do mercado. Para tanto, alterou a relação estado/mercado, transferindo patrimônio público para o setor privado e considerando o papel do estado complementar ao papel do mercado (CARINHATO, 2008). Com a reforma, ocorreu expressiva descentralização de recursos da União para estados e municípios, tanto em termos de arrecadação quanto em termos de receita disponível, principalmente para os municípios (OLIVEIRA; BARBOSA; FRANCA, 2013).

Nesta época, o governo federal delegou a estados e municípios grande parte da gestão das políticas de saúde, habitação, saneamento básico e assistência social. Em 1997, instâncias colegiadas estaduais com representação paritária de estados e municípios eram responsáveis pela alocação da principal fonte de recursos da política nacional de saneamento e habitação popular, o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS); a merenda escolar era totalmente gerida pelos municípios; 58% dos municípios já estavam enquadrados em algumas das condições de gestão previstas pelo SUS; 33% dos municípios estavam habilitados a gerir recursos federais destinados a serviços de assistência social (ARRETCHE, 1999).

A questão central é se essa descentralização no contexto da Reforma do Estado e de um novo Pacto Federativo, emergia no sentido de permitir melhor

racionalização dos recursos, no intuito de diminuir o gasto público com políticas sociais para fins de ajuste fiscal, ou se apontava realmente para a solução de problemas de gestão, cujo objetivo seria a promoção da equidade e a democratização dos espaços de exercício de cidadania e poder. Em ambas as situações, quando se considera a descentralização como sendo uma estratégia de construção da democracia ou quando se considera uma estratégia de ajuste fiscal, vários autores sugerem que se pode cometer erros de análise dada a complexidade relacionada ao contexto da descentralização (NASCIMENTO, 2007).

2.2 A descentralização da Política de Saúde no Brasil

Segundo Nascimento (2007), a descentralização na saúde surge no Brasil, inicialmente, desprovida de cunho ideológico. Entretanto, no decorrer do processo de redemocratização e através de seu dinamismo político, diversos setores da sociedade passaram a se apropriar de seus significados e a lhe enxergar como uma opção estratégica para todo e qualquer interesse de alcance social e político.

Com a Constituição Federal de 1988, a descentralização adquiriu uma direcionalidade mais uniforme na condução das políticas públicas. No setor saúde, tornou-se uma diretriz do SUS e passou a ser encarada através de um conjunto de instrumentos normativos que objetivavam dar conta dos diversos interesses então pactuados na carta magna.

As primeiras ações descentralizadoras na saúde puderam ser observadas já na década de 1970, quando foram desenvolvidos em alguns municípios projetos de intervenção na saúde sobre a responsabilidade dos governos locais, como alternativas para o enfrentamento da crise que atingia naquele período a saúde pública e a medicina previdenciária (LAVRAS, 2011).

De forma geral, essas primeiras estratégias tinham mais o objetivo de promover a contenção e racionalização dos recursos previdenciários, sobretudo a partir da alteração da forma de pagamento ao setor privado conveniado à Previdência Social. Outras medidas objetivavam a melhor utilização dos serviços existentes em estados e municípios, no intuito de ampliar a cobertura e a resolutividade dos programas de saúde para atender as demandas políticas e sociais emergentes (NASCIMENTO, 2007)

Nesse contexto, surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS) entre 1983 e 1985, quando a descentralização se traduzia, na prática, muito mais por uma desconcentração, uma vez que promovia, dentre outras questões, a transferência de recursos financeiros do governo federal, sob sua decisão e tutela, para as esferas subnacionais. Este processo de implantação foi um reflexo da cena política e social que vivia o país, já próximo ao fim do ciclo militar, quando o governo Figueiredo já não conseguia mais articular o projeto desenvolvimentista à sociedade de forma geral (NASCIMENTO, 2007).

A impotência fiscal e financeira do estado e a hiperinflação crônica neste período levou a uma severa política de arrocho salarial, o que gerou um descontentamento da massa dos trabalhadores urbanos, capitaneados pelo movimento sindical que já despontava com força, abrindo espaço para uma nova cidadania política. A cidadania passa a assumir uma nova dimensão no contexto de crise econômica e fiscal do estado capitalista e de esgotamento do modelo desenvolvimentista assumido e modificado pelo regime militar (NASCIMENTO, 2007).

Posteriormente, com a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, foram sendo, aos poucos, delegados aos estados e municípios a responsabilidade de gerir serviços federais que funcionavam em seus territórios, assim como a administração dos recursos humanos vinculados a eles e a transferência ou cessão do patrimônio e dos equipamentos neles existentes. Programas de descentralização municipal dos serviços de saúde foram sendo realizados em acordo com prefeituras que eram favoráveis à descentralização e ao favorecimento dos serviços básicos de atenção à saúde (LAVRAS, 2011; LUZ, 2009).

Outro grande marco da década de 1980 foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, que reuniu em torno de 4000 pessoas em Brasília, fato inédito na história das Conferências de Saúde. Questões centrais foram discutidas e, pela primeira vez, se pode falar numa política pública que almejasse a desconcentração e a descentralização para as esferas institucionais intermediárias de poder, sob o controle social exercido através dos conselhos de saúde (estaduais, municipais e locais) (LUZ, 2009).

No período compreendido entre a VIII Conferência Nacional de Saúde e a realização e finalização dos trabalhos da Constituinte (1988), verificou-se intensa

mobilização, sobretudo dos setores tecnoburocráticos das secretarias municipais e estaduais de saúde com o objetivo de acelerar as reformas descentralizadoras. A Constituição de 1988 consagrou, de maneira geral, os novos princípios de orientação do sistema de proteção social, segundo elementos valorativos em voga na época: o direito social como fundamento da política; elevado comprometimento do Estado com esse sistema através da provisão estatal pública de serviços, tendo o setor privado papel complementar; a concepção de seguridade social (e não de seguro) como forma mais abrangente de proteção e, no plano organizacional, a participação social e a descentralização como formas de promover o redirecionamento institucional do sistema (DRAIBE, 2003).

Com a explicitação da saúde como um direito cidadão na Constituição Federal de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (com base nos documentos da VIII CNS), assim como através de toda a legislação complementar que seguiu, a descentralização política e administrativa do sistema de saúde adquiriu contornos mais nítidos a partir das definições das responsabilidades de cada esfera de governo e passou a ser assumida como uma diretriz básica do SUS (LAVRAS, 2011).

O modelo de assistência do SUS, alicerçado num conceito ampliado de saúde, na universalidade, na integralidade e no controle social, derrotou teses conservadoras relativas à organização da política de saúde, entretanto, as mudanças não ocorreram de forma plena neste sentido.

Primeiramente, o processo de renovação constitucional da década de 1980 ocorreu na contramão do plano internacional, onde a maioria dos países capitalistas centrais já enfrentavam ajustes estruturais de natureza neoliberal. O período da redemocratização, que promoveu a reconstrução do Estado Democrático de Direito, ocorreu em um tempo histórico adequado para a conjuntura nacional, porém desconectado da realidade internacional (PASCHE, 2003)

Uma segunda questão foi a eleição de Collor de Melo em 1989, que representava um projeto político conservador em relação ao processo de transformação político-social pelo qual passava o Brasil (de extensão de direitos e republicização do Estado), porém, simultaneamente “moderno”, em relação ao cenário internacional da época de globalização e ajuste neoliberal. A emergência e construção do SUS enquanto política universalista se deu, portanto, num contexto

desfavorável, formado por sucessivos governos federais que rezavam a cartilha neoliberal nos anos 1990 e 2000 (PASCHE, 2003).

Ao se buscar a inserção do país na economia mundial por meio da financeirização, estreitaram-se as possibilidades do sistema de proteção social se fortalecer e responder às demandas sociais. O conceito de solidariedade, que pautou a criação da Constituição de 1988 e o ciclo de reformas da década de 1980, foi substituído pelo estímulo à competitividade e ao mercado, como forma de ajuste das questões econômicas. As escolhas por políticas sociais focalizadas, pelo racionamento dos gastos e pela redução da responsabilidade do Estado no que concerne à provisão dos direitos sociais, configurou a natureza não inclusiva do sistema de proteção social em questão (CARINHATO, 2008).

Apesar de tudo isso, a agenda neoliberal encontrou resistência no campo da saúde, no qual o processo de reformulação já havia ganho espaço com transformações político-institucionais marcantes como a descentralização, que impôs uma nova dinâmica nas tomadas de decisões, contando inclusive com a participação de contingentes populacionais cada vez maiores por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (PASCHE, 2003).

É perceptível, portanto, que a implementação do SUS se dá numa conjuntura paradoxal. Por um lado, um ordenamento jurídico, um processo institucional e a história de luta do movimento pela Reforma Sanitária, que pressionavam no sentido do cumprimento dos princípios constitucionais do SUS. Do outro lado, um contexto político, econômico e ideológico vigente, pautado na minimização das políticas públicas e na redução do tamanho do Estado enquanto prestador direto de serviços, e cuja possibilidade de implantação exigia um estamento jurídico-legal que se apoiava em teses centrais estruturadas de maneira antagônica às do SUS (PASCHE, 2003).

Segundo Luz (2009), os governos que se sucederam na década de 1990 promoveram a descentralização na política de saúde como forma de transferir para as unidades subnacionais as funções e responsabilidades na execução das ações e serviços, minimizando ao máximo o dispêndio político e financeiro da União. Mais uma vez cabe a reflexão acerca da natureza complexa do processo de descentralização que traz consigo duas leituras: a do fortalecimento das instituições e do regime democrático ou a mera instrumentalização de medidas de ajuste fiscal e redução do gasto público.

A municipalização da gestão na saúde foi elemento central na agenda de reformas do governo federal neste período, de modo que no ano de 2000, 99% dos municípios já se encontravam habilitados no Sistema Único de Saúde. A forte adesão dos municípios ao SUS é explicada pela estratégia de descentralização do governo Federal alicerçada em portarias editadas pelo Ministério da Saúde. Os grandes volumes de adesão estão associados às NOB, que normatizaram a habilitação de estados e municípios para o SUS, a sistematização da transferência de recursos, entre outras questões (ARRETCHE, 2002).

A descentralização da política de saúde na perspectiva única da municipalização, sem uma estratégia de financiamento redistributiva adequada e sem a necessária preocupação com a organização regional das ações e serviços de saúde, trouxe uma série de problemas relacionados ao acesso e a oferta destes serviços no Brasil, país que possui uma realidade de profundas desigualdades, milhares de municípios com capacidades de investimento as mais diversas e desiguais possíveis, multiplicidade de culturas e enorme extensão territorial.

Trataremos a seguir da regionalização da saúde, e como esse contexto de dificuldades da descentralização da política de saúde influenciou decisivamente em sua construção, visto que ambos os processos são interdependentes, porém não se estabeleceram de maneira interligada.

2.3 A regionalização do Sistema Único de Saúde

Uma das estratégias para a implementação da descentralização da política de saúde, quiçá sua mais importante ferramenta operacional, é a regionalização (BELTRAMI, 2008). A primeira descrição completa de uma rede regionalizada surge com o relatório Dawson, publicado em 1920, a pedido do governo britânico, a partir de uma série de debates que objetivavam discutir o sistema de proteção social após a Primeira Guerra Mundial. O desafio era buscar soluções para o atendimento às necessidades de saúde de uma população de uma determinada região (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Embora a organização regional dos serviços de saúde fosse um tema já presente nos debates desde a década de 1930, aqui no Brasil, só começou a ter notoriedade na década de 1960, quando passou a fazer parte da agenda da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A regionalização foi ganhando

importância de maneira progressiva nas discussões, sobretudo na década de 1980, quando pode ser vista integrando a proposta do Prev-Saúde (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011).

O processo de regionalização da saúde corresponde à organização das ações e serviços em regiões de saúde, definidas a partir do decreto 7.508/11 (BRASIL, 2011) como espaços geográficos contínuos, formados por agrupamentos de municípios limítrofes, que apresentam entre si identidade cultural, social e econômica, além de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados.

Estas regiões são áreas geográficas cuja população apresenta características epidemiológicas singulares, assim como necessidades de saúde próprias. Elas devem ser construídas de acordo com as necessidades e realidades locais e podem ser compostas por vários bairros de um município ou um conjunto de municípios. No processo de definição da região de saúde, deve se considerar as relações de fluxos existentes entre os municípios ou bairros em questão e as referências que existem entre eles em suas diversas atividades, principalmente na área da saúde (LAVRAS, 2011). Configuram-se, portanto, como espaços geográficos relacionados à condução político-administrativa do sistema de saúde (VIANA, 2011).

A partir da Constituição Federal de 1988, a regionalização tornou-se estratégia constitucional para a política de saúde no Brasil, reforçada por legislações infraconstitucionais como a Lei 8.080/90. Em 1993, a Norma Operacional Básica (NOB-93) dispôs sobre questões relativas a seu caráter operativo e estruturante. Em 1996, outra NOB estabelece algumas ferramentas de regionalização como a Programação Pactuada Integrada (PPI), instrumento de pactuação de ações e serviços de saúde entre gestores, seguindo a lógica ascendente a partir da base municipal (BELTRAMI, 2008).

Em 2001 e 2002, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) aperfeiçoaram conceitos relativos à regionalização, definindo as microrregiões de saúde, as macrorregiões de saúde e os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de investimentos (PDI), esses últimos importantes instrumentos de planejamento da regionalização. O Pacto pela Saúde de 2006 consolidou alguns marcos conceituais da regionalização como: territorialização, flexibilidade nos desenhos das regiões de saúde, cogestão, financiamento solidário, entre outras questões (BELTRAMI, 2008).

Em 2011, o Decreto 7.508 também estabeleceu alguns conceitos e questões organizacionais importantes relativas à regionalização, como a definição e aspectos operacionais das regiões de saúde, das redes de atenção à saúde e do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP).

Essas regiões de planejamento do SUS sempre foram pensadas em combinação com a conformação de redes de atenção. Duas perspectivas de redes de atenção influenciaram as diretrizes de regionalização do SUS. No processo de indução da regionalização, a política de saúde brasileira foi inicialmente muito influenciada pela proposta de redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas para sistemas universais de saúde, inspiradas no Relatório Dawson, de 1920 (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Foram adotados conceitos como critérios de delimitação regional baseado na oferta, no 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).

A noção de redes hierarquizadas e regionalizadas foi perdendo espaço para outra perspectiva, a das Redes de Atenção à Saúde, que tem grande influência atualmente. Tal perspectiva originou-se a partir dos sistemas integrados de saúde, desenvolvidos para o mercado privado norte-americano, adaptado para políticas públicas e sistemas universais de saúde. O modelo de gestão dos sistemas integrados foi introduzido em países europeus e no Canadá no contexto da reforma dos sistemas de saúde dos anos 90 (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Percebe-se 3 fases neste processo histórico de indução da regionalização na política de saúde brasileira. A primeira fase caracterizou-se pela região de saúde normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas, regulamentada pelas NOAS 2001 e 2002. Nesta fase não havia um conceito específico de redes assistenciais que pudessem subsidiar o planejamento e as negociações, apenas portarias com diretrizes organizativas para redes estaduais. As regras da regionalização foram consideradas rígidas e pouco efetivas diante da desigualdade e da diversidade da realidade brasileira (GOYA, et al, 2016).

A segunda fase, iniciada a partir do Pacto pela Saúde, em 2006, representa uma transição na concepção de regiões e redes. O uso de diversas nomenclaturas para redes, com menção às RAS, já aponta a influência de sistemas integrados de saúde. A ênfase desta fase se deu no estímulo à cooperação entre os entes

federados, com a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), posteriormente denominadas Comissões Intergestores Regionais (CIR), e na flexibilização dos critérios para conformação das regiões, oportunizando uma melhor adequação à realidade local. Os instrumentos de planejamento continuaram, entretanto, os mesmos da fase anterior, o que limitou as negociações e a coordenação política (GOYA, et al, 2016).

A terceira fase é inaugurada pela publicação da portaria 4.279/2010 e do Decreto 7.508/2011, que consolidou as RAS. O Decreto trouxe mudanças significativas na concepção, nos objetivos e nos instrumentos de planejamento regional. Por um lado, buscou garantir flexibilidade, ganho de escala e escopo em tal planejamento, por outro, procurou responsabilizar claramente as três esferas de governo pelo investimento, gestão e planejamento das regiões de saúde. Passou-se a se configurar, portanto, regiões negociadas e contratualizadas (VIANA; ALBUQUERQUE, 2015). Destaca-se dentro dos novos elementos trazidos pelo Decreto 7.508/2011, o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), instrumento que tem por objetivo estabelecer as responsabilidades e regulamentar a relação entre os gestores da saúde, em cada esfera de governo, no que diz respeito à organização e ao planejamento regional da saúde, dando visibilidade e dizibilidade à dimensão jurídico-legal em diálogo com a dimensão técnico política (GOYA, et al, 2016).

Todo esse processo de regulamentação não se expressa, entretanto, na prática política da organização da regionalização de maneira efetiva. A regionalização apresenta diversos conflitos com as diretrizes da descentralização pela forma como ambas foram implementadas. O planejamento regional não se articulou aos processos de descentralização no Brasil, como ocorreu em outros países, havendo uma dissociação das estratégias logo no início da implantação do SUS. O início do processo de regionalização ocorreu de maneira tardia, após uma sucessão de ciclos de descentralização, que teve como foco milhares de municípios de maneira desarticulada (LIMA; VIANA, 2011).

Deste modo, a estratégia privilegiada para a implantação do Sistema Único de Saúde fora a descentralização, por meio da municipalização. A necessária integração de serviços, instituições e práticas que proporcionariam mudanças nos papéis, competências e relações entre os níveis de governo, não aconteceu de maneira satisfatória (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010). A autonomia desintegrada

desses sistemas municipais de saúde, desconectada da lógica regional, num país onde mais de 70% dos municípios possuem menos de 20.000 habitantes e onde a articulação intermunicipal é frágil, prejudicou a qualidade do serviço de saúde e produziu desperdício de recursos em função de não se respeitar a lógica de produção em escala de vários procedimentos especializados (LAVRAS, 2011).

Diante das imensas desigualdades regionais do país e da diversidade de ações e atores que compõem o SUS, a divisão de responsabilidades intergovernamentais precisa admitir uma variedade de arranjos adequados à realidade dos municípios e estados brasileiros. É preciso compreender que a regionalização, em federações e em regimes democráticos, apresenta algumas especificidades (VIANA, 2011)

A organização federativa garante aos governos subnacionais algum grau de poder decisório através de uma série de instrumentos políticos, legais, administrativos e financeiros, com o intuito de se permitir a defesa dos seus interesses e direitos originários. Nesta situação, os processos de implantação de sistemas descentralizados e regionalizados são necessariamente lentos e negociados. Esse processo envolve o entendimento entre autoridades políticas dotadas de uma série de legitimidades e que agregam e empregam recursos diversos. Envolve cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que, geralmente, apresentam interesses divergentes dentro dos seus projetos políticos (VIANA, 2011).

Além de tudo isto, o processo de regionalização da política de saúde brasileira enfrenta uma série de outras dificuldades. É perceptível a dependência dos entes subnacionais da indução normativa federal, que orienta a regionalização na maioria dos estados brasileiros, mas que, ao mesmo tempo, se enfraquece diante de questões como: Dificuldade de reforçar a estratégia de regionalização de maneira proporcional ao seu crescimento; desarticulação interna do Ministério da Saúde e suas Secretarias; imprecisão normativa; iniciativas com baixa perspectivas sistêmicas e o subfinanciamento (MELO, et. al., 2016).

Melo, et. al (2016), por meio de uma revisão sistemática da literatura sobre os principais condicionantes da regionalização, descritos nas diversas experiências mais recentes de organização regional do SUS pelo país, conclui que a esfera estadual é tida como uma parceira ausente no processo de implementação da regionalização, havendo certo clamor, por parte dos demais níveis, para que as

secretarias estaduais de saúde assumam seu papel de liderança na condução do processo.

Os Colegiados Intergestores Regionais (CIR), são amplamente valorizados como espaço de mobilização e governança regional, entretanto, tem dificuldade para superar a cultura política municipal e seus interesses eleitorais, clientelistas e corporativos. Outro forte obstáculo é a ausência da cultura de planejamento, potencializada pela debilidade dos instrumentos disponíveis, como os planos de saúde, PDR e PPI.

Atualmente, pode-se considerar que a regionalização, apesar de todo avanço normativo descrito e dos esforços dos gestores da saúde, ainda não é prioridade na agenda de debates, a não ser em questões relativas a organização da assistência à saúde, como no caso da iniciativa das Redes de Atenção à Saúde construída nessa perspectiva. Há que se destacar o esforço no sentido do estabelecimento de uma gestão mais colaborativa e solidária, com maior compartilhamento de responsabilidades entre os gestores, ainda que, na prática, as questões relativas ao financiamento e a infraestrutura da rede colonizem a agenda da gestão, constituindo-se como um entrave a transformações mais estruturais no que tange o processo de regionalização (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017). Fica evidente que a institucionalidade do processo de regionalização é ainda bastante incipiente, haja vista a indefinição de papéis e funções entre os atores políticos observada em diversas situações, a complexidade que norteia alguns processos, o subfinanciamento e as mudanças provocadas pelos ciclos políticos. É notável, ainda, a fragilidade da construção dos desenhos de regionalização e da utilização dos instrumentos/ferramentas, o que limita a capacidade de compreensão dos gestores acerca das regiões expressas em suas necessidades de saúde (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017)

Conclui-se, portanto, com base na literatura que, embora a regionalização seja uma diretriz constitucional amplamente regulamentada e há muito debatida na política de saúde brasileira, sua implementação enfrenta dificuldades de naturezas diversas relacionadas ao processo histórico de construção política do nosso sistema de saúde. O ônus e o bônus eleitoral que envolve todas estas questões, assim como os tensionamentos político-partidários que se manifestam nos níveis locais e regionais, dificultam os processos de negociação e acomodação regional das ações serviços de saúde. Estas questões serão investigadas por meio deste trabalho.

2.4 O gestor de Saúde e a Regionalização

O gestor da saúde é o ator responsável pelo conjunto de atividades políticas, técnicas e administrativas realizadas no intuito de assegurar a condução do planejamento, programação, direção, organização e controle de sistema de saúde (TEIXEIRA; MOLESINI, 2010). Os gestores devem atuar em dois âmbitos imbricados: o político e o técnico. No âmbito político o compromisso mais importante do gestor deve ser com a população e com a concretização da saúde enquanto direito de cidadania, observando os princípios do SUS e da gestão pública. No âmbito técnico, a atuação do gestor se consubstancia por meio do exercício das funções gestoras da saúde. Essas, por sua vez, podem ser definidas como conjunto articulado de práticas e saberes de gestão necessários à implementação da política de saúde (SOUZA, 2002).

As funções gestoras podem ser classificadas em quatro grandes grupos ou macro funções gestoras: formulação de políticas/ planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos e privados); e a prestação direta de serviços de saúde (SOUZA, 2002).

A atuação política do gestor da saúde também se alicerça na permanente interação e relacionamento com outros atores relevantes dentro da lógica do regime democrático como: o chefe do executivo que o designou (presidente, governadores e prefeitos); o Ministério Público; representantes do poder legislativo (deputados federais, estaduais e vereadores); ministros e secretários de áreas que convergem com a saúde; poder judiciário; prestadores de serviços; servidores públicos da saúde; profissionais de saúde; usuários do sistema de saúde e, por fim, outros gestores da área da saúde, com os quais se faz necessário discutir a organização dos serviços. Nesse sentido, merecem destaque os conselhos de representação dos gestores da saúde, como o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) cuja representação é referente aos secretários estaduais de saúde, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que representa os secretários municipais no âmbito nacional e o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), que se destina à representação dos secretários municipais de saúde nos estados brasileiros (SOUZA, 2002).

A regionalização da saúde pressupõe a mobilização e participação ativa de todos os gestores da saúde. Com o Pacto pela Saúde, em 2006, aprimorado pelo

Decreto Presidencial 7.508/11, bem como a Lei Federal 12.477/2011 e a Lei Complementar 141/ 2012, a organização regional ganha novos contornos ao estabelecer o pressuposto da gestão compartilhada da rede de atenção para sua melhor efetivação (CONASEMS, 2013).

A construção regionalizada da política de saúde com ação integrada entre entes federados autônomos traz um novo desafio, que é o compartilhamento de estratégias, a combinação de ações e a concatenação de esforços entre os entes. A coordenação e o gerenciamento de redes regionalizadas pressupõem ausência de hierarquia entre os entes, interdependência entre os participantes, estabelecimento de consensos para que todos partilhem dos objetivos comuns e do papel singular que lhes cabe no contexto da coletividade (CONASEMS, 2013).

Percebe-se a complexidade da efetivação da estratégia de regionalização a partir da pluralidade dos atores, instituições, forças políticas e interesses envolvidos, que levam a um tensionamento e a uma necessidade constante de negociação e criação de espaços de governabilidade que permitam a melhor organização do sistema de saúde e suas de redes de atenção.

Nesse contexto, os COSEMS, que representam institucionalmente os gestores municipais, devem procurar exercer sua liderança política e técnica no sentido de estimular o processo de discussão, negociação e articulação da regionalização nos municípios entre si, assim como dos municípios com os demais entes e atores envolvidos. Num país de dimensões como o nosso, com um total de 5.570 municípios, a organização dos gestores municipais da saúde nos COSEMS corresponde a um processo estratégico fundamental na consolidação não só da política de regionalização da saúde, mas na efetivação do SUS como um todo.

Shimizu, et al. (2017) em estudo com gestores dos COSEMS dos estados do Mato Grosso do Sul, do Paraná, do Ceará, do Tocantins e de Minas Gerais, aponta que no contexto de heterogeneidade das regiões de saúde, com diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para organização da política de saúde, os COSEMS tem assumido o papel de auxiliar a gestão de um rede de serviços heterogênea, não integrada institucionalmente e com oferta insuficiente, sobretudo nos serviços de média complexidade. Os COSEMS têm protagonismo nos avanços observados no processo de regionalização, especialmente devido sua conexão com diversos espaços de formulação e ação da política, bem como com atores estratégicos do SUS. Desta maneira, o olhar e a perspectiva destas

instituições podem contribuir efetivamente para a compreensão das dificuldades e potencialidades do processo de regionalização da saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Compreender o processo da regionalização na saúde, na Região Nordeste, sob a ótica dos gestores dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os avanços observados na regionalização da saúde e no sistema de saúde a partir da organização e do planejamento regional;
- Identificar as principais dificuldades para a implementação da regionalização da saúde;
- Identificar as estratégias e fatores com capacidade para potencializar a regionalização da saúde.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

Este trabalho foi realizado por meio de metodologia com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso múltiplo, onde se analisa conjuntamente mais de um caso para investigar determinado fenômeno. A abordagem qualitativa em pesquisa enfatiza as qualidades ou subjetividades das entidades e dos processos e seus significados que não são mensurados em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência (DENZIN; LINCOLN et AL, 2006; GIL, 2009).

A pesquisa qualitativa vem sendo utilizada de maneira crescente para estudos sobre organização de serviços e políticas de saúde, assim como para a avaliação de reformas e mudanças organizacionais na oferta de tais serviços, do ponto de vista de usuários, profissionais e gestores (POPY; MAYS, 2009).

O estudo de caso é uma estratégia relevante diante de questões de pesquisa do tipo “como” ou “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre o evento a ser estudado ou ainda nas situações em que o foco se concentra em fenômenos contemporâneos (YIN, 2001). Este tipo de estudo é relevante na medida em que busca compreender o fracasso ou sucesso de determinadas ações nas políticas (POPY; MAYS, 2009) e contempla, portanto, as necessidades ontológicas da pesquisa.

4.2 Sobre o campo empírico da pesquisa

A pesquisa foi realizada nos nove estados que compõem o Nordeste brasileiro, região geográfica com uma população estimada em 56.560.081 de habitantes (IBGE, 2016), composta pelos estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe, que totalizam uma área territorial de 1.558.000 Km² (18,29% do território nacional) (IBGE, 2015). O Nordeste limita-se a leste e ao norte com o Oceano Atlântico, a oeste e sudoeste com os Estados do Pará, Tocantins e Goiás, e ao sul com os estados de Minas Gerais e Espírito Santo.

Esta região brasileira conheceu poucas experiências de regionalização, que se voltaram mais para a constituição de polos regionais de desenvolvimento, dando continuidade ao padrão de concentração de investimento, população e serviços básicos nas capitais e algumas poucas cidades médias no interior dos estados (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011).

As desigualdades originadas pelo baixo dinamismo econômico do interior com baixa densidade de urbanização, aliadas à fragilidade do processo de descentralização, criam um contexto histórico estrutural e político institucional desfavorável à regionalização nos estados do Nordeste (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011). Estas questões justificam a escolha do campo empírico da pesquisa.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Como sujeitos desta pesquisa foram escolhidos gestores municipais que compõem os Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) dos nove estados da região Nordeste, com representação de um secretário por estado, indicados pela instituição. Como sugestão, os pesquisadores orientaram que fosse preferencialmente indicado o presidente para realização da entrevista.

Os gestores municipais foram escolhidos por ocuparem espaço de protagonismo na articulação do processo de regionalização, pois são eles que encaram, em sua prática profissional cotidiana, a rotina de pactuações, negociações e enfrentamento às dificuldades da organização regional nos espaços de governança. A gestão da maior parte das ações e serviços de saúde cabe ao nível local, desta maneira, os secretários municipais são os mais afetados pelo processo de desarticulação da regionalização.

Para fins de preservação da identidade dos entrevistados, seus nomes foram trocados pelos nomes de grandes personalidades da região Nordeste, como forma de homenagear através deste trabalho, tanto as figuras escolhidas, quanto a própria Região, que sempre contribuiu efetivamente por meio de sua gente para a construção desta nação. Foram escolhidos seguintes codinomes: Ana Neri; Paulo Freire; Milton Santos; Rui Barbosa; Ariano Suassuna; Luiz Gonzaga; Barbara de Alencar; Rachel de Queiroz e Maria da Penha. Vale salientar que nada tem a ver o

local de nascimento das referidas personalidades com o estado ao qual se vincula o entrevistado como secretário municipal de saúde.

4.4 Coleta de informações

O primeiro passo da fase de coleta das informações foi o contato prévio com a instituição (COSEMS) e com os gestores que foram entrevistados, no intuito de se acordar a realização da entrevista sem prejuízo para o sujeito nem para o funcionamento do próprio conselho. Após esta etapa, foi enviada para os gestores uma pasta contendo a carta de anuência e o projeto do trabalho. As entrevistas foram agendadas entre o pesquisador e o entrevistado sem prejuízo para as atividades e rotinas institucionais e seguindo a disponibilidade de agenda dos sujeitos da pesquisa.

As informações foram coletadas mediante entrevista. Tal instrumento foi escolhido por ser ideal para situações onde se deseja ou necessita mapear crença, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, em que conflitos ou contradições não estejam bem explicitados e precisem ser elucidados. Neste caso, ela permite ao pesquisador realizar um mergulho em profundidade, coletando indícios de como aqueles sujeitos percebem e significam sua realidade, permitindo também a compreensão da lógica que orienta as relações existentes naquele grupo (DUARTE, 2004). Este recurso atende, portanto, as necessidades da pesquisa.

Em relação ao nível de estruturação, foi adotado a entrevista por pautas, segundo a classificação de Gil (2008), onde o pesquisador é orientado a partir de um roteiro com uma relação de pontos de interesse que guardam ligação entre si e com os objetivos de pesquisa (Apêndice A). Neste tipo de entrevista, o entrevistador faz poucas perguntas diretas e deixa o entrevistado falar livremente sobre as pautas assinaladas. Quando este se afasta delas, o entrevistador intervém, embora de maneira sutil, para preservar a espontaneidade do processo. Este tipo de entrevista é recomendado em situações onde os entrevistados possam não se sentir à vontade para responder questionamentos mais rígidos, seja por questões culturais ou, como no caso de nosso trabalho, por causa da natureza multifacetária e complexa do tema investigado.

As entrevistas foram registradas mediante gravação para posterior transcrição e por meio de anotações realizadas pelo pesquisador durante a execução da mesma (POPY; MAYS, 2009). As conversações foram gravadas após a devida autorização do entrevistado e leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Posteriormente, as gravações foram transcritas e armazenadas em computador portátil (Notebook) e num pen drive reservado estritamente para este fim. O conteúdo das entrevistas será armazenado por cinco anos, juntamente com os TCLEs.

Cada uma das entrevistas transcritas recebeu um código para garantir a confidencialidade durante o estudo e para permitir a identificação, por parte do pesquisador, da procedência das informações. Estes códigos e suas legendas serão armazenados em local seguro com a finalidade de evitar vazamentos e exposição desnecessária, assim como danos morais ou profissionais aos sujeitos envolvidos na pesquisa.

4.5 Análise das informações

As transcrições relativas às falas dos sujeitos da pesquisa foram analisadas a partir da análise de conteúdo, tipo temática, que segundo Bardin (2016) ocorre em três etapas: a pré-análise, a análise propriamente dita e os resultados.

Na fase de pré-análise realizou-se a leitura inicial do material e iniciou-se a categorização a partir da construção de uma grelha (Apêndice C) onde foram definidas as categorias de análise que emergiram das entrevistas (categorias indutivas) com seus respectivos trechos de fala e os núcleos de sentido, que permitiram a análise propriamente dita do conteúdo selecionado.

Na fase de análise propriamente dita, procedeu-se nova leitura do material e a finalização do processo de categorização e seleção dos trechos de fala e núcleos de sentido. As evidências coletadas foram exploradas e administradas sistematicamente no sentido de compreender o *corpus*. Na elaboração dos resultados, as evidências foram descritas, interpretadas e inter-relacionadas com as normas, documentos e textos mais atualizados (BARDIN, 2016), no sentido de se criar uma correspondência entre os níveis especulativo, teórico e empírico.

As questões abordadas dentro de cada categoria foram definidas a partir da elevada frequência com que apareciam nas falas em diferentes estados. Desta forma realizamos a discussão de temas transversais às diversas realidades. Também utilizamos o critério da relevância de determinados assuntos que, embora tenham sido citados em apenas uma entrevista, carregam importância para a consecução dos objetivos de pesquisa e para o entendimento sobre o processo de regionalização.

4.6 Aspectos éticos e legais

O presente estudo procura estar em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Compromete-se, ainda a assegurar o sigilo e a privacidade das informações obtidas durante o estudo. Os riscos envolvidos podem ser considerados mínimos, relacionados com um possível constrangimento em responder questões de cunho pessoal e do âmbito do trabalho. A pesquisa possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sobe o número de CAEE: 30694814.1.0000.5208.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atendendo à exigência e orientação definida pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da UFPE (PPGSC-UFPE), os resultados e discussão serão apresentados no modelo de artigo a ser enviado a revista Cadernos de Saúde Pública. No anexo A segue as instruções do periódico para publicação.

5.1 Artigo: Análise do processo da regionalização na saúde sob a ótica dos gestores dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) na Região Nordeste.

Introdução

A regionalização da saúde é uma estratégia essencial à descentralização do SUS, e corresponde ao processo de organização das ações e serviços em regiões de saúde, espaços geográficos relacionados à condução político-administrativa do sistema de saúde. Estas regiões devem apresentar população com características epidemiológicas e sociais singulares, assim como necessidades de saúde próprias e os recursos necessários para o atendimento à referida população. Podem ser compostas por vários bairros de um município ou um conjunto de municípios ^{1,2}

A regionalização se apresenta na Constituição Federal (CF) de 1988 ³, em seu art. 198 e na Lei 8.080/1990 em seu Art. 7º, como diretriz político-administrativo-territorial do SUS. Além destes marcos legais, podemos citar outras legislações que compõe o arcabouço jurídico deste processo, entre elas, a NOB/93 ⁴, a NOB/96 ⁵, a NOAS/2001 ⁶, a NOAS/2002 ⁷, a Portaria GM 399/2006 (Pacto pela Saúde) ⁸ e o Decreto Federal 7.508/2011 ⁹.

A organização e o planejamento regional da saúde permitem a melhor acomodação da rede de atenção diante das necessidades de concentração geográfica dos serviços de maior complexidade e dos desafios impostos pela enorme diferença de porte populacional dos municípios brasileiros ¹⁰. A regionalização contribui também para a superação da fragmentação do sistema de saúde, integrando os municípios em rede, de forma sistemática, garantindo a integralidade da assistência à saúde ¹¹.

Apesar de sua reconhecida importância para atingir os princípios da integralidade, da equidade e da descentralização do SUS, a regionalização vem enfrentando uma série de

entraves relacionados ao processo histórico de organização e implementação da política de saúde, o que compromete sua efetivação.

Um dos atores que desempenha grande protagonismo na condução da organização e do planejamento regional da saúde são os gestores municipais. A partir da municipalização da saúde e da Lei Orgânica da Saúde ¹², que atribuíram aos municípios a responsabilidade pela direção municipal do SUS e execução da maior parte das ações e serviços de saúde, os municípios ganharam importância na gestão da política de saúde, de modo que o nível local passou a ocupar a centralidade nas tomadas de decisões e espaços de governança ¹³. Deste modo, a organização e o planejamento regional passam necessariamente e majoritariamente pela articulação dos gestores locais.

Considerando a importância da regionalização da saúde enquanto diretriz do SUS e passo relevante na construção do processo de descentralização político-administrativa, são necessários estudos que reflitam esta temática, no sentido de apontar os avanços, avaliar os desafios e propor estratégias de superação dos mesmos. Embora tenha ganho destaque nos últimos anos, com crescente produção científica, inclusive, a regionalização ainda é um tema com grande potencial a ser explorado cientificamente. De modo geral, percebe-se uma grande desarticulação do planejamento regional das ações e serviços de saúde, e os gestores, sobretudo os locais, que estão na linha de frente do sistema de saúde, são peças-chaves para a compreensão desta problemática.

O estudo tem por objetivo compreender o processo da regionalização na saúde, na Região Nordeste, sob a ótica dos gestores dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Método

O presente estudo foi realizado por meio de metodologia com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. Do ponto de vista epistemológico adotou-se a postura interpretativista ^{14, 15}. A pesquisa foi realizada nos nove estados que compõem o Nordeste brasileiro, região geográfica com uma população estimada em 56.560.081 de habitantes ¹⁶, composta pelos estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe ¹⁷.

Como sujeitos desta pesquisa foram escolhidos gestores municipais que compõem os Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) dos nove estados da Região Nordeste, com representação de um secretário por estado, totalizando 9 gestores, que foram indicados pela instituição. Como sugestão, os pesquisadores orientaram que fosse preferencialmente indicado o presidente para realização da entrevista.

Para fins de preservação da identidade dos entrevistados, seus nomes serão trocados pelos nomes de grandes personalidades da Região Nordeste, como forma de homenagear através deste trabalho, tanto as figuras escolhidas, quanto a própria Região, que sempre contribuiu efetivamente por meio de sua gente para a construção desta nação. Foram escolhidos os seguintes codinomes: Ana Neri; Paulo Freire; Milton Santos; Rui Barbosa; Ariano Suassuna; Luiz Gonzaga; Barbara de Alencar; Rachel de Queiroz e Maria da Penha. Vale salientar que nada tem a ver o local de nascimento das referidas personalidades com o estado ao qual se vincula o entrevistado como secretário municipal de saúde.

As informações foram coletadas mediante entrevistas registradas mediante gravação para posterior transcrição e por meio de anotações realizadas pelo pesquisador durante a execução da mesma ¹⁸. Cada uma das entrevistas transcritas recebeu um código para garantir a confidencialidade durante o estudo e para permitir a identificação, por parte do pesquisador, da procedência das informações.

As transcrições relativas às falas dos sujeitos da pesquisa foram analisadas a partir da análise de conteúdo, tipo temática, que segundo Bardin ¹⁹ ocorre em três etapas: a pré-análise, a análise propriamente dita e os resultados.

Na fase de pré-análise realizou-se leitura inicial do material e iniciou-se a categorização a partir da construção de uma grelha onde foram definidas as categorias de análise que emergiram das entrevistas (categorias indutivas) com seus respectivos trechos de fala e os núcleos de sentido, que permitiram a análise propriamente dita do conteúdo selecionado.

Na fase de análise propriamente dita, procedeu-se nova leitura do material e a finalização do processo de categorização. As evidências coletadas foram exploradas e administradas sistematicamente no sentido de compreender o *corpus*. Na elaboração dos resultados, as evidências foram descritas, interpretadas e inter-relacionadas com as normas,

documentos e textos mais atualizados ¹⁹, no sentido de se criar uma correspondência entre os níveis especulativo, teórico e empírico.

O presente estudo procura estar em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Compromete-se, ainda a assegurar o sigilo e a privacidade das informações obtidas durante o estudo. Os riscos envolvidos podem ser considerados mínimos, relacionados com um possível constrangimento em responder questões de cunho pessoal e do âmbito do trabalho. A pesquisa possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número de CAEE: 30694814.1.0000.5208.

Resultados e discussão

As categorias que emergiram no processo de categorização foram três: Dificuldades para a implantação da regionalização da saúde; Iniciativas e fatores que potencializam a regionalização da saúde; Avanços observados a partir da regionalização e sua importância para o Sistema Único de Saúde. Dentro de cada categoria dividimos a discussão em subcategorias conforme veremos a seguir.

Dificuldades para a implantação da regionalização da saúde

Elevada rotatividade dos gestores municipais

Para os gestores, a elevada rotatividade, característica principalmente do período de início dos mandatos dos prefeitos, gera uma situação de descontinuidade das discussões e de paralisia parcial ou até retrocesso na articulação da regionalização, devido ao desconhecimento dos novos gestores sobre o andamento dos trabalhos.

Ana Neri relata em sua entrevista que:

A gente agora está numa fase bem de transição, por que pra você ter ideia, cerca de 70 a 75% dos gestores municipais foram renovados, então é como se fossemos começar engatinhando de novo com relação ao assunto da regionalização, com relação aos assuntos do enfrentamento, porque nesse primeiro momento os secretários eles precisam ter de cara um diagnóstico situacional de como é que está o seu município e como é que está o seu município dentro da região que ele compõe, então estamos começando aí de novo.

Para o ano de 2017, ocorreu uma renovação no país de mais de 3 mil gestores municipais de saúde. Tal mudança por um lado é positiva por trazer novos atores pra se somarem aos que já acumulam história em defesa do SUS, por outro lado, impõe desafios ainda maiores, como a necessidade de decifrar para parte desses novos gestores a complexidade do sistema de saúde burocratizado, processo esse que exige um amadurecimento no sentido de avançar no compartilhamento de responsabilidades, sobretudo num contexto desfavorável de financiamento ²⁰.

A elevada rotatividade dos gestores municipais está relacionada a uma série de fatores que perpassam por questões da política partidária local, condições de trabalho e remuneração, dificuldades inerentes a gestão pública da política de saúde e a debilidade da formação técnica de parte dos gestores. Além disso, muitas das escolhas feitas no setor público são influenciadas pela nossa cultura política, historicamente construída a partir de relações de mando/subserviência, onde a cidadania é encarada como favor e não como direito. Da mesma maneira, as escolhas dos profissionais para ocupar o cargo de gestão na saúde são condicionadas a estas amarras culturais e são consideradas, em determinadas situações, como “favores” daqueles que detém o poder. Nestas circunstâncias, a autonomia do gestor, assim como a estabilidade necessária para garantir a continuidade da política de saúde podem ser comprometidas.

Fragilidades do COAP enquanto instrumento de organização da regionalização.

A tendência da política de saúde brasileira dos anos 2000 até a atualidade foi a de promover a regionalização sob a regulação normativa do Ministério da Saúde. Esta formação discursiva normativa é composta pelas fases de: Regionalização normativa burocrática, marcada pelas NOAS 2001/2002 ^{6,7}, sem instrumentos formais de contratualização de responsabilidades; Regionalização pactuada, marcada pelo Pacto pela Saúde ⁸ e pela Portaria 4.279/2010 ²¹, com o Termo de Compromisso de Gestão como instrumento de contratualização entre os entes, de adesão individual; Regionalização Contratual Interfederativa, marcada pelo Decreto 7.508 ⁹, que estabelece o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) como instrumento de pactuação regional da saúde, por meio do qual se definem as responsabilidades e atribuições dos entes federativos dentro da estratégia regional ^{22,23}.

Apenas dois estados brasileiros realizaram a assinatura do COAP, Mato Grosso do Sul e Ceará. Os demais estados variaram bastante em relação à condução do processo e às fases de implementação do contrato. Apesar da baixa adesão à assinatura, a própria dinâmica de discussão e implementação parcial iniciada pelo Decreto 7.508/2011 impulsionou um movimento de renovação das agendas estaduais relativas à regionalização, que resultou, minimamente, numa reconfiguração das regiões de saúde, gerou mudanças nos espaços de governança e nas práticas de planejamento regionais ²⁴.

Em nossa pesquisa, a não concordância com a assinatura do COAP foi uma opinião expressa por Ana Neri, Barbara de Alencar, Ariano Suassuna e Maria da Penha. Rachel de Queiroz afirma que em seu estado, sequer o tema foi debatido. O principal argumento citado foi a falta de “recurso novo” para financiar o sistema público de saúde. Segundo os entrevistados, um novo instrumento de contratualização das relações interfederativas na saúde, sem a necessária preocupação com garantias de estabilidade e ampliação do financiamento da saúde, não lograria êxito em seu objetivo, seria apenas mais um instrumento jurídico sem força de transformação efetiva da realidade. Essa foi uma opinião compartilhada por Ana Neri, Ariano Suassuna e Maria da Penha.

Apesar de representar um avanço, o COAP, como qualquer instrumento de gestão, possui limitações e sofre influência do contexto macro político e econômico. A insuficiência de recursos destinados a política de saúde dificulta a implementação e consolidação da rede de atenção, que é um elemento imprescindível e que dá sentido à regionalização.

Segundo Bárbara de Alencar e Ariano Suassuna, um outro fator que gera resistência à assinatura do COAP é a maneira desproporcional que incide a responsabilidade nos municípios em relação aos demais entes federativos, de modo que o nível local acumularia muito mais responsabilidades, sem ter a necessária estrutura e garantias para execução.

O trecho de fala de Ariano Suassuna resume os aspectos citados acima:

Vou ser sincera com você, eu não acredito na assinatura do COAP tão cedo, eu acho que não há mudança efetiva, vi o Estado do Ceará assinar um COAP, vi o estado do Mato Grosso assinar o COAP, eu queria saber o que foi que mudou efetivamente para melhor [...] eu não assino COAP enquanto não tiver recurso e organização do serviço por região de saúde, que não tem [...] Eu acho arriscado assinar COAP por que a responsabilidade é nossa enquanto gestor, e aí? Eu vou assumir a responsabilidade por algo que o estado não se responsabiliza? Por algo que o governo federal não se responsabiliza? Que a responsabilidade vai ser só minha?

Percebemos, portanto, que o COAP é um instrumento inovador de gestão, mas que enfrenta dificuldades de várias ordens para sua efetivação, sobretudo por causa de questões macroestruturais da nossa política, economia e federalismo. Para que ele, ou qualquer outro instrumento que se proponha a regulamentar relações tão complexas, obtenha êxito, é necessário que haja reformas que procurem solucionar problemas basilares como o subfinanciamento da política de saúde e as desigualdades nas relações interfederativas.

A exclusão das Secretarias Estadual e municipais de Saúde no desenho da Regionalização da Saúde

O caso a ser discutido nesse tópico foi citado por Ariano Suassuna e envolve a forma como se deu o desenho da regionalização em seu estado, conforme descrito no trecho de fala a seguir:

A princípio o COSEMS não teve uma participação efetiva na discussão porque o governo do estado fez a regionalização [...] pensando muito no planejamento, quem fez foi a secretaria de planejamento e não envolveu efetivamente todas as secretarias na discussão de regionalização [...] vários problemas foram criados por consequência disso, não teve uma discussão com a Secretaria de Saúde, teve, mas assim muito pequena, não teve a participação da gente nas tomadas de decisões. [...] eles fizeram alguns arranjos que na verdade não acompanhavam o fluxo da Secretaria de Saúde e isso dificultou demais para a gente e pros municípios, muitos municípios não conseguiram se ver no arranjo que a secretaria de planejamento fez, sem falar que ela fez uma divisão no estado em territórios, de uma forma assim, alguns territórios bem grandes com 34 municípios, outros territórios com cinco municípios.

No caso do estado em questão, segundo a fala da entrevistada, percebe-se que o Plano Diretor de Regionalização e o desenho das regiões de saúde em si foram construídos pela secretaria de planejamento do estado, por uma decisão de governo, sem a participação devida das secretarias estadual e municipais de saúde, o que levou a uma série de desencontros na organização regional da rede de atenção. É importante frisar que existe resolução CIB aprovando essa divisão regional. Não encontramos caso semelhante em outros estados brasileiros na literatura.

Obviamente, tal situação fere o Art. 9º da Lei 8.080¹², que estabelece que a direção do SUS é única, sendo exercida no âmbito da União pelo Ministério da Saúde, no âmbito dos estados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e no âmbito dos municípios pelas Secretarias Municipais de Saúde. Além disso, a situação descrita vai de encontro a outros dispositivos

legais que também estabelecem como sendo responsabilidades dos gestores da saúde a condução de tal processo, como a Portaria 399/2006⁸ e o Decreto 7.508/2011⁹.

A análise de tais instrumentos aponta ainda, que isso não apenas representa uma fragilidade das secretarias de saúde, como também de outros espaços de governança como a CIB e de Controle Social (Conselho Estadual de Saúde), visto que tal desenho deveria ser discutido e aprovado em tais instâncias, e dada as circunstâncias descritas, provavelmente isso não ocorreu.

O fato é que os gestores, sobretudo municipais, que enfrentam cotidianamente os desafios e os impasses da gestão local do sistema de saúde e que deveriam ser os protagonistas na construção no Plano Diretor de Regionalização do Estado, ficaram à parte deste processo e isso causou diversos impasses, seja pelo sentimento de não pertencimento de determinados municípios a algumas regiões de saúde, como também pela ocorrência de conflitos relacionados ao fluxo de usuários e a questões assistenciais em si.

Este caso de externalidade na gestão do Sistema de Saúde é emblemático para compreendermos como escolhas de governos podem ser prejudiciais na gestão e na organização dos nossos serviços de saúde, a partir do momento em que se afastam das necessidades, dos princípios e das diretrizes da política, e que se faz necessário uma politização de todos os níveis e poderes de governo, no sentido de garantir a autonomia para que os gestores cumpram suas atribuições.

Subfinanciamento do Sistema de Saúde.

Um dos principais impasses para a regionalização mencionado foi o subfinanciamento do sistema de saúde. O principal argumento gira em torno da ideia de que por mais organizados politicamente que estejam os entes federados e por mais fortalecidos que estejam os espaços de governança e controle social, a limitação imposta pela falta de recursos para implementação e manutenção de ações e serviços de saúde, inviabiliza a organização regional.

O principal gargalo relatado foi a demanda reprimida da Média e Alta Complexidade, com ênfase para a defasagem da “tabela SUS”, a tabela que traz valores de repasse de recurso do Governo Federal para realização de exames, procedimentos e consultas nos municípios. Segundo os entrevistados, esses valores são desconexos em relação ao preço atual dos serviços e da tecnologia da saúde. Os municípios já sobrecarregados precisam complementar o valor fixado pela tabela SUS com recursos financeiros próprios, o que inviabiliza a adequada prestação dos serviços de acordo com as necessidades de saúde da população.

Maria da Penha argumenta sobre:

A famosa tabela SUS que não tem alteração, não tem elevação de preço, é como se não existisse a inflação na tabela SUS, nós estamos com a tabela SUS de 12 anos atrás, como é que a gente pode... nós temos uma consulta lá a R\$ 10[...] Estamos tendo que pagar toda a complementação dos exames de alta e média complexidade [...] nenhum prestador quer fazer pela tabela SUS e como é que o município que é referência consegue fazer? Não consegue fazer o dele, imagine pra quem é referência.

Ainda segundo a entrevistada, essa situação está causando uma quebra de confiança na relação entre os municípios dependentes dos serviços na região e o município sede, que ocupa o papel de prestador desses serviços, pois não está se conseguindo garantir o acesso pactuado. Tal situação vem gerando atritos que o COSEMS vem investindo esforços em mediar. Segue seu trecho de fala:

Os municípios pequenos estão perdendo a confiança no município maior de referenciar as suas ações, porque o município maior não está dando conta de garantir aquele acesso [...] Está muito preocupante [...] Está havendo muito atrito entre o município pequeno com o município de médio ou grande porque eles não estão conseguindo garantir o acesso [...] Eu estou ficando com muito receio de várias vezes estarem vindo ao COSEMS pedir que a gente tome uma atitude, como é que a gente representa os municípios a gente vai ficar a favor de um e contra o outro?"

Barbara de Alencar relata que diante dessa dificuldade enfrentada pelos municípios com os valores praticados na tabela SUS e da incapacidade de organização regional dos mesmos, criou-se um consórcio público-privado de saúde entre secretarias municipais e prestadores privados. Segue sua fala:

O ideal seria que o SUS se fortalecesse, né? Nossos prestadores de serviço público se fortalecessem, né? Se investisse em equipamento, se investisse em reformas, se investissem no próprio profissional, sairia mais barato e com bom serviço para o usuário, né? Mas assim, a gente não vê muita saída não, então a gente tem que se pegar com que vai aparecendo de alternativa, o consórcio atualmente ele está sendo bem visto porque ele é uma alternativa mais barata, não é tão barato como a tabela SUS, mas é uma alternativa mais barata do que você pagar sozinho um serviço de uma clínica, porque às vezes o município pequeno ele não tem o poder de barganha.

Em toda história da saúde pública brasileira, seu financiamento sempre foi tratado como um tema problemático, principalmente no período posterior a criação do SUS, pós Constituição de 1988 ³. A crise do financiamento sempre foi explicitada por montantes

insuficientes e indefinidos, com reduzida participação fiscal em detrimento da alta participação da fonte das contribuições sociais (mais de dois terços do financiamento total). Apesar dos avanços alcançados com o SUS, o Brasil está longe de dedicar a mesma atenção à saúde pública que outros países com sistemas de saúde universais e públicos. Em 2014, enquanto o SUS investiu 3,9% do PIB, o gasto público com saúde em média nos países europeus com sistemas de saúde universais girou em torno de 8%. Em todo o período de existência do SUS, o capital financeiro se sobrepôs aos demais tipos de capital, prejudicando o orçamento do fundo público e comprometendo a manutenção de direitos sociais ²⁶.

Associa-se a isso, o fato de persistir no país uma política econômica arregimentada no tripé: meta de inflação, superávit primário e câmbio flutuante, adotada por FHC e mantida por todos os demais presidentes, que cria dificuldades ao pleno desenvolvimento do sistema universal de saúde num contexto de subfinanciamento, por restringir o gasto público, sobretudo os gastos sociais. Constatam-se, ainda, vários fatores que vem enfraquecendo mais o financiamento da seguridade social, em particular da saúde. Podemos citar, mais recentemente, a permissão a entrada do capital estrangeiro na saúde, por meio da aprovação da Lei nº 13.097/2015; A manutenção da DRU por 20 anos, com ampliação do percentual de 20 para 30% da desvinculação dos tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas (90% do total das receitas desvinculadas advêm das contribuições sociais); O ajuste fiscal do governo Federal para 2015 com contingenciamentos significativos para a área da seguridade social ²⁶.

Com a aprovação da EC 95/ 2016, que congelou os gastos primários do governo federal, dentre eles o da saúde, por um período de 20 anos, associando o gasto público (ou investimento, como no caso das políticas sociais) à variação da inflação do país, a perspectiva é que essa realidade de desfinanciamento se estenda por mais duas décadas, no mínimo. Para regionalização da saúde, tal circunstância representa um substancial obstáculo, visto que prejudica a capacidade de investimento estatal na rede assistencial e na qualificação da gestão, elementos essenciais para o fortalecimento da governança, do planejamento e da organização regional.

Soma-se a esse contexto, a realidade do endividamento público no Brasil que escoa uma parte considerável dos recursos federais para pagamento de juros e amortização da dívida pública. Em 2016, verificasse que esses recursos representaram 44% do Orçamento Geral da União (OGU) (1,13 trilhões de reais), ao passo que o montante destinado a saúde representou apenas 3,9% do total do OGU. Neste mesmo ano, o governo federal declarou que gastou 106 bilhões de reais com Ações e Serviços Públicos de Saúde, valor este menor que um décimo do

valor destinado ao pagamento de juros e amortizações da dívida pública federal. Claramente, o endividamento público é o principal entrave ao aumento do gasto social, dentre eles a saúde²⁷.

Para além disto, a descentralização fiscal, promovida pela Constituição Federal de 1988, com o intuito de democratizar a federação brasileira, não foi acompanhada da descentralização de poder político-administrativo, de modo que para não perder poder político, a União passou a controlar a entrega de repasses com alegações burocráticas referentes a falta de projetos ou inobservância de legislação. O frequente contingenciamento de verbas federais força a submissão do poder local ao poder central, inviabilizando a autonomia desejada para o federalismo, formalmente esculpida no texto constitucional²⁸.

Percebe-se, portanto, que as falas dos secretários municipais de saúde, coadunam de fato com a realidade do SUS. Entretanto, em nenhuma das entrevistas, percebeu-se uma discussão mais aprofundada sobre quais elementos seriam causa desse processo de desfinanciamento ou possíveis soluções no enfrentamento de tal problemática. As falas são objetivas no sentido de apontar sua vivência cotidiana e as dificuldades que enfrentam na oferta de serviços de saúde, sem haver necessariamente uma problematização crítica ou um aprofundamento sobre a causalidade do problema.

Em relação a questão da demanda reprimida e a fragilidade da rede assistencial de Média e Alta Complexidade, como um dos principais problemas enfrentados na organização regional da saúde, há uma relação íntima entre tal realidade, com tensionamentos da relação público-privada no SUS.

Existe um movimento das forças de mercado da saúde no sentido de atuar em determinados serviços que são mais lucrativos, enquanto que o setor público ocupa o espaço de prestação de serviços, nos quais não há, ou há pouca perspectiva de lucro financeiro, mas sim de ganho social. A participação do setor privado na saúde, em caráter complementar, está estabelecida no art. 199 da Constituição Federal³, entretanto, percebe-se uma inversão na lógica de tal princípio, onde o setor privado se insere como majoritário em determinadas áreas mais lucrativas de prestação de serviços e o setor público se torna dependente da contratação de tais serviços. Obviamente, isso não se dá de maneira aleatória, mas a partir da orientação de forças de natureza política. Faz-se necessário como alternativa para resolução do problema, o investimento público no sentido de fortalecer sua rede própria e reduzir essa relação de dependência que limita o sistema público de saúde.

Paim, et al.²⁹ discorrem sobre:

À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal vs. Segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde (p. 28).

Como já citado anteriormente, existem problemas estruturais que limitam a adequada implementação da regionalização da saúde, o subfinanciamento sem dúvidas é um deles. As falas dos secretários nos trazem uma realidade de preocupação, conflitos e dificuldades referentes, sobretudo, a organização da Rede de Atenção e a incapacidade de garantir os princípios constitucionais da universalidade e da integralidade.

Iniciativas e fatores que potencializam a organização regional da saúde

Atuação dos apoiadores do COSEMS nas regiões de Saúde

Uma experiência considerada exitosa por 4 entrevistados, foi a contratação de apoiadores pelo COSEMS para servir de apoio técnico às secretarias municipais de saúde, nas regiões de saúde. Estes apoiadores teriam o papel de servir de elo entre o COSEMS e os gestores, além de prestar apoio técnico e institucional.

O principal ganho na prática com os apoiadores do COSEMS seria o fortalecimento das regiões de saúde e das Comissões Intergestores Regionais (CIR) que tiveram suas práticas institucionais qualificadas. É perceptível, neste contexto, uma fragilidade por parte dos governos estaduais, em maior ou menor grau, a depender do seu nível de organização política, no sentido de cumprir sua função de coordenar e apoiar os municípios na condução do processo de regionalização.

Maria da Penha relata sobre sua experiência com os apoiadores:

Minha primeira intenção desse apoiador, foi de fazer com que esses gestores entendessem que eles tinham que participar dessa reunião, a CIR e eles tinham que compor essas CIR, porque era raríssimo a CIR se encontrar, se reunir. Hoje nós temos as 16 CIR atuantes, participando, com presidentes sendo eleitos por eles [...] A primeira coisa foi a participação dos gestores na CIR. A segunda foi o resgate da câmara técnica dessas CIR, que não existiam também. Depois, também foi o gestor ter empoderamento do que ele estava à frente, porque ele não tinha muito a parte técnica e hoje tudo o que é decidido lá e chega para o COSEMS, imediatamente é repassado. Os apoiadores, as apoiadoras estudam aquela portaria, aquela decisão, aquela nota técnica e já repassa mastigada aos gestores, então eles têm mais acesso à informação, muito mais, entendeu?

Apesar de não ser uma responsabilidade legal dos COSEMS promover este tipo de apoio, tal experiência demonstra o interesse institucional dos Conselhos em fortalecer a condução da política de saúde em seu nível local e regional, entretanto, ela não pode servir como estratégia compensatória para a ausência da atuação das secretarias estaduais de saúde neste processo, visto que essa atividade é uma atribuição institucional de tais secretarias.

Consórcio Público de Saúde

Outra experiência observada foi a do Consórcio Público de Saúde entre estado e municípios reportada por Luiz Gonzaga. Trata-se de um consórcio público celebrado entre o Governo do Estado e os municípios, para a gestão de uma rede de 22 policlínicas especializadas e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), como estratégia de enfrentamento ao problema da demanda reprimida de média complexidade. Todas as despesas geradas pelas policlínicas e CEOs como folha de salário, encargos trabalhistas, contas de água e energia, materiais de limpeza e expediente e os demais custos, são rateados entre o governo do estado e os municípios que utilizam o serviço. A contribuição de cada município varia de acordo com sua capacidade de arrecadação e o estado financia o valor prestante.

O Consórcio Público é uma tecnologia jurídico-institucional projetada para viabilizar a ação pública em rede, que integra entes federativos autônomos com interesses comuns relacionados a projetos e atividades. Tal instrumento pode facilitar o planejamento local e regional em saúde, viabilizar o investimento financeiro integrado e racionalizado e permitir a articulação de políticas públicas interfederativas, contribuindo para superação de dificuldades observadas no nível local. Esse modelo administrativo está previsto no art. 241 da Constituição Federal e é regulamentado pela Lei Federal 11.107/2005 (BRASIL, 2014) ³⁰.

Segundo dados do IBGE ³¹, em 2011 existiam no Brasil um total de 558 consórcios públicos de saúde celebrados entre estados e municípios, sendo que a região que aparece com maior número de consórcios desta natureza é a região Nordeste, com 263.

Segue a fala de Luiz Gonzaga sobre a experiência do consórcio:

Se fosse para tirar uma fotografia ou um modelo de produto exitoso do processo de regionalização: os consórcios públicos de saúde. Por que? Porque eles são organizados primeiramente numa perspectiva solidária que envolve os entes Federados, à exceção da União[...] Qual é o grande ganho dos consórcios públicos do *estado*? É um serviço especializado organizado com financiamento a partir do custo real do serviço.

A partir da fala do entrevistado, percebe-se que ele é favorável ao consórcio público implantado no estado e identifica avanços originados a partir dele, sobretudo no que diz respeito à redução da demanda reprimida de atendimento ambulatorial especializado, questão amplamente citada nas demais entrevistas como um dos principais problemas de gestão.

A continuidade administrativa na política de saúde

Um elemento citado por Luiz Gonzaga como sendo um fator que potencializou a regionalização no estado foi a continuidade administrativa da política de saúde, independente das bandeiras partidárias e das mudanças de governo estadual. Segundo o entrevistado, os governadores que se sucederam não adotaram uma postura de desconstrução ou descontinuidade total no que se refere à condução da política de saúde, não havendo grande influência de questões partidárias nesse sentido.

Esse contexto haveria influenciado positivamente tanto a regionalização da saúde, quanto a política de saúde de uma maneira geral, pois permitiu um acúmulo e a sedimentação de experiências positivas.

Segue o trecho de fala do entrevistado:

Você tem oscilações e tem humores de natureza política também, qual é o trunfo que o *estado* apresenta para o Brasil nessa perspectiva, é que apesar das variáveis de ordem, de bandeiras partidárias que se sobrepuseram aos governos, tivemos aqui de governos do PSDB, do PT e do PDT, mudando ciclos e bandeiras partidárias, mas a condução de política de saúde foi mais ou menos retilínea na perspectiva de que não houve uma desconstrução absoluta de quem chega fazer uma negação de quem tá e começar do zero. Então há sempre uma sequência, um aprimoramento, há uma busca de convergência do que tá dando certo.

A descontinuidade administrativa pode ser conceituada como o processo de interrupção de iniciativas, projetos, programas e obras, mudança radicais de prioridades e o engavetamento de planos futuros, a partir de um viés político, desprezando-se considerações sobre possíveis qualidades ou méritos das ações descontinuadas. Isso causa desperdícios de recursos públicos, perda de memória e saber institucional, o desânimo das equipes envolvidas e um aumento da tensão e da animosidade entre servidores estáveis no serviço público e gestores que ocupam cargos políticos de confiança ³².

Obviamente, um novo governo pode adotar, dentro da lógica do sistema democrático, novas prioridades para a área da saúde, contribuindo para a consolidação e a renovação da

política, de modo que a descontinuidade administrativa não seria necessariamente algo indesejado. Entretanto, essas prioridades devem atender ao interesse público e não ao individual, e não podem significar a descontinuidade absoluta de decisões programáticas afirmativas que representem avanços, por motivação de posicionamento político-partidário divergente.

Nesse sentido, o cenário ideal para a política de saúde seria formado a partir de um equilíbrio entre continuidade, através da observância e a manutenção de ações positivas de governos anteriores, e descontinuidade, a partir do estabelecimento de novas prioridades que possam ser adotadas, no sentido de atender às mudanças e ao dinamismo das necessidades sanitárias e do interesse público. Desta forma seria possível a consolidação da política de saúde enquanto política de Estado e não dos sucessivos e intermitentes governos.

Avanços observados a partir da regionalização e sua importância para o Sistema Único de Saúde

Potencial da regionalização para melhorar a organização e garantir o acesso à rede assistencial de saúde

Os gestores foram enfáticos na defesa da regionalização da saúde como estratégia de consolidação e qualificação do SUS. As opiniões centram-se quase que unanimemente no potencial da regionalização para organização e estruturação da rede assistencial, no sentido de garantir acesso, conforme podemos observar na fala de Ana Neri:

A gente entende que a regionalização é fundamental para que a gente possa avançar na estruturação da rede de saúde do município e também do estado, no sentido de você estar fazendo uma melhor organização, seguindo os desenhos das regiões, por que nós sabemos que por mais que haja uma necessidade da população, ela não vai ser totalmente atendida no território do município, no território da microrregião, vai ter situações e necessidades de atenção à saúde que elas vão precisar ser remetidas, [...] para um desenho de região, de modo que os municípios todos sejam atendidos naquela região e também no desenho de macro.

Percebemos que o teor das falas remete sempre à importância da regionalização para a estruturação da rede de saúde e garantia do acesso aos serviços de média e alta complexidade. Provavelmente, esta inclinação do discurso, amplamente observada, se explica pela atmosfera de extrema cobrança e pressão política com a qual os gestores locais convivem em sua prática

cotidiana relacionada a essas questões. Entretanto, não se percebe nas entrevistas uma noção mais aprofundada sobre a importância da regionalização para a consolidação do processo de descentralização, numa perspectiva de garantia de autonomia para os municípios na condução da política de saúde.

A fala de Luiz Gonzaga aponta também nesse sentido:

Nós entendemos que a regionalização é uma das grandes saídas para a crise do SUS, alguns municípios por serem muito pequenos, não podem conter estruturas nem de média nem de alta complexidade como a regionalização pode conter, a regionalização é importante para deixar soluções do problema, do usuário do SUS na própria região, evitar os grandes deslocamentos, as peregrinações, então a gente luta para que isso seja mais efetivo

Os municípios brasileiros possuem a propriedade administrativa (gerência) da maior parte dos estabelecimentos de saúde do país, além de serem os responsáveis formais pela contratação, monitoramento e avaliação (gestão) de um amplo conjunto de unidades privadas. Dos 317.539 estabelecimentos de saúde no Brasil, 301.015 (94,8%) são de gestão municipal, 10.760 (3,38%) são de gestão estadual. Em relação aos recursos humanos, dos 2.756.791 profissionais que trabalham no SUS, 2.155.146 (78,17%) estão sob a gestão dos municípios, 437.080 (15,85%) sob a gestão estadual. Do total das 11.644.024 AIHs aprovadas no ano de 2017, 6.714.001 (57,66%) foram emitidas em unidades hospitalares sob a gestão municipal e 4.930.023 (42,33%) em unidades hospitalares estaduais³³.

A partir da observação dos números, percebe-se que a maior responsabilidade, no que se refere à prestação das ações e serviços da saúde, se concentra em estados e municípios, com ênfase absoluta no nível municipal. Esta realidade contrasta com a situação do federalismo fiscal no país e de nossa estrutura tributária. Em 2016, segundo dados da Receita Federal³⁴, a União foi o ente federativo que mais arrecadou tributos no país, com um percentual de 68,27% da carga tributária, contra 25,4% dos estados e apenas 6,34% dos municípios.

Apesar de sua maior capacidade de arrecadação, percebe-se, paradoxalmente, uma retração do percentual de participação da União no financiamento do sistema público de saúde com o passar dos anos. Em 1980, o governo federal participava com 75% dos investimentos de saúde, estados e municípios com os 25% restantes. Desde então, sobretudo após o pacto federativo brasileiro na Constituição Federal de 1988, estados e municípios vêm assumindo novas responsabilidades e aumentaram sua participação de 25% para 54%, ao passo que a União passou de 75% em 1980 para 46% em 2012³⁵.

Desenha-se, portanto, um contexto contraditório, em que os entes subnacionais, sobretudo os municípios, acumularam responsabilidades em relação à gestão da política de saúde. Em contrapartida, estabeleceu-se um processo de retração da participação da União no financiamento da política pública de saúde e elevação da participação dos estados e municípios, com menor capacidade arrecadatória. Este cenário criou uma forte dependência de estados e municípios do financiamento do poder central (tanto para investimentos em infraestrutura, quanto para manutenção de serviços) que passou a induzir a política de saúde, a partir desta relação de dependência, ceifando a autonomia do poder local desejada e necessária para se consolidar a descentralização.

A fala dos gestores entrevistados, num primeiro momento, revela sua concepção diante da pressão política que sofrem cotidianamente pela garantia do acesso, pela estruturação e ampliação das redes assistenciais. A regionalização é encarada como uma possibilidade de superação de tais problemas. Entretanto, não se observou nas falas, referências ao importante papel da regionalização como processo que potencialmente pode lhes garantir relativa autonomia e emancipação no processo de condução da política de saúde, apesar de toda dependência financeira do nível central. É possível que exista uma inter-relação entre essas situações, e que a própria ausência de autonomia e a necessidade de um pragmatismo excessivo na gestão local da saúde, seja o fator que impossibilite a reflexão de tais gestores para questões centrais que exigem certa abstração para sua concepção e entendimento. Isso dificulta o engajamento e o movimento político no sentido de se realizar reformas estruturais necessárias para a resolução dos problemas, por parte de um conjunto de atores (secretários municipais de saúde) que possui uma força política com potencial de transformação da realidade.

Em linhas gerais, são evidentes os avanços do processo de regionalização da saúde ao longo da história, tanto do ponto de vista jurídico-institucional, quanto do ponto de vista da organização das regiões de saúde e suas redes de atenção. Na mesma proporção enxergam-se as dificuldades referentes à implementação de tal processo, que possuem natureza estrutural e conjuntural relativa ao nosso sistema político, tributário, econômico e ao federalismo cooperativo desarranjado. Neste contexto, os gestores da saúde, sobretudo os locais, desempenham árdua tarefa no sentido de contornar problemas macroestruturais em sua realidade particular. O estudo da regionalização, estratégia central para consecução da descentralização, nos permite perceber que se faz necessário um conjunto amplo de reformas, que garanta autonomia financeira e de poder decisório aos entes subnacionais.

REFERÊNCIAS

1. Viana ALd. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. En Viana ALd, Lima LD. Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Contra capa; 2011. p. 157.
2. Lavras CCC. Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. En Ibañez N, Elias N, Seixas P. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2011.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988
4. Brasil; Ministério da Saúde. Portaria n° 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. 1993.
5. Brasil; Ministério da Saúde. Portaria 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica - NOB 01/96 do Sistema Único de Saúde (SUS). 1996.
6. Brasil; Ministério da Saúde. Portaria n° 95, de 26 de Janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. 2001.
7. Brasil; Ministério da Saúde. Portaria n° 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. 2002.
8. Brasil; Ministério da Saúde. Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006.
9. Brasil. Decreto Federal 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. 2011.
10. Lima LDd, Queiroz LFNd, Machado CV, Viana ALd. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; 17(7): p. 1903-1914.
11. Santos L, Campos GWS. A região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade*. 2015; 24(2): p. 438-446.
12. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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. 1990.
13. Teixeira CF, Molesini JA. A gestão municipal do SUS: Atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2002; 26(1): p. 29-40.
 14. Denzin NK, Lincoln YS. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. En Denzin NK, Lincoln YS. *O planejamento da Pesquisa Qualitativa*. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
 15. Gil AC. *Estudo de caso: Fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados, como redigir o relatório* São Paulo: Atlas; 2009.
 16. Brasil; Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2016.; 2016. Acesso 06 de Dezembro de 2016. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm.
 17. Brasil; Instituto Brasileiro de Geografia estatística (IBGE). Área Territorial brasileira: Consulta por Unidade da Federação.; 2015. Acesso 06 de Dezembro de 2016. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/principal.shtm>.
 18. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3rd ed. Porto alegre: Artmed; 2009.
 19. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1st ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
 20. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). *Revista CONASEMS*. 2016.
 21. Brasil; Ministério da Saúde. Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.
 22. Trapé TL, Campos RO. Modelo de Atenção à Saúde Mental do Brasil: Análise dos mecanismos do financiamento, governança e mecanismmos de avaliação. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51(19): p. 1-8.
 23. Goya N, Andrade LOMd, Pontes RJS, Tajra FS. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. *Saúde e Sociedade*. 2016; 25(4): p. 902-919.

24. Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MRO. O COAP e a regionalização do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2017; 22(4): p. 1193-1207.
- 25.
26. Mendes A, Funcia FR. O SUS e seu financiamento. En Marques RM, Piola SF, Roa AC. *Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento.*: ABrES; Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil; 2016. p. 260.
27. Fatorelli LM, Ávila R. Auditoria da dívida e o necessário aumento dos gastos com a saúde. *Futuros do Brasil - Artigos*. Centro de estudos estratégicos da Fiocruz. 2017.
28. Domingues JM. Federalismo Fiscal Brasileiro. *Revista Nomos*. 2007; 26(1).
29. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011;; p. 11-31.
30. Brasil; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. *Consórcios Públicos Intermunicipais no âmbito do SUS: Aspectos básicos*. 2014.
31. Brasil; Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE); Ministério Planejamento, Orçamento e Gestão. *Pesquisa de Informações Básicas Municipais: Perfil dos municípios brasileiros 2011..*
32. Nogueira FA. Continuidade e descontinuidade administrativa em governos locais: Fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos. *Dissertação de mestrado*: FGV.2006.
33. Brasil; Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DataSus: Informações de Saúde. [Online]; 2018. Acesso 02 de maio de 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
34. Brasil; Receita Federal; Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros CETAD. *Carga Tributária no Brasil 2016: Análise por tributos e bases de incidência*. 2017.
35. Santos NR. SUS, política pública de estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2013; 18(1): p. 273-280.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regionalização da saúde constitui-se como uma estratégia essencial para a consecução da diretriz constitucional da descentralização na política de saúde, que inclui além da transferência de responsabilidades para os níveis subnacionais, a transferência de poder decisório e a garantia de autonomia a tais entes. Este processo é essencial para superar a fragmentação do sistema de saúde, para promover a integração das redes de atenção e para garantir a sustentabilidade econômica da política de saúde.

Embora a regionalização tenha passado por várias fases de evolução a partir dos anos 2000, com uma robusta publicação de instrumentos jurídicos e normativos que a consubstancia, ainda enfrenta uma série de problemas de natureza conjuntural que a limita e compromete a organização e o planejamento regional. O início da regionalização aconteceu tardiamente, após ciclos de descentralização administrativa de ações e serviços com foco na municipalização. Este descompasso gerou prejuízos para o sistema de saúde e para a própria consecução e efetivação da regionalização.

Distorções do federalismo, do sistema tributário, fiscal e econômico brasileiros, reverberam na lógica de financiamento do sistema de saúde e limitam a autonomia dos níveis locais de poder e sua capacidade de organizar as suas Redes de Atenção nas suas respectivas regiões. Essa multifatorialidade cria uma complexidade que apenas pode ser superada a partir de um conjunto amplo de reformas. Os gestores da saúde, sobretudo os locais, dado seu contingente e sua capilaridade no território brasileiro, são atores que tem muito a somar politicamente neste enfrentamento, entretanto, se faz necessário que as instituições que os representam, assim como as que representam os demais gestores, ocupem os espaços e exerçam esta força. A regionalização apresentou avanços na mesma proporção em que apresenta grandes desafios que não podem ser vencidos fora da luta política e social.

REFERÊNCIAS

- AFFONSO, R. B. A. Descentralização e reforma do Estado: A Federação brasileira da encruzilhada. **Economia e Sociedade**, Campinas, n. 14, p. 127-152, jun. 2000.
- ALBUQUERQUE, M. V.; MELLO, G. A.; IOZZI, F. L. O processo de regionalização em saúde nos estados. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra capa, 2011.
- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. d'Ávila. Perspectivas de Região e Redes na Política de Saúde Brasileira. **Saúde em debate**. v. 39, n. especial, p. 28-38, 2015.
- ALMEIDA, M.H.T. Federalismo, Democracia e governo no Brasil: Ideias, hipóteses e evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, São Paulo, n.51, p. 13-34, 2001.
- ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira e Ciências de Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 40, jun. 1999.
- ARRETCHE, M. T. S. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1. ed. São Paulo: Edições 70. 2016.
- BELTRAMI, D. G. M. Descentralização: O desafio da regionalização para estados e municípios. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 10, n. 41, Out-Dez, 2008.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política Vol. 1**. 11º ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 1998.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011**. Regulamenta a Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 03/01/2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Consórcios Públicos Intermunicipais no âmbito do SUS: Aspectos Básicos**. Brasília, 2014. 76 p.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). **Área Territorial Brasileira: Consulta por Unidade da Federação**. 2015. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/principal.shtm>. Acesso em: 06/12/2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). **Pesquisa de Informações Básicas Municipais: Perfil dos municípios brasileiros**. Brasília, DF. 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2016**. 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 06/12/2016

_____. Receita Federal. Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros. CETAD. **Carga Tributária no Brasil 2016: Análise por tributos e bases de incidência**. Brasília, DF, dez. 2017. 51 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. **Informações de Saúde**. Brasília, DF. 2018

_____. **Constituição Federal**. Título VIII, Da Ordem Social. Capítulo II, Da Seguridade Social. Seção II, Da Saúde. Artigo 198. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 02/01/2017.

_____. **Lei 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. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 01/01/2017.

CARINHATO, P. H. Neoliberalismo, reforma do estado e políticas sociais nas últimas décadas do século XX no Brasil. **Revista Aurora**, Marília, a. II, n.3, p. 37-46, 2008.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, 2017.

COHN, A. Descentralização, saúde e cidadania. Análise de uma Experiência de Gestão Local: Município de São Paulo, Brasil, 1989-1992. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 41, p. 85-100, 1994.

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A regionalização, redes de atenção à saúde e planejamento regional. In: **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde 2013-2016**. Brasília, 2013.

Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). **Revista CONASEMS**. Brasília, DF. n. 67. Out-nov-dez, 2016.

DENZIN, N. K; LINCOLN. Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K; LINCOLN. Y. S et al. **O planejamento da Pesquisa Qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2006.

DOMINGUES, J. M.; Federalismo fiscal brasileiro. **Revista Nomos**. Fortaleza, Universidade Federal do Ceará, v. 26, n. 1, jan./jun., 2007.

DUARTE, R. Entrevista em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213 - 225, 2004.

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015.

DRAIBE, S. A política social no governo FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 63-101, 2003.

FATORELLI, M. L.; AVILA, R. Auditoria da dívida e o necessário aumento dos gastos com a saúde. **Futuros do Brasil - Artigos**. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <
<http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/607>>. Acesso em: 20/04/2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008

GIL, A. C. **Estudo de Caso: Fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados, como redigir o relatório**. São Paulo: Atlas, 2009. 148 p.

GOYA, N. et al. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p.902-919, 2016.

GOYA, N. et al. Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 22. n. 4. p. 1235-1244. 2017.

KULGEMAS, E. SOLA, L. Recentralização/Descentralização: Dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. **Tempo social**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 63-81, 1999.

KUSCHNIR, R. CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: Contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2000.

LAVRAS, C. C. C. Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBAÑEZ, N. ELIAS, P. SEIXAS, P. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2011.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. d'AVILLA. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A. L. D; LIMA, L. D (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra capa, 2011.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: Novas Práticas em Saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. 184 p.

MAFFEZOLI, L. C. Desenvolvimento econômico e desenvolvimento social políticas públicas municipais: Reflexões sobre um padrão de políticas sociais ativas. **Cadernos da FACECA**, Campinas, v. 13, n. 1, p.43-50, 2004.

MELO, M. A. Crise Federativa, guerra Fiscal e “Hobbesianismo municipal” efeitos perversos da municipalização? **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 11-20, 1996.

MELLO, G. A.; PEREIRA, A. P. C. M.; IOZZI, F. L.; UCHIMURA, L.; DERMAZO, M. M. P.; VIANA, A. L. d’AVILLA. **Olhar gestor sobre a regionalização da saúde brasileira**. Novos Caminhos, n. 9. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2016.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. **Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. 260 p.

NASCIMENTO, V. B. **Pacto federativo e gestão pública**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed.; Santo André, SP: Cesco, 2007.

NOGUEIRA, F. A. **Continuidade e descontinuidade administrativa em governos locais: Fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos**. Dissertação de Mestrado: FGV. São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, J. E.; BARBOSA, J. L.; FRANCA, M. A reforma do Estado brasileiro e a descentralização: Implicações do federalismo fiscal nos estados e municípios. **Revista Educação e Políticas em Debate**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 405-416. 2013.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a regionalização do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 22, n. 4, p. 1193-1207. 2017.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. 2011; p 11-31.

PEREIRA, L. C. B. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 47, n. 1, 1996.

PASCHE, D. F. O SUS universalista no cenário das políticas neoliberais. In: PASCHE, D. F. **Gestão e subjetividade em saúde**. Campinas: UNICAMP. 261 p. Teses (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed. 2009. 172 p.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: A região de Saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SHIMIZU, H. E., *et al.* O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1131-1140, 2017.

SOUZA, R. R. As funções gestoras e as atribuições de cada nível de governo no Sistema Único de Saúde. In: SOUZA, R. R. **Construindo o SUS: A lógica do Financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. Rio de Janeiro: UERJ. 48 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração de Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.

TAVEIRA, A. V. A. Descentralização e desconcentração da atividade estatal. **Revista Paradigma**. Ano: XIV, n. 18, p. 236-247, 2009.

TEXEIRA, C. F.; MOLESINI, J. A. Gestão municipal do SUS: Atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. **Rev. Baiana de Saúde pública**, Salvador, v. 26, n. 1/2, p. 29-40, jan./dez., 2002.

TRAPÉ, T.L; CAMPOS, R. O. Modelo de Atenção à Saúde Mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, SP, v. 51. n. 19. P. 1-8. 2017.

VIANA, A. L. d'AVILA et al. Novas perspectivas para regionalização em saúde. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v.22, n.1, p. 92-106, jan./jun., 2008.

VIANA, A. L. d'ÁVILA. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. In: VIANA, A. L. D; LIMA, L. D (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra capa, 2011.

VIANA, A. L. d'AVILLA. LIMA, L. D. FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: Tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

YIN, R. K. Introdução. In: YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman. 2001. Cap. 1

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
GRUPO DE PESQUISA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE

Dados sócio-demográficos

Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: 18-29 (); 30-39 (); 40-49 (); 50-59 (); 60-69 (); >=70 ()

Escolaridade: Nível médio incompleto () Nível médio completo ()

Nível superior incompleto () Nível superior completo ()

Pós-Graduação (): _____

Tempo que atua no COSEMS e função:

Roteiro de Entrevista

Compreensão sobre o processo de Regionalização da Saúde no respectivo estado.

Discussão do processo de regionalização na saúde no Cosems

Relação interinstitucional do Cosems com conselho e gestão estadual, no que se refere às discussões de regionalização.

Estratégias de articulação entre os municípios nas regiões de saúde, no âmbito da regionalização (prestação de serviços, compras, consórcios).

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

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

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

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

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra
UFPE/DMS

APÊNDICE C - GRADE DE CODIFICAÇÃO (Exemplo)

COD.	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO	NÚCLEOS DE SENTIDO
	<p>Dificuldades para implantação da regionalização</p>	<p>“Muitos prefeitos não queriam aceitar essa regionalização, porque tem alguns municípios que estão separados por regiões, mas eles são muito próximos e aqui em Alagoas existe muito a proximidade de famílias que tem esse arcabouço... Politicamente e família mesmo... “então porque que eu estou nesse município e não posso participar dessa... desse outro trabalho social de saúde junto com esse?” mas assim, enfim o processo ele foi doloroso, ele foi doloroso no estado” AL</p> <p>“O estado de Alagoas ele tem um arcabouço muito político, certo? Então tem cidades muito próximas, que não ficaram na mesma região e que a princípio, eu acho que até pela imaturidade do processo de regionalização, o próprio processo que a gente vem constituindo o SUS, ele é doloroso... não é? A gente diariamente a gente sente no colega secretário porquê seria mais próximo e ir para ali porque eu não vou não é verdade? mas ele não está naquele contexto de regionalização” AL</p> <p>“Eles [prefeitos] não entendiam que aquele recurso destinado à média, alta complexidade, ela tinha que ser programado naquele município polo, e por que que não estaria no município dele? não é verdade? então como você vai colocar um recurso de média e alta complexidade, no município como o meu, por exemplo, de 14 mil habitantes e como é que eu ia fazer essa negociação com</p>	<ul style="list-style-type: none"> • prefeitos • regionalização • proximidade de famílias que tem esse arcabouço • Politicamente e família mesmo • processo ele foi doloroso <ul style="list-style-type: none"> • arcabouço muito político • imaturidade do processo de regionalização • constituindo o SUS • não está naquele contexto de regionalização <ul style="list-style-type: none"> • recurso destinado à

		<p>a capital Maceió? seria totalmente difícil não é verdade?" AL</p> <p>“Quando eu falo da questão do sofrimento, da dificuldade de você aceitar [prefeitos] que o seu município não pode mais utilizar aquele outro município próximo de você porque existe uma linha uma linha imaginária [...] O que acontecia muito no estado era exatamente essa proximidade de cidades que essa linha imaginária dividiu, então quando você divide cidades, você divide famílias, você divide a política que o município muitas vezes gera em relação ao outro... é dependência política, econômica, certo?”</p>	<p>média, alta complexidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • programado naquele município polo • por que que não estaria no município dele? • negociação com a capital <ul style="list-style-type: none"> • sofrimento • dificuldade • linha imaginária • divide cidades • você divide famílias • você divide a política dependência política, econômica
--	--	--	--

ANEXO A - INSTRUÇÕES PARA AUTORES DO CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA

1. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

1.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

1.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

1.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

1.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

1.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas e pode atingir o máximo de 6000 palavras.

1.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

2. REFERÊNCIAS

2.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

2.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

2.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

3. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

3.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

3.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

3.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

3.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

3.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

4. ENVIO DO ARTIGO

4.1 – A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

4.2 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

4.3 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

4.4 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

4.5 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando

ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.

4.5.1 – Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração.

4.6 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

4.7 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

4.8 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

4.9 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

4.10 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.