

Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais¹

Care integration in health region:
a paradox between regional needs and local interests

Patty Fidelis de Almeida

Universidade Federal Fluminense. Departamento de Planejamento em Saúde. Niterói, RJ, Brasil.
E-mail: pattyfidelis@id.uff.br

Adriano Maia dos Santos

Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Vitória da Conquista, BA, Brasil.
E-mail: maiaufba@ufba.br

Valdomiro da Paixão Santos

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Centro de Ciências da Saúde. Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.
E-mail: valdopsantos@gmail.com

Roberto Moreira Silveira Filho

Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Vitória da Conquista, BA, Brasil.
E-mail: roberto.ibce@bol.com.br

Resumo

Este estudo tem como objetivo identificar e analisar o desenvolvimento de estratégias regionais para a integração assistencial no contexto das regiões de saúde, com especial foco no papel da Atenção Primária à Saúde (APS). Foi realizada análise das atas e observação das reuniões de uma Comissão Intergestores Regional (CIR) no período de um ano e também onze entrevistas com gestores/gerentes municipais, regionais e estaduais do estado da Bahia. Os resultados indicam que a APS é um tema pouco frequente nas discussões da CIR, embora a região de saúde enfrente problemas em comum a outras regiões da Bahia e do Brasil como a disputa predatória por médicos e fraca coordenação do cuidado. A meta de conformação de Redes de Atenção à Saúde, coordenadas pela APS, ainda é um objetivo distante diante da premência de garantir acesso à atenção especializada e de urgência/emergência hospitalar na região de saúde, tema que dominou as discussões da CIR, ficando a APS circunscrita aos limites municipais.

Palavras-chave: Integração de Sistemas; Regionalização; Integralidade; Gestão em saúde

Correspondência

Patty Fidelis de Almeida
Universidade Federal Fluminense. Rua Marquês do Paraná, 303
– 3 andar, prédio anexo ao HUAP, Centro, Niterói, RJ, Brasil.
CEP: 24030-210.

¹ O artigo é resultado de pesquisa denominada *O papel da APS na coordenação do cuidado em redes regionalizadas em Regiões de Saúde da Bahia*, financiada pelo CNPq, por meio do Edital Universal (14/2011).

Abstract

This study aims to identify and analyze the development of regional strategies for care integration in the context of health regions, with special focus on the role of Primary Health Care (PHC). It was analyzed the minutes and observed the meetings of the Regional Intermanagers Commission (CIR) in a period of one year and also eleven interviews with municipal, regional, and state managers of Bahia, Brazil. The results indicate that PHC is an uncommon topic in the discussions of CIR, although the health region faces problems in common with other regions of Bahia and Brazil, such as the predatory dispute for doctors and poor coordination of care. The goal of forming Health Care Networks, coordinated by PHC, is still a distant goal against the urgent need to ensure access to specialized and urgency/emergency care in the health region, an issue that dominated the discussions of CIR, and PHC was limited only to city boundaries.

Keywords: Systems Integration; Regional health planning; Integrality; Health management.

Introdução

A descentralização da saúde apresentou inúmeros avanços às esferas subnacionais na gestão dos sistemas municipais de saúde (Pasche et al., 2006) e, em certa medida, ampliou a cobertura e o acesso da população a serviços de saúde, mobilizou a organização dos serviços baseados em problemas de interesse local e na incorporação de novos atores sociais, além de viabilizar uma maior participação e controle social na definição e execução orçamentária dos gastos em saúde, reforçando a autonomia e a responsabilidade de cada ente subnacional (Guimarães; Giovanella, 2004). Porém, criou alguns efeitos indesejáveis e paradoxais na consolidação da integralidade da atenção no SUS (Campos, 2006; Pasche et al., 2006).

Além disso, a descentralização esbarra na assimetria financeira e gestora dos distintos níveis de governo, bem como na permeabilidade das instituições de saúde à democracia, impondo constrangimentos que mitigam a potência dos demais princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e complexificam a consolidação de uma política nacional de saúde, cujo modelo federativo é trino, sem uma vinculação hierárquica entre os entes (União, estados e municípios), reforçando, muitas vezes, a competição diante da cooperação (Levcovitz et al., 2001; Santos; Campos, 2015).

Corroboram para esse debate algumas evidências a partir da análise da descentralização na gestão do SUS em cinco municípios da Bahia selecionados como “*casos exemplares*” (Vieira-da-Silva et al., 2007), que revelam aspectos positivos como ampliação da cobertura assistencial de ações básicas e do acesso a serviços de média e alta densidade tecnológica, porém, muito mais atrelados à indução ministerial que relacionados à ação local, sugerindo limites na capacidade propositiva municipal ou insuficiência técnica. Não obstante, apesar do grau avançado de descentralização, a “gestão plena do sistema” apresentou muitas heterogeneidades entre os municípios investigados, não significando “melhorias automáticas na gestão, na organização das práticas e nos seus efeitos”, ou seja, “a descentralização em si, não foi capaz de assegurar mudanças

nos sistemas locais de saúde” (Vieira-da-Silva et al., 2007, p. 366).

O desenho forjado pela descentralização à política de saúde brasileira concebeu um sistema peculiar, no qual a responsabilidade pela organização e gestão local é do município (menor instância com poder formal na República), diferindo, por exemplo, do caráter nacional inglês, português e cubano ou provincial canadense e autônomo espanhol (Campos, 2006). Todavia, a descentralização por si só não é suficiente para viabilizar os princípios e diretrizes do SUS, criando, até mesmo, efeitos paradoxais. Por um lado, responde ao valor ético-político almejado pelo espírito democrático, ao possibilitar a distribuição de poder e ampliação dos mecanismos de participação social, por outro, as forças centrípetas geradas pela descentralização podem produzir um funcionamento autárquico, potencializando a indesejável fragmentação do sistema, “gerando um processo de municipalização com baixa capacidade de integração e de solidariedade entre as partes” (Campos, 2006, p. 427).

Com efeito, tais evidências expõem a necessidade de articulações intermunicipais que abram espaço para “a profusão de novas formas de relação entre Estado e sociedade, colocando no âmbito da discussão pública os alicerces da estrutura de poder, organização e gestão das instituições políticas vigentes” (Fleury; Ouverney, 2007, p. 11), conferindo um novo modelo de governança que alie a descentralização com a necessidade de integração solidária dos sistemas de saúde.

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria n. 399/GM, que contempla as Diretrizes do Pacto pela Saúde, pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS e recoloca na agenda política novas bases de negociação para o financiamento, definição de responsabilidades, metas sanitárias e compromisso entre as três esferas de gestão. O referido documento propõe mudanças significativas para a gestão do SUS, retomando a regionalização como diretriz fulcral nas políticas para viabilizar a integração assistencial nos territórios. Para tanto, revisita e atualiza os instrumentos experimentados na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), como o Plano Diretor de Regionalização

(PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), alicerçando-os em um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre os três entes federados, substituindo o processo de habilitação por adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão, constituindo espaços regionais de planejamento e cogestão, representados pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR), em um processo de “regionalização viva” (Brasil, 2006, 2007).

A regulamentação desse espaço, representado pela Comissão Intergestores Regional (CIR, ex-CGR), firmou-se por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que estabeleceu seu funcionamento em regiões de saúde (Brasil, 2011). A CIR objetiva a pactuação, a cooperação solidária entre os participantes para que dessa maneira a região de saúde seja fortalecida (Vianna; Lima, 2013; Santos; Giovanella, 2014).

O êxito das ações desenvolvidas por meio da CIR depende de quão eficiente estiver o andamento das negociações e da cogestão, ou seja, requer o compromisso com a coisa pública em uma perspectiva solidária (Lima et al., 2012; Santos; Giovanella, 2014). Nessa perspectiva, o fortalecimento da governança em região de saúde “pode aglutinar o que a descentralização, por si, fragmenta” (Santos; Campos, 2015, p. 441) e superar os desafios à integração assistencial em rede regionalizada.

A dificuldade do usuário em acessar os serviços de média densidade tecnológica seria um dos entraves na efetivação do princípio da integralidade no SUS (Spedo; Pinto; Tanaka, 2010). Soma-se, a isso, o fato de que, no Brasil, é histórica a adoção de políticas de saúde baseadas na lógica da oferta instalada, ou seja, características epidemiológicas e necessidades sanitárias da população não fundamentam, necessariamente, o planejamento (Solla; Chioro, 2014; Paim et al., 2011). Por esse aspecto, a demanda desarticulada da oferta acaba por dificultar, ainda mais, o acesso aos serviços de média e alta densidade, inflando o sistema, um dos motivos geradores de descontentamento, especialmente, por parte dos usuários (Dubeux; Carvalho, 2009).

Partindo dessas reflexões, este artigo buscou identificar e analisar o desenvolvimento de estratégias regionais para a integração assistencial em

uma região de saúde, com foco no papel desempenhado pela Atenção Primária à Saúde. O olhar sobre o tema da APS justifica-se na medida em que sua implantação, na totalidade dos municípios brasileiros, representa de forma mais contundente os rumos do processo de descentralização no país. Contudo, parte-se da premissa que a construção de redes regionalizadas passa necessariamente pelo encontro da esfera local e regional na constituição de uma porta de entrada resolutive, abrangente e com potencialidades para assumir a coordenação do cuidado para além dos limites municipais.

Metodologia

Trata-se de estudo de caso (Yin, 2005), com cunho qualitativo (Flick, 2009), realizado em uma região de saúde do estado da Bahia, que compreende 23 municípios (Bahia, 2012). O estudo fez parte de pesquisa mais abrangente, realizada entre 2012-2013, denominada *O papel da Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em redes regionalizadas em regiões de saúde da Bahia*, com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital Universal 14/2011.

As fontes de informação do estudo foram observação das sessões mensais e análise das atas das reuniões de uma CIR, em 2012; e 11 entrevistas semiestruturadas, sendo 7 com gestores municipais (Gestores municipais: 1, 2, 3, 4, 5) e regionais (Gestores regionais: 6, 7) da região de saúde e 4 entrevistas com gestores estaduais (Gestores estaduais: 8, 9, 10, 11) da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab).

Em 2012, ocorreram nove reuniões da CIR (ordinárias e extraordinárias), e as sessões de outubro, novembro e dezembro foram canceladas em função do período eleitoral. Foram realizadas cinco observações e analisadas as nove atas disponíveis no Observatório Baiano de Regionalização.

Na perspectiva teórico-metodológica há uma profusão de conceitos na literatura para designar a natureza dos modos de organização dos sistemas, serviços e dos cuidados em saúde. Para

minimizar a dispersão de interpretações, nesta investigação foram adotados conceitos de “Governança regional”, “Redes de Atenção à Saúde”, “Integração assistencial”, “Atenção Primária à Saúde” e “Região de Saúde” que estão difundidos para compreensão da regionalização em saúde, apresentados no Quadro 1.

Para análise dos resultados, como etapa comum, realizou-se a “ordenação dos dados” que consistiu no primeiro contato com o material empírico coletado (atas, relatos do diário de campo das observações e transcrições das entrevistas). No segundo momento, fez-se a “classificação do material” coletado, etapa em que as atas e entrevistas foram lidas exaustivamente, os trechos com as estruturas relevantes e ideias centrais (núcleos de sentido) foram selecionados, agrupados e classificados. Realizou-se o confronto das estruturas relevantes e, em seguida, partiu-se para o cotejamento entre os diferentes dados das distintas fontes de informação. As análises das atas e reuniões da CIR foram guiadas pelo objetivo principal de identificar os temas mais recorrentes, indicando as prioridades em saúde pautadas por gestores, os processos de negociação, pactuação e planejamento para alcance da integração assistencial, com especial foco sobre o papel da APS em contexto regional. As entrevistas com sujeitos das diversas esferas de gestão do SUS complementam os achados e buscam esclarecer pontos nodais para enfrentamento dos desafios à integração assistencial, bem como os avanços na conformação das redes regionalizadas.

Por fim, os resultados e discussão foram agrupados em quatro categorias empíricas: I) Organização da Atenção Primária à Saúde em contexto regional; II) Importância da CIR para a governança regional; III) Planejamento da Rede de Urgência e Emergência: revelando o funcionamento da rede regional; IV) Oferta e regulação da atenção especializada e hospitalar na região de saúde.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza (Parecer nº 323/2011).

Quadro 1 – Síntese conceitual de termos utilizados no processo de regionalização

Conceito	Síntese de algumas definições teóricas	Referências adotadas
Governança regional	Um dos componentes de uma rede regionalizada. Entendida como processo de participação e negociação entre uma ampla gama de sujeitos com diferentes graus de autonomia. Representa diversidades de interesses (público e privado) em um quadro institucional estável que favoreça relações de cooperação entre governos, agentes, organizações e cidadãos, de forma a estabelecer elos e redes entre sujeitos e instituições. Deve envolver os modos de exercício da autoridade e os processos de inserção dos interesses sociais na agenda de governo, podendo ser usada como ferramenta analítica para investigação e transformação dos processos de formulação de políticas e gestão de sistemas de saúde. O uso analítico da governança permite descrever e explicar as interações de atores, processos e regras do jogo e, assim, conseguir melhor compreensão das condutas e tomada de decisões na sociedade.	Hufty, Báscolo, Bazzani (2006) Mendes (2010) Santos, Giovanella (2014) Viana, Lima (2011)
Redes de Atenção à Saúde (RAS)	Conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitárias por esta população, num dado território. As RAS possuem como elementos constitutivos, a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção. O enfoque na construção de RAS com serviços integrados e cuidados coordenados assenta, nas equipes de APS, o protagonismo para reorientação dos sistemas de saúde.	Mendes (2010) OPAS (2008) OPS (2009) WHO (2008)
Integração assistencial	É a contraposição aos modelos fragmentados, ou seja, é a busca por consubstanciar uma organicidade aos sistemas de saúde. Sustenta-se em três eixos: a oferta de serviço, de forma contínua, por meio de vários pontos de atenção à saúde; a integração desses pontos de atenção à saúde, por meio de um sistema de gestão da clínica, e a existência de uma população adscrita, cuja saúde é de responsabilidade inequívoca do sistema. Os pontos centrais da integração do sistema de saúde modelam uma rede de atenção à saúde.	Armitage et al. (2009) Mendes (2001) Vázquez et al. (2009)
Atenção Primária à Saúde (APS)	APS é o componente-chave na organização das RAS, devendo ser o centro de comunicação. Cabe a APS coordenar os fluxos e contrafluxos do sistema, ser resolutiva, acolher e responsabilizar-se pelas demandas da população, com potência para coordenar o cuidado continuado, por meio do encadeamento adequado dos demais componentes da rede. Trata-se de conjunto de serviços de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, de fácil acesso, direcionada a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população.	Portaria n 2.488 (Brasil, 2012) Giovanella, Mendonça (2014) Mendes (2010) WHO (2008)
Região de Saúde	Espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde, tendo como ponto de partida o Plano Diretor Regional, mas fazendo as devidas composições que respondam adequadamente às dinâmicas dos territórios, favorecendo a ação cooperativa intergestora. A região, portanto, é o resultado da dialética entre dois tipos de lógica: uma que é dada pelos arranjos internos de cada divisão do trabalho regional (que é mais o resultado da formação histórica, espontânea das regiões) e outra que é expressa pela influência cada vez mais aguda de vetores externos (sejam eles normas, fluxos de informação, de capitais, de mercadorias, de investimentos etc.) que instalam sobre estas combinações preexistentes seus nexos organizacionais.	Almeida, Santos, Souza (2015) Contel (2015) Decreto 7.508 (Brasil, 2011) Ianni et al. (2012) Machado (2009)

Resultados e discussão

Organização da Atenção Primária à Saúde em contexto regional

Todos os municípios da região, segundo gestor municipal da sede, alcançaram alta cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) antes da organização de qualquer tipo de Rede de Atenção à Saúde:

A Atenção Básica foi construída antes de qualquer conformação de redes. Então, todos os municípios da micro para a formação de qualquer tipo de rede, de urgência e emergência, por exemplo, tinham que ter pelo menos 50% de cobertura de Atenção Básica (Gestor municipal, entrevistado 1).

O pequeno porte dos municípios também foi citado como um fator facilitador para o alcance de alta cobertura.

A observação nas sessões e análise das atas da CIR indicou que a APS foi um tema pouco frequente e pouco discutido nas reuniões. Segundo membros da CIR, como os municípios haviam alcançado altas coberturas pela ESF, este não seria um tema prioritário para debate na instância regional, sendo a premência colocada por outras temáticas como a implantação da Rede de Urgência e Emergência. Os momentos nos quais o tema fez parte das pautas foram os necessários à aprovação de novas Equipes de Saúde da Família (EqSF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de algumas demandas de educação permanente em saúde (ainda que limitadas a capacitações pontuais).

Não foram identificadas iniciativas para construção de linhas de cuidados estruturadas na perspectiva da região de saúde que visassem garantir a continuidade do cuidado para o usuário, coordenado por EqSF. Nesse sentido, as linhas de cuidado para projetos construídos regionalmente limitavam-se a rede de urgência e emergência, destacando-se os serviços integrados via Samu.

A rotatividade dos profissionais também foi um tema presente nas discussões sobre a APS na região e ocorria, segundo os gestores, não apenas no âm-

bito da ESF, mas também, entre profissionais dos demais níveis de atenção, agravada pela precariedade dos vínculos trabalhistas e pela ausência de uma política para gestão do trabalho. Por conseguinte, todos os esforços empreendidos por gestores para capacitação e educação permanente que visavam melhorar o processo de trabalho, sobretudo na APS, estavam sempre recomeçando, comprometendo a longitudinalidade do cuidado nas equipes.

Além disso, gestores estaduais destacaram que as equipes ficavam longos períodos sem médicos e, naquele enredo, os secretários de saúde precisavam flexibilizar o cumprimento da carga horária nas EqSF. Assim, os entrevistados avaliaram que a ESF foi bastante prejudicada pela rotatividade, pois as frequentes mudanças na composição das equipes comprometiam a coordenação e a longitudinalidade do cuidado, requerendo novos processos educativos para qualificação dos recém-contratados, uma vez que muitos profissionais eram contratados sem experiência e/ou sem perfil adequado para APS.

A precariedade do trabalho em saúde culminou com a demissão de profissionais no período pré e pós-eleitoral, evidenciando também o descompromisso com a continuidade das políticas públicas. Tal questão foi tema de debate na CIR, justificada pela necessidade de prestação de contas ao Tribunal de Contas da União antes do término do mandato municipal, não se limitando, inclusive, ao âmbito da APS.

A insuficiência de médicos foi um problema mencionado por todos os entrevistados da Sesab, especialmente para os municípios mais distantes da sede da região de saúde. Tal questão acabava por comprometer toda a estruturação da rede, pois uma APS sem cobertura adequada ou desestruturada se refletia em sobrecarga para o restante dos serviços de saúde e acesso por vias não adequadas. Entrevistas com gestores e observação das reuniões da CIR ratificavam a dificuldade para fixação de médicos como um problema comum entre os municípios da região.

Contudo, prevalecia a disputa predatória por médicos, em uma espécie de “leilão”: “*Você, médico, vem para cá que te ofereço dois turnos a mais de folga, lhe dou R\$100,00 a mais que tal município*” (Gestor municipal, entrevistado 1). Assim, municípios, individualmente, buscavam alterna-

tivas para a provisão de médicos, como a criação de cooperativas, responsáveis pela contratação e captação de novos profissionais. A oferta de folgas semanais também foi um atrativo oferecido, o que colocava em desvantagem aqueles gestores que exigiam o cumprimento da carga horária. A abertura de novos cursos de medicina na Bahia, no qual foi mencionado déficit histórico na oferta de vagas, também se mostrou como uma política importante para enfrentamento desta problemática, ainda que com resultados apenas em médio e longo prazos.

Além disso, para os gestores e gerentes entrevistados, a implantação do Samu e do Hospital Regional foram dois fatores que favoreceram a atração e fixação de médicos para a ESF, pela possibilidade de aliar o trabalho na APS com a realização de plantões e atuação nas especialidades.

Outro achado do estudo foi o desconhecimento dos gestores do município sede em relação à dinâmica e situação da APS em contexto regional. Ao serem indagados sobre questões referentes ao funcionamento da APS na região de saúde, bem como suas possibilidades em coordenar o cuidado em âmbito regional, as falas, sistematicamente, eram remetidas ao contexto municipal:

A gente não pactua com os municípios vizinhos na questão do atendimento básico, então é mais média e alta complexidade. Então, em relação à ESF com os municípios vizinhos não tem [...] unidade de saúde, equipe de saúde, não tem muita troca, não tem muita, vamos dizer, relação (Gestor municipal, entrevistado 2).

Tal evidência ratifica a necessidade de compreensão, pelos gestores, de que a APS é uma estratégia que precisa envolver o conjunto dos municípios, na perspectiva de pensar a rede de “ponta a ponta”. Além disso, ainda que a APS seja uma responsabilidade de execução municipal, a CIR poderia representar um espaço de planejamento e pactuação da qualidade da oferta dos serviços de primeiro contato, além de compartilhar mecanismos de fortalecimento da clínica e do processo de trabalho dos profissionais da ESF para minimizar os encaminha-

mentos e os gastos “desnecessários” para serviços de maior densidade tecnológica.

O enfoque na construção de redes com serviços integrados e cuidados coordenados assenta nas equipes de APS o protagonismo para reorientação dos sistemas de saúde. Nessa direção, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) declaram e recomendam, em relatórios e documentos, a construção de sistemas de saúde com base na Atenção Primária à Saúde, em uma perspectiva abrangente e renovada explicitando os valores, princípios e elementos centrais que caracterizam e justificam tal defesa. Além disso, apontam caminhos a partir de evidências e revisão de literatura internacional, que substanciam o debate e permitem cunhar um conceito/abordagem sobre APS “abrangente e renovada” buscando distingui-la de outras interpretações correntes (OPAS, 2008, 2009; WHO, 2008).

Importância da CIR para governança regional

O novo Plano Diretor de Regionalização criou 9 macrorregiões e 28 regiões de saúde (Bahia, 2008). Foram implantados, em cada território regional, Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR, atualmente CIR), sendo considerados, segundo gestores estaduais, um grande avanço em termos de regionalização na Bahia:

os secretários se reúnem [na CIR], independentemente do porte do município, discutindo cara a cara seus problemas, colocando seus problemas, embora, às vezes, fique só na lamentação, mas agora tomou fôlego e está decidindo. É o que vem acontecendo com as redes temáticas ou com os Núcleos de Educação Permanente (Gestor estadual, entrevistado 8).

A CIR foi considerada, por gestores, um fórum regional fundamental para o planejamento regional integrado, com reuniões regulares nas 28 regiões de saúde, sendo o lócus (em apoio à CIB) de acompanhamento do processo de regionalização, ainda que fosse reconhecida grande disparidade no funcionamento das mesmas. Para acompanhar este processo no esta-

do, foi criado o Observatório Baiano de Regionalização. Outros estudos têm apontado a importância da CIR no novo desenho de gestão para o SUS em regiões de saúde (Assis et al., 2009; Vianna; Lima, 2013; Santos; Giovanella, 2014; Almeida; Santos; Souza, 2015).

O município sede da região de saúde analisada foi um dos primeiros da região a aderir ao Pacto pela Saúde, embora todos, posteriormente, tenham realizado a adesão. Segundo o Secretário Municipal de Saúde à época, o Pacto trouxe mais autonomia para os gestores da saúde, especialmente para os secretários municipais e destacou que: *“O Secretário de Saúde, algumas vezes, era uma mera figura colocando-se numa posição de gestão, mas, na realidade, não assumia a gestão de nada”* (Gestor municipal, entrevistado 1). Quando os municípios assumiram as responsabilidades sanitárias pactuadas, passou-se a compreender a importância do conhecimento técnico para a conformação dos quadros de gestores da saúde, sendo esta uma das grandes vantagens da adesão ao Pacto pela Saúde.

A CIR foi apontada por gestores da região de saúde como um grande avanço para a consolidação de redes regionais de atenção à saúde e compartilhamento de responsabilidades, corroborando a avaliação dos gestores estaduais:

Quando a gente coloca o CGMR (CIR), a gente coloca os outros gestores municipais da micro como coautores e coparticipantes de todo o processo de construção da rede. Para a sede [da região de saúde], ter os municípios de pequeno porte fortalecidos, é importante para a rede, pois não temos como resolver todos os problemas da microrregião. Assim, foi feito na PPI, no projeto do Samu, nos quais conseguimos uma coalizão dos municípios para um objetivo maior (Gestor regional, entrevistado 6).

Para o secretário municipal de saúde entrevistado, a CIR tem conseguido construir outras formas de relação entre os gestores, especialmente na compreensão do papel do município sede no cumprimento das pactuações. Embora houvesse muito questionamento e cobrança em relação aos serviços pactuados,

havia também maior compreensão sobre fatores que interferiam no cumprimento dos acordos.

A análise das atas e a observação das reuniões da CIR mostraram que são constantes as discussões sobre as pactuações realizadas, tanto no que se refere a seu descumprimento quanto à solicitação de serviços não acordados. Foram relatadas frequentemente nas reuniões dificuldades de acesso, mesmo para os procedimentos negociados, que seguiam os fluxos formais de referência e regulação. Foi denunciado, por alguns gestores da região, que profissionais que atuavam tanto no público (Hospital Regional) como na rede privada, davam prioridade para o atendimento de seus pacientes particulares, em detrimento daqueles referenciados pela rede regulada do SUS.

Ainda assim, a assunção de responsabilidades conjuntas, inclusive no que se referia ao financiamento de algumas estratégias e ações, também foi apontada como um dos resultados positivos da CIR: *“Se o benefício é da região como um todo, então a gente consegue debater, consegue fazer com que os outros gestores compreendam isto de uma forma mais objetiva”* (Gestor municipal, entrevistado 4).

Na avaliação de gestores da Sesab, algumas regiões se destacavam em relação aos avanços na regionalização, sendo um dos fatores determinantes a composição e oferta de equipamentos de saúde, presença de universidade, pois, de certa forma, garantia a formação de novos profissionais. O perfil da gestão municipal foi apontado como um fator que influencia a regionalização:

Então, tem os [gestores] que entendem mais, entendem o processo que tem que ser solidário, que nenhum município sozinho, nem o grande, nem tampouco o pequeno pode se estruturar porque não são autossuficientes nunca, e os que são autossuficientes não podem ser só para si, não é? (Gestor estadual, entrevistado 9).

Trata-se, por conseguinte, de um grande desafio para a governança regional posto que a integração da rede e coordenação dos cuidados em saúde pressupõe uma relação de interdependência entre atores sociais e organizações distintas, cada qual possuindo parcelas de recursos necessários à resolução de

problemas que são comuns a toda a rede, envolvendo conflitos de interesses e disputa de poder (Almeida et al., 2010; Hartz; Contandriopoulos, 2004).

Planejamento da Rede de Urgência e Emergência: revelando o funcionamento da rede regional

A análise das atas e as observações nas reuniões da CIR evidenciaram que a implantação da Rede de Urgência e Emergência exigiu dos gestores estratégias de planejamento e de pactuação de fluxos de forma regionalizada. Além disso, a CIR foi um espaço importante de acordos e tomada de decisões, ainda que por indução ministerial. Na mesma perspectiva do Pacto pela Saúde, a Portaria nº 2.970, de 8 de dezembro de 2008 (Brasil, 2008), instituiu diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional Samu, que além dos critérios de infraestrutura, passou a exigir que todos os projetos fossem avaliados e aprovados pelos, à época, Colegiados de Gestão Regional.

A implantação do Samu regional foi tema amplamente debatido na CIR e exigiu acordos que envolveram todos os municípios da região, uma vez que haveria a aprovação do recurso para o plano de atenção à urgência e emergência. Nesse sentido, vinculada à Diretoria de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde do município sede, foi criada a Coordenação Técnica de Urgência e Emergência com vistas a executar a coordenação regional do Samu. O projeto previa o atendimento a 32 municípios, com cerca de 700 mil habitantes, envolvendo duas regiões e três Diretorias Regionais de Saúde (Dires). A Coordenação Técnica teria a função de garantir a padronização e normatização para funcionamento do Samu, o que exigiu um trabalho conjunto entre gestores e profissionais dos diversos municípios. Segundo gestores entrevistados, foi a primeira experiência na Bahia de implementação de um Samu regional, por essa razão, as funções de governança regional, ainda estavam sendo construídas: “É um papel que ainda é novo e está sendo criado. O nosso Samu nasceu de uma necessidade da região. Digo que nosso Samu, é um Samu solidário” (Gestor regional, entrevistado 6).

Segundo o coordenador do Samu, o espaço da CIR foi fundamental para viabilizar a implantação regionalizada. Na CIR foi aprovado, por exemplo, o protocolo de regulação, que deu autonomia à região em relação à central de regulação estadual, tornando mais oportuno o atendimento à população. De acordo com os entrevistados, as responsabilidades firmadas regionalmente também minimizaram interferências clientelistas no funcionamento do Samu. Como todo o processo de regulação foi pactuado entre os secretários, em nenhum momento, desde o início da implementação em setembro de 2011, de acordo com a coordenação regional, houve casos em que o médico regulador tenha feito uma solicitação de ambulância e esta não se encontrasse disponível na base do Samu. Embora cada equipe das 17 bases existentes fosse contratada pelas respectivas prefeituras, o processo de regulação era único, executado pela Central de Regulação Regional localizada no município sede, após acordos firmados na CIR.

Destacou-se que, como o Samu faz parte de uma rede de atenção regional, era preciso conhecer a oferta municipal de serviços de saúde em cada território. Nessa perspectiva, de acordo com entrevistados, os secretários de saúde colaboraram, informando quais eram a localização e o horário “reais” de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) para realização dos encaminhamentos:

Pedimos inclusive qual o horário que o médico do PSF está na unidade: ‘Ah, o médico está lá o dia todo’. Não, na regulação queremos saber a hora em que ele está lá, para trabalhar com aquilo que é real. A importância da regionalização é fazer conhecer esta rede. Hoje, antes de nosso paciente ir para o Hospital Regional, por exemplo, tentamos esgotar dentro do município a capacidade que ele tem (Gestor regional, entrevistado 6).

A equipe do Samu só poderia considerar seu atendimento finalizado quando o usuário estivesse sendo atendido em uma unidade de saúde com capacidade de resolução do caso.

Ainda que o processo de pactuação tenha apresentado algumas falhas, o planejamento regional da rede de urgência e emergência revelou aspectos

antes desconhecidos sobre o funcionamento e condições de infraestrutura da rede:

Eu falo sempre que o Samu veio para tirar uma máscara dos serviços de saúde da região. Se você abre o CNES vê muitos hospitais de urgência, mas quando encaminha o paciente, vê que nem a metade atende aos critérios para atendimento” (Gestor regional, entrevistado 6).

Este diagnóstico da rede, proporcionado pela implantação do Samu regional, poderia aprimorar as próximas pactuações ao desvelar a situação real de muitas unidades de saúde.

Avaliou-se que espaços de governança regional serviram para diluir questões pessoais que acabavam por influenciar o atendimento prestado à população. Segundo gestores, antes da CIR, eram observados casos em que o encaminhamento de usuários não era realizado para determinado município em função de desentendimentos entre secretários de saúde. Na avaliação do gestor regional, a pactuação fez que o critério de necessidade de saúde prevalecesse sobre questões de cunho pessoal, pois requereu que cada gestor municipal analisasse a rede local e definisse em quais estabelecimentos os usuários poderiam ser atendidos, no caso da Rede de Urgência e Emergência. Tal questão exigiu um grande esforço técnico e capacidade de negociação dos envolvidos.

Oferta e regulação da atenção especializada e hospitalar na região de saúde

A Central de Marcação de Consultas e Exames do município sede regulava a oferta regional dos procedimentos da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Os municípios faziam a solicitação à central por e-mail ou telefone. Quando a marcação era realizada, gerava-se um boleto de autorização, recolhido via malote. Ao contrário do que acontecia no município sede, não era permitido que usuários dos municípios pactuados recorressem diretamente à central. Mesmo assim, algumas exceções aconteciam, por exemplo, usuários que chegavam com material coletado para biópsia diretamente

no balcão da Central de Marcação. Nesses casos extremos, a sede marcava o procedimento e relatava o ocorrido ao município de origem do usuário. Salvo em casos excepcionais, o fluxo regular era informar que o usuário deveria procurar a unidade de saúde do município de residência. Tais fluxos administrativos estavam integrados, ainda que não houvesse fluxo informacional diretamente com as unidades de APS. Percebe-se, portanto, que não havia envolvimento dos profissionais com a continuidade do cuidado após solicitação de consultas/exames complementares, ficando o usuário à mercê do processo administrativo.

Temas relacionados à PPI foram bastante frequentes nas discussões da CIR em 2012. Nem todos os acordos eram cumpridos, por diversas razões, entre as quais a falta de profissionais e a oferta de procedimentos para além da capacidade do município prestador. De acordo com a coordenação de regulação, a PPI de 2010 permitia visualizar o que estava sendo ofertado, ao contrário da anterior, cujo planejamento acontecia por blocos. Logo após a homologação da PPI de 2010, segundo gestores estaduais, foi formado um grupo de trabalho com participação dos SMS e representantes da Sesab para discutir os problemas e buscar soluções conjuntas. Na Bahia, a PPI, como um dos instrumentos e mecanismos adotados pelo SUS para promover a descentralização e a integração entre as instâncias gestoras, além de ser preponderantemente um instrumento burocrático, não foi capaz de garantir um efetivo compartilhamento do processo de planejamento entre as instâncias governamentais (Molesini et al., 2010).

As especialidades de cardiologia e oftalmologia, por exemplo, foram dois grandes gargalos mencionados, sobretudo, pela falta de profissionais na região. Tal questão era crítica, pois mesmo com a abertura de contratação de profissionais da rede privada, não se conseguia ampliar a oferta, pois os serviços e profissionais eram escassos.

Solicitações de revisão da PPI ocuparam seguidamente a pauta, mormente, pelas dificuldades para contratação de prestadores em função dos valores pagos pela tabela de remuneração do SUS, considerada insuficiente para a maioria dos procedi-

mentos, segundo gestores da região. Entrevistados relataram que a grande dificuldade para a prestação de atenção especializada não seria somente a falta de integração entre prestadores, mas a insuficiente oferta: “*O que falta mesmo são recursos para oferecer ao usuário aquela quantidade de exames e de procedimentos de uma forma real*” (Gestor municipal, entrevistado 5).

Quando a contratação era realizada para cumprir serviços pactuados, muitas vezes, o município recebia menos do que contratou em função do que foi possível “negociar” com o prestador privado. Para o gestor do Samu regional, os valores pagos pela tabela do SUS tinham repercussões mais graves nos pequenos municípios em função da insuficiência de profissionais. Destacou-se, também, que procedimentos eram pactuados com outros municípios quando nem mesmo se conseguia atender à demanda interna da cidade sede da região de saúde. Assim, o cumprimento da PPI foi ponto constante de tensão entre gestores da região.

Os serviços especializados, segundo gestores estaduais, teriam que ser mais resolutivos, mais qualificados, porém, a grande dependência do setor privado seria um entrave. Segundo a coordenação de atenção especializada a relação público-privado no SUS seria bastante conflituosa:

Eu acho que a gente está evoluindo muito, a gente acabou de ter um fórum importantíssimo de gestão aqui do Nordeste onde a iniciativa privada e pública estavam juntas [...] Porque a gente entende que tem que estar junto, mas, às vezes, você sabe que há interesses, nós vivemos num mundo capitalista, aí nós temos que trabalhar o SUS que é um modelo absolutamente não capitalista, se a gente for pensar, atenção integral dar o que precisa a quem precisa, para você colocar esse sistema para funcionar dentro do sistema capitalista, precisando do setor privado isso ainda gera conflito, eu acho. São os maiores problemas (Gestor estadual, entrevistado 10).

A coordenadora mencionou que o problema de financiamento seria do SUS como um todo, invia-

bilizando a oferta de atenção integral tal como proposto.

Gestores estaduais reconheciam que o processo de regionalização não avançou da forma como deveria em função dos muitos vazios assistenciais na Bahia. Além dos recursos da PPI, era preciso novos investimentos, que só começariam a chegar por meio das redes temáticas, uma vez que os municípios têm limites orçamentários para financiar o SUS. Os vazios assistenciais variavam muito no estado, embora sejam mencionados avanços com a implantação dos hospitais regionais em áreas historicamente desprovidas de serviços. Mencionaram que a construção das redes temáticas estaria sendo um dispositivo para a real criação de um plano de atenção integral à saúde no estado: “*Até então a discussão vinha sendo sempre focada na questão da PPI, e a gente está experimentando uma possibilidade agora, uma nova forma de fazer com a organização das redes temáticas, na verdade provocado pelo Ministério da Saúde*” (Gestor estadual, entrevistado 11).

Tal situação refletiria a histórica concentração de equipamentos de saúde na capital e pulverização de hospitais de pequeno porte, com baixa resolução e ocupação, no interior, sem análise das necessidades de saúde. A regulação, segundo gestor estadual da Diretoria de Regulação da Atenção, deveria ser organizada no nível das regiões de saúde, o que muitas vezes não acontecia pelos vazios assistenciais. Nesses casos, o usuário tinha que ser encaminhado para as sedes das macrorregiões. Esta foi uma avaliação unânime de todos os entrevistados estaduais, destacando-se que o vazio era, também, da força de trabalho em saúde.

Quanto à atenção hospitalar na região, o fluxo para cirurgias eletivas era disparado por meio das referências feitas das unidades de saúde dos municípios. A solicitação chegava à Central de Marcação de Consultas do município sede, responsável pelo direcionamento ao Hospital Regional, que após avaliação do médico cirurgião-geral, inclusive no que se referia aos procedimentos diagnósticos realizados ou que ainda não tinham sido solicitados, emitia a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), encaminhada à Central

de Marcação de Cirurgia, localizada no próprio hospital. De acordo com gestores estaduais, a construção dos complexos reguladores vinha ocorrendo muito lentamente no estado. Os esforços eram no sentido de que a solução dos problemas fosse regionalizada. Contudo, com exceção de Vitória da Conquista e Juazeiro, a central estadual era responsável pela regulação de leitos, mesmo os municípios sedes das regiões faziam apenas a regulação ambulatorial.

Parte da oferta de atenção especializada oferecida à região, também era provida pelo Hospital Regional. Embora tenha sido inaugurado ao final de 2009, somente em 2012, cerca de 60% da oferta de consultas especializadas realizadas pelo ambulatório hospitalar passou a ser regulada pelo município, segundo um dos gestores entrevistados. O processo de integração tem sido bastante gradual e difícil, sendo um dos motivos constantes de queixas e debates na CIR.

Considerações finais

No Brasil, os mecanismos de integração dos serviços e coordenação do cuidado respondem por princípios gerais (descentralização, regionalização e integralidade) e inúmeras estratégias de gestão (regiões de saúde, redes temáticas, linhas do cuidado, consórcio de saúde, redes de atenção à saúde entre outras). Todavia, entende-se que o ponto concordante deve ser a implicação na produção da saúde, de fato, convertendo o modelo fragmentado, de baixo impacto e custos elevados, em um modelo que conceba, mediado pelo ethos social, o “cuidado como um valor” (Pinheiro, 2009) e atenda a critérios basilares para gestão do cuidado (Cecílio, 2009). A defesa de um sistema de saúde organizado em redes justifica-se, nas considerações de Mendes (2010), por existir um rompimento na coerência entre a situação de saúde da população, nos quesitos demográficos e epidemiológicos, e as respostas de enfrentamento apresentadas pelos modelos de atenção à saúde, em escala global, que estão “*voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas*” (p. 2299), resultando em sistemas fragmentados.

Os resultados do estudo indicaram que a meta de conformação de redes de atenção à saúde coordenadas pela APS ainda era um tema marginal, principalmente diante da premência em garantir acesso à atenção especializada, de urgência e emergência e de atenção hospitalar - temas que dominaram a pauta de discussão da CIR. As tensões entre “municípios da região” *versus* “município sede” em torno da escassez de recursos repercutiam na relação entre gestores, acirrando a lógica de “*garantir primeiro para o meu município*”.

A APS, de forma geral, foi um tema pouco frequente nos debates da CIR, a despeito dos problemas enfrentados para a consolidação da ESF no nível local, por exemplo, insuficiência e rotatividade de médicos. Nesse sentido, as discussões não preavam pelo planejamento de estratégias regionais e solidárias para o enfrentamento dos problemas em comum relacionados à garantia de cuidados coordenados por EqSF.

Os vazios assistenciais históricos na Bahia (Molesini et al., 2010) também foram reconhecidos como entraves à conformação das redes regionalizadas. Vazios assistenciais que se desvelaram na ausência de serviços e na disponibilidade de profissionais para o SUS em todo o estado, sendo avaliadas, naquele momento, de forma bastante otimista as recentes políticas federais para provisão, sobretudo, de médicos. A reforma e construção de novos hospitais regionais representavam uma tentativa para reverter a lógica de uma rede hospitalar pulverizada em unidades hospitalares de pequeno porte com baixa resolubilidade, mas também representavam, na avaliação dos gestores, uma possibilidade de fixação de profissionais e diminuição da dependência do setor privado.

Outro componente constatado nas pautas regionais foi a indução ministerial, semelhante ao encontrado em outros estudos (Santos; Giovanella, 2014). Ainda que avaliada positivamente por gestores estaduais, cabe indagar sobre possíveis dissonâncias entre interesses federais *versus* necessidades locais. Nessa direção, estudos recentes têm retomado as implicações e contradições da estrutura federativa brasileira no processo de descentralização e regionalização no SUS (Dourado;

Elias, 2011; Machado et al., 2014; Lima et al., 2015). Tais pesquisas sinalizam problemas na coordenação interfederativa por conta de governos dotados de legitimidade, visões e projetos distintos, nem sempre em defesa do SUS e, portanto, a necessidade de instâncias de negociação intergovernamentais. Além disso, o princípio da integralidade na atenção à saúde explicitou os limites organizativos circunscritos ao ente municipal requerendo o compartilhamento de responsabilidades federativas entre os diferentes entes. Não obstante, redes de atenção à saúde de cunho regional apontam para compreensão da região de saúde como apagamento de fronteiras e legitimação de território sanitário comum, todavia, “na região se desenvolve o trabalho solidário e conflitivo na copresença, na contiguidade, no cotidiano, que hoje revela a falta de coincidência entre a escala da técnica e a escala da política” (Silveira, 2010, p. 77).

No contexto avaliado, a implantação da Rede Temática de Urgência e Emergência parece ter sido apropriada pelos gestores da região de saúde e tomada como uma janela de oportunidades para elaboração de um diagnóstico “real” dos serviços de saúde, capaz de subsidiar a tomada de decisão e desvelar os “nós críticos” a serem enfrentados de forma solidária.

As análises da CIR, construídas com base na observação e percepção de gestores, indicavam um cenário positivo na constituição de um lócus de governança regional. Havia a possibilidade de gestão compartilhada de problemas que afetavam o conjunto dos municípios da região, embora, muitas vezes, sucumbisse diante dos interesses locais e dos atravessamentos político partidários. Há a percepção de que a existência deste espaço pode minimizar atuações clientelistas na saúde e parece ser um ponto que justifique sua defesa e fortalecimento (Santos; Campos, 2015).

Por fim, cabe destacar alguns limites desta pesquisa, que ao mesmo tempo indicam aberturas para novas investigações. O próprio estudo de um objeto no campo da saúde na lógica regional e não municipal desvela a necessidade da utilização de metodologias, técnicas e indicadores sensíveis a esta dinâmica. Entrevistas com gestores municipais

mostraram-se insuficientes para captar os complexos movimentos regionais. Indagam-se, também, quais seriam os indicadores sensíveis para refletir a constituição das redes regionais, distintos dos que apenas agrupam indicadores tradicionalmente utilizados para avaliação da situação de saúde em cada município isoladamente. O estudo, igualmente, não incorporou a percepção dos usuários, sendo esta uma das principais limitações, visto ser este o principal implicado/afetado pelos constrangimentos à provisão de cuidado integral em saúde e ausência de integração assistencial.

Por fim, entende-se que investigações para compreensão dos processos de regionalização necessitam de aparatos metodológicos sofisticados para captar dados de diferentes fontes e cenários. Para tanto, métodos mistos de pesquisa (qualitativa e quantitativa), por meio de triangulação de métodos, análise comparada entre regiões de saúde, análise de redes sociais, dentre outras possibilidades de estudos, podem adensar os achados e contribuir para pesquisas cada vez mais robustas.

Referências

- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: Edufba, 2015.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- ARMITAGE, G. D. et al. Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care*, S.l., v. 9, n. e82, p. 1-11, 2009.
- ASSIS, E. et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, p. 17-21, 2009. Suplemento 1.
- BAHIA. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 36, dez. 2012. Suplemento 1.

- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. *Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia*. Salvador: Sesab, 2008. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/>. Acesso em: 20 abr. 2013.
- BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. *Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Série E. Legislação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 fev. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília, DF, 2007. (Série Pactos pela Saúde. Volume 3).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.970 de 2008. Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 dez. 2008.
- BRASIL. *Decreto 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 SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.
- CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 13, p. 545-555, 2009. Suplemento 1.
- CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 447-460, 2015.
- DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.
- DUBEUX, L. S.; CARVALHO, E. F. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para regionalização da assistência à saúde no SUS. *Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 9, n. 4, p. 467-476, 2009.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2014. p. 493-545.
- GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, D.C., v. 16, n. 4, p. 283-288, 2004.
- HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004. Suplemento 2.
- HUFTY, M.; BÁSCOLO, E.; BAZZANI, R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 35-45, 2006. Suplemento 1.
- IANNI, A. M. Z. et al. MetrÓpole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da região metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 925-934, 2012.

- LEVCOVITZ, E. et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.
- LIMA, L. D. et al. **Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 595-606, 2015.
- MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009.
- MACHADO, C. V. et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 642-650, 2014.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
- MOLESINI, J. A. et al. Programação Pactuada Integrada e gestão compartilhada do SUS. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 34, n. 3, p. 623-38, 2010.
- OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C.: OPAS: OMS, 2008.
- OPAS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Redes integradas de servicios de salud basadas en la Atención Primaria de Salud*. Washington, D.C., 2009.
- PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 21 maio 2011.
- PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Revista Panam Salud Pública*, Washington, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.
- PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 2. ed. Rio de Janeiro: Cepesc: Abrasco, 2009. p. 15-28.
- SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.
- SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.
- SILVEIRA, M. L. Região e globalização: pensando um esquema de análise. *Redes*, Santa Cruz do Sul, v. 15, n. 1, p. 47-88, 2010.
- SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz:Cebes, 2014. p. 547-576.
- SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.
- VÁZQUEZ, M. L. et al. Integrated health care network in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, D.C., v. 26, n. 4, p. 360-367, 2009.
- VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. L. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.
- VIANNA, R. P.; LIMA, L. D. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1025-1049, 2013.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et.al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated health services - what and why? *Technical Brief*, Genebra, n. 1, maio 2008.

YIN, R. K. *Estudo de caso*: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Contribuição dos autores

Almeida, P.F. e Santos, A. M. coordenaram a pesquisa, analisaram os dados, redigiram e organizaram o artigo. Santos, V. P coletou os dados, participou da concepção e revisou o artigo. Silveira Filho, R. M. participou da concepção e revisou o artigo.

Recebido: 17/08/2015

Reapresentado: 10/12/2015

Aprovado: 18/12/2015