

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**  
**Izadória Lopes Rego**

**Regionalização da saúde: implicações à construção de  
redes de saúde interfederativas**

**Taubaté – SP**  
**2013**

**Izadória Lopes Rego**

**Regionalização da saúde: implicações à construção de  
redes de saúde interfederativas**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração do Departamento de Economia, Contabilidade e Administração da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Planejamento, Gestão e Avaliação do Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Profa. Dra. Quésia Postigo Kamimura

**Taubaté – SP  
2013**

## **IZADÓRIA LOPES RÊGO**

### **REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: IMPLICAÇÕES À CONSTRUÇÃO DE REDES DE SAÚDE INTERFEDERATIVAS**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração do Departamento de Economia, Contabilidade e Administração da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Planejamento e Desenvolvimento Regional

Orientadora: Profa. Dra. Quésia Postigo Kamimura

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESULTADO: \_\_\_\_\_

#### **BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Quésia Postigo Kamimura

Universidade de Taubaté

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Adriana Leônidas de Oliveira

Universidade de Taubaté

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. José Luís Gomes da Silva

Universidade de Taubaté

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Vera Lúcia Ignácio Molina

Universidade Estadual Paulista

Assinatura: \_\_\_\_\_

Ao meu pai, Paulo Pereira, e à minha mãe, Dória Izabel.

Aos meus irmãos, Pablo Lopes Rêgo e Pietro Lopes Rêgo.

À minha avó, Izabel Vieira Lopes, e ao meu avô, João Raimundo Filho (*in memoriam*).

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por estar presente no meu dia a dia, dando-me força e sabedoria para vencer as dificuldades e alcançar vitórias.

Aos meus pais, Paulo Pereira Rêgo e Dória Izabel Lopes Rêgo, pela amizade, amor, carinho, confiança. AMO VOCÊS!!! Meu eterno agradecimento.

Aos meus irmãos, Pablo Lopes Rêgo e Pietro Lopes Rêgo, pela dedicação e apoio, impulsionando meus passos nesta caminhada. A vocês, minha eterna gratidão.

Aos meus familiares, que acreditaram em meus esforços e incentivaram a minha conquista, em especial, à minha avó, Izabel Vieira Lopes.

Aos meus amigos, pela confiança, orações e carinho, pois foram peças fundamentais no meu desenvolvimento, especialmente, a minha amiga, Isamar Santana Neves, Me. Carmem Lucia Sefrin Pupio e Me. Gisele Largura Rippel. Vocês, sem dúvida, foram um presente de Deus.

Aos meus amigos e companheiros de caminhada, Ediana Di Franco, Gisele Leite Padilha, Ágela Maria Moura, Paulo Hernandez Silva, pela convivência, troca de experiências e companheirismo.

À Faculdade do Bico do Papagaio – FABIC, por ter oportunizado um curso de mestrado por meio da parceria com a Universidade de Taubaté – UNITAU.

Aos Coordenadores do Programa de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional – PMGDR, Dr. Edson Aparecida Araújo Querido e Dr. José Luís Gomes da Silva.

À minha Orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Quésia Postigo Kamimura, por acreditar em minha potencialidade, pelo apoio e incentivo na realização deste trabalho. OBRIGADA!

Ao corpo docente do Programa de Mestrado da UNITAU, que contribuiu para minha formação.

À equipe multiprofissional do Hospital e Maternidade Neurocárdio, em especial, à equipe de enfermagem, Marileide Lopes da Silva, Cristilene dos Santos Silva e ao Dr. José Carlos de Moura, pela confiança, por acreditar na minha capacidade e pela oportunidade de ampliar meus conhecimentos. Obrigada!

“Tudo posso naquele que me fortalece” *Fp. 4:13.*  
“Posso, tudo posso Naquele que me fortalece.  
Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir.  
Quero, tudo quero, sem medo entregar meus  
projetos.  
Deixar-me guiar nos caminhos que Deus desejou  
pra mim e ali estar.  
Vou perseguir tudo aquilo que Deus já escolheu  
pra mim.  
Vou persistir, e mesmo nas marcas daquela dor  
do que ficou, vou me lembrar e realizar o sonho  
mais lindo que Deus sonhou.  
Em meu lugar estar na espera de um novo que vai  
chegar.  
Vou persistir, continuar a esperar e crer mesmo  
quando a visão se turva e o coração só chora  
Mas na alma, há certeza da vitória”

*Padre Fábio de Melo*

## RESUMO

A regionalização emergiu dentro das diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde como ordenadora das ações e serviços de saúde a fim de qualificar e fortalecer a descentralização com o escopo de garantir o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais por meio da identificação e do reconhecimento das regiões de saúde, promovendo a integralidade de atenção e equidade das ações e serviços. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a regionalização das ações e serviços a partir da construção de redes de saúde interfederativas da mesorregião do Bico do Papagaio, Rede TOPAMA, e da região do Vale do médio do São Francisco, Rede PEBA, fundamentadas no pacto pela saúde. Tendo a temática investigativa ancorada em uma nova estratégia de organização dos serviços de saúde, foi realizada uma pesquisa documental, com análise de conteúdo, tendo os documentos do Subprojeto QualiSUS-Rede da Rede TOPAMA e da Rede PEBA como foco de análise. Utilizaram-se, como aporte bibliográfico, os preceitos constitucionais à construção do SUS e autores brasileiros da saúde pública. Os resultados revelaram que a Região TOPAMA ainda não está dotada de elementos necessários para o pleno funcionamento com integração das ações e serviços para atender às demandas da população. O mapa de saúde da rede e elaboração do COAP ainda permanece em construção, não ocorrendo organização dos fluxos interestaduais. Verificaram-se, ainda, conflitos acerca da alocação de recursos entre os estados. No que tange à região PEBA, a rede demonstra-se articulada e hierarquizada, com fluxos interestaduais pré-definidos, contudo, com a necessidade de definir novas estratégias a fim de superar os desafios frente às barreiras geográficas para garantia da assistência e acesso às ações e serviços de saúde. Conclui-se que, para garantir assistência à saúde integralizada e equânime com gestão compartilhada, as federações devem caminhar articuladas e em sintonia para garantir o desenvolvimento regional, os entes federados devem estar despidos de interesses próprios, partidos políticos e conformar uma gestão unificada de forma participativa, solidária e cooperativa, proporcionando o bem comum em benefício do usuário e não apenas relações entre governos.

Palavras-chave: Políticas de Saúde; Regionalização; Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

The regionalization emerged within organizational guidelines of the Unified Health System as ordering of actions and health services in order to qualify and strengthen decentralization with the aim of ensuring the right to health of the population, reducing social and regional inequalities by identifying and recognition of health regions, promoting the full attention and fairness of procedures and services. This research aims to analyze the actions and regionalization of services from building networks of health interfederativas from the middle region of the Parrot's Beak, TOPAMA Network, and Valley of the middle São Francisco, PEBA Network region, based on health pact . Having the investigative theme anchored on a new strategy for the organization of health services, documentary research was carried out, with content analysis, and documents Subproject QualiSUS TOPAMA Network-Network and Network PEBA analytical focus. We used as bibliographic contribution, the constitutional construction of SUS Brazilian authors and public health principles. The results revealed that the TOPAMA Region is not yet endowed with elements necessary for full operation with integration of programs and services to meet the demands of the population. The map of network health and development of the COAP is still under construction, not occurring organization of interstate flows. Still, there were disputes about the allocation of resources among states. Regarding the PEBA region, the network is demonstrated articulated and hierarchical, with predefined interstate flows, however, with the need to define new strategies to overcome the challenges facing the geographical barriers to care and ensuring access to actions and health services. It is concluded that, to ensure assistance to fully paid health and equitable shared with management, federations must walk articulated and in tune to ensure regional development, federal agencies must be stripped of their own interests and political parties shape a unified management so participatory, supportive and cooperative, providing the common good for the benefit of the user and not just relations between governments.

Keywords: Health Policy; regionalization; Health Services.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1a</b> – Municípios que elaboraram o RAG e o PMS que compõe a rede TOPAMA	59
<b>Tabela 1b</b> – Municípios que elaboraram o RAG e o PMS que compõe a rede PEBA	59
<b>Tabela 2a</b> – Colegiado de Gestão Regional que compõe a rede TOPAMA	62
<b>Tabela 2b</b> – Colegiado de Gestão Regional que compõe a rede TOPAMA	63
<b>Tabela 2c</b> – Colegiado de Gestão Regional que compõe a rede TOPAMA	63
<b>Tabela 3a</b> – Colegiado de Gestão Regional que compõe a rede PEBA	68
<b>Tabela 3b</b> – Colegiado de Gestão Regional que compõe a rede PEBA	68
<b>Tabela 4</b> – Histórico da instituição das regiões de saúde informada a CIT de 2007 a 2012	70
<b>Tabela 5</b> – Indicadores de IDH e Educação das regiões	71
<b>Tabela 6</b> – Indicadores sanitários das regiões	71
<b>Tabela 7a</b> – Distribuição da cobertura das ações e serviços de saúde na APS na região TOPAMA	72
<b>Tabela 7b</b> – Distribuição da cobertura das ações e serviços de saúde na APS na região TOPAMA	72
<b>Tabela 7c</b> – Distribuição da cobertura de ações e serviços de saúde na APS na região PEBA	72
<b>Tabela 8</b> – Indicadores da assistência materno-infantil	73
<b>Tabela 9</b> – Repasse de recursos do MS para o custeio de MAC	90
<b>Tabela 10</b> – Demonstrativo das transferências dos recursos interestaduais	91
<b>Tabela 11</b> – Distribuição do repasse financeiro para a região TOPAMA e região PEBA	91
<b>Tabela 12</b> – Representação de adesão aos programas de Melhoria da AB	94
<b>Tabela 13</b> – Capacidade instalada da RAPS na região PEBA	96
<b>Tabela 14</b> – Capacidade instalada da RAPS na região TOPAMA	97

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Processo decisório do CGR com foco em instrumentos do planejamento regional	42
<b>Figura 2</b> – Mapa da Região TOPAMA	49
<b>Figura 3</b> – Mapa da Região PEBA	50
<b>Figura 4</b> – Desenho da CIR TO à luz do Decreto 7508/2011	64
<b>Figura 5</b> – Desenho da CIR PA à luz do Decreto 7508/2011	65
<b>Figura 6</b> – Desenho da CIR MA à luz do Decreto 7508/2011	66
<b>Figura 7</b> – Desenho da CIR TOPAMA após conformação do Decreto 7508/2011	67
<b>Figura 8</b> – Desenho da CIR PEBA após conformação do Decreto 7508/2011	68
<b>Figura 9</b> – Desenho da CIR PE à luz do Decreto 7508/2011	69
<b>Figura 10</b> – Desenho da CIR BA à luz do Decreto 7508/2011	69
<b>Figura 11</b> – Articulação dos entes federados na construção das redes	75
<b>Figura 12</b> – Representação do sistema de gestão regional da rede TOPAMA	79
<b>Figura 13</b> – Representação do sistema de gestão regional da rede PEBA	79
<b>Figura 14</b> – Responsabilidades dos entes federados na gestão regional	81
<b>Figura 15</b> – Responsabilidades dos entes federados na gestão regional	82

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Histórico constitucional brasileiro	22
<b>Quadro 2</b> – Responsabilidades dos gestores de cada ente federado	39
<b>Quadro 3</b> – Organização do universo de análise	53
<b>Quadro 4</b> – Construção do corpus de análise	54
<b>Quadro 5</b> – Grelha de categorização	55
<b>Quadro 6</b> – Apresentação das categorias e subcategorias para análise	58
<b>Quadro 7</b> – Estados que compõem as redes TOPAMA e PEBA x Instrumentos de gestão	61
<b>Quadro 8</b> – Redes Temáticas prioritárias para Regiões TOPAMA e PEBA	
<b>Quadro 9a</b> – Principais interações realizadas no TO, municípios-referência, municípios encaminhadores	83
<b>Quadro 9b</b> – Principais atendimentos realizados no TO, municípios-referência, municípios encaminhadores	84
<b>Quadro 10a</b> – Principais interações realizadas no PA, municípios-referência, municípios encaminhadores	84
<b>Quadro 10b</b> – Principais atendimentos realizados no PA, municípios-referência, municípios encaminhadores	85
<b>Quadro 11a</b> – Principais interações realizadas no MA, municípios-referência, municípios encaminhadores	85
<b>Quadro 11b</b> – Principais atendimentos realizados no MA, municípios-referência, municípios encaminhadores	85
<b>Quadro 12</b> – Propostas para a RAU nas regiões TOPAMA e PEBA	99

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AB** – Atenção Básica  
**ACS** – Agente Comunitário de Saúde  
**AIH** – Autorização de Internação Hospitalar  
**AMAQ** – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
**APAC** – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade  
**APS** – Atenção Primária à Saúde  
**BIRD** – Banco Mundial  
**CAP** – Caixa de Aposentadoria e Pensão  
**CAPS** – Centro de Apoio Psicossocial  
**CEBS** – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde  
**CF** – Constituição Federal  
**CIB** – Comissão Intergestores Bipartite  
**CIR** – Comissão Intergestores Regional  
**CIT** – Comissão Intergestores Tripartite  
**CGR** – Colegiado de Gestão Regional  
**CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
**COAP** – Contrato Organizativo de Ação Pública  
**CONASS** – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
**COSEMS** – Conselho de Secretários Municipais de Saúde  
**CONASEMS** – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
**CR** – Complexo Regulador  
**CMS** – Conselho Municipal de Saúde  
**CRIE** – Colegiado Regional Interestadual  
**EACS** – Estratégia de Agente Comunitário de Saúde  
**EC** – Emenda Constitucional  
**ESF** – Estratégia Saúde da Família  
**FAS** – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social  
**IAP** – Instituto de Aposentadoria e Pensão  
**IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano  
**INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social  
**INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
**LOS** – Lei Orgânica de Saúde  
**MA** – Maranhão  
**MS** – Ministério da Saúde  
**NOB** – Norma Operacional Básica  
**NOAS** – Norma Operacional de Assistência a Saúde  
**OMS** – Organização Mundial de Saúde  
**PA** – Pará  
**PEBA** – Região composta pelos estados de Pernambuco e Bahia  
**PCCS** – Plano de Cargos, Carreiras e Salários  
**PDI** – Plano Diretor de Investimento  
**PDR** – Plano Diretor de Regionalização  
**PMAQ** – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica  
**PMS** – Plano Municipal de Saúde  
**PPI** – Programação Pactuada e Integrada  
**PRS** – Plano Regional de Saúde

**PSF** – Programa de Saúde da Família  
**RAG** – Relatório Anual de Gestão  
**RAS** – Rede de Atenção à Saúde  
**RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial  
**RIDE** – Regiões Integradas de Desenvolvimento  
**SAMDU** – Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência  
**SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
**SES** – Secretaria Estadual de Saúde  
**SIA** – Sistema de Informação Ambulatorial  
**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica  
**SIH** – Sistema de Informação Hospitalar  
**SIS** – Sistema de Informação em Saúde  
**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**TFD** – Tratamento Fora do Domicílio  
**TG** – Termo de Gestão  
**TMI** – Taxa de Mortalidade Infantil  
**TO** – Tocantins  
**TOPAMA** – Região Composta pelo Estado do Tocantins, Pará e Maranhão.  
**UBS** – Unidade Básica de Saúde  
**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento  
**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
1.1 PROBLEMA	18
1.2 OBJETIVOS	18
1.2.1 Objetivo Geral	18
1.2.2 Objetivos Específicos	18
1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	19
1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO	19
1.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	20
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>21</b>
2.1 FEDERALISMO BRASILEIRO	21
2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA VISÃO HISTÓRICA	25
2.2.1 O Sistema Único de Saúde	30
2.3 REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	35
2.3.1 Instrumentos da regionalização	40
2.4 PACTO PELA SAÚDE	42
2.4.1 O Pacto e suas dimensões	44
<b>3 MÉTODO</b>	<b>48</b>
3.1 ÁREA DE REALIZAÇÃO	49
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	51
3.3 INSTRUMENTOS	52
3.4 PLANO PARA ANÁLISE DOS DADOS	54
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>57</b>
4.1 PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA REDE	58
4.1.1 Composição da Rede	62
4.1.2 Caracterização da Região	70
4.1.3 Processo de construção da Rede	74
4.2 ESTRUTURAÇÃO E GESTÃO DO SISTEMA REGIONAL	77
4.2.1 Sistema de gestão regional	78
4.2.2 Papel dos entes federativos (instâncias de cogestão)	80

4.2.3 Fluxo assistencial	82
4.2.4 Sistema de Informação	87
4.3 INVESTIMENTOS	89
4.3.1 Fontes de Investimentos	91
4.4 EQUIDADE E ACESSIBILIDADE	92
4.4.1 Fortalecimento da Atenção Básica	93
4.4.2 Rede de Atenção Psicossocial	96
4.4.3 Rede de Atenção as Urgências	98
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>100</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho ora apresentado trata-se de uma pesquisa científica que tem como temática investigativa a regionalização<sup>1</sup> das ações e serviços de saúde da mesorregião do Bico do Papagaio e da região do Vale do Médio São Francisco frente ao federalismo, visando a compreender o processo de regionalização pós-pacto pela saúde.

A regionalização da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) vem corroborando com a descentralização política e administrativa de redemocratização que garante equilíbrio e interdependência entre as três esferas de gestão (Federal, Estadual e Municipal).

O desenho federativo brasileiro tem como particularidade principal a existência de três esferas autônomas de governo: Federal, Estadual e Municipal. Essa situação fora consagrada em 1988 pela Constituição Federal, que elevou definitivamente os municípios brasileiros à condição de entes gestores da federação, com poderes similares aos dos estados e da união (BRASIL, 1988).

O federalismo é uma forma de organização e distribuição de autoridade política do Estado contemporâneo que compatibiliza a coexistência de unidades políticas autônomas que, em conjunto, consubstanciam um Estado soberano de um sistema de três níveis. Os municípios passam, juntamente com os estados, a ser parte integrante da federação, formando um triplo federalismo. Nasceu do equilíbrio dialético entre a centralização e a descentralização, reproduzindo a tradição da autonomia municipal e de escasso controle dos estados sobre as questões locais (SOUZA, 2005; DOURADO; ELIAS, 2011).

A síntese dos conceitos de Federação indica que os estados federativos são uma forma particular de governo dividido verticalmente, em que o governo central e os governos locais são interdependentes entre si e soberanos em suas respectivas jurisdições, de tal modo que os diferentes níveis de governo têm a autoridade sobre a mesma população e território (RICKER, 1987; LIJPHART, 1999a; ARRETCHE 2002).

O SUS reflete essa tríplice organização e legitima a autonomia entre as esferas de gestão nas ações e serviços de saúde, sendo fundamental a integração nacional e a redução das desigualdades territoriais.

---

<sup>1</sup>Elencada na hierarquização das redes regionais de saúde.



A regionalização é uma diretriz do SUS que “orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores” (BRASIL, 2007c, p. 17).

As estratégias que consolidam o SUS no campo das ações, bem como sob a perspectiva constitucional relativa à conquista de direitos individuais e coletivos e à valorização das dimensões que envolvem o processo decisório em saúde, vêm crescendo paulatinamente.

Partindo desses preceitos, a regionalização de ações e serviços de saúde no SUS está essencialmente atrelada à organização federativa brasileira. No ano de 2006, o Ministério da Saúde (MS), visando a consolidar as ações de saúde, publicou a portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006, em que firmou, entre os gestores do SUS, o Pacto pela Saúde. Este foi dividido em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Esses pactos apresentavam mudanças significativas para execução do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando a alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS, dentre elas,

(...) substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos termos de compromisso de gestão; regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos hoje existentes (BRASIL, 2006a, p.4).

O Pacto pela Saúde é visto como uma proposta de redefinição das responsabilidades coletivas dos três entes gestores e a pactuação de prioridades, objetivos e metas a serem atingidos no campo setorial (LIMA et al, 2012). Diferente dos instrumentos adotados anteriormente no âmbito do SUS, o Pacto mostra-se capaz de fortalecer a gestão descentralizada dos sistemas por proporcionar formalização de acordos intergovernamentais em diversos âmbitos da gestão e atenção a saúde.

A regionalização é o eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, objetivando “garantir o direito a saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais por meio da identificação e reconhecimento das regiões de saúde” (BRASIL, 2007c, p.17).

Dourado e Elias (2011, p. 7) aludem que a regionalização é “uma diretriz do SUS que procede da necessidade basilar de integrar seus componentes para garantir a efetivação do direito a saúde no País”.

Os autores acrescentam, ainda, que, no Brasil, para que se consolide a regionalização de ações e serviços de saúde, devem ser considerados os condicionantes derivados do modelo

de federalismo e do desenvolvimento das relações intergovernamentais (DOURADO; ELIAS, 2011).

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde 8080 de 1990 estabelecem a descentralização e regionalização como princípios norteadores dos processos de organização político-territorial do SUS, sendo, desse modo, uma diretriz organizativa importante para a construção de novas práticas de saúde.

## 1.1 PROBLEMA

A reestruturação do SUS em busca da efetivação do conceito ampliado de cuidado à saúde expresso na proposta do Pacto pela Saúde elenca a regionalização como eixo estruturante do processo de descentralização, tendo em vista o reordenamento das ações e serviços de saúde para garantir um acesso equânime, resolutivo e integral. Diante das grandes transformações do SUS, quais os desafios da regionalização das ações e serviços de saúde diante da diversidade dos estados federativos, respeitando as suas peculiaridades e reconhecendo a interdependência e a necessidade de cooperação?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a regionalização das ações e serviços de saúde a partir da construção de redes de saúde interfederativas da Mesorregião do Bico do Papagaio Rede – TOPAMA e a Região do Vale do Médio São Francisco Rede – PEBA, fundamentadas no Pacto pela Saúde.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as regiões de saúde que compõem a rede da mesorregião do Bico do Papagaio;
- Identificar as regiões de saúde que compõem a rede da região do Vale do Médio São Francisco;
- Diagnosticar as ações de saúde nas instâncias de gestão *loco* regionais, dos colegiados das regiões de saúde da mesorregião do Bico do Papagaio e da região do Vale Médio do São Francisco e suas participações intergovernamentais;
- Analisar a organização da rede de saúde TOPAMA e PEBA a partir do modelo de regionalização proposto pelos estados do Tocantins, Pará e Maranhão e os estados Pernambuco e Bahia, respectivamente.

### 1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

A construção de redes de saúde surge como uma proposta do MS para organizar as ações e os serviços de saúde. Dentro dessa concepção, em parceria com o BIRD (Banco Mundial), o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Formação e Qualificação de Rede Saúde (QualiSUS-Rede), foram selecionadas 15 (quinze) regiões para implantação do projeto: 10 (dez) compreendem regiões metropolitanas e 5 (cinco) compreendem regiões interestaduais.

O estudo direciona-se à região do Bico do Papagaio e à região do Vale do Médio São Francisco, no que tange ao processo de regionalização da atenção à saúde em uma macrorregião interestadual e à construção de rede de saúde interfederativa, compreendendo os estados do Tocantins, Pará e Maranhão, denominada região TOPAMA; e compreendendo os estados do Pernambuco e Bahia, denominada região PEBA.

Nesse viés, na intenção de compreender a regionalização das ações e serviços de saúde, tendo em vista que esta visa a qualificar os serviços de saúde, garantindo acesso equânime, com defesa e fortalecimento da gestão, tendo como foco o fortalecimento da governança regional, optou-se por selecionar regiões interestaduais na inquietude de

compreender como ocorre a organização de uma rede de saúde composta por diferentes federações com visões de prioridades distintas, respeitando a heterogeneidade de cada estado.

Na construção do objeto de estudo – redes de saúde interfederativas – a escolha das regiões TOPAMA e PEBA deve-se à facilidade de acesso às regiões, já que uma região é a de residência, e a outra, de origem desta pesquisadora; e ao anseio de ver ambas as regiões com acesso equânime e qualidade dos serviços de saúde.

#### 1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O estudo torna-se relevante à medida que se observa as importantes mudanças que o setor de saúde brasileiro vem passando desde a implantação do SUS. Nessa lógica, permeia a regionalização das ações e serviços de saúde, visto que representa uma estratégia importante para a gestão do país por envolver medidas que promovem o desenvolvimento socioeconômico da nação e reduzem as desigualdades sociais, fortalecendo a gestão interfederativa.

Por essa razão, a regionalização foi definida como eixo estruturante do Pacto pela Saúde, nas suas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. Ela orienta a descentralização das ações e serviços e potencializa os processos de pactuação e negociação entre gestores, propondo um movimento dinâmico e complexo de gestão compartilhada entre os gestores municipais e estaduais, visando à implementação da regionalização solidária e cooperativa, haja vista a heterogeneidade econômica, social, demográfica, cultural e sanitária, bem como os serviços de referência do Estado, uma vez que nem sempre estes são os mais próximos.

Contudo, o avanço da regionalização depende da construção de desenhos regionais que respeitem as realidades locais, estabelecendo os Colegiados de Gestão Regional (CGR) como espaços ativos de cogestão e estimulando os entes federados a potencializar seus trabalhos.

## 1.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Este trabalho está organizado em 05 (cinco) capítulos, conforme descritos a seguir:

O primeiro capítulo, do qual este item faz parte, denominado Introdução, apresenta os objetivos gerais e específicos, a delimitação e a relevância do estudo bem como a descrição da estrutura do projeto.

O segundo capítulo é composto pela revisão de literatura, que se refere à fundamentação teórica, base deste estudo, em que se faz uma abordagem sucinta da história do federalismo brasileiro, do Sistema Único de Saúde, da regionalização e do Pacto pela Saúde.

O terceiro capítulo destaca os métodos utilizados para a realização da pesquisa, visando a atingir os objetivos deste estudo.

No quarto capítulo, são apresentados os resultados e as discussões.

E, por fim, o quinto capítulo apresenta as Considerações Finais.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

Especificar o arcabouço que se configura como sustentáculo da regionalização da saúde frente à diversidade federativa do Brasil é primordial para a sua compreensão. Nesse viés, este capítulo busca de forma coesa apresentar o sistema federativo que vigora no Brasil e o sistema de saúde, ou seja, o Sistema Único de Saúde com ênfase na regionalização e a descentralização da assistência e serviços de saúde com estímulo à participação social e uma gestão compartilhada e solidária proposta no Pacto pela Saúde. Apresenta-se um relato dos fatos mais marcantes do federalismo brasileiro e da história do SUS, as mudanças ocorridas que levaram a implantação do Pacto pela Saúde. Na sequência, são explicitados os dispositivos da regionalização da saúde e o pacto pela saúde.

### **2.1 O FEDERALISMO NO BRASIL**

Nesta seção, objetiva-se apresentar de forma sucinta o desenho do federalismo brasileiro: elementos conceituais, suas principais características e os principais desafios, para, assim, compreender como têm sido estruturadas as relações entre as esferas governamentais na produção de políticas sociais.

Colocando na ordem dos fatos históricos, sobre a natureza do Sistema Federativo praticado no Brasil, este teve início a partir das 20 províncias herdadas do sistema Unitário, contando, hoje, com 26 Estados mais o Distrito Federal.

A Federação Brasileira surgiu da degradação do governo imperial, concomitantemente à instauração de Repúblicas. Vale ressaltar que o Brasil conviveu com uma grande variedade de arranjos federativos e experimentou períodos de autoritarismo e de regime democrático. Períodos de centralização autoritária (1930-1945 e 1964-1985) e de descentralização (1889-1930 e 1946-1964), caracterizados pela hegemonia das oligarquias regionais na condução política da nação (ABRUCIO, 1998), são explicitados concisamente no Quadro 1.

1824	Primeira Constituição Brasileira após a independência do Brasil; Delegou poderes administrativos as então 16 províncias; Abriu o caminho para uma futura federação.
1891	Promessa descentralizadora: centralização, secessão; descentralização, unidade; Concentração de recursos em poucos estados e escassas relações entre os entes constitutivos da federação; Considerado como o de uma federação isolada.
1934	Aprovação da reforma eleitoral; Perdão das dívidas dos estados com a União; Aumento da representação política dos estados menos populosos na Câmara dos deputados; Expansão das relações intergovernamentais; Asseguração dos municípios com recursos próprios e receber parcela de um imposto estadual; Redução do Senado Federal ao órgão colaborador da Câmara dos Deputados.
1937	Substituição dos Governadores eleitos por Interventores; Início da industrialização; Desequilíbrio financeiro entre os estados.
1946	A mais longa da história constitucional brasileira; Retorno do regime democrático; Transferências intergovernamentais da esfera federal para as municipais, excluindo os estados, na tentativa de diminuir os desequilíbrios verticais de receitas; Sobreviveu a várias crises políticas e econômicas.
1967	Centralização do poder político e tributário na esfera federal; Eliminação do poder dos governadores e prefeitos; Promoveu o primeiro sistema de transferência intergovernamental de recursos da esfera federal para as subnacionais por meio de fundos de participação (Fundo de Participação dos Estados – FPE e o Fundo de Participação dos Municípios – FPM);
1988	Vigente; Restauração do federalismo e da descentralização; Instituiu federalismo cooperativo; A mais detalhada de todas as constituições brasileiras; Estabeleceu seguridade na forma Federativa de Estado; Agregou os municípios como entes federativos, consolidando uma estrutura federativa trina composta por três esferas autônomas de governo; Elaboração e implementação de extensivos programas de descentralização, principalmente na área das Políticas Públicas; Consagração da autonomia constitucional dos membros da federação; Criação e implantação do SUS.

Quadro 1: Histórico Constitucional Brasileiro

Fonte: SOUZA (2005, p. 105-121)

Os primeiros movimentos de transição democrática ocorreram a partir da década de 1980 com a derrubada do regime autoritário e centralizador, proporcionando a emergência de novos atores e ampliação da organização popular e resultando na Constituição de 1988.

Nessa constituição, a estrutura federativa brasileira está embasada na existência de três esferas autônomas de governo (triplo federalismo), assegurada no Art. 1º e Art. 18 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

**Art. 1º.** A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político (p.1)

**Art. 18.** A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição.

§ 1º - Brasília é a Capital Federal.

§ 2º - Os Territórios Federais integram a União, e sua criação, transformação em Estado ou reintegração ao Estado de origem serão reguladas em lei complementar.

§ 3º - Os Estados podem incorporar-se entre si, subdividir-se ou desmembrar-se para se anexarem a outros, ou formarem novos Estados ou Territórios Federais, mediante aprovação da população diretamente interessada, através de plebiscito, e do Congresso Nacional, por lei complementar.

§ 4º - A criação, a incorporação, a fusão e o desmembramento de Municípios, far-se-ão por lei estadual, dentro do período determinado por Lei Complementar Federal, e dependerão de consulta prévia, mediante plebiscito, às populações dos Municípios envolvidos, após divulgação dos Estudos de Viabilidade Municipal, apresentados e publicados na forma da lei (p. 15).

Tostes (2007) alude que é possível definir o federalismo como uma forma particular de organização político-territorial do poder do Estado que surgiu como oposição à ideia de Estado Unitário e confederativo. Expõe e analisa a federação como um dos modelos de organização política não unitária de um estado, a qual cada esfera tem o poder de tratar de forma direta com os cidadãos no exercício de seus poderes legislativo, executivo e tributário, sendo cada um eleito por seus cidadãos (WATTS 1990; TOSTES, 2007).

Dentro dessa concepção, Lijphart (2003b) define os estados federativos como uma forma particular de governo dividido verticalmente em que diferentes níveis de governo têm autoridade sobre a mesma população e território. Acrescenta, ainda, que a distinção entre Estados Federativo e Unitário diz respeito às formas de distribuição da autoridade política dos Estados nacionais.

Outra abordagem sobre esta questão vem de Moraes (1998), quando menciona que Estado Unitário se caracteriza pela centralização político-administrativa em um único centro de poder produtor de decisões e que Estado Federal define-se como a união de Estados previstos na Constituição em que estes possuem autonomia e participação política.



Em sintonia com a ideia dos autores, compreende-se que no Estado Unitário existe apenas um centro responsável, o que discerne do Estado Federal, em que ocorre uma divisão de competências exercidas pelas organizações governamentais.

Uma referência importante vem de Ramos (1998, p.30), quando faz uma moderna classificação dos Estados em quatro formas:

**Estado Unitário:** aquele em que a descentralização administrativa, legislativa e política dependem do Poder Central; **Estado Unitário Descentralizado:** aquele que possui uma descentralização política; **Estado Constitucionalmente Descentralizado ou Estado Regional:** aquele em que a descentralização política está prevista na Constituição. As regiões não possuem poder constituinte próprio e são organizadas por lei nacional; **Estado Federal:** aquele em que há uma participação dos Estados-Membros no Poder Central através de uma das Câmaras que compõe o Poder Legislativo. Nesta forma de Estado, os Estados-Membros possuem autonomia política que é o poder de auto-organização por meio de um poder constituinte próprio.

Segundo Elazar (1987, p.5), o significado do termo Federal é sinônimo de pacto. Ele explica que “um arranjo federal é uma parceria estabelecida e regulada por um pacto, cujas conexões internas refletem um tipo especial de divisão de poder entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo de integralidade de cada um no esforço de favorecer uma unidade especial entre eles”.

Nesse contexto, a dinâmica política do federalismo está vinculada ao estabelecimento de uma articulação harmônica entre a autonomia e a participação dos entes federados como integrantes mutuamente dependentes e complementares (DOURADO; ELIAS, 2011).

Diante do exposto, uma referência importante vem de Kugelmas e Sola (1999), quando analisam historicamente o sistema federativo, fazendo uma analogia à metáfora sístole/diástole, associando a instabilidade federativa decorrente da alternância de períodos de centralização e descentralização e relacionando a centralização com autoritarismo e a descentralização com avanços democráticos.

Torres (1961, p. 29) referencia que o regime federativo já tinha grandes defensores desde o período imperial, a exemplo de Joaquim Nabuco ao expressar que “a federação trará a descentralização necessária e esta assume a forma da eletividade dos presidentes”. Assim, já relacionava a ideia de federação com descentralização. Enquanto Lamounier (2006) faz referência a Rui Barbosa, que expressava o desejo de ver a Federação Brasileira plenamente configurada com ampla autonomia e que se apaixonou pela causa abolicionista e pelo federalismo ao entender que a monarquia centralizadora acabaria por levar o Brasil a conflitos regionais cada vez mais graves e, eventualmente, à degradação. Assim, optou pelo presidencialismo por acreditar ser o melhor para o funcionamento do federalismo.

Ainda referente ao sistema federativo, é pertinente resgatar a concepção de Gognom (apud ABRUCIO, 1998, p.27), quando argumenta que “o sucesso do sistema federativo não é medido em termos de eliminação de conflitos sociais, mas por sua capacidade de regular e administrar estes mesmos conflitos”.

Além da descentralização de poder e recursos entre os entes federados, a Constituição de 1988 universalizou os direitos dos cidadãos, estando expressos em seu Art. 6º: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988, p.8). Desse modo, privilegiou as Políticas Sociais, consagrando-as como direito de todos e dever do Estado.

No que tange ao campo da saúde, foi criado o SUS como fruto do reconhecimento do direito à saúde a partir dos princípios da unificação, participação e descentralização, havendo significativa transferência de capacidade decisória de funções e de recursos do governo nacional para os Estados e, principalmente, os municípios.

Diante desse breve esclarecimento sobre o federalismo brasileiro, faz-se necessário e relevante compreender o processo de criação e consolidação do SUS como Política de Saúde<sup>2</sup>.

## **2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: UMA VISÃO HISTÓRICA**

Por que o Sistema Único de Saúde - SUS representa uma conquista do povo brasileiro? Para responder a essa indagação é preciso saber o que existia antes do SUS e assim avaliá-lo, valorizá-lo e aperfeiçoá-lo. Nesse viés, é necessário conhecermos um pouco da história da organização sanitária no Brasil.

Antes da existência do SUS, a organização dos serviços de saúde no Brasil era muito confusa e complicada. Havia uma espécie de não sistema de saúde, com certa omissão do poder público, tendo como marca principal a separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar (PAIM, 2009).

O SUS é resultado de uma construção histórica que se apresenta por meio de movimentos sociais e momentos da Reforma Sanitária<sup>3</sup>. Considerada uma das grandes

---

<sup>2</sup> Definida como ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social diante dos problemas de saúde e seus determinantes.

mobilizações sociais na luta pela saúde, a Reforma Sanitária representou um movimento de professores, pesquisadores e intelectuais da saúde, em que criticavam o sistema de saúde já existente e denunciavam as precárias condições de saúde que grande parte da população enfrentava. Assim, apresentaram alternativas para construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática.

Conhecer a cronologia dos fatos que desencadearam nas novas concepções de cuidado em saúde no Brasil é determinante para entender as reais transformações ocorridas que culminaram com a implantação do SUS.

Resgatando um pouco da história da saúde no Brasil, não se pode deixar de falar da inexistência de saúde no período colonial e imperial. No entanto, na fase da República, a saúde pública se resumia em medidas de controle sanitário mínimo que visavam a minimizar os problemas de saúde que afetavam a produção econômica e prejudicavam o comércio internacional. Tais medidas incluíam ações voltadas para o saneamento de portos, cidades, controle de epidemias e endemias, com existência de poucos hospitais, sendo estes unicamente militares. A assistência médica limitava-se às classes dominantes e hospitais filantrópicos, datando o surgimento das Santas Casas de Misericórdia (AGUIAR, 2011).

A assistência à população, no início do século XX, era prestada por entidades filantrópicas desprovidas de recursos sem um modelo sanitário, em que os cuidados prestados se resumiam ao acolhimento, configurando-se como hospedarias para doentes, indigentes e andarilhos, deixando, assim, as cidades brasileiras vulneráveis às epidemias.

Diante desse panorama, um exemplo desse quadro caótico apresentado no início do século era a cidade do Rio de Janeiro com a presença de várias doenças graves como malária, febre amarela, varíola e, posteriormente, a peste. Nesse período, Oswaldo Cruz, então Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, propôs erradicar a febre amarela, formando um exército de guardas sanitários que faziam desinfecção no combate ao mosquito. Além das ações de saneamento básico, outras campanhas sanitárias também foram instituídas de forma arbitrária, como a vacina obrigatória da varíola, desencadeando a Revolta da Vacina no ano de 1904 (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Mesmo após vinte anos, a saúde pública ainda se restringia ao controle de epidemias, com médicos sanitaristas e inspetores sanitários. Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, assumiu o comando do Departamento Nacional de Saúde, promovendo propagandas e

---

<sup>3</sup> Movimento popular que reunia um conjunto de pessoas com ideias comuns para o campo da saúde, na perspectiva de reformulação do sistema de saúde.

educação sanitária como forma de prevenção das doenças, além de instituir órgãos especializados contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. Também na década de 1920

[...] com o incremento da industrialização no país e o crescimento da massa de trabalhadores urbanos, começaram as reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde. Os trabalhadores organizaram, junto às suas empresas, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), regulamentadas pelo Estado em 1923 (JUNIOR; ALVES, 2007, p.28).

Observa-se, nesse período, o nascimento da saúde pública, da qual emerge a estruturação de dois modelos de intervenção: o sanitarismo-campanhista e o curativo-privatista (AGUIAR, 2011).

Paim (2009) ressalta que o sistema público de saúde no Brasil nasceu por três vias: de um lado, a saúde pública com ações voltadas para prevenção; de outro, a medicina previdenciária com ações curativas individuais; e, ainda a medicina do trabalho inserida no Ministério do Trabalho.

Na década de 1930, o país passou por uma ampla reforma administrativa e política, que culminou com a constituição de 1934. Criou-se o Ministério da Educação e Saúde Pública, estabelecendo-se, segundo descreve Junior e Alves (2007), formas de atuação na área da saúde mais estáveis a partir da instalação de centros e postos de saúde para atender, de modo rotineiro, a determinados problemas, sendo criados alguns programas.

Esses programas eram organizados com base nos saberes tradicionais da biologia e da velha epidemiologia que determinavam o bicho a ser atacado e o modo de organizar o ataque, sem levar em conta aspectos sociais ou mesmo a variedade de manifestações do estado de saúde de um ser de acordo com a região e/ou população e, por isso, denominamos Programa Vertical (JUNIOR; ALVES, 2007, p.1).

Com o crescimento acelerado da indústria e as condições precárias de trabalho, ainda nesta década as CAP, criadas nos anos 1920, foram unificadas por categorias de trabalhadores no sentido de manter força de trabalho em condições de produção, transformando-se em Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP), onde cada instituto dispunha de uma rede de ambulatórios e hospitais para assistência à doença e recuperação da força de trabalho (POLIGNANO, 2001).

Até o final da década de 40, a assistência médica previdenciária era considerada secundária no sistema previdenciário do país, e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações.

É a partir principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros. (POLIGNANO, 2001, p.11)

Em meio ao regime militar, na década de 1960, começaram as articulações para unificação dos IAP, que vêm a se efetivar apenas em janeiro de 1967, com a fundação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que reunia, além dos Institutos, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência - SAMDU<sup>4</sup>, e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social (POLIGNANO, 2001).

Nesse período, era automaticamente considerado contribuinte e beneficiário desse novo sistema todo trabalhador urbano com carteira assinada, o que aumentou substancialmente os recursos financeiros. Entretanto, aumentou também o número de beneficiários do sistema médico previdenciário, impondo ao governo militar a necessidade de ampliá-lo, o qual optou por direcioná-lo à iniciativa privada.

A criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978, deu-se depois de estabelecidos convênios com médicos e hospitais, que culminou com uma complexidade administrativa e financeira dentro da estrutura do INPS.

Em 1974, ocorreu uma remodelação do sistema previdenciário, em que saiu da área do Ministério do trabalho, ao qual pertencia desde sua criação, para se consolidar como um ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social<sup>5</sup>. Juntamente com esse ministério, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada através de empréstimos, recursos estes que nunca mais retornaram aos cofres públicos (POLIGNANO, 2001). O Ministério da Previdência e Assistência Social regia e controlava os dois institutos, ou seja, o INPS, responsável pela previdência, e o INAMPS, responsável pela assistência médica aos que contribuíam com a previdência social (trabalhadores de carteira assinada).

Mesmo com a nova reestruturação do sistema, foram se agravando os problemas financeiros, levando o governo a redescobrir a “existência do setor público de saúde, e a necessidade de se investir nesse setor, que trabalhava com um custo menor e atendendo a uma grande parcela da população carente de assistência” (POLIGNANO, 2001, p.20).

---

<sup>4</sup> A SAMDU foi criada em 1949, sendo mantida por todos os IAP.

<sup>5</sup> Atualmente Ministério da Previdência Social.

A partir daí, começou a mobilização para a organização dos movimentos sociais, com o surgimento dos sindicatos por categoria, associação de moradores, entre outras organizações, iniciando, assim, um movimento da população para reivindicar seus direitos e seu espaço nas decisões públicas.

Partindo dessa premissa, o movimento social pela democratização da saúde, que tomou corpo durante a segunda metade da década setenta possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, sustentado por uma base conceitual e por uma produção teórico-crítica, em que teve a importância de se questionar a concepção da saúde, restrita à dimensão biológica e individual, e apontar as relações entre a organização dos serviços e estrutura social.

A defesa desse projeto era encaminhada por diversos atores sociais, todos em luta contra “as condições precárias de vida da população, contra as iniquidades do sistema de saúde e pelo reconhecimento da saúde como direito social a ser garantido pelo estado” (AGUIAR, 2011, p. 36).

A década de 1980 foi povoada de transformações no Brasil, iniciada com as eleições democráticas para governadores (1982) e eleição direta para presidência da república (1985), coincidindo ainda com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), sendo esta a primeira conferência com participação popular e o marco para o processo de reorganização do sistema público de saúde do Brasil.

O movimento das **DIRETAS JÁ** (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (**CONASS**) ou municipais (**CONASEMS**), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da **VIII** Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do **SUDS** (Sistema Único Descentralizado de Saúde). (POLIGNANO, 2001, p.21, grifo do autor).

A VIII Conferência Nacional de Saúde representou o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século XX, quando foram lançadas as bases doutrinárias de um sistema público de saúde para o Brasil (AGUIAR, 2011). Os temas discutidos referiam-se “a saúde como direito de cidadania, da reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor, que alimentaram um imenso debate travado até a aprovação da Constituição de 1988” (NORONHA; LIMA; MACHADO apud RIPPEL, 2011, p. 49).

A Constituição de 1988, no capítulo VIII *da Ordem Social* e na seção II referente à Saúde, define, no artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 132).

No seu artigo 198, define que “as ações e serviços públicos constituem um sistema único organizado a partir das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade” (BRASIL, 1988, p. 132). Assim, nasceu no Brasil o Sistema Único de Saúde – SUS.

Segundo Escorel (apud RIPPEL, 2011) foram intensas as negociações em torno da Lei que regulamentaria o SUS, explicitando que

no “apagar das luzes”, o presidente da República José Sarney assinou decreto transferindo o Inamps para o Ministério da Saúde, estabelecendo, assim, uma nova configuração setorial que seria colocada em ação pelo governo Collor (1990 – 1992): a unificação da assistência médica previdenciária ao Ministério da Saúde, construindo o SUS (ESCOREL apud RIPPEL, 2011, p. 29).

Resultante dessas discussões, em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, (que regulamentou o SUS) com as Leis 8080, de setembro de 1990, e 8142, de dezembro de 1990, que constituíram as bases legais de organização do novo sistema nacional de saúde brasileiro, o SUS.

### 2.2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O SUS surgiu com perfil desenhado em uma perspectiva social-democrata, em que o setor econômico põe-se a serviço do setor social, vinculado à ideia de que todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito, da maneira como foi concebido, está ligado à condição de cidadania, cuidando de uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminação ou privilégios.

Por esse motivo, a Constituição Federal de 1988 é “conhecida como constituição cidadã”, caracterizada pelo reconhecimento de direitos sociais. Traz em seu capítulo II, na seção II, descritos oficialmente nos artigos 196 a 200, o direito de saúde a todos os cidadãos garantidos pelo Estado (AGUIAR, 2011, p. 45).

Contudo, esse direito à saúde foi efetivado somente a partir da homologação da lei 8080/90, a qual define o modelo operacional do SUS e propõe sua organização e funcionamento, ou seja, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação

da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Já a Lei 8142/90 configura-se como lei complementar, referente aos repasses financeiros de cada ente federativo através do então criado Fundo Nacional de Saúde e da participação da comunidade nas decisões e fiscalização do sistema (BRASIL, 1990b).

Assim, por meio dessas Leis Orgânicas, as competências do SUS foram criadas, em que três gestores dividem responsabilidades para melhorar o bem estar da população (Estado, Município e Distrito Federal). Cada gestor atua em uma determinada área, dividindo suas responsabilidades, devendo seguir os princípios e diretrizes do SUS, os quais tem validade para todo território nacional.

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização (MATTA; PONTES, 2007, p. 61).

Respeitando o princípio do direito a saúde, os princípios doutrinários dos SUS expressam as ideias filosóficas que permeiam o conceito ampliado de saúde, enquanto os princípios organizativos orientam o funcionamento do sistema, de modo a contemplar seus princípios doutrinários.

No capítulo II da Lei 8080/90 são elencados as 13 diretrizes norteadoras do SUS, sendo:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a, p4).



Apesar da importância de todos para os direcionamentos das ações em saúde e organização do sistema, sete são elencados como determinantes, correspondendo três aos princípios doutrinários e quatro, às diretrizes organizativas. A universalidade, equidade e integralidade correspondem aos princípios doutrinários, e a regionalização, hierarquização, descentralização e a participação da comunidade são as diretrizes organizativas.

A universalidade coloca a assistência em saúde como um direito de todos os cidadãos. Isso significa que é direito fundamental do ser humano o atendimento, independente da situação empregatícia ou renda, e da contribuição (seguridade social). Esse direito à saúde vai além do acesso à assistência médica e aos serviços de saúde, engloba um conjunto de políticas públicas que visam à melhoria das condições de vida da população (AGUIAR, 2011).

Dentro desse contexto, a Assistência em Saúde é concebida como direito de cidadania e dever dos governos Municipal, Estadual e Federal. Prevê a garantia do acesso universal e igualitário a todos os níveis de assistência: de baixa complexidade (UBS, ESF, USF); de média complexidade (ambulatorios, emergências, UPA); de alta complexidade (hospitais, centros especializados). Objetiva prevenção, promoção, recuperação e reabilitação, reduzindo, assim, os riscos de doenças e de outros agravos.

No que se refere ao princípio da Integralidade, este é compreendido “como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a p.4). Consiste no fato de que todo atendimento oferecido pelo SUS deve englobar todas as dimensões do processo saúde-doença, a partir de uma visão integral do ser humano, com ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, articulando ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças com assistência ambulatorial e hospitalar voltada para o diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Partindo dessa premissa, a integralidade pode ser considerada não apenas como uma diretriz do SUS, mas como uma bandeira de luta que parte de uma imagem objetiva, que se refere a um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois se relacionam a um ideal de sociedade mais justa e solidária.

Entretanto, na interpretação dos princípios doutrinários do SUS, muitas vezes a integralidade é confundida com a universalidade, sendo entendida como sinônimo de se ofertar tudo a todos.

Nessa perspectiva, Carvalho (2006) considera que a integralidade na saúde tem duas dimensões, uma em que se refere à ação de saúde em todos os campos, o que exige a organização de todos os níveis de atenção, articulando-se a referência e contrarreferência

entre os serviços de baixa, média e alta complexidade, considerando-a como dimensão horizontal e a outra, que inclui a visão que se tem do ser humano como um todo, único e indivisível, o que extrapola a atenção fundamentada apenas no aspecto biológico, sendo esta uma dimensão vertical.

Segundo Campos (2006), o objetivo principal do SUS é formular e implementar a política nacional de saúde, que deve promover uma vida mais saudável, prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população e assegurar atenção integral à saúde.

No que diz respeito ao princípio da equidade, este busca assegurar ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso requeira more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Desse modo, a equidade rege o direito de todo o cidadão em utilizar os serviços de saúde de forma igualitária, em que todos são iguais perante o SUS, sendo atendidos e acolhidos conforme suas necessidades.

A equidade significa um princípio da justiça social que busca corrigir iniquidades sociais e em saúde, com intuito de diminuir as desigualdades, tratando desigualmente os desiguais, ou seja, investindo mais onde a carência é maior.

Este sistema deve existir para toda a população e não só para os que trabalham ou contribuem com algum plano de saúde. Mas, para que isso ocorra, a população deve conhecer as diretrizes e princípios do SUS para cobrar seus direitos, pois ainda existem muitos aspectos a serem alcançados, sendo deixados de buscar por falta de conhecimento. Um grande exemplo da falta de conhecimento da população é que a grande parte considera o SUS como um programa para pobres. Devido a este pensamento, realmente o que acontece na prática acaba sendo isso, por fazer parte da imaginação social que o serviço público não é de qualidade e só quem deve utilizá-lo e quem não tem outra opção.

Na diretriz organizativa da descentralização político-administrativa, todo atendimento é prestado de acordo com as necessidades do município, a partir de um “comando único”. Tem ênfase na Municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde, com direção única em cada nível de governo. Contudo, a descentralização não se esgota na municipalização, devendo ser seguida de uma organização regionalizada e hierarquizada para maior integração da rede de serviços, levando-se em consideração as necessidades e realidades locais e regionais (AGUIAR, 2011).

A regionalização configura-se na distribuição geográfica dos serviços, com base na distribuição da população para melhor conhecer os estados e municípios, com a finalidade de encontrar os problemas sociais relacionados à saúde de cada localidade para, a partir disso, elaborar uma política da saúde. Assim, o gestor decide as prioridades, considerando os

diversos fatores analisados. Essa diretriz busca a organização racionalizada e equânime dos serviços de saúde, para promover uma integração das ações e redes assistenciais (CAMPOS, 2006).

No tocante à hierarquização, o paciente recebe tratamento como um todo. Por exemplo: caso o paciente necessite de um atendimento que no local em que ele se encontra não ofereça suporte suficiente para promover a sua recuperação, ele será encaminhado para um local que tenha atendimento especializado para sua enfermidade e depois será encaminhado novamente para seu local de origem. Esse é o sistema de referência e contrarreferência.

Para melhor compreensão, o SUS é um sistema que busca sempre unificar todos os serviços de saúde, inclusive instituições privadas que estabeleçam contrato ou convênio com o SUS. Ele é organizado de tal forma que, quando o paciente necessitar de um serviço de saúde, primeiramente deve procurar a unidade básica; se caso necessitar de um atendimento mais específico, deve ser encaminhado para um ambulatório; caso seja preciso ficar internado, deverá ser encaminhado a um hospital, dentro de um sistema hierarquizado que proporcionará maior qualidade de vida ao paciente.

A rede regionalizada e hierarquizada “permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade” (BRASIL, 1990a, p.5).

Assim, o sistema deve se organizar por níveis de atenção e estabelecer fluxos entre os serviços. Entretanto, prevê a superação da ideia de pirâmide por modelos mais flexíveis com variadas portas de entrada do usuário no sistema de saúde, com fluxo reverso entre os vários serviços.

No que se refere, à Participação da Comunidade, esta foi regulamentada pela Lei nº 8142/90 da saúde, que defende a participação da comunidade nas Conferências Nacionais de Saúde que são realizadas de quatro em quatro anos. Estas se mostram de suma importância para construção de modelos de assistência à saúde no Brasil a partir das necessidades do ponto de vista da população, revendo-se e construindo-se um novo conceito em saúde.

Entretanto, essas diretrizes organizativas não são suficientes se não houver a integração das ações entre os subsistemas que constituem o sistema de saúde e dos serviços em redes assistenciais integradas.

Para Campos (2006), a integração de recursos, de meios e de pessoal na gestão do sistema é preconizada como condição básica para assegurar a eficácia e eficiência ao sistema,

e garantir a continuidade do cuidado aos usuários conforme previsto no princípio de integralidade do cuidado.

O SUS veio para modificar o Sistema de Saúde no Brasil com o objetivo de superar as dificuldades da população, principalmente devido às diferenças socioeconômicas, proporcionando o direito à saúde que todos merecem. Entretanto, segundo Giovanella (2008) a consolidação do SUS passa por uma série de desafios, exigindo mudanças estruturais e estratégias de longo prazo.

### **2.3 REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

O processo de organização político-territorial do SUS advém do processo de descentralização e regionalização, processos estes estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica de Saúde 8080/90. Nesses processos, atribuem-se os princípios norteadores para firmação de um único sistema de saúde, visando à adequada distribuição dos serviços de saúde para promoção da equidade de acesso, otimização dos recursos e racionalidade de gastos.

A descentralização das políticas públicas no Brasil teve início ainda nos anos de 1970 e 1980, com grandes reivindicações democráticas sobrepondo-se à centralização decisória que o regime militar havia produzido.

O processo de descentralização veio para redefinir responsabilidades entre os entes governamentais e envolve a transferência do poder decisório, da gestão e de recursos financeiros, antes concentrados na esfera federal para estados e, principalmente, para os municípios (LIMA et al, 2012).

Já o processo de regionalização, não se restringe apenas a seus limites administrativos, tendo maior complexidade frente às diferenças na concentração geográfica, populacional, política, institucional e sanitária.

A regionalização das ações e serviços de saúde é um processo político vinculado à organização federativa brasileira e as suas expressões no âmbito sanitário. Incluem o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação

e financiamento de uma rede de ações e serviços em determinado território (LIMA et al, 2012; DOURADO; ELIAS, 2011).

Para Kamimura e Oliveira (2012), a regionalização – no contexto do sistema de saúde – visa a propiciar vínculos participativos e construtivos efetivos e duradouros entre determinada população e determinada rede de serviços, garantindo atendimento integral, específico, segundo critérios determinados, confiáveis e acessíveis a cada cidadão.

Como estratégia constitucional para a saúde, a regionalização possui um caráter estruturante e operativo para o SUS no que concerne à tentativa de concretizar acordo entre as diferentes esferas gestoras do sistema na proposição de políticas, participação no cofinanciamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além de mediação de conflito, a qual permitirá a consolidação das bases da descentralização. Constitui-se na Comissão Intergestora Tripartite (CIT)<sup>6</sup> e a Comissão Intergestora Bipartite (CIB)<sup>7</sup> como ambiente autêntico para pactuação e deliberação dos pactos (BELTRAMMI, 2008; LIMA; VIANA, 2011).

Nessa conjuntura, as portarias federativas editadas ao longo dos anos, que se desdobram o processo de descentralização e regionalização, constitui-se de modo gradual e flexível um aprimoramento das atribuições e responsabilidades dos gestores nos diversos níveis de gestão.

Diante dessa premissa, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) aperfeiçoaram conceitos e bases referenciais da regionalização a partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimento (PDI) como instrumentos para organização da assistência e planejamento da regionalização, introduzindo a ideia de redes assistenciais, definindo-se as microrregiões e macrorregiões, visando à garantia da equidade da assistência à saúde (BELTRAMMI, 2008).

O Ministério da Saúde instituiu o PDR como “instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde” (BRASIL, 2003, p. 59). Na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos o mais próximo de sua residência, o PDR deverá ser elaborado em consonância com o Plano Estadual de Saúde pelos

---

<sup>6</sup>CIT – é a instância que reúne gestores das três esferas de governo, formada por representantes do MS, do CONASS e do CONASEMS.

<sup>7</sup> CIB – é a instância que reúne o gestor estadual e os gestores municipais com representação paritária constituída por representantes da SES e do CONASEMS.

gestores estaduais, municipais e Conselho Estadual de Saúde, e encaminhado para avaliação e aprovação na CIT.

No que se refere ao PDI, este é uma das partes integrantes do PDR, que “visa identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento de forma a promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade” (BRASIL, 2003, p. 60).

Para elaboração do PDR, o Ministério da Saúde define conceitos-chaves a serem feitos de acordo com a realidade de cada estado, o qual servirá de base e subsidiará o processo de qualificação das microrregiões de saúde. São eles:

**Região de Saúde** – base territorial de planejamento de atenção à saúde, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um Estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde.

**Módulo Assistencial** – é o espaço territorial que disponha da resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência, podendo ser constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade Federada.

**Município-Polo de uma região ou microrregião** – é aquele que de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada Estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

**Microrregião de Saúde** – é a unidade territorial mínima para qualificação na assistência à saúde, que deverá dispor de complexidade assistencial acima do exigido para os Módulos Assistenciais, sendo que esta definição deverá ser feita no âmbito estadual (BELTRAMMI, 2008, p.161, grifo nosso).

No que tange à regionalização do sistema a partir do princípio de hierarquização da saúde por níveis de atenção de complexidade, para o Ministério da Saúde, o acesso da população à rede deverá iniciar-se pelo serviço de Atenção Básica (AB), devendo este estar qualificado para atender e resolver os principais problemas de saúde. Os casos não resolvidos nesse nível de atenção à saúde devem ser referenciados para outros serviços de maior complexidade, estruturados no sistema de referência e contrarreferência (BRASIL, 1990c).

Nesse viés, a oferta de todos os serviços de saúde e tecnologias exige uma escala de produção incompatível com a demanda da população local, tornando-se inviável a oferta em cada bairro e/ou município pelo alto custo, ociosidade, desperdício e prejuízo (KAMIMURA; OLIVEIRA, 2012).

Nesse cenário, o Ministério da Saúde define os princípios da regionalização e hierarquização dentro da lógica que

[...] os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica (BRASIL, 1990c, p.5).

Na perspectiva de construir redes de atenção à saúde, a regionalização dos serviços, organizado em uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada, propõe-se a orientar o processo de descentralização capaz de garantir o direito à saúde, a integralidade no cuidado e no acesso aos diferentes níveis, resolubilidade e qualidade de assistência devendo, portanto, orientar o processo de identificação e construção de regiões de saúde (LIMA; VIANA, 2011).

As regiões de saúde são definidas como:

(...) espaço geográfico contínuo construído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a, p.1).

Dentro dessa concepção para o Ministério da Saúde a rede regionalizada e hierarquizada:

(...) permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990a, p.5).

Portanto, as regiões de saúde devem ser organizadas de forma a garantir o direito da população à saúde e potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores.

Desse modo, considerando o arcabouço político-institucional das regiões de saúde para consolidação das redes, é necessário a pactuação de responsabilidades exclusivas dos gestores municipais, bem como responsabilidade do gestor estadual quando da necessidade da constituição de macrorregiões para complementação do serviço de média e alta complexidade necessário para promover a integração de serviços.

As Regiões de Saúde podem ser:

Intramunicipais – organizadas de um município de grande extensão territorial e densidade populacional;  
 Intraestaduais – conformados a partir de municípios dentro do mesmo estado;

Interestaduais – conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados;  
Fronteiriças – conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos  
(BRASIL, 2006a p. 20).

Desse modo, para Lima e Viana (2011), a regionalização pode ser compreendida como um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais.

Embora esteja presentes nos princípios doutrinários do SUS, a descentralização e a regionalização foram implementadas em graus variados, sempre com maior destaque para a descentralização. Somente a partir de 2000, com a edição da NOAS, que objetivou promover a equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2003), que a regionalização passou a ganhar destaque, sendo mais incisiva como uma estratégia para integração dos sistemas municipais, ampliação do acesso e redução da iniquidade em saúde (LIMA; VIANA, 2011) após a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006.

Diante disso, pode-se afirmar que as propostas de regionalização tiveram início tardio e após sucessivos ciclos de descentralização. Contudo, a regionalização adquiriu um sentido mais organizativo, passando a destacar-se como uma estratégia prioritária no âmbito da Política Nacional de Saúde.

O Quadro 2 elucida as responsabilidades de cada ente federado nesse processo de regionalização.



Municípios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;</li> <li>• Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuações estabelecidas;</li> <li>• Participar dos CGR, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;</li> <li>• Participar dos projetos prioritários das Regiões de Saúde, conforme definido no Plano Municipal de Saúde, no planejamento regional, no PDR e no PDI;</li> <li>• Executar as ações de referência regional de sua responsabilidade, em conformidade com a PPI da atenção à saúde, acordada nos CGR.</li> </ul>
Estados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;</li> <li>• Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e as pactuações na CIB;</li> <li>• Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das Regiões de Saúde, conformando o PDR;</li> <li>• Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros necessários à regionalização conforme a pactuação estabelecida;</li> <li>• Apoiar técnica e financeiramente as Regiões de Saúde, promovendo a equidade inter-regional;</li> <li>• Participar dos CGR, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;</li> <li>• Participar dos projetos prioritários das Regiões de Saúde, conforme definido no Plano Estadual de Saúde, no Planejamento Regional, no PDR e PDI;</li> <li>• Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;</li> <li>• Fomentar a constituição das Regiões de Saúde fronteiriças, participando do funcionamento do CGR.</li> </ul>
União	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenar o processo de regionalização em âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais, observando as normas vigentes e as pactuações na CIT;</li> <li>• Cooperar técnica e financeiramente com as Regiões de Saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis e promovendo a equidade inter-regional e interestadual;</li> <li>• Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.</li> </ul>

Quadro 2 – Responsabilidades dos gestores de cada ente federado na regionalização  
Fonte: BRASIL, 2007.

Vale ressaltar que a gestão descentralizada para estados e municípios foi um dos grandes avanços do SUS. Todavia, ainda apresenta lacunas que impedem uma atenção oportuna e integral às pessoas, lacunas que podem ser consideradas inaceitáveis, pois os serviços do SUS ainda não funcionam como uma rede integrada com porta de entrada única, jogando ao usuário a responsabilidade de buscar, por conta própria, os serviços de que necessita, como expõe o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES ao publicar, em 2008, o documento “Vinte anos de SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável”.

### 2.3.1 Instrumentos da Regionalização

O novo momento de regionalização, a partir do Pacto pela Saúde, acrescentou, de forma articulada, a definição das responsabilidades de cada esfera de gestão com a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), estabelecendo novos instrumentos para a regionalização e reafirmando os já existentes instituídos pelas NOAS (PDR, PDI e PPI), além da criação das regiões e macrorregiões de saúde.

A fim de facilitar a articulação entre os gestores e melhorar o desempenho do sistema, esses instrumentos operacionais visam a potencializar o processo de descentralização e regionalização, fortalecendo estados e municípios, o papel de gestores do sistema, destacando o papel do gestor estadual ao designá-lo como coordenador da organização do processo de regionalização e das referências intermunicipais de seu território.

Instituído pela NOAS como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado, com o Pacto pela Saúde, o PDR assume função de instrumento de planejamento sistêmico de espaço regional, deixando de ser focado apenas na assistência.

O planejamento deve ser pensado como um instrumento “capaz de resolver os obstáculos organizacionais”, racionalizando as prioridades e os recursos humanos e de materiais e, dessa maneira, facilitar a satisfação das demandas sociais (MOLINA, 2004, p. 86).

Elaborado a partir das diretrizes determinadas no Plano de Saúde, em coerência com os demais instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, o PDR e o PDI assumem o papel de principais instrumentos de planejamento da regionalização. Contudo, as ações e serviços organizados a partir do PDR fazem parte da Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BRASIL, 2009).

De forma coerente, o PDR deve ser elaborado a partir de um planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades e de intervenção e de adequação de sistemas funcionais de saúde de modo a otimizar os recursos disponíveis (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde menciona o PDR como

O desenho final do processo de identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, em suas diferentes formas, em cada estado, objetivando a garantia de acesso,

a promoção da equidade, a garantia da integralidade, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos (BRASIL, 2009, p. 18).

Outro instrumento importante que merece destaque no processo de regionalização é o PDI, considerado como um instrumento que apresenta o levantamento das necessidades para a organização da assistência em conformidade com o PDR, especificando os investimentos necessários para os municípios (AGUIAR, 2011; BRASIL, 2009).

Desse modo, o Ministério da Saúde alude que o PDI “dimensiona os recursos financeiros necessários para atingir os objetivos da organização regional expressa no PDR, e explicita a participação das esferas de governos neste financiamento” (BRASIL, 2009, p. 18).

Acrescenta ainda que o PDI contém as propostas e os recursos de investimentos necessários para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual, bem como contém as ações de intervenção e os investimentos para garantir a implementação do PDR a curto e longo prazo, que são organizados em projetos e, posteriormente, elaborados pelos gestores de saúde (BRASIL, 2009).

Nessa conjuntura, ainda insere-se a PPI, inicialmente apresentada por meio da Portaria 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que se configura em um processo que visa a definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

Compreende-se a PPI como instrumento que apresenta a quantificação e o aperfeiçoamento das ações descritas no Plano de Desenvolvimento Regional, baseados em parâmetros de necessidade de saúde da população, devendo ser avaliada e atualizada periodicamente. Desse modo, contribui para a elaboração do desenho do processo regulatório intrarregional e inter-regional, promovendo a construção de fluxos e protocolos de abrangência regional.

Os CGR são uma inovação do Pacto pela Saúde e se configuram como “espaço permanente de pactuação, cogestão e de decisão”, pois efetiva a articulação permanente e contínua entre municípios e o estado, na região de Saúde na qual está inserido (BRASIL, 2009, p. 21).

É importante ressaltar que, após a implantação do Pacto pela Saúde, todos os gestores municipais passaram a possuir assento e voz no CGR, corroborando, assim, para o desenvolvimento e fortalecimento dessa política, haja vista que este permite a definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de rede regional e de ações e serviços de atenção à saúde integrada e resolutive.

Para o Ministério da Saúde “a constituição do CGR é uma etapa da regionalização que para pleno funcionamento requer instrumentos de planejamento, a regulação, a programação e a ação coordenada entre os gestores sejam efetivos e permanentes” (BRASIL, 2009, p. 17). Nessa perspectiva, o CGR surge para qualificar o processo de regionalização e garantir o exercício da ação cooperativa entre gestores, estando demonstrada na Figura 1.

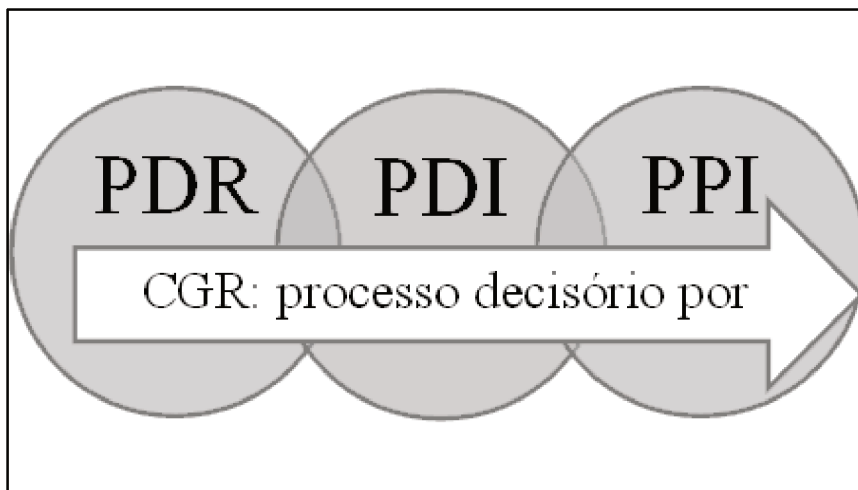


Figura 1 – Processo decisório no CGR com foco em instrumentos do planejamento regional do SUS.  
Fonte: BRASIL (2006)

Desde a implantação do Pacto pela Saúde, o número de CGR tem sido crescente, contudo, muitos têm sido os arranjos para gestão regional, que colaboram para o aprimoramento dos instrumentos relacionais da regionalização, como as Regiões Integradas de Desenvolvimento (RIDE), cujo papel é viabilizar a regionalização em territórios metropolitanos que abrangem mais de uma unidade federativa, definindo competências assumidas pelos colegiados dos mesmos (BELTRAMMI, 2008).

A partir de 2011, os CGR passaram a ser definido como Comissões Intergestoras Regionais (CIR), através do Decreto Presidencial nº 7508, de 28 de junho de 2011, o qual regulamenta a Lei 8080/90 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento de saúde, a assistência e a articulação interfederativa.

Para maior compreensão dos mecanismos que envolvem essa Política de Saúde, na sequência será sucintamente explanado a respeito do Pacto pela Saúde, visto que sua implantação mostra-se determinante para a reorganização, com a regionalização da assistência em saúde e, por conseguinte, o fortalecimento do SUS.

## 2.4 PACTO PELA SAÚDE

Desde o processo de institucionalização do SUS, vêm se observando inúmeros esforços para adequação e reorganização do sistema de saúde, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, ampliando o contato do sistema com a realidade social, política e administrativa (BRASIL, 2006b).

Entretanto, ainda há entraves para a instauração efetiva do SUS, tendo em vista todas as propostas contidas nas suas normativas, principalmente no que tange à cobertura e à qualidade da Atenção Básica, especialmente através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da ampliação ao acesso da população aos serviços de média e alta complexidade.

Para o enfrentamento desses problemas, apesar dos avanços na efetivação do direito humano à saúde, foi proposto o Pacto pela Saúde, cujo objetivo é contribuir para a qualificação de um conjunto de questões que ainda são entraves na implementação e funcionamento do SUS.

O Pacto pela Saúde apresenta um conjunto de instrumentos para a reorganização do SUS que vão desde a repolitização do debate do SUS até a qualificação do contato social. Trata-se de um esforço entre as três esferas de governo para rediscutir a organização e o funcionamento do SUS a partir de uma unidade de princípios, guardando coerência com a diversidade operativa e respeitando as diferenças loco regionais (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Saúde traz instrumentos que se agregam às normativas de saúde anteriormente existentes<sup>8</sup>: reforça a organização das regiões sanitárias, instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional; fortalece os espaços e mecanismos de controle social; qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde; redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação dos serviços de saúde; valoriza a macrofunção de cooperação técnica entre gestores; e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transformações fundo a fundo (BRASIL, 2006b).

Para dar conta dessas demandas, o Pacto Pela Saúde vem com a definição de prioridades articuladas e integradas sob a forma de três pactos – o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A Portaria 399, de 2006, aprova as diretrizes operacionais do Pacto pela

---

<sup>8</sup>NOB 1991, 1992, 1993 e 1996 avançam nas estratégias de implementação do SUS – Municipalização; NOAS 2001 e 2002 avançam nas estratégias de implementação do SUS – Regionalização e Integralidade das ações e serviços a serem complementados pelo nível Federal, plano diretor de regionalização e de investimentos.

Saúde com seus três componentes para consolidação do SUS, respeitando os seus princípios constitucionais, com ênfase nas necessidades da saúde da população expressos da seguinte forma:

**Pacto pela Vida** – está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

**Pacto em Defesa do SUS** – envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS, como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

**Pacto de Gestão** – estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 2006, p. 2, grifo nosso).

A sua implantação apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, e possibilita a efetivação de acordos com articulação de prioridades, que expressem a realidade (nacional, estadual e municipal) dos principais problemas de saúde que assolam o país, entre as três esferas de gestão. Essas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão<sup>9</sup> (BRASIL, 2006c).

Em suma, este pacto é resultado de muitas discussões sobre os processos normativos do SUS de forma que muda radicalmente o desenho de pactuação, pois rompe com os pactos realizados por meio da NOB e NOAS, e vem salientar a importância da regionalização e dos instrumentos de gestão como o PDR, PDI e PPI.

#### 2.4.1 O Pacto e suas dimensões

O Pacto em sua primeira dimensão – Pacto pela Vida – estabelece um conjunto de prioridades expressas em objetivos, metas e indicadores, que são definidas nacionalmente. É imperativo salientar que essas prioridades são definidas nacionalmente, mas permitem que os gestores indiquem situações a partir de sua realidade local e regional (SCHNEIDER, 2009).

Dessas prioridades, destaca-se a Promoção a Saúde, que vem ratificar a responsabilidade individual sobre a saúde em seu conceito ampliado e o fortalecimento da Atenção Básica que consolida o PSF como porta de entrada aos diferentes modos de organização da atenção à saúde.

---

<sup>9</sup> Substituído pelos Contratos Organizativos de Ação Pública – COAP por meio do Decreto 7508/2011.

No ano de 2009, foram acrescentadas mais cinco prioridades no componente Pacto pela Vida por meio da Portaria GM/MS 2699/2009, estabelecendo as seguintes prioridades

- I - atenção à saúde do idoso;
- II - controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III - redução da mortalidade infantil e materna;
- IV - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e aids;
- V - promoção da saúde;
- VI - fortalecimento da atenção básica;
- VII - saúde do trabalhador;
- VIII - saúde mental;
- IX - fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X - atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e
- XI - saúde do homem (BRASIL, 2009, p.3).

Para que essas prioridades expressem a realidade nacional, estadual e municipal, elas devem estar em profunda consonância entre si. Partindo desse pressuposto, o Pacto pela Vida significa um

olhar para o contexto da saúde (lugar onde as pessoas moram e suas condições de vida) e definir prioridades que incidem progressivamente para a melhoria da situação de saúde dos brasileiros. No entanto, uma vez definidas e acordadas, é preciso estabelecer recursos orçamentários para que elas não sejam apenas boas intenções (SCHNEIDER, 2009, p11).

Embora sejam evidentes e representativos os avanços alcançados pelo SUS, o modelo de atenção vigente no país ainda está fundamentado nas ações curativas, centrada no cuidado médico, expressando importantes lacunas assistenciais.

A segunda dimensão do Pacto pela Saúde é o Pacto em Defesa do SUS, que tem como objetivo discutir a questão da saúde pública e a repolitização do SUS. Envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de defender vigorosamente os princípios basilares dessa política pública inscritos na Constituição Federal e de reforçar o SUS, como política de Estado mais, do que política de governos. Objetiva, assim, discutir o sistema a partir dos seus princípios, lembrando os princípios doutrinários da Reforma Sanitária e salientando os direitos garantidos na Constituição Federal – universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2006b).

As diretrizes operacionais do Pacto em Defesa do SUS recomendam:

Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde, estabelecidos na Constituição Federal;  
Desenvolver e articular ações no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública (BRASIL, 2006b, p. 15).

As prioridades desse Pacto são implementar um projeto de articulação e apoio à mobilização social com a finalidade de:

mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29, pelo Congresso Nacional; garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas e elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS (BRASIL, 2006c, p. 5).

Cabe destacar que, em 2012, foi aprovada a Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, sendo um grande avanço nas conquistas sociais.

A terceira dimensão do Pacto pela Saúde é o Pacto de Gestão que visa

radicalizar a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos Reforçando a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional (BRASIL, 2006c, p. 6).

O Pacto de Gestão trata-se, essencialmente, de um direcionamento para a efetivação de um sistema de saúde que garanta o respeito às diversidades regionais. Traz como prioridades:

Definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação. Estabelecer as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos de descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2006b, p.17).

Partindo desse pressuposto, no que tange aos processos normativos do SUS, entende-se que o Pacto de Gestão definiu melhor as responsabilidades de cada instância de gestão, proporcionando maior autonomia aos estados e municípios, buscando solidariedade na gestão e contribuindo para o avanço na regionalização e na descentralização do SUS.

A busca de melhoria no acesso, na qualidade dos serviços de saúde e de resolução dos problemas operacionais não equacionados. Em suma, o Pacto se constitui a partir de uma unidade de princípios que buscam:

Respeitar as diferenças locais e regionais;  
Reforçar a organização das regiões sanitárias (regionalização) instituindo mecanismos (colegiados) de cogestão e planejamento regional;  
Qualificar o acesso ao direito humano à saúde;  
Redefinir instrumentos de regulação, programação e avaliação;



Valorizar a cooperação técnica entre os gestores;  
Unificar os diversos pactos existentes;  
Estimular o financiamento tripartite com critérios de equidade nas transferências fundo a fundo e fortalecer o controle social (SCHNEIDER, 2009, p. 15).

O grande desafio do Pacto pela Saúde é colocar o SUS a serviço dos interesses e necessidades da população. Este traz a regionalização como eixo estruturante de uma de suas três dimensões – o Pacto de Gestão – como diretriz que orienta o processo de descentralização e os processos de negociação e pactuação, objetivando “garantir o direito a saúde da população reduzindo as desigualdades sociais e territoriais por meio da identificação e reconhecimento das Regiões de saúde” (BRASIL, 2007c, p. 17).

O SUS, desde sua criação, tem como principal objetivo e maior desafio o acesso aos serviços de saúde, estando presente e disponível, às necessidades da população. Tendo em vista a garantia de acesso equitativo, foi publicada a Portaria Nº 4279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde, definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 4).

Em consonância com a Portaria nº 4279/2010, foi promulgado o Decreto nº 7508/2011, que regulamenta a Lei 8080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Este definiu e aprofundou os conceitos de regionalização, hierarquização e região de saúde, oficializou a atenção básica como porta de entrada do SUS e criou o Contrato Organizativo de Ação Pública como instrumento para estabelecer a relação entre as esferas de governo. Criou, ainda, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) que lista as ações e serviços ofertados pelo SUS, e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que lista os medicamentos essenciais disponíveis no SUS.

O decreto definiu ainda o planejamento integrado, apresentando o mapa de saúde como ferramenta de apoio das necessidades de saúde, das ações e serviços, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde e para fortalecer o processo de governança do SUS, ainda reconhecendo as Comissões Intergestoras – CIT e CIB, e criando as Comissões Intergestores Regionais (CIR).

### 3 MÉTODO

Toda pesquisa requer uma metodologia que possibilite sua realização. Dessa forma, a escolha metodológica de uma pesquisa evidencia o caminho a seguir, de modo a constituir o trajeto definido pelo pesquisador. Minayo (2008, p.47) define pesquisa como:

a atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino. Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação.

Sendo assim, a escolha metodológica é o desenho do estudo, os meios utilizados para sua realização e para o alcance dos objetivos propostos. Para concretização desta pesquisa, realizou-se uma busca preliminar da literatura que embasa o estudo. Em seguida, foram feitas várias leituras, das quais, permitiu-se uma reflexão sobre o assunto proposto, o que possibilitou elaborar a questão norteadora e os objetivos.

A partir dessa elaboração, foram realizados os traçados necessários e pertinentes no intuito de encontrar respostas que viessem a satisfazer a temática investigativa proposta.

Neste capítulo, definiu-se o tipo de estudo que melhor se apropriou a esta pesquisa. Em seguida, procedeu-se a caracterização da área. Logo após, foram realizados os procedimentos e a escolha dos instrumentos metodológicos. Por fim, o modo de tratamento e análise dos dados.

#### 3.1 Área de Realização

A pesquisa foi realizada na região do Bico do Papagaio, cognominada de região TOPAMA, e na Região Fronteira Agrícola do Vale do Médio São Francisco, cognominada de região PEBA.

A Mesorregião do Bico do Papagaio está localizada na área de domínio da Amazônia Legal, composta por 110 municípios – 65 municípios do norte do estado do Tocantins, 22

municípios do sudeste do Pará e 23 municípios do sudoeste do Maranhão, como ilustrado na Figura 2.

A população deste perímetro é de aproximadamente 2.394.901 habitantes (IBGE, 2010), distribuída de forma bastante desigual, sendo que apenas doze municípios concentram metade (55%) da população da Mesorregião: Imperatriz - MA (247.505 hab.); Marabá - PA (233.669 hab.); Parauapebas - PA (153.908 hab.); Araguaína - TO (150.484 hab.); Açailândia - MA (104.047 hab.); Tucuruí - PA (97.128 hab.); Buriticupu - MA (65.237 hab.); Novo Repartimento - PA (62.050 hab.); Breu Branco - PA (52.493 hab.); Jacundá - PA (51.360 hab.); Dom Eliseu - PA (51.319 hab.); e Itupiranga - PA (51.220 hab.) (TOPAMA, 2012).

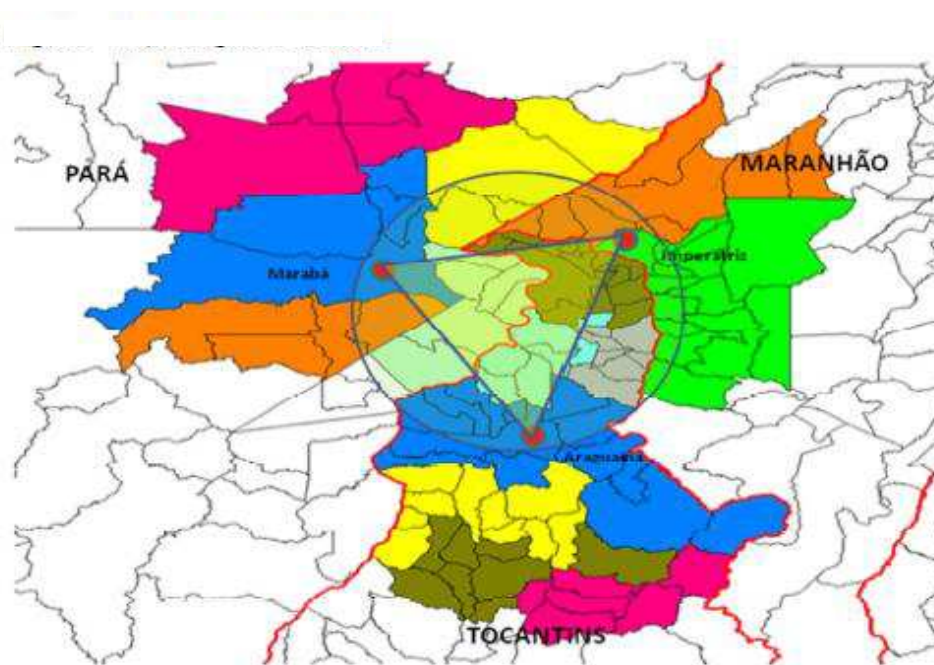


Figura 2 – Mapa da Região TOPAMA  
Fonte: TOPAMA (2012).

Em confluência do cerrado com a mata amazônica, a região é banhada pelos rios Araguaia e Tocantins. A produção agropecuária e a extração vegetal e mineral predominam como atividade econômica na região. É importante ressaltar a rica diversidade social composta por índios, assentados, extrativistas, pequenos agricultores, pescadores, mineradores, artesãos, muitos sendo tudo isso junto (BRASIL, 2011).

As cidades mais populosas apresentam alto grau de urbanização (acima de 80%) e possui maior concentração de estabelecimentos de saúde, tornando-as centros de referências de ações e serviços de saúde para os demais municípios do entorno. Dentre os estados que

compõem a região, o estado do Maranhão se destaca com maior densidade populacional entre os demais estados, correspondendo a 21,57 hab./km<sup>2</sup> (TOPAMA, 2012).

A região PEBA é composta por 52 municípios das regiões do extremo norte da Bahia, com 27 municípios, e Sul do Pernambuco, com 25 municípios no semiárido nordestino banhados pelo rio São Francisco, como apresentado na Figura 3.

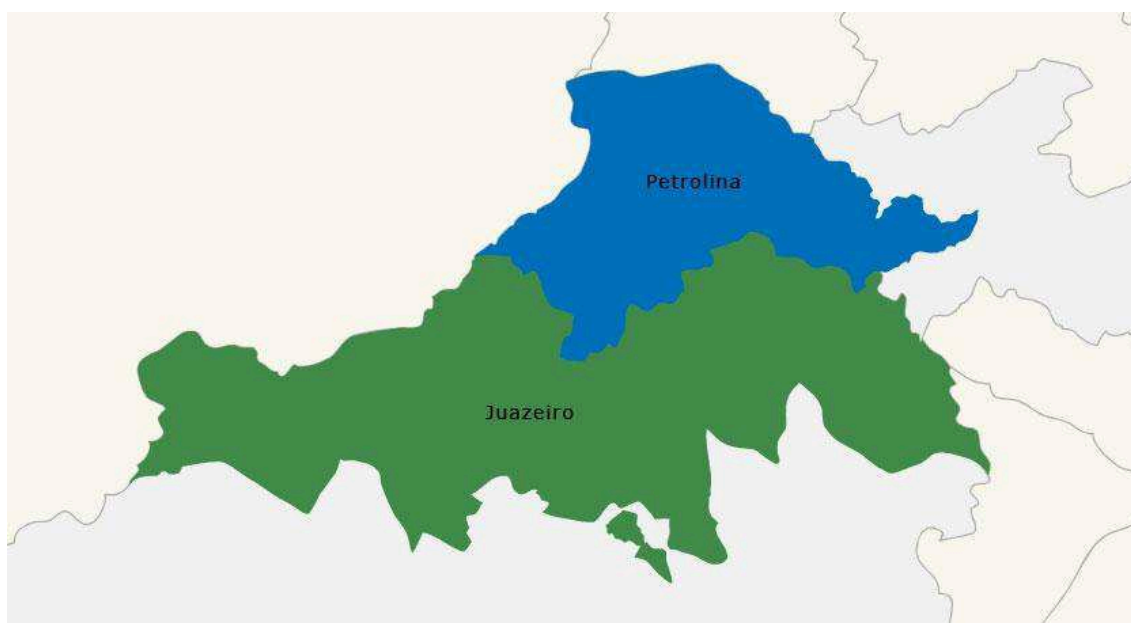


Figura 3 – Mapa da Região PEBA  
Fonte: PEBA (2012)

Está situado no semiárido nordestino, no submédio do Rio São Francisco. Constitui a região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Polo Petrolina e Juazeiro como o maior exportador de frutas e segundo maior polo vinicultor do Brasil. Conhecida como polo dinâmico da irrigação e fruticultura decorrente de suas grandes áreas de irrigação ao longo do São Francisco, destaca-se também a exploração turística às margens do rio São Francisco com suas ilhas e hidrelétricas. Possui uma população estimada de 1.918.507 habitantes (estimativa IBGE, 2011), estando apenas nove municípios com população acima de 50.000 habitantes: Petrolina – PE (299.751 hab.), Juazeiro – BA (199.761 hab.), Paulo Afonso - BA (109.309 hab.), Araripina (77.794hab.), Senhor do Bonfim (74.936 hab.), Campo Formoso (66.966 hab.), Casa Nova (65.647hab.), Oricuri (64.943 hab.), Salgueiro (56.992 hab.) (PEBA, 2012).

### 3.2 Caracterização do Estudo

Objetivando alcançar o propósito deste estudo, trata-se de uma pesquisa documental com abordagem qualitativa.

A pesquisa documental caracteriza-se como a análise aprofundada de materiais que ainda não receberam nenhum tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2008).

Dentro das concepções de Marconi e Lakatos (2010, p. 157), a característica da pesquisa documental “é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias”.

Assim, entende-se que este tipo de pesquisa tende a selecionar, tratar e interpretar a informação bruta, buscando extrair dela algum sentido, agregando-lhe algum valor, realizada a partir de documentos contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos, constituindo-se de uma técnica que permite passar os dados de um documento primário (bruto – que não sofreu nenhum tipo de análise) para uma representação condensada por intermédio de procedimentos de transformações, representando o conteúdo sob uma forma diferente da original. (MARCONI, LAKATOS 2010; BARDIN 2011).

A pesquisa de abordagem qualitativa é “aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, as relações, e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2008, p. 10).

Nessa perspectiva,

o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. [...] Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2008, p. 57).

Uma vez delimitado o tipo de estudo, partiu-se para a exploração dos instrumentos, coleta e análise dos dados explorados e, assim, descritos a seguir.

### 3.3 Instrumentos

No procedimento de coleta de dados da pesquisa documental demonstra-se que esta pode vir de múltiplas fontes, que exigem manipulação e procedimentos diferentes. Encontram-se de um lado, os documentos considerados empíricos, “que não receberam qualquer tratamento analítico, tais como documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações”; de outro lado, os documentos considerados de debatidos “que de alguma forma já foram analisados, tais como relatórios de pesquisa, relatórios empresas, Tabelas estatísticas”, conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, tais como associações e sindicatos, dentre outros. É, portanto, considerada uma fonte de pesquisa estável e rica de dados (GIL, 2008 p. 51).

Este autor escreve que “são considerados documentos não apenas os escritos utilizados para esclarecer determinada coisa, mas qualquer objeto que possa contribuir para a investigação de determinado fato ou fenômeno” (GIL 2008 p. 147).

Nesta pesquisa, utilizaram-se as fontes de documentos de arquivos públicos (MARCONI; LAKATOS, 2003) oriundas de documentos oficiais estaduais e nacionais.

À medida que se definiu o objetivo da pesquisa, determinou-se o local para coleta dos documentos. A seleção dos documentos ocorreu de fontes primárias, compilados pelo autor (MARCONI; LAKATOS, 2003; BARDIN 2011). Buscou-se nas Secretarias de Saúde dos Estados, Secretaria Municipal de Saúde dos municípios referências dentro da rede TOPAMA e PEBA, as Comissões Intergestores Bipartite e o Ministério da Saúde, documentos oficiais, normas, decretos, portarias, resoluções, planos de regionalização e investimentos dos estados que compõem as redes e os planos que tratam da regionalização de redes interfederativas nas regiões estudadas e, a partir daí, construiu-se o universo da pesquisa.

Em termos operacionais, a construção dos instrumentos da pesquisa como ferramenta para a coleta de dados segue o seguinte roteiro: a) definição do universo da pesquisa: identificação dos documentos; b) construção do corpus para análise: procedeu-se uma leitura flutuante, o que permitiu a seleção do material em que cada documento é uma unidade básica de tal forma que possa responder aos objetivos proposto; c) etapa da análise: feito recortes em forma de categorização de modo que cada documento é submetido a tratamento analítico de conteúdo, permitindo a interpretação das informações obtidas (BARDIN, 2011).

<b>UNIVERSO DE ANÁLISE</b>	<b>TOPAMA</b>	<b>PEBA</b>
Documento base para Discussão	Pacto pela Saúde; Portaria 396/2011.	
Documentos de Regionalização Estadual	PDR (2007) * e PDI** do estado do TO; PDR* e PDI** do estado do PA; PDR** e PDI** do estado do MA; Regionalização Solidária e Cooperativa do estado do TO (2013); PPI** do estado do TO; PPI**do estado do PA; PPI (2005) do estado do MA; Resolução CIB/TO nº 161/2012; Resolução CIB/PA nº 83/2012; Resolução CIB/MA nº 44/2011.	PDR (2006) * e PDI** do estado do PE; PDR (2007 a 2012) * e PDI** do estado da BA; Resolução CIB/BA nº 275/2012; Resolução CIB/BA nº 070/2013. PPI** do estado do PE; PPI** do estado do BA;
Documentos de Regionalização interfederativa	Subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA (2012); PPI*** interestadual; Consenso CIR 01/2012 homologada pela CIB/TO nº 60/2012; Consenso CIR 002/2012 homologada pela CIB/PA nº 64/2012; Consenso CIR Imperatriz e CIR Açailandia 001/2012 homologada pela CIB/MA nº 41/2012.	Subprojeto QualiSUS-Rede PEBA; PPI*** interestadual (2012);
Documentos Normativos	Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010; Portaria GM/MS nº 396, de 4 de Março de 2011; Decreto 7508, de 28 de Junho de 2011; Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012; Portaria GM/MS nº 1375, de 3 de Julho de 2012.	

Quadro 3: Organização do universo de análise.

Fonte: Pesquisa Documental

\* Disponível no site do MS; \*\* Solicitado e não fornecido / Dificuldade de acesso; \*\*\* Solicitado e não fornecido / Não formalizado.

Partindo dessa conjectura, uma vez demarcado o universo de documentos sobre os quais se puderam efetuar a análise, procedeu-se a constituição do corpus que corresponde ao “conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 2011, p. 126).

Por se tratar de duas regiões, em que para construção e a organização de documentos inerentes à regionalização utilizam os mesmo processos, para construção do corpus utilizou-se como regra a homogeneidade, que consiste em “obter resultados globais ou comparar em si resultados individuais” (BARDIN, 2011 p. 128).

<b>UNIVERSO DE ANÁLISE</b>	<b>UNIDADES DE ANÁLISE</b>	
	<b>TOPAMA</b>	<b>PEBA</b>
Documentos de Regionalização interfederativa.	Subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA (2012);	Subprojeto QualiSUS-Rede PEBA(2012);

Documentos Normativos	Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010; Portaria GM/MS nº 396, de 4 de Março de 2011; Decreto 7508, de 28 de Junho de 2011; Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012; Portaria GM/MS nº 1375, de 3 de Julho de 2012.
-----------------------	---

Quadro 4: Construção do corpus de análise

Fonte: Pesquisa documental

Uma vez construído o corpus do estudo, procedeu-se à interpretação e à análise dos documentos.

### 3.4 Análise de Dados

A descrição dos processos essenciais à pesquisa, a organização e tratamento do acervo documental inerente às Redes de saúde interfederativas estudadas permitiu sistematizar os procedimentos metodológicos desenvolvidos ao longo da pesquisa documental e nos favoreceu a visibilidade da relação intrínseca entre a organização e o tratamento dos dados.

Para proceder à análise dos dados, foram utilizados os aspectos qualitativos do método de análise de conteúdo, definido por Bardin (2011) como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Acrescenta, ainda, que a intenção da análise de conteúdo “é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (qualitativos ou não)” (BARDIN, 2011, p. 44).

Bardin (2011, p. 125) sugere três polos cronológicos para a análise de conteúdo: “a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”.

No que diz respeito à pré-análise, constitui-se da organização da pesquisa, tornando operacionais e sistemáticas as ideias iniciais, conduzindo de maneira precisa o desenvolvimento das operações, num plano de análise. A organização desta foi realizada por meio de leitura prévia sobre conceito, características, e os demais conteúdos referentes à regionalização das ações e serviços de saúde, em seguida, realizado um levantamento de



documentos que orientam o processo de regionalização da saúde na região TOPAMA e PEBA.

Utilizou-se como critério de seleção para os documentos utilizados na pesquisa a disponibilidade e a facilidade de acesso. Definiu-se, assim, o universo da pesquisa e a construção do corpus. Vale destacar que alguns documentos não foram objeto de análise (PDR, PDI e PPI dos estados envolvidos, PDI e PPI interestadual das regiões estudadas, atas de reuniões inerentes à construção das redes interfederativas TOPAMA e PEBA), pois até o término da pesquisa não foram disponibilizados.

Após leitura flutuante do corpus, identificaram-se elementos comuns, que permitiu o seu agrupamento, classificando-os em categorias (BARDIN, 1977). “A categorização tem como primeiro objetivo (da mesma maneira da análise documental) fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos” (BARDIN, 2011, p. 148). A autora acrescenta ainda que a categorização “é uma operação de classificação de elementos construtivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos” (BARDIN, 2011 p.145).

Adotou-se como critério de categorização a unidade temática que, para Minayo (2008, p. 209), “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Nesse sentido, utilizou-se como instrumento a grelha de categorização dos dados do subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA e PEBA, possibilitando avançar nas novas fases de construção do objeto de estudo.

Uma vez identificadas e codificadas as unidades de análise, iniciou-se a interpretação dos dados a partir da fundamentação teórica definida a priori. No tratamento dos resultados, na inferência e na interpretação dos dados, analisou-se o desenho organizativo da região, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Pacto pela Saúde surge no cenário brasileiro em busca da consolidação da equidade social, trazendo a regionalização como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde e orientando a organização das ações e serviços de saúde por meio da construção de Redes de Atenção à Saúde como estratégia essencial para desenvolvimento e o fortalecimento da gestão.

O Decreto 7.508/2011, ao regulamentar os aspectos da LOS 8080/90, consagrou um novo marco nas relações interfederativas para organização do SUS desde o planejamento à assistência à saúde. Instituiu o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP como um acordo de cooperação entre os entes federados na organização e integração das ações e serviços de saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas nas regiões de saúde, fortalecendo a governança regional.

Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa atrelados à regionalização das ações e serviços de saúde como diretriz organizativa no processo de reordenamento das ações e serviços de saúde e os processos necessários para implantação de Rede de Saúde regionalizada e hierarquizada.

Os resultados foram organizados em categorias temáticas, que emergiram do universo de análise, de acordo com os temas investigados nessa pesquisa, sendo expressos no Quadro 5.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	INDICADORES	UNIVERSO DE ANÁLISE	UNIDADES DE ANÁLISE
Planejamento e Organização da Rede Regional	Gestão regional; Características da região; Instrumentos de gestão; Construção da rede regional; Condições sanitárias e de saúde; Gestão participativa; Regionalização solidária; Desenho organizativo da rede.	Documentos de Regionalização Interfederativa.	Subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA;  Subprojeto QualiSUS-Rede PEBA;
Estruturação e Gestão do Sistema Regional	Instâncias regionais de governança; Papel dos entes federados; Gestão compartilhada; organização dos fluxos assistências; Gestão dos serviços de saúde; Fortalecimento de gestão regional; Capacidade instalada; Acesso à rede; Sistema de apoio logístico.		
Investimentos	Financiamentos; instrumentos de financiamento; repasse financeiro; alocação de recursos.		
Equidade e	Atenção integral à saúde; acesso aos		

Acessibilidade	serviços de saúde; usuário na rede de atenção à saúde; Descrição das redes temáticas; Prioridades de assistência para as regiões; capacidade instalada; arranjo organizativo das RAS.		
----------------	---	--	--

Quadro5: Grelha de categorização

Fonte: Pesquisa documental

Na interpretação dos documentos que constituem a Rede de Atenção à Saúde regionalizada, resgataram-se conceitos e informações dos SUS, das relações interfederativas, do Pacto pela Saúde e da Atenção Básica como porta de entrada da rede.

Dentre as dificuldades encontradas para a realização desta pesquisa está o acesso aos documentos que tratam da Regionalização das regiões estudadas tanto na busca ativa nas Secretarias de Saúde dos Estados que compõem as redes, como também nas buscas on-line a partir dos sites do Ministério da Saúde. Entretanto, por se tratar de duas regiões distintas, as dificuldades expressas também foram distintas, haja vista que as regiões se encontram em momentos diferentes de implementação da rede.

Os resultados serão apresentados em forma de descrições cursivas organizadas em categorias e subcategorias (Quadro 6), acompanhadas de exemplificação de unidades para cada categoria, utilizando Tabelas, Quadros e mapas, seguidos de descrições cursivas.

<b>1. Planejamento e Organização da Rede Regional</b>	<b>2. Estruturação e Gestão do Sistema Regional</b>	<b>3. Investimentos</b>	<b>4. Equidade e Acessibilidade</b>
1.1 Composição da Rede	2.1 Sistema de Gestão Regional	3.1 Fontes de Investimentos	4.1 Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde
1.2 Caracterização das Regiões	2.2 Papel dos entes Federativos (instâncias de cogestão)		4.2 Rede de Atenção Psicossocial
1.3 Processo de Construção da Rede	2.3 Fluxo Assistencial		4.3 Rede de Atenção às Urgências
	2.4 Sistema de Informação		

Quadro 6: Apresentação das categorias e subcategorias para análise

Fonte: Pesquisa documental

#### 4.1 PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA REDE REGIONAL

O Pacto pela Saúde, principalmente na sua dimensão do Pacto de Gestão, busca transcender desafios para efetiva consolidação do SUS, especialmente no que se refere ao

aprofundamento nas estratégias de regionalização, das relações federativas, participação social e a qualificação das ações do SUS por meio da organização de redes integradas, hierarquizadas e regionalizadas de saúde.

Nesse cenário, para apoiar a organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção, superar a fragmentação das ações e dos serviços, qualificar o cuidado de saúde e da gestão em saúde, o Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, instituiu o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (QualiSUS-Rede), que, em seu teor, representa um importante instrumento para consolidação desse sistema (BRASIL, 2011).

Para efetivação desse projeto e construção de responsabilidades e atribuições de cada ente federado, é necessário o cumprimento e a elaboração de mecanismos de organização loco regional que busque um consenso e priorize os problemas de saúde, a fim de pactuar soluções adequadas à qualificação do SUS e à melhoria das condições de saúde no âmbito da região de saúde, assegurando participação do conjunto de municípios que compõem o território regional.

O processo de planejamento e organização de rede regional representa a efetivação do Pacto pela Saúde em suas três dimensões. Remete ao pacto pela vida com o consenso de prioridades que expressam a realidade loco regional, evidenciando o Pacto em Defesa do SUS, garantindo os compromissos entre os entes federados, a participação social e o Pacto de Gestão, que vem definir as responsabilidades em cada instância de gestão.

Desse modo, em sintonia com as concepções de Molina (2004, p.86), o planejamento deve ser pensado como um instrumento “capaz de resolver os obstáculos organizacionais”, racionalizando as prioridades e os recursos humanos e de materiais, para, dessa maneira, facilitar a satisfação das demandas sociais.

Na Região TOPAMA e Região PEBA, a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Plano Municipal de Saúde (PMS), como instrumentos de planejamento local, é fundamental, uma vez que estes contribuem para uma maior clareza nas linhas de ação a serem trabalhadas no processo de tomada de decisão.

A elaboração e a formalização desses instrumentos de gestão tornam-se cada vez mais necessário, à medida que se consolida a política de saúde pública no Brasil, principalmente no tocante à garantia da direção única de cada esfera de governo na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços um dos princípios do SUS (TOPAMA, 2012 p. 53).

Tendo em vista a necessidade de elaboração dos PMS e RAG no processo de regionalização, conforme determinação do Ministério da Saúde, as Tabelas 1a e 1b apresentam os municípios por CIR, que elaboraram tais instrumentos:

Tabela 1a – Municípios que elaboraram o RAG e o PMS nas regiões que compõem a rede

<i>UF</i>	<i>Região de Saúde</i>	<i>Nº Municípios</i>	<i>PMS</i>	<i>Sem PMS</i>	<i>RAG Apreciado e Aprovado no CMS</i>	<i>RAG Em Análise Pelo CMS</i>	<i>Sem Informação dos PMS</i>
<b>TOCANTINS</b>	7	65	64	1	65	-	-
<b>PARÁ</b>	5	22	12	6	16		4
<b>MARANHÃO</b>	2	23	18	3	15	1	2
<b>TOTAL</b>	14	110	94	10	96	1	6

Fonte: TOPAMA (2012)

Quando observada a elaboração do RAG e PMS por estado, nota-se que, na Região TOPAMA, o estado do Tocantins, na totalidade de municípios que compõem a rede, foi o que obteve maior elaboração, aprovação pelos respectivos conselhos e envio dos relatórios.

Tabela 1b – Municípios que elaboraram o RAG e o PMS nas regiões que compõem a rede

<i>UF</i>	<i>Região de Saúde</i>	<i>Nº Municípios</i>	<i>PMS</i>	<i>Sem PMS</i>	<i>RAG Apreciado e Aprovado no CMS</i>	<i>RAG Em Análise Pelo CMS</i>	<i>Sem Informação RAG</i>
<b>BAHIA</b>	3	27	22	5	19	-	8
<b>PERNAMBUCO</b>	3	25	20	5	20	-	5
<b>TOTAL</b>	6	52	42	10	39	-	13

FONTE: PEBA (2012)

Na Região PEBA, observa-se semelhança entre as informações por municípios em que apenas cinco (5) municípios de cada região não informaram os PMS.

Considerando a regionalização como um caminho para fortalecer o processo de descentralização das ações e serviços de saúde disponíveis para os usuários do SUS, este deve ser conduzido de modo a estimular a identificação e discussão em torno dos problemas e “gargalos” existentes, estimulando a criatividade dos gestores e demais envolvidos neste processo a buscarem juntos as soluções e os meios mais adequados para o avanço do Sistema Único de Saúde. Para isso, a elaboração do Relatório Anual de Gestão e o Plano Municipal de Saúde são fundamentais, haja vista serem instrumentos basilares no processo de construção do SUS local como ferramenta de acompanhamento da gestão.

A elaboração desses instrumentos proporciona expressão concreta de planejamento, contudo, fazem-se inferências quanto à qualidade desses documentos, “uma vez que não definem com a clareza necessária os recursos humanos e materiais suficientes à infraestrutura viável a rede de serviços de saúde” (Molina, 2004 p.87), e ao impacto que, realmente, estes instrumentos vêm acarretando à gestão, como documento orientador de um planejamento ou apenas um cumprimento de obrigatoriedade.

O planejamento deve ser entendido como mecanismo de organização regional, visto como “instrumento de trabalho e de referência para gestão da saúde” (BRASIL, 2010 p.24), “indicando compromissos, direitos, metas e formas de financiamento das ações e serviços referenciados a fim de promover a garantia de acesso e a integralidade da atenção” (BRASIL, 2010 p. 23).

Partindo dessa premissa, o planejamento das regiões deve ser pensado como uma estratégia de gestão que identifique as necessidades loco regional e que contemple o papel de cada ente federado no processo de regionalização, de modo que possibilite minimizar os obstáculos organizacionais e que racionalize as prioridades e os recursos humanos e materiais, para, dessa maneira, resolver as demandas reprimidas nas ações de saúde, utilizando como instrumentos o PDR, o PDI e o PRS.

No que tange ao planejamento das regiões TOPAMA e PEBA, observa-se disparidade nas formas de planejamento, pois cada estado que compõe as redes de saúde utilizam diferentes instrumentos de gestão e planejamento preconizados no Pacto pela Saúde, como mostra o Quadro7.

ESTADOS	PRS	PDR	PDI
Tocantins	X	X	X
Pará	X	X	X
Maranhão	-	X	-
Pernambuco	-	X	X
Bahia	-	X	X

Quadro7: Estados das redes TOPAMA e PEBA X Instrumentos de gestão e planejamento regional

Fonte: Dados extraídos do Subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA e PEBA (2012).

Considerando o Plano Regional de Saúde (PRS) como um dos instrumentos de planejamento que visa a identificar as principais necessidades em saúde de determinada região e define o conjunto de estratégias e ações para cada uma das prioridades identificadas, na região TOPAMA observa-se um desalinhamento na organização e estruturação de planejamento entre os estados que compõem a rede, haja vista que o documento em análise (Subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA) menciona que os estados do Tocantins e Pará trabalham com o PRS e que o Maranhão

ainda não elaborou. Desse modo, nota-se que a organização e o planejamento regional no estado do Maranhão estão aquém quando comparado aos outros dois estados.

Nota-se, ainda, divergência entre as informações do subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA e o Ministério da Saúde, o qual traz que o estado do Maranhão não enviou o PDR e o PDI (BRASIL, 2013).

Uma questão para reflexão que se pode fazer é: como falar em organização e planejamento regional/interestadual, em intervenção nas causas dos problemas, baseando-se em decisões de intervenção pautadas nas evidências, se o conjunto, neste caso os estados, encontram-se com diferentes formas de organização dos instrumentos de gestão?

Na rede TOPAMA, percebe-se, ainda, as iniciativas e avanços no processo de regionalização no estado do Tocantins. O estado lançou, em 2013, o documento de “*Regionalização Solidária e Cooperativa*”, que descreve a trajetória histórica do processo de regionalização no estado, apresentando-o como “primeiro estado a aderir ao pacto pela saúde reafirmando a cooperação entre as esferas de governo” e trata da conformação das regiões de saúde construídas à luz do Decreto 7.508/11 (TOCANTINS, 2013, p. 107).

Tal documento apresenta o terceiro desenho de regionalização do estado, definindo novas regiões de saúde, conforme o decreto supramencionado, e reconhece a necessidade da criação e fortalecimento da cultura de gestão solidária e cooperativa, partindo-se do pressuposto que os entes federativos sozinhos não conseguem resolver os problemas de saúde, gestão e operacionalização das ações e serviços (TOCANTINS, 2013).

É expressiva a sintonia das propostas do estado do TO com os objetivos do Pacto pela Saúde, tendo em vista o fortalecimento da Governança Regional por meio da organização de uma rede de ações e serviços de atenção à saúde integral e resolutiva, traçando um caminho efetivo para consolidação do SUS.

Na região PEBA, nota-se paridade nos instrumentos de planejamento, garantindo um desenho regional articulado e coeso para a regionalização interfederativa. Aponta possibilidades de arranjos organizacionais para a rede loco regional e interestadual que garanta, no processo de reordenamento das ações e serviços de saúde, acesso, resolutividade e integralidade da atenção. O Subprojeto QualiSUS da rede PEBA não menciona que os estados trabalham com o PRS.

#### 4.1.1 Composição das Redes

Embora o Subprojeto QuliSUS-Rede tenha sido elaborado no ano de 2012, o desenho da região TOPAMA não está em conformidade com o Decreto nº 7508/2011, sendo em sua primeira organização descrito conforme os dados apresentados nas Tabelas 2a, 2b, e 2c.

O estado do TO está representado na rede TOPAMA por 65 municípios. É composto por 7 CIR.

Tabela - 2a. Colegiados de Gestão Regional que compõem a rede TOPAMA

<i>ESTADO</i>	<i>MACROR REGIÃO</i>	<i>COMISSÃO INTERGESTO RES REGIONAL</i>	<i>MUNICÍPIOS</i>	<i>POPULAÇÃO (habitantes)</i>
TO	CENTRO NORTE	BICO DO PAPAGAIO	14	128.712
		PORTAL DO BICO	7	48.276
		MÉDIO ARAGUAIA	7	38.813
		MÉDIO NORTE	13	237.943
		ARAGUAIA TOCANTINS	10	65.045
		LOBO GUARÁ	8	57.470
		CULTURA DO CERRADO	6	26.109
<b>TOTAL</b>		<b>7</b>	<b>65</b>	<b>602,368</b>

FONTE: TOPAMA (2012)

O estado do PA está representado na rede TOPAMA por 5 CIR, que compreende 22 municípios, como mostra a Tabela 2b.

Tabela – 2b. Colegiados de Gestão Regional que compõem a rede TOPAMA

<i>ESTADO</i>	<i>MACROR REGIÃO</i>	<i>COMISSÃO INTERGESTO RES REGIONAL</i>	<i>MUNICÍPIOS</i>	<i>POPULAÇÃO</i>
PA	SUDESTE	ITACAIUNAS / TOCANTINS	4	350.894
		SERRA DAS ANDORINHAS	6	89.361
		BR 222	4	120.361
		LAGO DO TUCURUÍ	4	242.107
		SERRA DOS CARAJÁS	4	230.698
<b>TOTAL</b>		<b>5</b>	<b>22</b>	<b>1.033.421</b>

Fonte: TOPAMA (2012)

O estado do Maranhão está representado por 2 CIR, compostas por 23 municípios.



Tabela - 2c. Colegiados de Gestão Regional que compõem a rede TOPAMA

<i>ESTADO</i>	<i>MACROR REGIÃO</i>	<i>COMISSÃO INTERGESTO RES REGIONAL</i>	<i>MUNICÍPIOS</i>	<i>POPULAÇÃO</i>
MA	IMPERATRIZ	AÇAILANDIA	8	269.834
		IMPERATRIZ	15	489.278
<b>TOTAL</b>		<b>2</b>	<b>23</b>	<b>759,112</b>

Fonte: TOPAMA (2012)

Após elaboração do Subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA, a organização das regiões intraestaduais que compõem a rede sofreu modificações, sendo repactuada e adequada ao Decreto 7508/2011.

Em conformidade com as normativas do Decreto, o estado do TO definiu as novas Regiões de Saúde/CIR passando de 15 (quinze), dentre as quais sete faziam parte da rede TOPAMA, para 8 (oito) CIR<sup>10</sup>, dentre as quais apenas 3 passaram a compor a rede TOPAMA, e estabeleceu as ações e serviços mínimos a serem ofertados nesses territórios, quando ficou definido que cada região deverá ofertar no mínimo:

- I. Atenção Primária: 80% de cobertura Estratégia de Saúde da Família e suficiência da Atenção Básica na região;
- II. Urgência e Emergência: 01 Pronto Socorro funcionando 24h todos os dias da semana com cirurgia geral e atendimento obstétrico de risco habitual (cesárea) na região.
- III. Atenção Psicossocial: Possuir pelo menos 01 Centro de Atenção Psicossocial na região;
- IV. Atenção Ambulatorial especializada e Hospitalar: atendimento ambulatorial em clínica médica e cirurgia geral e hospitalar nas clínicas médicas, cirúrgicas e obstétricas;
- V. Vigilância em Saúde: equipe de vigilância constituída legalmente no município (TOPAMA, 2013 p.145).

Com a alteração das regiões no estado do TO, a rede TOPAMA passou a ser composta por 03 CIR, como mostra a Figura 4:

<sup>10</sup> Aprovada pela Resolução CIB/TO nº161, de 29 de agosto de 2012, considerando as prerrogativas do Decreto 7.508/2011.



Figura 4 – Desenho das CIR Tocantins à luz do decreto 7.508/2011  
Fonte: Adaptado do Google maps

Tendo em vista que os avanços para regionalização dependem da construção de desenhos regionais que respeitem as realidades locais e de CIR fortalecidas como espaço ativo de cogestão, o estado do PA também repactuou o desenho de regionalização que passou a ser conformado por 12 Regiões de Saúde/CIR<sup>11</sup>, sendo 2 dessas regiões integradas à região TOPAMA ilustrada na Figura 5.

---

<sup>11</sup> Aprovada pela Resolução CIB/PA nº 83, de 16 de Abril de 2012, considerando as prerrogativas do Decreto 7.508/2011.

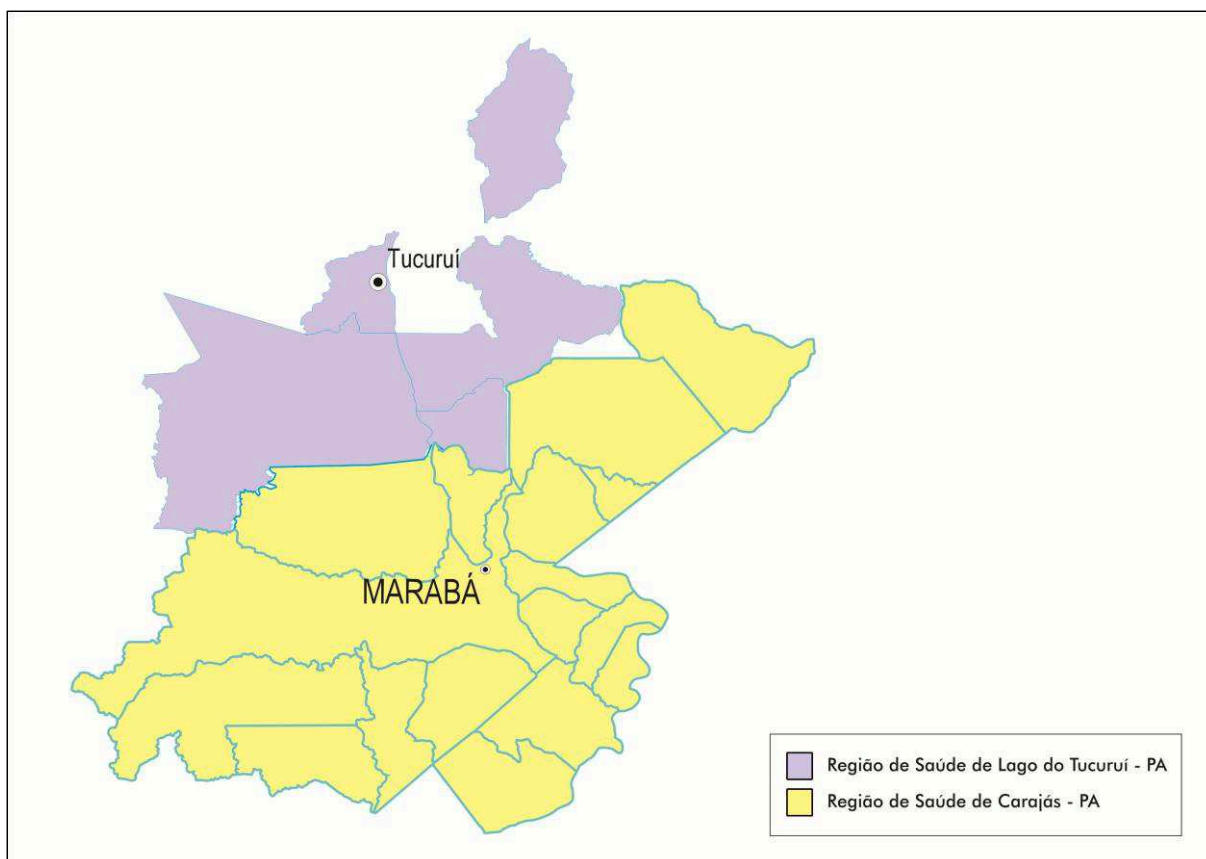


Figura 5 – Desenho das CIR Pará à luz do decreto 7.508/2011.  
Fonte: Adaptado do Google mapas

A organização das Regiões de Saúde no estado do MA informada à CIT ocorreu em 2011 (BRASIL, 2013), permanecendo sem alterações, sendo estas organizadas em 19 Regiões de Saúde/CIR e 08 macrorregiões<sup>12</sup>. No estado do MA, a região TOPAMA está composta por duas CIR, como ilustra a Figura 6.

---

<sup>12</sup> Aprovada pela Resolução CIB/MA nº 44, de 16 de Junho de 2011, não estando ainda de acordo com as prerrogativas do Decreto 7.508/2011.

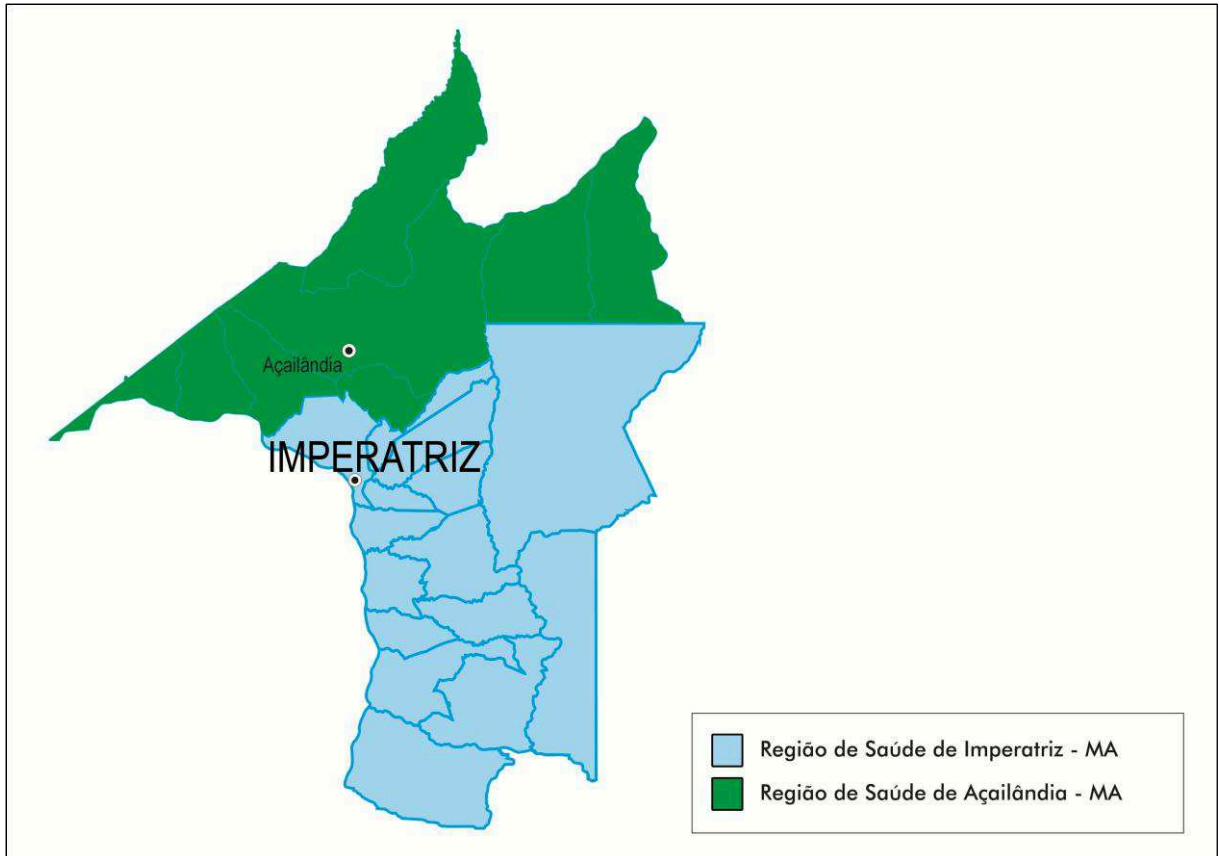


Figura 6 – Desenho das CIR Maranhão à luz do decreto 7.508/2011.  
Fonte: Adaptado do Google maps

Após a repactuação das regiões de saúde dos estados que compõem a rede TOPAMA, a região passou a ser constituída por 3 CIR TO, 02 CIR MA e 2 CIR PA, entretanto, vale ressaltar que, com as mudanças na organização das regiões de saúde dos estados, após elaboração do Subprojeto QualiSUS-Rede, não houve alteração nos municípios que compõem a rede TOPAMA, permanecendo esta composta por 110 municípios, como mostra a Figura 7.

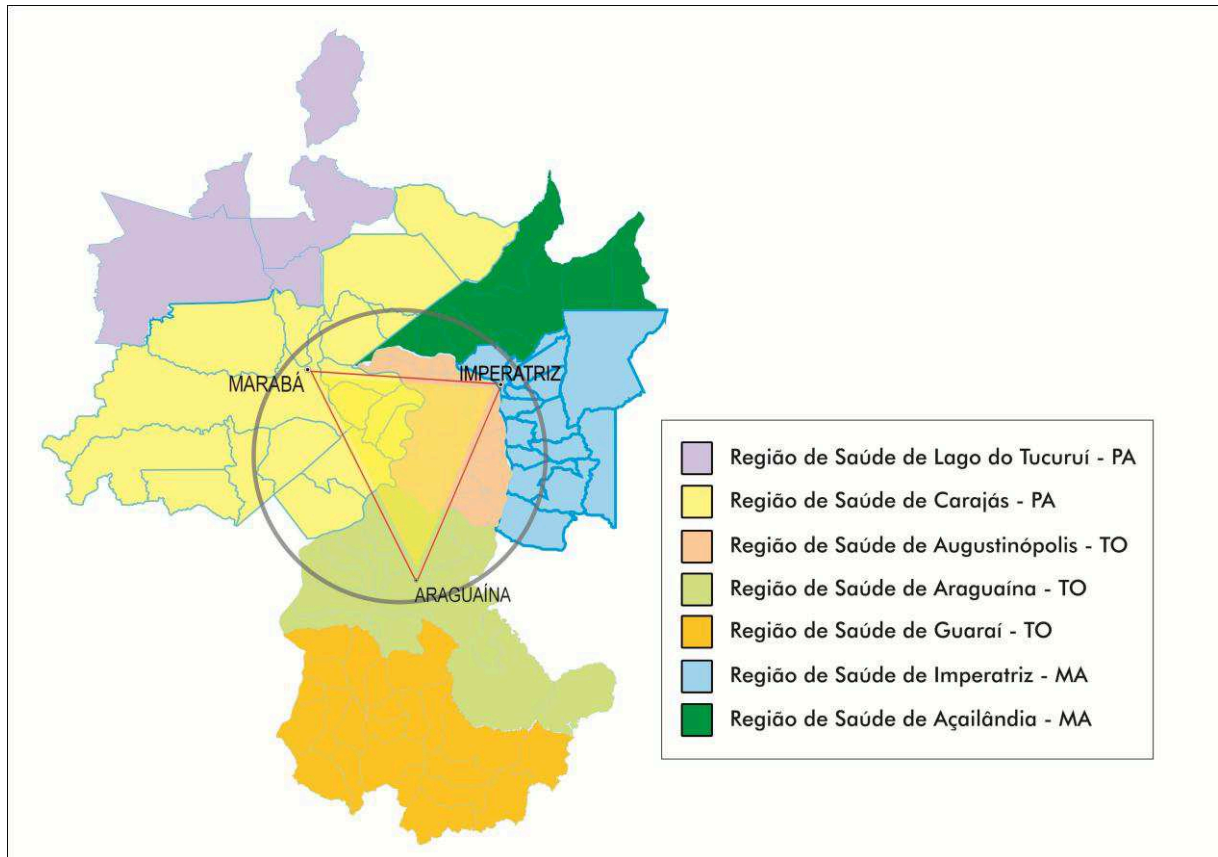


Figura 7 – Desenho das CIR TOPAMA após conformação com Decreto 7.508/2011  
 Fonte: Adaptado do Google mapas

O desenho da Região PEBA é formado por seis CIR, sendo 3 no estado da BA e 3 no estado do PE que compreende 52 municípios, conforme Figura 8.

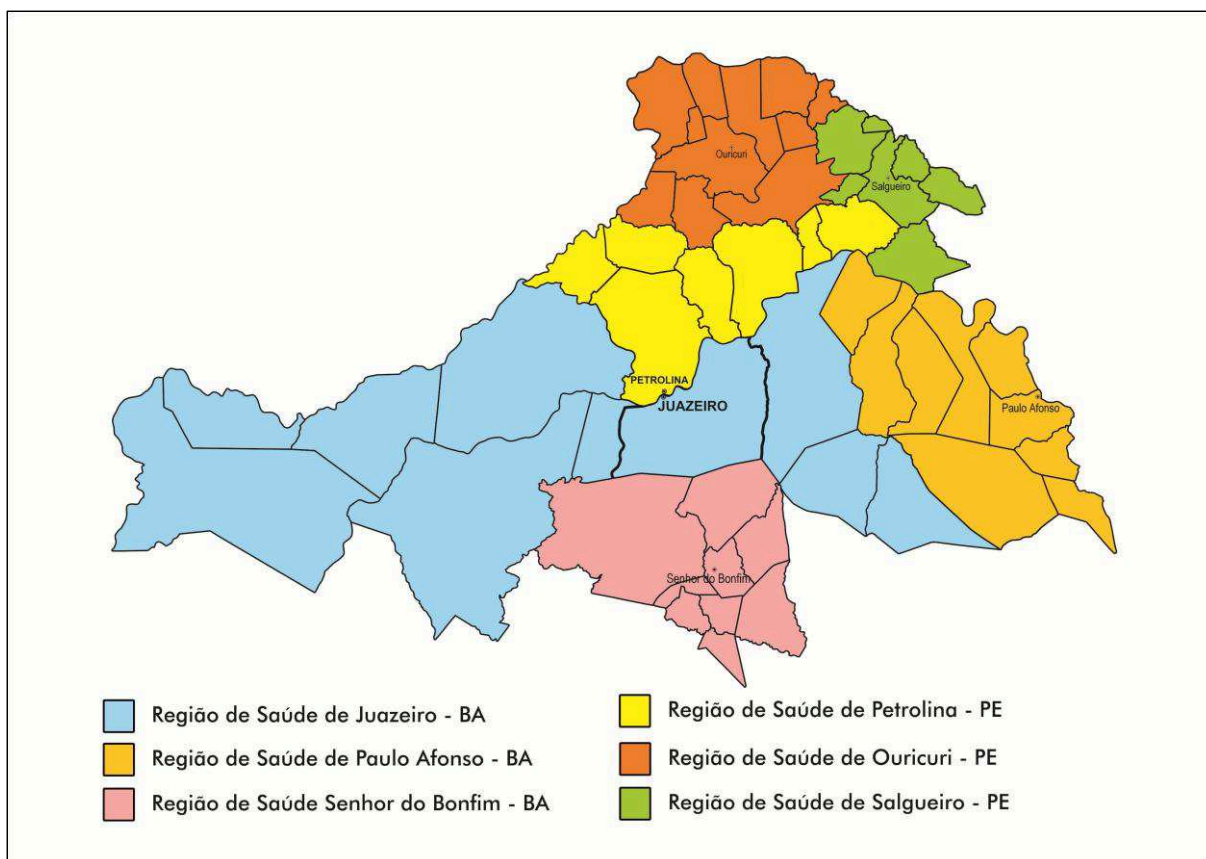


Figura 8 – Desenho das CIR da Região PEBA após conformação do Decreto 7508/2011  
 Fonte: Adaptado do Google maps

A CIR do estado do Pernambuco é composta pela macrorregional Petrolina que compreende 3 microrregionais (Petrolina, Salgueiro e Oricuri).

Tabela – 3a. Colegiados de Gestão Regional que compõem a rede PEBA

<i>ESTADO</i>	<i>MACROR REGIÃO</i>	<i>COMISSÃO INTERGESTO RES REGIONAL</i>	<i>MUNICÍPIOS</i>	<i>POPULAÇÃO (habitantes)</i>
PE	PETROLINA	ORICURI	10	309.966
		PETROLINA	7	441.861
		SALGUEIRO	8	159.786
<b>TOTAL</b>		<b>3</b>	<b>25</b>	<b>911.613</b>

Fonte: PEBA (2012)

A CIR no estado da Bahia é composta pela macrorregional Juazeiro que compreende 3 microrregionais (Juazeiro, Senhor do Bonfim e Paulo Afonso) apresentada na Tabela a seguir.

Tabela – 3b. Colegiados de Gestão Regional que compõem a rede PEBA

<i>ESTADO</i>	<i>MACROR REGIÃO</i>	<i>COMISSÃO INTERGESTO RES REGIONAL</i>	<i>MUNICÍPIOS</i>	<i>POPULAÇÃO (habitantes)</i>
BA	JUAZEIRO	JUAZEIRO	9	482.131
		PAULO AFONSO	9	238.312
		SENHOR DO BONFIM	9	286.451
<b>TOTAL</b>		<b>3</b>	<b>27</b>	<b>1.006.894</b>

Fonte: PEBA (2012)

A organização das regiões de saúde da Rede PEBA apresentada no Subprojeto QualiSUS foi estruturada de modo que não houve alteração após publicação do decreto nº 7508/2011, o que diverge da região TOPAMA.

O estado do Pernambuco está organizado em 12 CIR, dentre as quais 3 fazem parte da rede PEBA, como mostra a Figura 9.

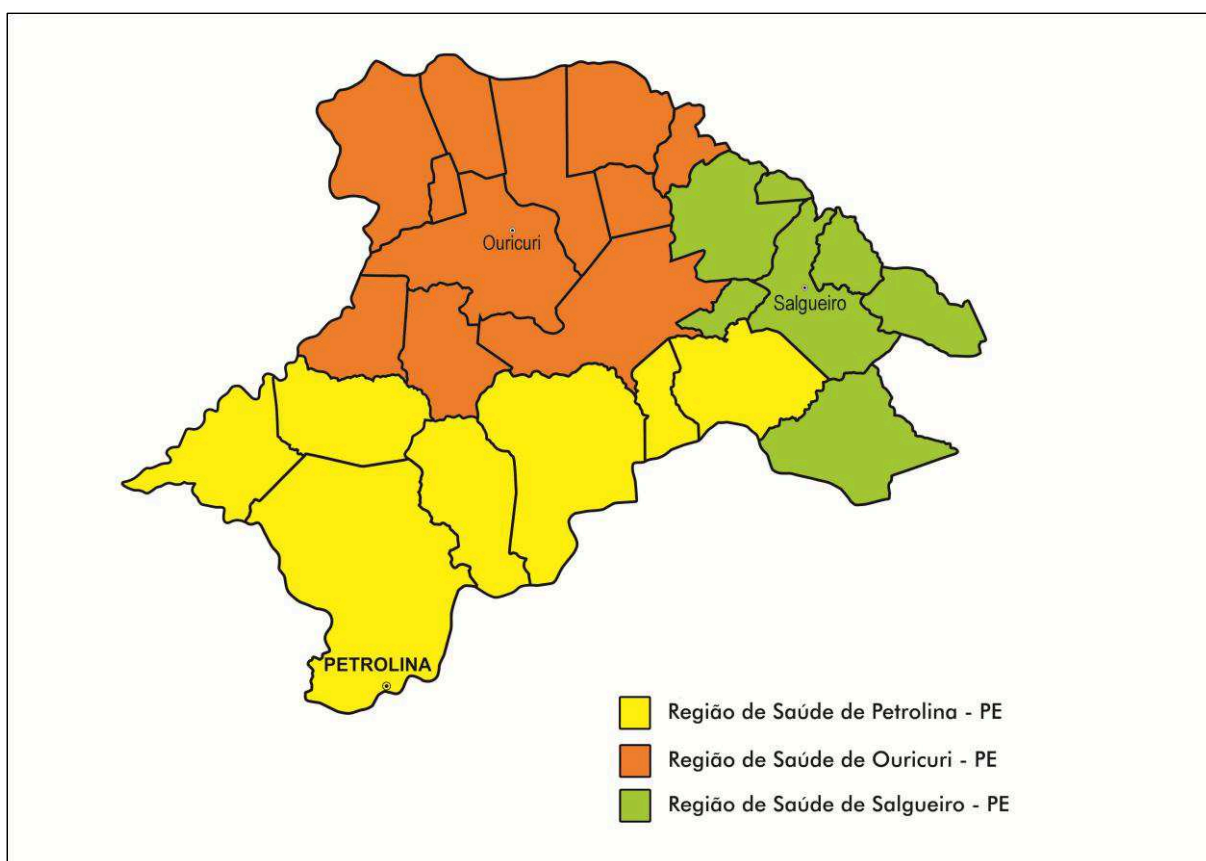


Figura 9 – Desenho das CIR Pernambuco à luz do decreto 7.508/2011.

Fonte: Adaptado do Google mapas

O estado da Bahia está estruturado em 28 CIR<sup>13</sup>, dentre as quais 3 compõem a Rede PEBA ilustrada na Figura 10. A composição dos municípios de uma das regiões de saúde do estado da Bahia foi alterada após elaboração do subprojeto QualiSUS, deixando o município

<sup>13</sup> Resolução CIB nº 275/2012.

de Canudos de compor a região de Serrinhas, sendo transferido para a Região de saúde de Juazeiro<sup>14</sup>.

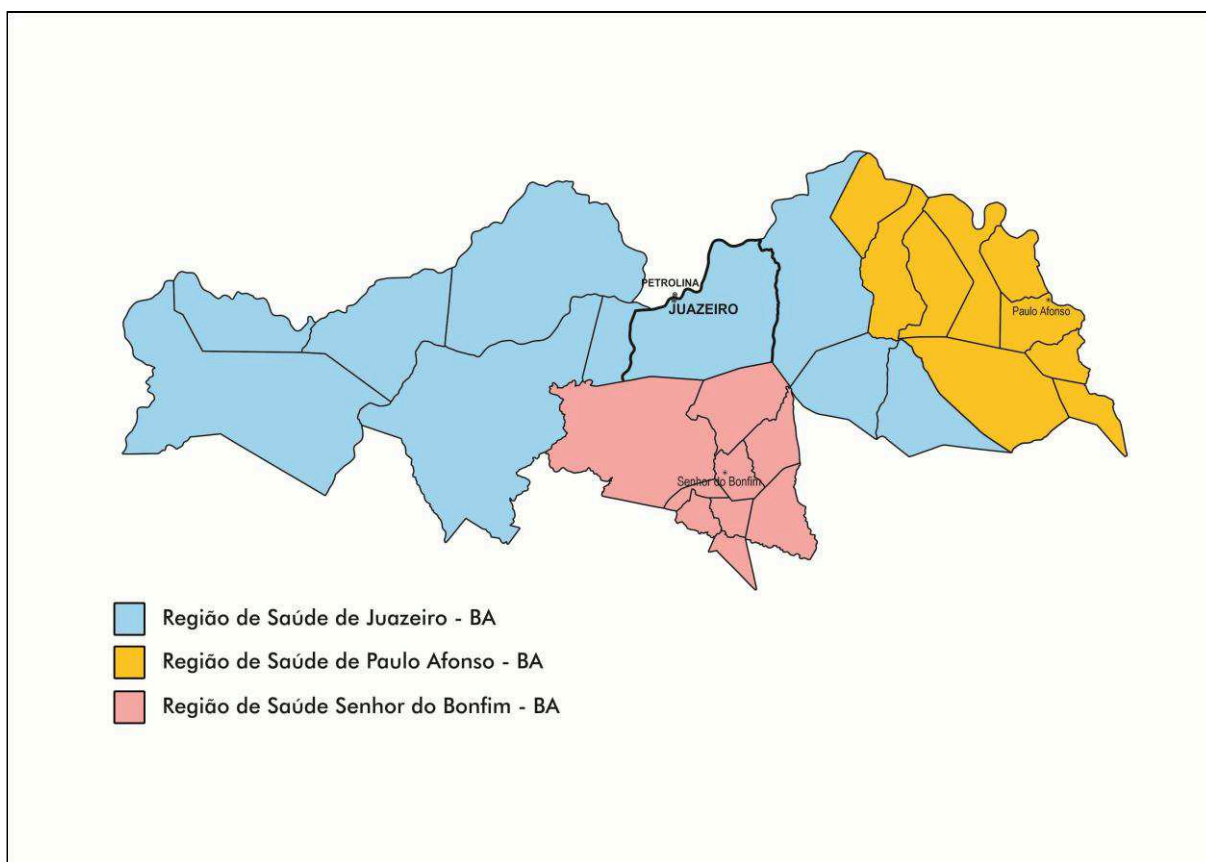


Figura 10 – Desenho das CIR Bahia à luz do decreto 7.508/2011

Fonte: Adaptado do Google maps

A Tabela 4 ilustra o histórico da instituição de regiões informadas à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos estados que compõem a Rede TOPAMA e a Rede PEBA a partir de 2007.

Tabela 4 - Histórico da instituição das Regiões de Saúde informada à CIT no período de 2007 a 2012.

<i>UF</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
<i>TO</i>	15	15	15	15	15	8	8
<i>PA</i>			19	19	23	12	12
<i>MA</i>					19	19	19
<i>PE</i>		11	11	11	11	12	12
<i>BA</i>	30	28	28	28	28	28	28

Fonte: Ministério da Saúde (2013)

Tendo em vista que as regiões de saúde têm por finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde, a Tabela 4 evidencia

<sup>14</sup> Resolução CIB nº 070/2013.



distanciamentos no processo de organização das regiões de saúde dos estados que compõem a rede TOPAMA, fato este que contribui para as fragilidades e fragmentação na articulação interfederativa, conseqüentemente, o planejamento e assistência à saúde.

Ainda sobre a organização das regiões de saúde, percebe-se que os estados que compõem a rede PEBA apresentam uma proximidade na construção da primeira pactuação das regiões de saúde enviadas ao MS, fato este favorável para uma relação interfederativa integrada.

Outra singularidade que a região PEBA apresenta em relação à TOPAMA, além de estar estruturada com as CIR, a região dispõe do Colegiado Regional Interestadual (CRIE), para garantir o acesso, resolubilidade e integralidade da atenção, permitindo, portanto, um encontro solidário, cooperativo e responsável entre os entes federados, uma vez que a região não é de exclusiva jurisdição de nenhum dos estados, fortalecendo, desse modo, a governança regional.

#### 4.1.2 Caracterização das Regiões

As regiões TOPAMA e PEBA apresentam características semelhantes e distintas. No que tange às semelhanças, ambas as regiões apresentam IDH médio e uma distribuição populacional de forma bastante desigual, onde apenas 12 e 09 municípios apresentam população acima de 50.000 habitantes para região TOPAMA e PEBA, respectivamente. Entretanto, apresentam distinção nos indicadores sanitários, de educação e saúde.

A Tabela 5 demonstra os indicadores de IDH e educação das regiões TOPAMA e PEBA.

Tabela 5: Indicadores de IDH e Educação das regiões

INDICADORES	TOPAMA	PEBA
IDH	0,6429	0,626
Analfabetismo (%)	15,26	25,60

Fonte: Dados extraídos do subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA e PEBA (2012) com base na Sala de Situação MS 2011.

A Tabela 5 evidencia que as regiões estudadas possuem um IDH médio quando comparado à classificação da ONU, acima de 0,499 e abaixo de 0.799. Contudo, mesmo com

um IDH considerado médio, essas regiões encontram-se muito próximas ao IDH baixo, ratificando, assim, a necessidade de implantar e implementar políticas públicas de saúde, educação e assistência social na região, devendo serem assumidas pelos gestores como possibilidades de redução das desigualdades sociais.

Outro fator preocupante, que corrobora para o fortalecimento das Políticas Públicas, é o índice de analfabetismo, pois uma parcela significativa da população adulta dos estados é analfabeta. O documento analisado (Subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA) expressa que estado do TO é o que apresenta menor índice de analfabetismo entre os estados da Rede. Quanto à rede PEBA, o documento (Subprojeto QualiSUS-Rede PEBA) não expressa esse segmento com divisão dos estados, todavia, observa-se que as duas regiões estudadas estão com um alto índice de analfabetismo, com destaque para a região PEBA.

No que se refere às condições sanitárias, a realidade das regiões estão expressas na Tabela 6.

Tabela6: Indicadores sanitários das regiões

<b>INDICADORES (%)</b>	<b>TOPAMA</b>	<b>PEBA</b>
Abastecimento de água rede pública	63,8	-
<b>Esgotamento sanitário</b>	<b>6</b>	<b>39</b>
Energia elétrica	-	88
Coleta de lixo	65	61

Fonte: Dados extraídos do subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA e PEBA (2012) com base no SIAB 2011

Nota-se divergência na distribuição e organização dos indicadores sanitários. Percebe-se que a Região TOPAMA apresenta uma cobertura de esgotamento sanitário muito aquém quando comparada à região PEBA. Entretanto, faz-se necessária uma melhoria na cobertura de água e esgoto nas duas regiões como medidas fundamentais para o combate a doenças emergentes e verminoses, para, assim, melhorar as condições de higiene das populações. Considerando, ainda, que o lixo é outro fator predisponente para disseminação de doenças, observa-se a necessidade de implementação de medidas para coleta e acondicionamento correto dos resíduos sólidos nas duas regiões.

Vale destacar que o subprojeto QualiSUS-Rede PEBA não expressa o abastecimento de água na região, assim como o Subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA não expressa a cobertura de energia elétrica.

Quanto às condições de vida e saúde da população das regiões interestaduais, observa-se que a cobertura de ações e serviços ainda é escassa nas duas Regiões estudadas, como mostram as Tabelas 7a, 7b e 7c.

Tabela 7a - Distribuição da Cobertura de Ações e Serviços de Saúde na Atenção Primária TOPAMA

TOPAMA	MACRORREGIÃO	PSF %		ACS%	
		COB PSF	COB. Pop.	COB. ACS	COB Pop.
	CENTRO NORTE	72,73	89,45	95,40	99,84
	SUDESTE	27,50	36,35	64,93	86,94
	IMPERATRIZ	54,43	71,50	75,54	92,62
	<b>TOTAL MÉDIO</b>	<b>47,49</b>	<b>60,85</b>	<b>75,91</b>	<b>91,97</b>

Fonte: TOPAMA (2012)

Tabela 7b - Distribuição da Cobertura de Ações e Serviços de Saúde na Atenção Primária TOPAMA

TOPAMA	MACRORREGIÃO	Saúde Bucal %	NASF %	Equipe mínima vigilância Saúde (N)	Consultas médicas básicas / habitantes	Consultas Médicas / Especialidades
	SUDESTE	15,15	09	22	0,67	0,27
	IMPERATRIZ	31,64	12	23	0,55	0,20
	<b>TOTAL MÉDIO</b>	<b>30,56</b>	<b>32</b>	<b>110</b>	<b>0,78</b>	<b>0,20</b>

Fonte: TOPAMA (2012)

Tabela 7c - Distribuição da Cobertura dos Serviços de Saúde na Atenção Primária PEBA

PEBA	MACRORREGIÃO	Nº Municípios	População	Nº ESF	Cobertura (%)	Saúde Bucal (Nº)	Nº NASF
	PETROLINA	25	911.613	203	71	150	16
	<b>TOTAL MÉDIO</b>	<b>52</b>	<b>1.918.507</b>	<b>414</b>	<b>70</b>	<b>310</b>	<b>16</b>

Fonte: PEBA (2012)

As áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde são bastantes heterogêneas, decorrentes da qualidade de vida de cada município, em função de determinantes ambientais demográficos e das políticas sociais bem diversificadas nas regiões.

O estado do TO apresenta as melhores coberturas da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Agente Comunitário de Saúde (EACS). Consequentemente, é o estado com maior oferta de consultas médicas básicas por habitantes, reduzindo as consultas por especialidade. O estado do PA possui a menor cobertura de ESF e EACS. Logo, ofertou mais consultas médicas por especialidade. Contudo, o estado do MA, mesmo ofertando maior cobertura de ESF e EACS, comparado ao PA, ofertou menos consulta médica básica por habitante.

O documento da região PEBA não evidencia o número de consultas médicas básicas e consultas médicas por especialidade.

Nota-se incoerência nas afirmações expressas no documento do Subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA representadas nas Tabelas 7a e 7b, uma vez que uma menor cobertura de

ESF e EACS consequente terá uma menor oferta de consulta por habitantes no nível da ABS, o que evidencia deficiência no serviço ofertado e/ou ainda falta de especialistas que também, por conseguinte, levaria a dados de menor número de consultas em especialidades. Assim, os dados não são contundentes por falta de cruzamento com outros dados, que não são objetos desta pesquisa, como o número de médicos especialistas disponíveis no estado, e/ou equipes completas de ESF.

Considerando o desenho da assistência materno-infantil das regiões estudadas, notam-se divergências na estruturação da rede assistencial. A Rede PEBA apresenta como iniciativa para melhoria da assistência materno-infantil a adesão à rede cegonha, enquanto a Rede TOPAMA não expressa essa adesão no subprojeto QualiSUS-Rede. Percebe-se uma paridade entre as regiões, havendo necessidade da melhoria da qualidade de assistência ao pré-natal, como mostra a Tabela 8.

Tabela 8 – Indicadores da assistência materno-infantil nas regiões

INDICADORES	TOPAMA	PEBA
Nº de partos / 2010	46.484	26.405
Idade gestacional < que 37 semanas (%)	4,91	-
Partos cesáreo (%)	39,00	29,13
Nº de gestantes > 7 consultas (%)	33,73	-
Mães entre 10 e 19 anos (%)	27,46	-
Incidência de sífilis (nº caso novo)	-	41,00
Taxa mortalidade infantil (%)	17,91	12,08
Captação de gestantes até 12ª semana (%)	-	62,73

Fonte: Dados extraídos dos documentos QualiSUS-Rede TOPAMA e PEBA, com base em dados do MS 2011.

De acordo com os dados expressos no subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA e PEBA, nota-se um alto índice de partos cesáreos se comparado ao preconizado pelo OMS<sup>15</sup>; comparando a cobertura de consultas de pré-natal, percebe-se baixa cobertura de assistência (consultas), comparando com a meta nacional<sup>16</sup>; alto índice de mortalidade infantil, demonstrando fragilidades nas condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal, refletindo o incremento de fatores socioeconômicos, de infraestrutura e prestação de serviços por políticas públicas preventivas e assistenciais. Apresenta, ainda, para a região TOPAMA uma considerável representatividade de nascidos vivos de mães entre 10 e 19 anos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo Castro et al. (2004), aponta que os adolescentes iniciam sua vida sexual cada vez mais cedo, a maioria entre 12 e 17 anos. Considerando o índice de mães entre 10 e 19 anos na região TOPAMA, correlacionado com as Tabelas 7a e

<sup>15</sup> A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15% (OMS, 1996).

<sup>16</sup> A meta nacional estabelecida para cobertura de consultas de pré-natal é de 62,91%.

7b, os dados ratificam a baixa cobertura da ABS, ocasionando, assim, falha no acompanhamento de crianças e jovens pelas ESF e EACS.

Entendendo que a adolescência é a fase da vida em que o indivíduo encontra-se em situação de aprendizagem, tais informações corroboram para a necessidade de iniciativas de educação sexual nas escolas, participação ativas UBS na atenção a crianças e adolescentes, enfim, de uma política realmente atuante para essa faixa etária, dentre outras.

Os indicadores inerentes à região PEBA foram elencados de acordo com a Portaria GM/MS Nº 1459/2011, uma vez que a região aderiu à Rede Cegonha com vistas a um novo modelo de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolubilidade, com intuito de reduzir a mortalidade materna e neonatal da região. O documento QualiSUS-Rede TOPAMA expressa que os estados estão em diferentes estágios de implantação da rede. Por essa razão, algumas informações nos indicadores apresentam-se diferentes nas regiões TOPAMA e PEBA.

Quanto ao índice de mortalidade registrado, demonstra que há homogeneidade nas regiões, tendo nas doenças do aparelho circulatório a principal causa de morte, seguida de causas externas, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Contudo, é preocupante o índice de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias que ocupam uma posição importante nas causas de mortalidade de ambas as regiões, haja vista serem consideradas doenças evitáveis. Desse modo, considerando as condições sanitárias das Regiões TOPAMA e PEBA apresentadas na Tabela 6, torna-se evidente a necessidade de intervenção imediata de políticas de saneamento e educação em saúde.

#### 4.1.3 Processo de Construção da Rede

O Projeto de Formação e Melhoria da Rede de Saúde QualiSUS-Rede<sup>17</sup> foi instituído em março de 2011, como estratégia de apoio à organização de redes regionalizadas de atenção à saúde, ponderando as prioridades expressas a partir das necessidades apontadas, de aprofundar a estratégia de regionalização, qualificar as relações federativas entre os municípios da região e organizar a rede integrada de saúde no território (BRASIL, 2011).

Trata-se de uma articulação entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, ilustrada na Figura 11.

---

<sup>17</sup>Instituído pela Portaria 396/2011.

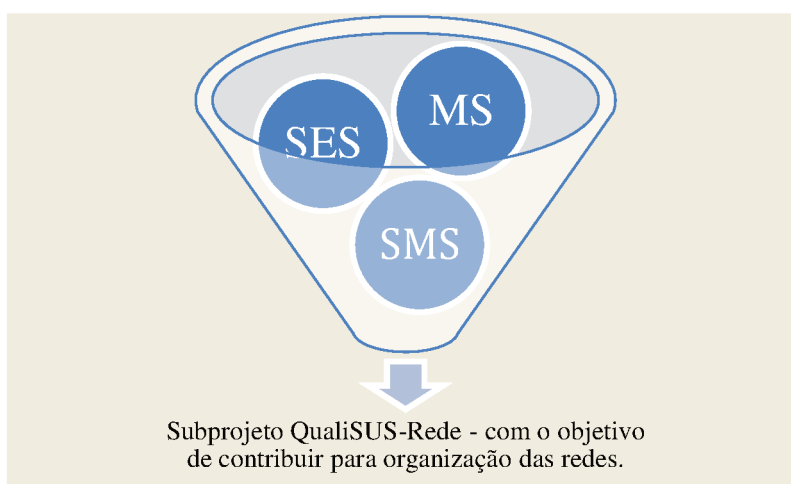


Figura 11: Articulação dos entes federados na construção das redes  
Fonte: Pesquisa documental

O Projeto QualiSUS-Rede surge com o objetivo de contribuir para organização das redes. **Expressa como prioridade o ordenamento da Atenção Primária.** Contudo, outras intenções são expressas no projeto como priorizar investimentos na atenção especializada, ambulatorial e hospitalar; na atenção de urgência e emergência; aprimorar os sistemas logísticos de suporte às redes; fortalecer os mecanismos e instrumentos de gestão governamental e organizacional em apoio à estruturação das redes de atenção; fortalecer a regionalização, a contratualização, a regulação do acesso, a responsabilização dos gestores e a participação social; qualificar o cuidado em saúde, incentivando a definição e implantação de protocolos clínicos, linhas de cuidado e processos de capacitação profissional; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos relacionados ao desenvolvimento de metodologias e processos de avaliação e gestão da qualidade; implementar gestão da inovação tecnológica em saúde (BRASIL, 2011).

Nesse processo de reordenamento, para garantir o acesso, a resolutividade e integralidade da atenção os municípios, estados e o MS discutiram modelos e formas de organização das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, foram elaborados os projetos de implementação das Redes Interestadual TOPAMA e PEBA.

A proposta de implantação do projeto na região TOPAMA ocorreu a partir do consenso CIR MACRO NORTE<sup>18</sup>, no estado do TO, CIR SUDESTE-PA<sup>19</sup>, no estado do PA, CIR IMPERATRIZ e CIR AÇAILÂNDIA<sup>20</sup>, no estado do MA, que dispõe sobre a aprovação do subprojeto QualiSUS-Rede da Região Interestadual do Bico do Papagaio – TOPAMA, e,

<sup>18</sup> Consenso CIR 01/2012 homologada pela CIB/TO N° 60/2012.

<sup>19</sup> Consenso CIR 002/2012 homologada pela CIB/PA N° 64/2012.

<sup>20</sup> Consenso CIR Imperatriz e CIR Açailândia 001/2012 homologada pela CIB/MA N° 41/2012.

em seguida, homologada por suas respectivas CIB, contemplando seus respectivos municípios.

Após consenso entre os três estados, elaboraram-se as propostas preliminares, respeitando as orientações técnicas constantes no Manual de Apoio aos estados e municípios para formulação das Propostas Preliminares e dos Subprojetos QualiSUS-Rede (2012) elaborados pelo Ministério da Saúde.

O desenvolvimento histórico da região TOPAMA configurou-se em um desenho completamente heterogêneo. A região apresenta profundas desigualdades nas possibilidades de entradas da população nos serviços de saúde entre as várias regiões, desde a oferta dos serviços de saúde às barreiras geográficas, como poderá ser observado na discussão do subcapítulo do Fluxo Assistencial.

A rede assistencial na região mostra-se, em geral, fragmentada e desarticulada, pois a própria população busca a solução para seus problemas de saúde, deslocando-se para os municípios polos (Araguaína – TO, Marabá – PA e Imperatriz – MA) das regiões (TOPAMA, 2012, p.90).

Partindo desse pressuposto e considerando a elaboração de instrumentos de planejamento das ações e serviços de saúde como fortalecedor do processo de descentralização, hierarquização e organização das ações e serviços de saúde, é possível afirmar que a organização da rede de serviços de saúde e o planejamento das ações ocorrem de forma fragmentada, dificultando, assim, o estabelecimento de referências pactuadas e refletindo em nítidas barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população às ações e serviços.

Não obstante, a proposta de implantação da Rede PEBA aconteceu a partir do consenso entre os municípios de Petrolina – PE e Juazeiro – BA (2012). Os estados PE e BA e o MS discutiram as formas de organização da rede de atenção à saúde a partir de uma rede interestadual que garantisse otimização dos recursos e integralidade da assistência à saúde, bem como integração e fortalecimento da gestão em saúde.

O retrato histórico da região PEBA se configurou a partir da aprovação do Mapa de Saúde, identificando suas fragilidades e com definição das prioridades da região, pactuado entre os entes federados com uma responsabilidade tripartite.

Diante dos objetivos do projeto e da estratégia de elaboração do subprojeto regional, foi instituído o Grupo Condutor (GC), cujos membros foram eleitos pelo Colegiado Regional Interestadual com composição tripartite e a Instituição de Ensino e Pesquisa Universidade do Vale do São Francisco UNIVASF. Ainda durante esse processo de construção, foram

identificadas fragilidades, especialmente no tocante à informatização e regulação praticada entre as unidades de saúde dos municípios para com os serviços de referência, e foi apresentado o Grupo de Trabalho (GT), proposto pelo GC (PEBA, 2012).

Frente às fragilidades identificadas nessa região, o primeiro projeto, como Rede de Atenção à Saúde com gestão interestadual, foi a implantação da primeira Central de Regulação Interestadual de Leitos, com sede no município de Juazeiro, financiada e coordenada por um modelo de cogestão entre os estados de PE e BA, e manutenção pelo município de Juazeiro e Petrolina (PEBA, 2012).

A análise situacional dos projetos evidenciaram inúmeras carências das regiões em estudo, entretanto, foram elencadas no subprojeto QualiSUS redes temáticas como prioritárias para as regiões TOPAMA e PEBA (Quadro 8).

<b>TOPAMA</b>	Rede de atenção às Urgências e Emergências;
	Rede Cegonha; Controle do Câncer; Rede de Atenção Psicossocial.
<b>PEBA</b>	Rede de atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial; Tecnologia e informação

Quadro8: Redes Temáticas prioritárias para Regiões TOPAMA e PEBA

Fonte: Dados extraídos do Subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA e PEBA (2012).

## 4.2 ESTRUTURAÇÃO E GESTÃO DO SISTEMA REGIONAL

O QualiSUS-Rede oferece uma oportunidade ímpar para a estruturação da capacidade de governança regional. As CIR desempenham um papel importante no processo de regionalização, como um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa em que é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos. Viabilizam aos gestores interpretarem a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região.

As regiões TOPAMA e PEBA estão organizada através de Comissões Intergestores Regional – CIR. Resgatando o explicitado no início dessa discussão, a região TOPAMA é constituída por três macrorregiões (Macronorte – TO, Sudeste - PA e Imperatriz – MA) composta por 7 CIR, sendo 3 (três) na área geográfica do TO, 2 (duas) na área geográfica do



PA e 2 (duas) na área geográfica do MA<sup>21</sup>. A região PEBA é constituída por 2 macrorregiões (Juazeiro – BA e Petrolina – PE) e composta por 6 CIR, sendo 3 (três) na área geográfica do PE e 3(três) na área geográfica da BA.

Diante da capacidade de governança regional, o modelo de cogestão deve ser entendido como o modo de gestão compartilhado entre instituições do setor saúde ou integrantes de outros setores governamentais, tendo em suas práticas o poder de potencializar as ações executadas, evitando paralelismos e desperdícios de esforços públicos (BRASIL, 2009).

Quanto aos componentes que versam esse projeto, constituem-se um constante desafio para as duas regiões em estudo, especialmente para a Região TOPAMA, visto que é composta por três estados com estrutura organizacional divergente, em que cada um possui seu município polo, com diferentes visões sobre o grau de prioridade das ações e serviços de saúde.

Nota-se o amplo desafio em concretizar, a partir da instituição de dispositivos de planejamento, programação e regulação, o modelo de gestão compartilhada e solidária através da conformação de redes de serviços regionalizadas, pretendendo, com sua organização, garantir de forma racional o acesso da população a todos os níveis de atenção.

#### 4.2.1 Sistema de Gestão Regional

A regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde exigem das instâncias de gestão esforços permanentes de planejamento, articulação e pactuação.

Nessa perspectiva, em qualquer esfera institucional, a função de gerir saúde perpassa vários desafios, visto que os gestores se deparam com uma vasta e diversificada gama de situações e problemas que possui cada território, as peculiaridades alusivas a seus usuários e equipes, a sua capacidade instalada em termos de estruturas e recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições locais.

---

<sup>21</sup> Vale lembrar que, com conformação de novas CIR nos estado envolvidos, também alterou o arranjo organizativo do subprojeto.

No arcabouço da gestão regional, a região TOPAMA está organizada através das CIR (Figura 12). Entretanto, nota-se fragilidade em sua organização, funcionamento e emponderamento com relação às questões técnicas, a exemplo da regulação, referenciamentos, organização das redes e fluxos de acesso, entre outros.

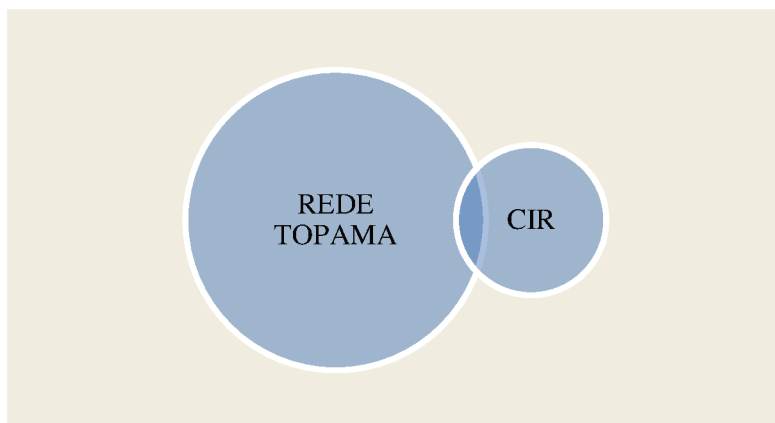


Figura 12: representação do sistema de gestão regional da Rede TOPAMA  
Fonte: Pesquisa documental

No que se refere à região PEBA, além das 6 CIR que são coordenadas pela Diretoria Regional de Saúde (DIRES) na Bahia e Gerências Regionais de Saúde (GERES) no PE, a região conta com o CRIE como um espaço de pactuação e cogestão solidária e cooperativa (Figura 13).

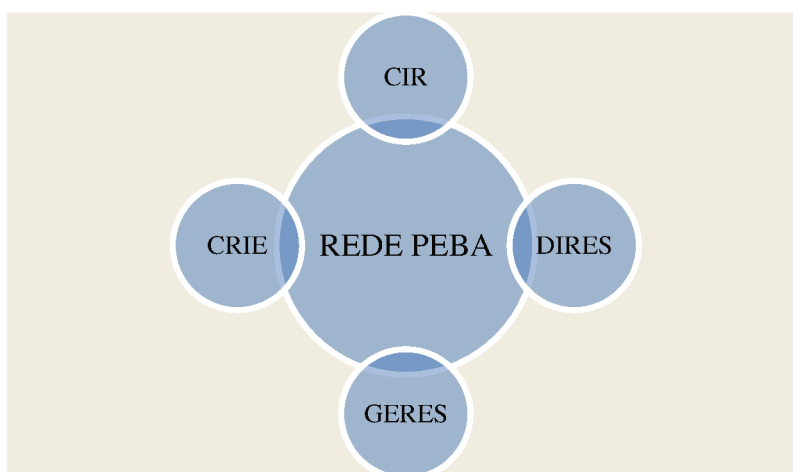


Figura 13: representação do sistema de gestão regional da Rede PEBA  
Fonte: Pesquisa documental

O CRIE possui um plenário, em pleno funcionamento, que se reúne ordinariamente a cada dois meses. Possui ainda uma Secretaria Técnica, que tem por finalidade prestar apoio técnico e administrativo, e uma Câmara Técnica com a responsabilidade de desenvolver estudos e análises com vistas a assessorar e subsidiar o plenário. Para efeito, as pactuações

aprovadas no CRIE são encaminhadas às CIB PE e BA para serem aprovadas e publicadas no Diário da União (PEBA, 2012).

O Art. 20 do Decreto 7.508/2011 diz que “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores” (BRASIL, 2011, p.6).

São utilizadas várias estratégias essenciais para execução do projeto, dentre elas, a realização de oficinas regionais entre o grupo condutor com o objetivo de identificar entraves à execução das ações programadas e as medidas a serem tomadas para superá-las.

Nessa conjuntura, essas oficinas têm proporcionado avanços nas relações intergestoras. Entretanto, na região TOPAMA, há necessidade de intensificação e maior articulação voltadas para este momento de organização da rede e mudanças das responsabilidades das CIR, para o fortalecimento da governança regional, visto que a estruturação e organização da rede encontram-se aquém das necessidades regional, necessitando de iniciativas que visem a garantir o cumprimento do Plano de Atividades aprovado no Subprojeto QualiSUS-Rede e os demais compromissos assumidos pelos gestores na Região.

#### 4.2.2 Papel dos Entes Federativos (instâncias de cogestão)

A assistência à saúde é o componente mais importante dentro de qualquer sistema de saúde, sendo de responsabilidade dos Estados sua garantia aos cidadãos. A vinculação da qualidade de vida aos princípios e conceito de saúde exigiu dos gestores a geração de novas formas de organização e de prestação da assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Na região PEBA, a gestão regional apresenta-se de forma estruturada e consolidada nos CRIE, CIR, DIRES e GERES. O CRIE foi pactuado para condução do projeto entre os entes da federação numa responsabilidade tripartite (Figura 14), em que os estados e os municípios serão responsáveis pela execução das ações, e o MS com o apoio institucional. Aos estados caberá à realização de todo processo de aquisição de material/ equipamento e aos

municípios suporte para a implementação do sistema, capacitações, bem como a divulgação das redes e fluxos de acesso.

O Subprojeto QualiSUS aponta que a Região TOPAMA está organizada por meio de CIR e conta com um Grupo Condutor composto por um apoiador do MS, Representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) dos Estados envolvidos, representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Representantes das CIR envolvidas de cada estado, sendo representada no projeto pelos Secretários Municipais de Saúde de Araguaína, Marabá e Imperatriz, tendo um total de 13 membros titulares e 13 suplentes.

A CIR na região TOPAMA constitui um espaço de decisão, em que ocorre a identificação, definição de prioridades e de pactuação com soluções integradas e resolutivas para a organização das ações e serviços de atenção na rede regional. Entretanto, as pactuações e definições do mapa de saúde da Rede TOPAMA ainda estão em fase de discussão (Figura 14), não ocorrendo a elaboração do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) ou nenhuma deliberação por parte das CIB, estando, ainda, o anseio de fluxos interestaduais dos serviços de saúde regionalizados somente no papel. O subprojeto QualiSUS da rede aponta, ainda, que as CIR da região não possuem normas internas de funcionamento e atribuições.

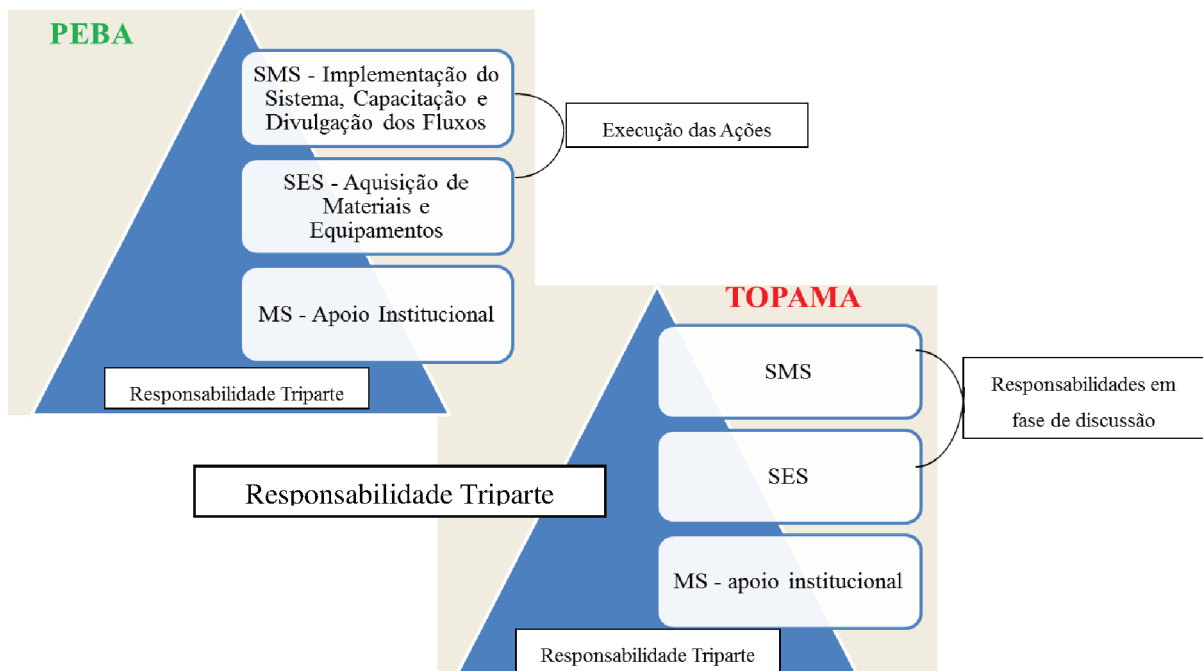


Figura 14 Responsabilidades dos entes federados na gestão regional  
Fonte: PEBA; TOPAMA (2012).

Considerando o CRIE como espaço importante para deliberação de ações que beneficiam a população como um todo, promovendo o desenvolvimento regional, o

subprojeto QualiSUS aponta que, para o fortalecimento da gestão interestadual, foi instituído na região PEBA projetos do Pró-Saúde e Pet-Saúde, desenvolvidos em parceria com a Instituição de Ensino Superior UNIVASF. Tais projetos objetivam garantir a integração ensino-serviço-comunidade, visando à reorientação da formação dos cursos de saúde, com ênfase no fortalecimento das redes locais de saúde, principalmente a da atenção primária.

Os serviços de Atenção Primária à Saúde se configuram como a porta de entrada para os serviços de saúde. Assim, é importante destacar que, para a implementação de uma concepção abrangente e integral de APS implica não só a construção de sistemas de saúde orientados pela APS, como também a articulação de redes centradas no usuário que respondam a todas as necessidades de saúde da população (GIOVENELLA, 2009).

É possível afirmar que a região TOPAMA apresenta fragilidades no processo de construção da rede decorrente do esvaziamento das estruturas regionais com baixa capacidade de gestão, ausência de planejamento regional efetivo, gerando grandes vazios assistenciais em várias regiões dos estados com baixa capacidade de oferta de serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, especialmente de maior complexidade, inexistência de estrutura nos governos estaduais para acompanhar, apoiar, assessorar e induzir políticas articuladas em nível regional e fragilidades nos mecanismos e instâncias de participação e controle social.

#### 4.2.3. Fluxo Assistencial

As regiões em estudo não apresentam semelhança no fluxo assistencial, exibem características, estrutura e organização distintas. Na Região TOPAMA, ocorre como processo natural de um estado para o outro, sem nenhuma organização dos fluxos assistenciais, ou seja, referência, principalmente no que se refere aos serviços de média e alta complexidade, haja vista que cada estado possui um município de referência intraestadual em que se localizam as fronteiras do estado.

São notórias as desigualdades das redes de serviços de saúde na região. O documento em análise (subprojeto QualiSUS-Rede) apresenta, baseado no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA e no Sistema de Informação Hospitalar – SIH, os fluxos assistenciais interestadual, relacionando os principais serviços que os estados utilizam como referência.

→ Fluxo Assistencial no Tocantins

Em relação aos serviços hospitalares no estado do TO, o estado do PA e MA utilizam como referência o Município de Araguaína, principalmente nos serviços de psiquiatria e obstetrícia (partos cesáreos e partos normais). O estado do PA utiliza, ainda, o serviço de cardiologia de alta complexidade, como exposto no Quadro 9a.

TOCANTINS	UF	PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS	PRINCIPAIS MUNICÍPIOS REFERÊNCIA	PRINCIPAIS MUNICÍPIOS ENCAMINHADORES
	PARÁ	Psiquiatria, Obstetrícia e Cardiologia	Araguaína, Augustinópolis e Palmas.	Marabá, São Geraldo do Araguaia, Redenção, Piçarra, Parauapebas, Conceição do Araguaia, Santana do Araguaia.
	MARANHÃO	Psiquiatria, Obstetrícia Cardiologia	Araguaína, Augustinópolis Palmas	Carolina, Imperatriz, Balsas, Estreito, Riachão, Porto Franco.

Quadro 9a: Principais internações realizadas, municípios de referência e municípios encaminhadores  
Fonte: TOPAMA (2012)

No que se refere aos serviços ambulatoriais, o Quadro 9b mostra que o estado do MA e do PA utilizam principalmente os serviços de oncologia, tendo como principal referência o município de Araguaína. O estado do Pará utiliza-se, ainda do serviço de saúde mental.

TOCANTINS	UF	PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS	PRINCIPAIS MUNICÍPIOS REFERÊNCIA	PRINCIPAIS MUNICÍPIOS ENCAMINHADORES
	PARÁ	Radioterapia, Quimioterapia, Braquiterapia, CAPS e Hemoterapia.	Araguaína, Augustinópolis e Palmas.	Marabá, São Geraldo do Araguaia, São Feliz do Xingu, Paragominas, Redenção, Rondon do Pará, Parauapebas, Dom Eliseu, São Domingos do Araguaia, Santana do Araguaia, Conceição do Araguaia, Jacundá e Urianópolis.
	MARANHÃO	Radioterapia, Quimioterapia, Braquiterapia, Imagenologia e Hemodiálise.	Araguaína, Augustinópolis e Palmas.	Imperatriz, Porto Franco, Açailândia, Balsas, Estreito, Carolina, Grajaú, Itinga do Maranhão, Fortaleza dos Nogueiras, Vila Nova dos Martírios e Amarante do Maranhão.

Quadro 9b: Principais atendimentos realizados, municípios de referencia e municípios encaminhadores  
Fonte: TOPAMA (2012)

## → Fluxo Assistencial no Pará

Os serviços de saúde do estado do PA utilizados pelo TO e MA referem-se às internações hospitalares, o Quadro 10a mostra, principalmente, em obstetrícia (Partos Cesáreos e Partos Normais) e Clínica Geral, tendo como principais referências os municípios de São Geraldo do Araguaia e Conceição do Araguaia para o estado do TO e os municípios de Dom Eliseu e Rondon do Pará para o estado do MA.

PARÁ	UF	PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS	PRINCIPAIS MUNICÍPIOS REFERÊNCIA	PRINCIPAIS MUNICÍPIOS ENCAMINHADORES
	TOCANTINS	Obstetrícia e Clínica Geral	Conceição do Araguaia	Couto Magalhães e Pequizeiro
			São Geraldo do Araguaia	Xambioá
	MARANHÃO	Obstetrícia e Clínica Geral	Dom Eliseu	Itinga do Maranhão
Rondon do Pará			São Pedro da Água Branca	

Quadro 10a: Principais internações realizadas, municípios de referencia e municípios encaminhadores  
Fonte: TOPAMA (2012)

Os serviços de saúde ambulatorial localizados no Pará utilizados pelo estado do TO e do MA, são principalmente os serviços de oncologia, com principal referência o município de Belém, como mostra o Quadro 10b.

Vale destacar que, “apesar de outros serviços serem realizados em outros municípios do Pará, a principal referencia para os pacientes do MA foi o município de Belém, porém este fluxo de pacientes não está relacionado com os municípios que fazem parte da região do Bico do Papagaio” (TOPAMA, 2012, p.49).

PARÁ	UF	PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS	PRINCIPAIS MUNICÍPIOS REFERÊNCIA	PRINCIPAIS MUNICÍPIOS ENCAMINHADORES
	TOCANTINS	Radioterapia	Belém	Ananás e Palmeiras do TO.
	MARANHÃO	Oncologia	Belém e Salinópolis	Igarapé Grande, Santa Inês e Zé Doca.

Quadro 10b: Principais atendimentos realizados, municípios de referencia e municípios encaminhadores.  
Fonte: TOPAMA (2012)

## → Fluxo Assistencial no Maranhão

O estado do TO e o estado do PA utilizam-se especialmente do serviço hospitalar do estado do MA na área de obstetrícia (partos cesáreos e partos normais). O estado do PA

utiliza-se, ainda, dos serviços de psiquiatria e tratamento em Reabilitação, tendo como principal referência o município de Imperatriz e São Luís.

MARANHÃO	UF	PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS	PRINCIPAIS MUNICÍPIOS REFERÊNCIA	PRINCIPAIS MUNICÍPIOS ENCAMINHADORES
	TOCANTINS	Obstetrícia, Clínica Geral e Psiquiatria	Imperatriz	São Miguel do TO, Axixá, Sítio Novo, e Araguatins
			Estreito	Arguanópolis e Palmeiras do TO.
			Carolina	Filadélfia
	PARÁ	Psiquiatria e Reabilitação	Imperatriz	Dom Eliseu, Marabá e Rondon do PA.
São Luís			Dom Eliseu, Parauapebas.	

Quadro 11a: Principais internações realizadas, municípios de referencia e municípios encaminhadores  
Fonte: TOPAMA (2012)

No tocante aos serviços de saúde ambulatorial localizados no estado do MA, o estado do TO vale-se principalmente dos serviços de Reabilitação do Desenvolvimento Neuropsicomotor, apresentando como principais referências os municípios de Imperatriz e São Luís. O estado do Pará utiliza especialmente os serviços de hemodiálise e reabilitação física, sendo também os municípios de São Luís e Imperatriz suas principais referências.

MARANHÃO	UF	PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS	PRINCIPAIS MUNICÍPIOS REFERÊNCIA	PRINCIPAIS MUNICÍPIOS ENCAMINHADORES
	TOCANTINS	Reabilitação do Desenvolvimento Neuropsicomotor e Saúde Mental	Imperatriz e São Luís	São Miguel do TO, Axixá, Sítio Novo, e Maurilândia e Augustinópolis.
PARÁ	Hemodiálise, Reabilitação física, Ressonância Magnética	São Luís e Imperatriz	Belém, Parauapebas, Marabá e Dom Eliseu.	

Quadro 11b: Principais atendimentos realizados, municípios de referencia e municípios encaminhadores  
Fonte: TOPAMA, (2012)

A baixa cobertura das ações e serviços de saúde são fatores contribuintes para a busca de assistência nos estados vizinhos. Outro fator que condiciona a essa realidade é a ausência de um sistema organizado que possibilite acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde.

Em consonância com o subprojeto QualiSUS, ao reanalisar essas informações é perceptível que a questão fronteiriça é fator predisponente desse arranjo assistencial (des)organizativo da região.



É oportuno destacar que não só a questão fronteiriça predispõe a essa realidade. Quando observados os serviços de saúde dos municípios que referenciam para outros municípios de estado diferente, percebe-se que alguns dispõem dos serviços de atenção à saúde, entretanto, a população busca em outro estado. Esse fato sugere que a busca pelos serviços de saúde não dependem apenas da capacidade instalada na região de origem, mas a burocratização desses serviços acaba por levar os usuários a buscá-los em outros estados. Essa realidade ratifica a necessidade de um modelo de atenção à saúde fortalecido, capaz de responder/resolver essas condições.

Em sintonia com Molina (2004, p. 89), a dificuldade de acesso da população usuária aos serviços de saúde por questões “burocráticas, deterioração e desprestígio das instituições e pelo aumento da população” coloca em risco o processo de descentralização e regionalização.

O fluxo assistencial na região PEBA apresenta características próprias. Estrutura-se na Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), com sede no município de Juazeiro, que regula o acesso a 100% dos leitos dos municípios de Juazeiro e Petrolina. A CRIL da região PEBA é a pioneira na experiência de regulação interestadual no país, pois regula leitos de dois estados e é financiada e coordenada por um modelo de cogestão. Também foi iniciada a regulação dos procedimentos de urgência de alta complexidade em cardiologia, com intenção da expansão de regulação dos leitos SUS nos municípios.

Entretanto, o fluxo assistencial da região apresenta lacunas, sobretudo no aspecto ambulatorial. A região não possui uma central de regulação ambulatorial, pois, na maioria dos municípios, não há sistema de informação que permita realizar este agendamento na própria Unidade Básica de Saúde depois da consulta médica/enfermagem. Frente a isso, torna-se comum o usuário perder a consulta, pois alguns municípios orientam os usuários a deixarem a guia de consulta/procedimento na UBS, que faz o encaminhamento à SMS, a qual realiza o agendamento e o devolve à UBS. Contudo, muitas vezes, acaba ocorrendo o retorno da guia à UBS de referência muito próximo do dia agendado, não havendo tempo hábil para comunicar ao usuário da sua consulta (PEBA, 2012).

Também, visto que os municípios trabalham com cotas de consultas, os usuários são levados a se deslocarem em um dia específico, enfrentarem filas e pernoitarem nas UBS. Esses fatos configuram-se em alguns dos percalços gerados pela ausência de organização do fluxo assistencial, que acabam por ferir os princípios da universalidade e integralidade, representando um agravante à assistência à saúde. Tal situação ratifica a necessidade de estratégias de organização da rede assistencial, propondo um rearranjo das estruturas político-institucionais.

#### 4.2.4. Sistema de Informação

O setor saúde vive um momento peculiar, apresentando amplos avanços no processo de descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde em busca de uma efetiva consolidação do SUS. Dessa forma, para compatíveis desdobramentos da consolidação do SUS, o processo de descentralização não deve restringir-se às ações e serviços de saúde, mas contemplar também a descentralização da informação.

Partindo dessa premissa, a informação em saúde deve ser entendida como um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica, para o planejamento, gestão, organização e avaliação nos vários níveis que constituem o Sistema Único de Saúde (CARVALHO, 1998).

No desenvolvimento do Subprojeto QualiSUS-Rede, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) é apresentado como instrumento com “a intenção de facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, a fim de contribuir para melhorar a situação de saúde individual e coletiva” (TOPAMA, 2012, p. 57).

Para avaliação e acompanhamento das condições de saúde da população, as informações são essenciais, sendo consideradas determinantes para o planejamento das ações e serviços a serem prestados que venham melhorar a assistência. No tocante à assistência materno-infantil, observam-se pérfidas informações de saúde no SIS utilizado pela região TOPAMA. O documento expressa variáveis como tipo de parto, idade gestacional, números de consultas como básicas, sendo de 18 para tipo de parto, 71 para idade gestacional e 219 para consultas de pré-natal com campo ignorado, ou seja, sem preenchimento correto. Informações que são essenciais para avaliação e acompanhamento das condições de saúde da população, que irão determinar as ações e serviços que venham melhorar a assistência materno-infantil (TOPAMA, 2012, p. 20).

A informação deve ser entendida como um instrumento essencial para a tomada de decisões, haja vista ser um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão das informações necessárias para planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considerando as informações apresentadas e comparando com as informações apresentadas nas condições de vida da população da região estudada é necessário ponderar na análise da

região. Desse modo fica inviável fazer um diagnóstico de saúde da população fidedigno capaz de atender a real necessidade local.

A Região TOPAMA reconhece a necessidade do fortalecimento dos SIS na melhoria da qualidade, através de capacitação e rigoroso monitoramento por parte da gestão municipal, haja vista ser a primeira instância a gerar informação.

Para que um serviço de saúde tenha um conhecimento atualizado e estruturado das condições de saúde da população do seu território, é necessário um adequado planejamento de suas ações e utilização de instrumentos viáveis e factíveis no seu cotidiano (TOPAMA, 2012).

Assim, a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, que oferece ferramentas que auxiliam na identificação e superação dos problemas, sendo utilizada como um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e à execução de ações que condicionem a realidade às transformações necessárias.

Na Região TOPAMA, propõe-se priorizar a qualificação das informações através da descentralização dos sistemas SIAB, HIPERDIA, CARTÃO SUS e HÓRUS, e desenvolver ações de implantação e implementação, inclusive com a aquisição de equipamentos, capacitação de recursos humanos, descentralização de sistemas<sup>22</sup> (TOPAMA, 2012).

O SIS produz uma enorme quantidade de dados referentes às atividades setoriais em saúde, gerando grandes bancos de dados nacionais. Composto por diferentes subsistemas, dentre eles, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que proporciona aos gestores o conhecimento da realidade da rede assistencial existente, a qual auxiliará no planejamento em saúde local e regional.

Na região PEBA, também se perpetua a infidelidade das informações nos SIS. Contudo, a região PEBA interpretou a deficiência do SIS de maneira diferente da região TOPAMA. Identificou-se uma fragilidade na informatização e regulação praticadas entre as unidades de saúde do município para com os serviços de referência e escolheu o Sistema de Apoio Logístico como prioridade para aplicação do recurso do projeto QualiSUS-Rede, com vistas à organização racional dos fluxos e contra fluxos de pessoas.

Essa região trabalha com o sistema integrado da Central de Regulação Interestadual de Leitos - CRIL, que trouxe inúmeros benefícios para a população, estabelecendo uma maior comunicação entre os municípios, facilitando a solução dos casos de forma mais efetiva e favorecendo a gestão como um todo. Assim, permitiu um conhecimento mais denso da rede

---

<sup>22</sup> As siglas contidas na citação referida significam: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica; HIPERDIA – Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica; CARTÃO SUS – documento projetado para facilitar o acesso à rede de atendimento do Sistema Único de Saúde; HÓRUS – Sistema Nacional de Gestão a Assistência Farmacêutica.

de saúde, identificou áreas críticas e de maior necessidade de utilização de recursos financeiros, permitiu maior agilidade no processo de transferência inter-hospitalar, trouxe melhoria na organização prévia do setor de urgência para o recebimento de pacientes, identificação dos serviços que podem ser potencializados, bem como as necessidades, visando ao fortalecimento das unidades hospitalares, sendo respeitada a hierarquização e o perfil de atendimento de cada serviço.

#### 4.3 INVESTIMENTOS

Para o desenvolvimento de rotinas de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, é necessário que as três esferas de governo elaborem instrumentos que contribuam para a superação de desafios, especialmente no cerne do financiamento pelo SUS.

Em relação à aplicação dos valores mínimos para a saúde, conforme prevê cumprimento da EC29<sup>23</sup> regulamentada pela Lei Complementar Nº 141/2012<sup>24</sup>, é possível dizer que os municípios da região TOPAMA e PEBA atendem a referida legislação e transmitem seus dados ao SIOPS<sup>25</sup>. Entretanto, ressalta-se que, no ano de 2011, o número de transmissão ao SIOPS nos municípios que compõem a rede PEBA houve uma redução para 59,26%, na Bahia, e 72%, em Pernambuco. Dos Municípios que compõem a Rede TOPAMA, apenas no estado do MA, somente o município de Senador La Roque não cumpriu o que é previsto na LC 141/2012<sup>26</sup>, e o município de São João do Paraíso não alimentou o SIOPS.

Observa-se que os municípios que compõem as regiões encontram-se com suas obrigações gerenciais em situação regular. Contudo, considerando a fragilidade na informatização das regiões, é necessário destacar a importância do fortalecimento de seus recursos tecnológicos.

---

<sup>23</sup> Emenda Constitucional 29 altera os artigos. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

<sup>24</sup> A Lei Complementar nº 141/2012 regulamenta a EC 29 e dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente, estabelece critérios de rateio, forma de transferências e normas de fiscalização.

<sup>25</sup> Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

<sup>26</sup> Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Na região PEBA, o documento em análise não apresentou demonstrativo do repasse de recursos do MS para a região. Entretanto, a região dispõe de um sistema de cogestão compartilhada, que, embora não haja uma PPI interestadual formalizada (em processo de construção) para garantir o acesso dos usuários da região, funciona organizadamente a troca de serviços entre as regiões Petrolina e Juazeiro e os estados PE e BA.

Quanto ao repasse de recursos do MS para o custeio dos atendimentos de média e alta complexidade na região TOPAMA, a Tabela 9 evidencia que no estado do PA há uma menor alocação de recursos, demonstrando que existe uma cobertura menor e insuficiente de serviços na região.

Tabela 9- Repasse de recursos do MS para custeio dos atendimentos de média e alta complexidade

<i>UF</i>	<i>RECURSO MAC</i>	<i>POPULAÇÃO</i>	<i>PER CAPTA – R\$</i>
<b>TOCANTINS</b>	80.485.468,20	603.603	133,34
<b>PARÁ</b>	69.460.928,00	1.033.421	67,21
<b>MARANHÃO</b>	86.349.544,36	759.112	113,75

Fonte: TOPAMA (2012)

Partindo do pressuposto da regionalização como instrumento que visa a organizar as ações e serviços de saúde ofertados para garantir acesso, resolubilidade e integralidade da atenção, possibilitando, assim, a racionalização dos gastos e a otimização dos recursos (BRASIL, 2007c), neste estudo, não existe uma PPI interestadual nesta região, o que dificulta a alocação de recursos que venham a integralizar as ações da região TOPAMA. Destaca-se, ainda, que não há um sistema de regulação interestadual (Tabela 10) estruturado a fim de organizar o fluxo e contrafluxo da rede de saúde garantindo o acesso aos usuários do SUS. Contudo, o documento QualiSUS-Rede TOPAMA exhibe uma transferência interestadual, conforme Portaria GM/MS 3213/1998<sup>27</sup>, com mais de 15 anos de vigência sem sofrer nenhum tipo de reajuste financeiro, demonstrando-se defasado diante das grandes modificações que a região sofreu.

<sup>27</sup>Remanejamento dos recursos financeiros para o custeio da assistência, estabelecidos na Portaria GM/MS nº 2.971/98, entre os Estados do Amapá, Maranhão, Tocantins, Pará e Piauí.

Tabela 10 - Demonstrativo de transferência interestadual, conforme Portaria 3213/1998

<b>TRANSFERÊNCIA</b>		<b>VALOR ANUAL</b>
<b>DO ESTADO DO:</b>	<b>PARA O ESTADO DO</b>	
Maranhão	Tocantins	90.000,00
Pará	Maranhão	110.000,00
Pará	Tocantins	3.066.450,80

Fonte: TOPAMA (2012)

Diante disso, é possível dizer que na região TOPAMA existe uma fragilidade e discrepância no repasse de recursos interestaduais, considerando que os estados utilizam desordenadamente os serviços de saúde do estado vizinho (conforme Quadros 9, 10 e 11) e a inexistência de um Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), impossibilitando a avaliação e controle dos recursos financeiros disponibilizados e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

#### 4.3.1 Fontes de Investimentos

O Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde é uma cooperação entre o Banco Mundial (BIRD) e o Ministério da Saúde no intuito de intervir e apoiar a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil. Definida pela Portaria nº 1375/2012, o subprojeto QualiSUS-Rede da região TOPAMA e Região PEBA será financiado pelo BIRB conforme Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição do repasse financeiro para Região TOPAMA e Região PEBA

<b>REGIÃO INTERESTADUAL</b>			
<b>UF</b>	<b>ENTIDADES</b>	<b>VALOR TOTAL</b>	<b>VALOR POR REGIÃO</b>
<b>TO</b>	FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DO TOCANTINS	R\$ 5.772.696,09	17.318.088,27
<b>PA</b>	FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ	R\$ 5.772.696,09	
<b>MA</b>	FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DO MARANHÃO	R\$ 5.772.696,09	
<b>PE</b>	FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DO PERNAMBUCO	R\$ 6.712.061,09	13.723.168,04
<b>BA</b>	FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA	R\$ 7.011.106,95	

Fonte: BRASIL (2012)

De acordo com a Portaria nº 1375/2012, para garantia da alocação dos recursos financeiros na execução das ações do Subprojeto QualiSUS-Rede, o Art. 5º diz:

[...] em caso de não aplicação ou aplicação indevida dos recursos financeiros recebidos ou descumprimento dos compromissos assumidos no âmbito do Projeto QualiSUS-Rede, os recursos financeiros repassados serão restituídos ao Fundo Nacional de Saúde pelo ente federado responsável pela Região de implementação do Subprojeto QualiSUS-Rede, acrescidos de correção monetária prevista em lei (BRASIL, 2012, p. 2).

Para a organização, planejamento e articulação interfederativa no processo de regionalização, garantindo integralidade, gestão compartilhada, solidária e cooperada, é necessária a celebração do COAP entre os entes federados que

[...] definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2012, p.9).

A região TOMAPA ainda não formalizou o COAP, tornando-se, assim, inexecutável a análise dos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada. No que se refere à Região PEBA, não é possível afirmar a realização do COAP para a região. Ressalta-se, ainda, que o BIRD foi a única fonte de financiamento apresentada nos objetivos, atividades e metas do Subprojeto QualiSUS-Rede da Região TOPAMA e da Região PEBA. Contudo, os Subprojetos QualiSUS-Rede TOPAMA e PEBA não evidenciam que para liberação dos recursos a serem repassados aos estados seja efetivamente necessária a celebração do COAP. Entretanto, este é imprescindível, visto que se trata de um acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede proporcionando melhorias nos serviços de saúde prestados à população.

Outro instrumento importante no financiamento da regionalização é o PDI, pois este dimensiona os recursos financeiros necessários para atingir os objetivos da organização regional e a participação das esferas de governo. Entretanto, como relatado na categoria planejamento e organização da rede, os estados da região TOPAMA estão desarticulados com o estabelecido nas diretrizes que orientam o processo de regionalização, enquanto na região PEBA possui um PDI para a macrorregião, que não foi analisado por não ser objeto do estudo.

#### 4.4 EQUIDADE E ACESSIBILIDADE

Para garantir o acesso e equidade nas ações e serviços de saúde, o MS propõe a implantação de RAS estabelecidas através da Portaria 4279/2010.

As RAS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Compreendendo as Redes de Atenção à Saúde, estas surgem com o objetivo de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde, corroborando para o fortalecimento das instâncias gestoras com pactuação tripartite e operacionalização embasada na regulação realizada através de uma PPI.

No arcabouço organizativo do SUS, as RAS têm como fundamentos normativos o Art. 198 da CF/1988, que estabelece que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade”; o Art. 7, inciso II da LOS 8080/1990, que trata da “(...) integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos (...)”; e o Art. 10, que aponta “arranjos organizacionais para as redes loco-regionais através de consórcios intermunicipais e distritos de saúde como forma de integrar recursos e aumentar a cobertura das ações”.

O desenho organizativo da Rede de Saúde da região TOPAMA encontra-se ainda em fase de construção. Não foram definidos o mapa de saúde, as ações e os serviços de saúde e seu fluxo, ou seja, como o usuário entra nessa rede de atenção. Enquanto na região PEBA, embora não haja formalização da PPI, o desenho organizativo encontra-se com apresentação e aprovação do mapa de saúde, assim como a implantação do CRIL, coordenada por um modelo de cogestão interestadual, e o fortalecimento das redes de saúde de atenção primária a partir da parceria dos municípios de Juazeiro e Petrolina com a UNIVASF.

As redes de atenção estão sendo implantadas nas duas regiões e deverão ser organizadas hierarquicamente para que sejam capazes de apropriar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades da população, em que as ações e serviços estarão Pactuados através de PPI interestadual e regulados a partir de um Complexo Regulador.



No contexto dos objetivos das RAS são estabelecidas Redes Temáticas prioritárias “como estratégia nuclear para o alcance desses objetivos” (BRASIL, 2013, p. 8).

Para esta categoria serão apresentadas como subcategorias as redes temáticas de serviços em comum que as regiões TOPAMA e PEBA elencaram como prioritárias, o **Fortalecimento da Atenção Básica, Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Atenção às Urgências**, sendo analisadas segundo a capacidade instalada, objetivos e metas comparando-os com as diretrizes organizativas do SUS.

#### 4.4.1 Fortalecimento da Atenção Básica

Reconhecendo as fragilidades da Atenção Básica nas regiões TOPAMA e PEBA, desde a baixa cobertura da ESF (evidenciada nas Tabelas 7a, 7b e 7c) até a pouca resolutividade das questões de saúde dessas regiões, e sua importância no processo de organização das redes de atenção à saúde, serão expostos os esforços que os estados vêm empenhando para superar tais entraves.

Dentro dessa perspectiva, considerando que a Atenção Básica se conforma como um grande filtro para as demandas da média e alta complexidade e um potente regulador de custos, a sua qualificação e o aumento da resolubilidade são fundamentais para alcançar esse objetivo. Para isso, são impostas frentes estratégicas que se desdobram em busca do acesso com qualidade, englobando, além da ESF, o Programa de Requalificação das UBS, Consultório na Rua, Programa de Saúde na Escola (PSE) e o Telessaúde, associado ao potencial de transversalidade do AMAQ e PMAQ. Nessa conjuntura, põe-se a Atenção Básica como elemento fundamental na estruturação das redes de atenção a Saúde interestadual, funcionando efetivamente como porta de entrada preferencial, ou seja, ordenadora das Redes.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) surge no Ministério da Saúde como uma estratégia indutora de qualidade com o propósito de ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS tendo como subsídio a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) como instrumento autoavaliativo com o intuito de verificar a realidade da saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades da rede de atenção básica e

conduzindo o planejamento de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços (BRASIL, 2012).

Nas regiões estudadas, identificaram-se algumas fragilidades que indicam a pouca eficiência da atenção básica estando relacionadas à: baixa qualificação dos profissionais que atuam nas ESF; baixa adesão do AMAQ e PMAQ; inexistência de qualificação dos gerentes da UBS; dificuldade de implementação da educação permanente, estando desarticulada e fragilizada; falta de acompanhamento da situação de saúde da população para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão; falta de vontade política para implantação dos programas e estratégias de melhoria; dificuldade de trabalhar de forma intersetorial; fragilidade dos sistemas de informação em saúde para a tomada de decisão (TOPAMA, 2012; PEBA, 2012).

Algumas tentativas têm sido desenvolvidas nas regiões, principalmente no tocante à Política de Atenção Básica, mas mostram-se ainda insuficientes para mudar essa realidade, conforme ilustrado na Tabela 12.

Tabela 12 - Representação de adesão aos Programas de Melhoria da Atenção Básica

<i>UF</i>	<i>Nº ESF</i>	<i>ADESÃO AO PMAQ %</i>		<i>ADESÃO AO AMAQ%</i>	
TO	194		76		35
PA	118	41%	40	20%	21
MA	177		9		9
PE	203		56		84
BA	211	74%	93	74%	63

Fonte: Dados extraídos dos documentos TOPAMA (2012) e PEBA (2012)

No que refere ao Programa de Requalificação das UBS, apenas 41% e 20% do total de municípios que compõem a região TOPAMA aderiram ao PMAQ e ao AMAQ respectivamente, enquanto na região PEBA, 73% dos municípios aderiram ao PMAQ e ao AMAQ.

A Atenção Básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012).

Partindo desse pressuposto, os dados apresentados corroboram com a necessidade de fortalecimento de governança regional para que todas as esferas de gestão possam de forma integrada requalificar as UBS.

Outro programa introduzido pela Política de Atenção Básica, anuída pela região TOPAMA, foi o Programa de Saúde na Escola PSE<sup>28</sup>, resultante do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens escolares da rede pública de ensino, com adesão de 54,19% dos municípios. Contudo, essas iniciativas ainda são insuficientes para mudar uma realidade.

Para consolidação do processo de mudança do modelo assistencial, a região PEBA, além da adesão ao PMAQ e AMAQ, vem desenvolvendo outras ações visando à melhoria da qualidade dos serviços, como a implantação de Núcleos de Telessaúde interestadual, qualificação das profissionais através dos núcleos de educação permanente com adesão ao Programa QualiACS<sup>29</sup>, capacitação da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), oferta do curso de especialização em Gestão das Clínicas, adesão ao Projeto Território<sup>30</sup> e, como anteriormente referido, a implantação do Pró-Saúde e Pet-Saúde em parceria com a UNIVASF.

Outra estratégia vem do governo do estado de PE, que instituiu a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Básica (PEFAP), a qual estabelece valores determinados de forma per capita a partir do IDH municipal, e o incentivo estadual de Atenção Básica à Saúde por desempenho municipal, vinculado ao resultado obtido em indicadores de saúde estratégicos (regulamentados pelas Portarias SES/PE N° 640/2011 e N° 108/2012), devidamente parametrizados e pactuados de forma bipartite.

As RAS representam um arranjo organizativo das ações e serviços de saúde promovendo a formação de relações horizontais, contribuindo para uma integração sistêmica, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade e humanizada, garantindo acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

---

<sup>28</sup> Instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007

<sup>29</sup> A sigla ACS significa Agente Comunitário de Saúde.

<sup>30</sup> Um trabalho de escuta, intercâmbio de saberes, registro e difusão da cultura infantil.

#### 4.4.2 Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

A Rede de Atenção Psicossocial tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, instituída no âmbito do SUS, através da Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011).

A RAPS surge com o objetivo de

ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011, p. 3).

As regiões estudadas apresentam significativa discrepância na implementação e estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em que os estados que compõem as regiões encontram-se em momentos diferentes de implantação da rede. Segundo apresentado na Tabela 13, a região PEBA conta com uma capacidade instalada de:

Tabela 13 – Capacidade instalada da RAPS na região PEBA

<i>CAPS</i> <sup>31</sup>		<i>CAPS I</i>	<i>CAPS II</i>	<i>CAPS III</i>	<i>CAPS ij</i>	<i>CAPS ad</i>	<i>LEITOS HOSP.</i>
<i>BA</i>	18	22	3	-	2	4	85
<i>PE</i>	13						
31							

Fonte: PEBA ( 2012)

Procurando superar os desafios que perpassam a Política de Saúde Mental, quanto à ampliação e qualificação da rede de serviço, a região PEBA propôs novos dispositivos territoriais para potencializar a assistência na região (PEBA, 2012), a saber:

- Implantação de um consultório de rua em Juazeiro;
- Migração dos CAPS II em Juazeiro e Petrolina para CAPS III;
- Implantação de 09 leitos de acolhimento no Hospital Regional de Juazeiro;
- Ampliação das ações intersetoriais e especializadas na região para o CAPSij;

Para dimensionar a estruturação da RAPS nas regiões pesquisadas, no tocante aos CAPS, faz-se pertinente conhecer as suas diferenças, quanto à composição e

<sup>31</sup> Quanto à definição das siglas: Centro de Apoio Psicossocial (CAPS); Centro de Apoio Psicossocial - infância e juventude (CAPS ij); e Centro de Apoio Psicossocial – álcool e drogas (CAPS ad).

organização/demandas na assistência. É peculiar a todos os CAPS a assistência em nível ambulatorial de transtornos psicossociais, composto por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde. O diferencial entre os CAPS advém da abrangência e tipo de atendimento, sendo o CAPS I um serviço disponível para cidades de pequeno porte, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia (adultos, crianças, adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas). O CAPS II é serviço disponível em cidades de médio porte para atender durante o dia pessoas adultas com transtornos mentais. Já a CAPS III possui serviços 24h, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta. As CAPSij e CAPSad estão direcionadas ao apoio psicossocial de um público-alvo específico: a CAPSij direciona-se ao atendimento de crianças e jovens e o CAPSad direciona-se para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, este, geralmente disponível em cidades de médio porte (BRASIL, 2011).

Os estados da região TOPAMA apresentam-se em estágios de implantação da RAPS distintos. No TO, a rede está sendo efetivada, atendendo aos pressupostos do Decreto 7.508/2011 e Portaria 4.279/2010. O estado do PA está se organizando para implantar, e o MA ainda não iniciou o projeto para o estado. Contudo, enquanto se elabora o projeto, os leitos de psiquiatria estão sendo ampliados, haja vista que o fechamento da clínica de psiquiatria no município de Imperatriz contribuiu para o aumento do vazio assistencial (TOPAMA, 2012). Mesmo com diferença na organização da rede, os estados apresentam problemas similares, a saber:

- Desconhecimento sobre a origem do domicílio do usuário, dificultando o envolvimento da família e da comunidade na efetivação do Projeto Terapêutico Individual;
- Ausência de serviços como Unidade de Acolhimento Transitório aos usuários de álcool, crack e outras drogas e CAPS infantil;
- Quantitativo de medicamentos insuficiente diante da demanda existente;
- Precariedade do espaço físico, material e de recursos humanos dos CAPS;
- Ausência e/ou não manutenção dos transportes de suporte para visitas e atendimento domiciliares;
- Estruturação de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais/regionais/referenciais.

Segundo apresentado na Tabela 14, a região TOPAMA conta com uma capacidade instalada de serviços para saúde mental de:

Tabela 14 – Capacidade instalada da RAPS na região TOPAMA

CAPS			<i>CAPS I</i>	<i>CAPS II</i>	<i>CAPS III</i>	<i>CAPSij</i>	<i>CAPSad</i>	<i>Leitos Hosp.</i>	<i>Residência Terapêutica</i>	<i>Ambulatório de saúde mental</i>	<i>NEP</i>
<b>TO</b>	5	21	11	6	2	1	1	171	2	1	1
<b>PA</b>	10										
<b>MA</b>	6										

Fonte: TOPAMA ( 2012)

No arcabouço da RAPS para a região TOPAMA, os novos dispositivos de assistência proposto (TOPAMA, 2012) para a região são:

- Ampliar para 11 o número de leitos de psiquiatria nos hospitais gerais da região;
- Implantar 2 unidade de acolhimento transitório da RAPS;
- Sensibilizar os gestores e técnicos, com um seminário sobre a política de Saúde Mental no SUS;
- Implementar serviços complementares no Hospital Psiquiátrico – Clínica de Repouso São Francisco em Araguaína.

Para o fortalecimento e ampliação da RAPS, considerando a capacidade instalada e os dispositivos de assistência disponíveis na região TOPAMA, é possível afirmar que as propostas para qualificação da rede estão aquém das necessidades loco regionais.

#### 4.4.3 Rede de Atenção as Urgências – RAU

O alto índice de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho cardiovascular) e causas externas, conforme apresentado página 76, mostra-se estorrecedor nas duas regiões estudadas (TOPAMA e PEBA), destacando-se como relevante problema de saúde pública, o que ratifica a necessidade de implementação da Rede de Atenção as Urgências (RAU).

A implantação e organização da RAU, não diferente das outras RAS, consistem na pactuação entre as três esferas de gestão e na articulação e integração de todos os equipamentos e serviços de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situações de urgências/emergência de forma ágil e oportuna, “permitindo uma melhor organização da assistência, articulando os diversos pontos de atenção e definindo

os fluxos e as referências adequados, buscando transformar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado, além do dimensionado pautado na oferta de serviços” (BRASIL, 2013, p.7).

Os principais problemas da região TOPAMA, elencados no subprojeto QualiSUS-Rede, foram o aumento de atendimentos de urgência e emergência por causas externas; déficit na estrutura física e de equipamentos das instituições de saúde; regulação deficitária dos atendimentos de saúde; estrangulamento das portas de entrada das urgências e emergência, devido à ausência das consultas especializadas da média complexidade; ausência de salas de estabilização<sup>32</sup> na região TOPAMA; insuficiência de leitos de retaguarda e longa permanência; infraestruturas inadequadas dos hospitais de referência; vazios assistenciais de urgência e emergência na macrorregião Norte; profissionais realizando atendimento especializado sem a devida qualificação profissional; falta do equipamento arco cirúrgico necessário para as cirurgias trauma ortopédicas; deficiente estruturação das portas de entrada de Urgência e Emergência; falta dos serviços de urgência nas unidades básicas de saúde; dificuldade na regionalização do SAMU.

Desse modo, a organização da RAU e o enfrentamento das situações de urgência e emergências e de suas causas não requerem apenas uma assistência imediata, mas inclui principalmente ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, o tratamento contínuo das doenças crônicas, a reabilitação e os cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Tendo em vista a reforma na Política Nacional de Atenção às Urgências no âmbito do SUS, a fim de ampliar e qualificar a assistência da RAU, objetivando a redução da mortalidade precoce e sequelas produzidas de acidentes de trânsito, de outras violências e das doenças cardiovasculares, as regiões TOPAMA e PEBA propõem (Quadro 12):

TOPAMA	PEBA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualificar o atendimento nos hospitais de referência na atenção às urgências e emergências;</li> <li>- Equipar cinco Unidades de Saúde;</li> <li>- Reformar seis Unidades de Saúde;</li> <li>- Qualificar 600 profissionais em urgência e emergência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispõe de RAU regional;</li> <li>- Apoiar o processo de trabalho da RAU;</li> <li>- Identificar e apoiar os pontos críticos no processo de construção da RAU;</li> <li>- Elaborar o Plano de Ação da RAU interestadual fundamentado no arcabouço normativo do SUS.</li> </ul>

Quadro12 – Propostas para a RAU nas regiões TOPAMA e PEBA

Fonte: Dados extraídos dos documentos TOPAMA (2012) e PEBA (2012)

<sup>32</sup>Equipamento de saúde que deverá atender às necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave/crítico em municípios de grandes distâncias e/ou isolamento geográfico, bem como lugares de difícil acesso considerados como vazios assistenciais para a urgência e emergência e que deverá se organizar de forma articulada, regionalizada e em rede.

A região PEBA apresenta ainda outra iniciativa, a implantação da Atenção Domiciliar – Melhor em Casa<sup>33</sup>, em que 4 municípios da região interestadual foram beneficiados. Tal programa tem como objetivo atuar na promoção e assistência à saúde de usuários restritos ao leito e/ou ao lar, garantindo a otimização de recursos e a prevenção de hospitalização desnecessária.

A implantação da RAU deve ser vista e pensada não apenas como uma prioridade, mas uma necessidade premente, tendo em vista a permanência das situações clínicas envolvidas além da superlotação dos Prontos Socorros. Desse modo, a RAU deve intervir de forma organizada e efetiva sobre as diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas e em saúde mental). Assim, é “necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso” (BRASIL, 2013 p.10).

Diante do exposto, mesmo com a instauração de mudanças no setor saúde, a assistência integral à saúde permanece como um grande desafio para os gestores. A organização dos processos de trabalho em rede surge como a principal barreira a ser enfrentada, no sentido de operacionalizá-la de forma centrada no usuário e suas necessidades, haja vista ser um complexo sistema composto por diferentes atos sociais centrados na cooperação.

Perante esse desafio, os gestores de saúde, primando o acesso equânime às ações e serviços de saúde, precisam traçar um plano horizontal de assistência, garantindo resolutividade e integralidade na assistência prestada aos usuários.

Atrelado a isso, para garantir a equidade, esses planos devem, prioritariamente, conceber como cerne o usuário do sistema de saúde, e serem construídos de forma cooperada, solidária e participativa, em que se institui uma relação dialógica e horizontal, devendo, portanto, ser entendidos com preceito de cooperação e não de competição. Para isso, é primordial a identificação e o reconhecimento das realidades existentes no Sistema de Saúde dos Estados, consolidando essas mudanças por meio das regiões de saúde e levando em conta o desenho dessas regiões, os investimentos que devem ser realizados para sanar as dificuldades encontradas, bem como a alocação de recursos financeiros para o financiamento do sistema e a garantia de acesso.

---

<sup>33</sup> Redefinida pela Portaria MS/GM nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio.



No processo de construção da regionalização das ações e serviços de saúde, a região PEBA demonstra maior sintonia entre os estados, os quais, juntos, buscam medidas e ações que garantam atenção à saúde da população. Na região TOPAMA, os conceitos de cogestão ou gestão compartilhada permanecem ocultos, em que as proposições para a construção da rede mostram-se fragmentadas evidenciando a desarticulação interestadual.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regionalização reaparece no cenário brasileiro a partir da implantação do Pacto pela Saúde, sendo este a diretriz organizativa para orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a organização das Redes de Atenção à Saúde, as quais são ordenadas a partir de um sistema de cooperação, cogestão e financiamento solidário.

Com base nos documentos da Rede de Saúde da Região do Bico do Papagaio, Rede TOPAMA, e da Região do Vale do Médio São Francisco, Rede PEBA, notam-se semelhanças nas características das regiões e distinção na organização do processo de construção da Rede TOPAMA e PEBA. Essa observação se refere à análise de cada rede dentro de seu contexto, isoladamente (rede TOPAMA e rede PEBA), a à análise quando analisadas no tocante a descrever o modelo de cada uma (como análise comparativa).

Apesar das dificuldades em acessar os documentos que orientam a regionalização da Região TOPAMA, percebeu-se que a rede ainda não está dotada dos elementos necessários para o seu pleno funcionamento com interligação dos serviços, fazendo-se necessário um suporte tecnológico de informação, a assunção por todas as esferas de gestão, serviços e profissionais, todos com corresponsabilidade de organização do sistema.

No que refere à região PEBA, nota-se a articulação e cumplicidade interestadual, possuindo uma rede articulada e hierarquizada. Contudo, torna-se necessário traçar novas estratégias a fim de superar o desafio frente às barreiras geográficas da região PEBA, para, assim, garantir, efetivamente, aos moradores da região, assistência e acesso às ações e aos serviços de saúde.

O planejamento regional está organizado de forma distinta entre os estados e entre as Redes TOPAMA e PEBA. As regiões de saúde dos estados envolvidos estão organizadas em conformação com do Decreto 7.508/2011, exceto as regiões do estado do MA.

Em sintonia com o Pacto pela Saúde, as Redes TOPAMA e PEBA estão organizadas por meio das CIR, que permitem um espaço contínuo de cogestão e que viabilizam aos gestores interpretar a realidade regional e buscar a conduta apropriada para resolução dos problemas comuns da região.

Foi possível perceber os avanços na regionalização no estado do Tocantins, que vêm se articulando e se adequando às determinações do SUS em busca de uma gestão organizada

que garanta a integralidade da assistência à saúde. Em contrapartida, o estado do Maranhão foi o que menos apresentou articulações para instituição de redes de saúde regionalizadas.

Diante disso, cabem questionamentos no tocante à rede interfederativa, ou seja, de gestão compartilhada, haja vista que as redes estudadas são compostas por diferentes federações com visões de prioridades distintas, sendo, este, um dos principais desafios à regionalização. Entretanto, no que competem às ações de saúde em uma gestão compartilhada, as federações têm que caminhar articuladas e em sintonia, a fim de garantir o desenvolvimento regional, para, desse modo, preencher as lacunas assistências existentes.

Nesse viés, os achados fortalecem a necessidade de organização, pactuação e aproximação dos estados no processo de planejamento e implementação da regionalização. Assim, os estados precisam propor estratégias que possibilitem transpor as barreiras de acesso aos serviços de saúde, principalmente no tocante às ações de maior complexidade.

Para garantir uma assistência à saúde integralizada e equânime não pode haver apenas relações entre os governos, é essencial uma gestão compartilhada com planejamento integrado e financiamento tripartite. Partindo desse princípio, é imperioso que as relações de gestão na rede de saúde sejam centralizadas na partilha do poder decisório, e que os entes corresponsáveis tenham em razão da interdependência existente, inerente ao SUS, garantias de segurança aos laços criados.

Contudo, para efetiva regionalização, com todos os seus pressupostos, os entes federados devem estar despidos de interesse próprio, partidos políticos e conformar uma gestão unificada de forma participativa, solidária e cooperativa, proporcionando o bem comum em benefício do usuário.

Os resultados obtidos na presente pesquisa permitem a compreensão da regionalização das redes de atenção à saúde, a partir da organização e integração das ações e serviços de saúde, possibilitando, por meio de futuros estudos, o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária nas relações interfederativas.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; SAMUELS, David. **Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira**. São Paulo: HUCITEC/Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em [http://www.cedec.org.br/files\\_pdf/OsBaroesdaFederacao.pdf](http://www.cedec.org.br/files_pdf/OsBaroesdaFederacao.pdf). Acesso em: 02/04/2013.

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. 192p.

ARRETCHE, Marta. **Federalismo e Políticas Sociais no Brasil**: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo em Perspectiva, 18 (2): 17-26, 2004.

\_\_\_\_\_, Marta. **Relações Federativas nas Políticas Sociais**. Educ. Soc., Campinas, v.23, n.80, setembro, p. 25-48. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br> acesso em Novembro 2012.

\_\_\_\_\_, Marta. **Democracia, Federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012. 232p.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro São Paulo. Edições 70, 2011.

BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro. **Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios**. Rev. RAS, 10(41): 159-163, 2008. Disponível em: [http://www.cqh.org.br/files/RAS41\\_Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20o%20desafio%20da%20regionaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://www.cqh.org.br/files/RAS41_Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20o%20desafio%20da%20regionaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf) Acesso em: novembro de 2012.

BRASIL. Constituição Brasileira (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Congresso Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8080**, de 19 setembro de 1990a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8142**, de 28 de dezembro de 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC dos SUS: doutrinas e princípios**. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Assistência à Saúde; 1990c. v.1, 20p.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 14 set. 2000.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília (DF): CONASS; 2003. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 76 p.: il. – (Série B.Textos Básicos em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 01)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Pacto pela Vida e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. – (Série B.Textos Básicos em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 02)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Regionalização Solidária e Cooperativa Orientações para sua Implementação no SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. 48 p.: il. – (Série B.Textos Básicos em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 03)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 60 p.: il. – (Série B.Textos Básicos em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 10)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **DATASUS: informações de saúde**. Disponível em:  
<[www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm](http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm)>.

\_\_\_\_\_. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades**. Disponível em:  
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

\_\_\_\_\_. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Biblioteca IBGE.** Disponível em:  
<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/tocantins/augustinopolis.pdf>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 3213 de 10 de Julho de 1998.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 396, de 4 de Março de 2011.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto 7508 de 28 de junho de 2011.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1459 de 24 de Junho de 2011.**

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Complementar 141 de 13 de Janeiro de 2012.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1375 de 3 de Julho de 2012.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84p

CAMPOS, Gastão Wagner de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CARVALHO, André Oliveira. **Sistema de Informação em Saúde para municípios.** Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. v.6, 1998.

CARVALHO, Gilson. **Os governos trincam e truncam o conceito de integralidade.** Radis. 2006; (49):16

CASTRO, Mary Garcia; ABRAMOVAY, Miriam; SILVA, Lorena Bernadete da. **Juventudes e sexualidade.** Brasília: UNESCO, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v43n3/a08v43n3.pdf>>.

DOURADO, Daniel Araújo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro.** Ver. Saúde Pública. 45(1): 204-11. 2011.

ELAZAR, Daniel J. **Exploring federalism.** Tuscaloosa, AL: University of Alabama, 1987.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de (org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública.** 1ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos de pesquisa social.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Lúcia. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

JÚNIOR, Aluísio Gomes da Silva; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria. CORBO, Ana Maria D'Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

KAMIMURA, Quésia Postigo; OLIVEIRA, Edson Aparecida Araújo Querido. **Processo de regionalização da saúde na percepção dos gestores.** Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional. V.9, n. 2. p. 280 – 300. Taubaté – SP, 2013.

LAMOUNIER, Bolívar. **Um liberal entre autoritários.** Revista Época. São Paulo. 11 de setembro de 2006, Caderno Especial, p.70-71.

LIJPHART, Arend. **Patterns of democracy: government forms and performance in thirty-six countries.** New Haven: Yale University, 1999a.

LIJPHART, Arend. **Modelos de democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003b.

LIMA, Luciana Dias; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil.** Ed. Contra Capa. Rio de Janeiro. 2011.

LIMA, Luciana Dias. et al. **Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(7):1903-1914. 2012.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 107-140.

KUGELMAS, Eduardo; SOLA, Lourdes. **Recentralização/descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90.** Tempo Social, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 63-83, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

MARCONI, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho Científico.** Procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório. Publicações e trabalhos científicos. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010

\_\_\_\_\_. **Fundamentos da metodologia científica.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003

MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOLINA, Vera Lucia Ignácio. **Negociações “pelo alto”:** um estudo sobre a formulação das Políticas de Saúde, em São José dos Campos, de 1980 a 1996. Cabral, 2004. 415p.

MORAES, Alexandre. **Direito Constitucional.** 4ª ed. São Paulo. Atlas, 1998.

MOROSINI, Márcia Valéria G.C.; CORBO, Ana Maria D. Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007

OLIVEIRA, Andrea M. de Gouveia, et al. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEBA, **Subprojeto QuliSUS-REDE da Região Fronteira Agrícola do Médio do Vale do Médio São Francisco**. Versão preliminar. Rede PEBA, 2012.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. In: Cadernos do Internato Rural: Textos de Apoio – Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. 35 p.

Disponível em: [http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf).

RAMOS, Dircêo Torrecillas. **O Federalismo assimétrico**. São Paulo: Plêiade, 1998.

RIKER, Willian. **The development of American federalism**. Norwell: Kluwer Academic, 1987.

RIPPEL, Gisele Largura. **Trajetórias da formação inicial**: marcas de produção de sentido. Canoas/RS: Salles editora, 2011.

SCHNEIDER, Alessandra. et al. **Pacto pela Saúde: Possibilidade ou Realidade?** CEAP 2 ed. Passo Fundo: IFIBE. 2009. 48p.

SOUZA, Celina. **Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil Pós 1988**. Revista de Sociologia e Política. Curitiba, 24: 105-121. Jun, 2005.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Diretoria Geral de Gestão e Acompanhamento Estratégico. **Regionalização Solidária e Cooperativa Comissões Intergestores Regional do Tocantins: Uma construção histórica**. Palmas – TO. 2013. 171p.

TOPAMA, **Subprojeto QualiSUS-REDE da Mesorregião do Bico do Papagaio**, versão preliminar. Rede TOPAMA, 2012.

TORRES, João Camilo de Oliveira (1961). **A Formação do Federalismo no Brasil**. Companhia Editora Nacional. São Paulo. 381 páginas.

TORRES, Silvia Faber. **O Princípio da subsidiariedade no direito público contemporâneo**. Rio de Janeiro. Renovar, 2001.

TOSTES, Monica Curcio de Souza. **Pacto Federativo e a Política Sanitária Municipal Brasileira: os Casos do Rio de Janeiro e de Niterói pós 90**. Niterói, 2007. Folhas 121. Disponível em: <http://www.uff.br/dcp/wp-content/uploads/2011/10/Dissertação-de-2007-Mônica-Cúrcio>

WATTS, Ronald L. **Comparing federal systems in the 1990s**. Ontario: Institute of Intergovernmental Relations, 1996. 126 p. Disponível em: <http://www.queensu.ca/iigr/pub/archive/books/ComparingFederalSystemsInThe1990s-Watts.pdf>



VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Lucina Dias. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro, 2011. 216p.