



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Lucas Manoel da Silva Cabral

**“Dos Brasis que se faz um país”:
desafios para a regionalização da saúde no Brasil**

Rio de Janeiro

2023

Lucas Manoel da Silva Cabral

**“Dos Brasis que se faz um país”:
desafios para a regionalização da saúde no Brasil**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Teodoro do Santos

Coorientadora: Profa. Dra. Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

C117 Cabral, Lucas Manoel da Silva.
“Dos Brasis que se faz um país”: desafios para a regionalização da
saúde no Brasil / Lucas Manoel da Silva Cabral. - 2023.
168 f.
Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Teodoro do Santos
Coorientadora: Prof.^a Dra. Marcia Cristina Rodrigues Fausto
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do
Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Política de Saúde – Brasil. 2. Administração de Serviço de
Saúde. 3. Regionalização da Saúde. 4. Governança em Saúde. 5.
Sistema Único de Saúde. I Santos, Ronaldo Teodoro dos. II. Fausto,
Marcia Cristina Rodrigues. III. Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 614(81)

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Lucas Manoel da Silva Cabral

“Dos Brasis que se faz um país”: desafios para a regionalização da saúde no Brasil

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 23 de outubro de 2023.

Coorientadora: Profa. Dra. Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Escola Nacional de Saúde Pública

Banca examinadora: _____
Prof. Dr. Ronaldo Teodoro do Santos (Orientador)
Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro - UERJ

Profa. Dra. Thais de Andrade Vidaurre Franco
Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro - UERJ

Profa. Dra. Rosana Chigres Kuschnir
Escola Nacional de Saúde Pública

Prof. Dr. José Angelo Machado
Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Patty Fidelis de Almeida
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Para Estela e Osmar,
Cujo amor e apoio inabaláveis são as estrelas-guia que iluminam meu caminho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Estela e Osmar, expresso minha profunda gratidão pela amizade, companheirismo e apoio inabaláveis, que transcenderam não apenas a construção desta tese, mas permearam todas as dimensões da minha vida, tanto na esfera pessoal quanto na profissional.

Às minhas amadas irmãs e companheiras de jornada, Sara e Samara, cuja presença ao meu lado tem sido um alicerce sólido.

Ao Ednei Andrade, meu parceiro na vida, agradeço por compartilhar todos os dias e desafios comigo.

Ao meu orientador e amigo, Prof. Dr. Ronaldo Teodoro, cujo apoio tem sido constante desde o mestrado, agradeço por desempenhar um papel essencial no meu crescimento tanto profissional quanto pessoal ao longo desses seis anos.

À minha coorientadora e amiga, a Profa. Márcia Fausto, que me proporcionou a oportunidade de explorar o Brasil profundo ao participar da pesquisa sobre Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos, agradeço por sua orientação e por me moldar como sanitarista e pesquisador.

À prof. Dr.^a Ana Maria Auler Matheus Peres, a primeira grande professora que tive na vida, pela sensibilidade que a diferencia como educadora e pela presença marcante em minha vida acadêmica /profissional e afetiva, a quem eu agradeço pelas lições de humildade, amor ao próximo, respeito pela diversidade e lições de vida, essências na minha caminhada pessoal/profissional. Meu agradecimento por tanto amor, carinho, atenção e dedicação.

Ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, onde atuei como assistente de pesquisa, discente e docente, agradeço por me acolher e por seu papel fundamental na minha formação como profissional do Sistema Único de Saúde.

Agradeço às instituições que desempenham papel crucial na construção e na defesa do SUS. Durante meu doutoramento, tive a oportunidade de trabalhar no Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ), no Instituto Nacional de Câncer (INCA) e na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e sei que contribuíram significativamente para as reflexões presentes nesta tese.

A todos aqueles que vieram antes de mim e superaram barreiras e dificuldades, permitindo que eu me tornasse o primeiro da minha família a alcançar tantas conquistas,

incluindo o título de doutor, expresse minha profunda gratidão. Estou certo de que minha jornada inspirará outros e, juntos, celebraremos a certeza de que sou o primeiro, mas definitivamente não serei o último.

Aos professores e colegas do doutorado que, de várias maneiras, contribuíram para o processo de construção deste trabalho, expresse meu sincero agradecimento. Em particular, gostaria de mencionar os professores André Mendonça, Elaine Teixeira, Felipe Asensi e Tânia França (*in memoriam*), pelo impacto significativo que tiveram na minha formação.

Por fim, agradeço a todos os meus familiares e amigos que torcem e vibram, há anos, com as minhas conquistas.

RESUMO

CABRAL, Lucas Manoel da Silva. *“Dos Brasis que se faz um país”*: desafios para a regionalização da saúde no Brasil. 2023. 168 f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Esta tese aborda a complexa dinâmica do federalismo, descentralização e regionalização da saúde no Brasil, com foco especial na municipalização e seus desafios. A investigação revela que, ao longo das décadas, a descentralização assumiu sobretudo o sentido de uma municipalização da gestão e da oferta dos serviços de saúde, estabelecendo um arranjo político e institucional intrincado que impacta a organização e gestão eficaz da rede de serviços de saúde no país. Identificam-se dois pressupostos recorrentes nesse processo: a crença de que todos os municípios poderiam integrar suas ações e serviços de saúde de forma eficiente, independentemente das dinâmicas locais e diferenças de poder; e a expectativa de que os estados teriam a capacidade de coordenar essa integração, mesmo que a legislação não tenha conferido a eles ferramentas e poderes específicos. Esses desafios levantam a questão central desta pesquisa: após mais de três décadas de construção do SUS, quais são os desafios impostos pela municipalização para a efetiva regionalização da saúde no Brasil? E mais importante, como podemos trilhar caminhos para concretizar uma organização dos serviços de saúde em uma rede de atenção regionalizada? Conclui-se que a tese, embora abrangente, não esgota todas as respostas, ressaltando a complexidade do tema, mas aponta para a necessidade de abordar a intrincada rede de desafios associados à descentralização e à regionalização, considerando as dinâmicas políticas, disparidades locais e a busca por uma atuação estadual mais eficaz na coordenação dessa integração. O estudo também destaca a importância da autoridade sanitária, em nível estadual, como um ator fundamental na coordenação e integração dos serviços de saúde. Além disso, enfatiza a necessidade de um novo pacto federativo que equilibre poderes, papéis e responsabilidades entre as esferas de governo e inclua transferências intergovernamentais para reduzir disparidades regionais. A transformação desse novo modelo de gestão em ações práticas exigirá o comprometimento de todos os níveis de governo, bem como a participação ativa da sociedade civil e dos profissionais de saúde. No entanto, esse esforço é essencial para construir um sistema de saúde mais integrado, equitativo e capaz de oferecer cuidados de qualidade a todos os cidadãos brasileiros.

Palavras-chave: Municipalização. Federalismo. Regionalização. SUS.

ABSTRACT

CABRAL, Lucas Manoel da Silva. *“A country is made out of Brazil”*: challenges for the regionalization of health in Brazil. 2023. 168 f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

This doctoral thesis explores the intricate dynamics of federalism, decentralization, and healthcare regionalization in Brazil, with a special focus on municipalization and its challenges. The research reveals that over the decades, decentralization, often interpreted as municipalization, has established a complex political and institutional framework that impacts the effective organization and management of the healthcare service network in the country. Two recurring assumptions in this process are identified: the belief that all municipalities could efficiently integrate their healthcare actions and services, regardless of local dynamics and power differences, and the expectation that states would have the capacity to coordinate this integration, even if legislation did not grant them specific tools and powers for it. These challenges raise the central question of this research: after more than three decades of building the Unified Health System (SUS), what are the challenges posed by municipalization for the effective regionalization of healthcare in Brazil? And, more importantly, how can we navigate the paths to materialize this process? We conclude that the thesis, although comprehensive, does not exhaust all the answers, underscoring the complexity of the subject and pointing to the need to address the intricate network of challenges associated with decentralization and regionalization, considering political dynamics, local disparities, and the pursuit of a more effective state-level role in coordinating this integration. The study also highlights the importance of the health authority at the state level as a fundamental actor in coordinating and integrating healthcare services. Furthermore, it emphasizes the need for a new federal pact that balances powers, roles, and responsibilities among government spheres and includes intergovernmental transfers to reduce regional disparities. The transformation of this new management model into practical actions will require the commitment of all levels of government, as well as active participation from civil society and healthcare professionals. Nevertheless, this effort is essential to build a more integrated, equitable healthcare system capable of providing quality care to all Brazilian citizens.

Keywords: Municipalization. Federalism. Regionalization. SUS (Unified Health System).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Tipos básicos de projetos para estudos de caso	34
Figura 2 – Mapas da não adesão por Regiões de Saúde e municípios ao Pacto Pela Saúde, Brasil, 2012.....	72
Figura 3 – Ciclo de Planejamento Integrado do Sistema Único de Saúde.....	99
Figura 4 – Esquema de organização de serviços apresentado no Relatório Dawson.....	107
Mapa 1 – Municípios Rubelita e Indaiabira, Região de Saúde Salinas Taiobeiras, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2019	38
Mapa 2 – Municípios de Boa Vista do Ramos e Maués, Região de Saúde Baixo Amazonas, estado do Amazonas, Brasil, 2019.....	41
Quadro 1 – Totais absolutos e percentuais de não adesão por porte populacional ao Pacto pela Saúde, Brasil, 2012	73
Quadro 2 – Parâmetros para organização do sistema de saúde no âmbito municipal	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características socioeconômicas da população, municípios Rubelita e Indaiabira, Região de Saúde Salinas Taiobeiras, Minas Gerais, Brasil, 2019.....	36
Tabela 2 – Características socioeconômicas da população, municípios de Boa Vista do Ramos e Maués, Região de Baixo Amazonas, Amazonas, Brasil, 2019.....	40
Tabela 3 – Participantes do estudo por função e nível de gestão/atuação, por estado, Brasil, 2019.	43
Tabela 4 – Distribuição dos municípios por região, estados, população, números de senadores e deputados federais, 2018.....	78
Tabela 5 – Número / percentual de municípios por faixa de população, 2019.	79
Tabela 6 – % Receita dos impostos na despesa total com saúde (2016-2019) dos municípios e estados selecionados no estudo, Brasil.	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABM	Associação Brasileira de Municípios
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNM	Confederação Nacional de Municípios
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS-RJ	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNP	Frente Nacional de Prefeitos
GED	Grupo Especial de Descentralização
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
IBAM	Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Médio
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOBS	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMAQ AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde
PRI	Planejamento Regional Integrado

RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	15
1	PERCURSO METODOLÓGICO.....	33
1.1	Tipo do estudo.....	35
1.2	Contexto do presente estudo / campo da pesquisa.....	36
1.2.1	<u>Municípios de Indaiabira e Rubelita, Região de Saúde: Salinas Taiobeiras-MG.....</u>	36
1.2.2	<u>Municípios de Boa Vista do Ramos e Maués, Região de Saúde: Baixo Amazonas-AM.....</u>	38
1.3	Sujeitos da pesquisa.....	41
1.4	Aspectos éticos.....	43
2	FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO.....	45
2.1	Federalismo cooperativo e solidário: a prática de uma utopia.....	45
2.1.1	<u>A centralização do poder como tendência histórica.....</u>	45
2.1.2	<u>Centralização do poder nos Estados federativos.....</u>	47
2.1.2.1	A Federação Suíça.....	49
2.1.2.2	A Federação Norte-Americana.....	50
2.1.2.3	A Federação Alemã.....	52
2.1.2.4	A Federação Brasileira.....	53
2.1.3	<u>Federalismo cooperativo e solidário.....</u>	59
2.2	Descentralização e a variação do seu sentido político ao longo do tempo.....	61
2.2.1	<u>Descentralização: a trajetória da proposta de mudança.....</u>	65
2.3	O município no Brasil: da subalternidade à coadjuvância.....	75
2.3.1	<u>O município e o processo eleitoral brasileiro.....</u>	78
2.3.2	<u>Caracterização dos municípios brasileiros.....</u>	79
2.3.3	<u>O município e os aspectos e financeiros.....</u>	81
2.3.4	<u>O município no Brasil e o rumo histórico da descentralização.....</u>	85
2.3.5	<u>Competências dos municípios brasileiros.....</u>	87
3	REGIÃO DE SAÚDE: O ENTE OCULTO.....	91

3.1	Regionalização.....	91
3.2	Planejamento ascendente e integrado da saúde e o desafio de se constituir uma autoridade sanitária regional.....	98
3.3	Organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS).....	101
3.4	A Governança Regional da Saúde.....	103
3.5	Relatório Dawson (1920): a terra das oportunidades.....	105
3.5.1	<u>Autoridade sanitária.....</u>	109
3.5.2	<u>Os Sistemas Locais de Saúde da Organização Mundial da Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde.....</u>	111
3.5.3	<u>Elementos fundamentais de uma rede de saúde.....</u>	112
3.5.4	<u>Fatores recentes que afetam a organização das redes de saúde.....</u>	114
4	MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE: A PRÁTICA DE UMA UTOPIA.....	117
4.1	Amazonas: uma análise das entrevistas com gestores locais.....	117
4.2	Minas Gerais: uma análise das entrevistas com gestores locais.....	126
4.3	O armado do SUS e o espaço regional.....	130
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
	REFERÊNCIAS.....	141
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com o(a) gestor (a) municipal de saúde.....	150
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com o(a) gestor(a) regional de saúde.....	155
	APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com o(a) gestor(a) estadual.....	158
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).....	161

INTRODUÇÃO

O conjunto de pássaros é: bando

O conjunto lobos é: alcateia;

O conjunto de peixes é: cardume

Mas o conjunto de municípios não faz uma região.

Secretária Municipal de Saúde, Estado do Mato Grosso, Brasil (2019).

Esta tese é resultado da minha atuação profissional. Minha aproximação com a temática se deu, inicialmente, com a leitura do relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre os dias 9 e 14 de agosto de 1992, que teve como tema central “a municipalização é o caminho”. O processo de reflexão e crítica sobre a temática foi se intensificando no início de 2019, primeiro ano do meu doutorado, quando tive o privilégio de integrar a pesquisa “Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais e Remotos no Brasil”.¹ No mesmo ano, passei a integrar a equipe técnica do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ), colaborando com a gestão do SUS na Região Serrana do estado (16 municípios). A inserção nesses dois espaços me deu a oportunidade de refletir sobre os desafios da regionalização da saúde com diferentes perspectivas, uma mais acadêmica (âmbito da pesquisa), e outra mais política, municipalista e prática (âmbito da gestão).

Consideradas as controvérsias da longa tradição de estudos em torno desse tema, as reflexões realizadas nesta tese são resultados da minha atuação profissional nesses espaços, de participação em muitas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de muitas horas de voos pelo Brasil, de muito tempo na estrada e em hotéis de cidades remotas, de minhas angústias e reflexões que iam aumentando a cada entrevista realizada com gestores, profissionais de saúde e usuários dos diferentes “*Brasis*” que foram se apresentando.

O tema escolhido para esta tese é a compreensão dos desafios para a regionalização da saúde no Brasil. A oportunidade de conhecer realidades de regiões de saúde que vão do “Oiapoque ao Chuí”, ou para ficar mais próximo, de Bonito de Minas (MG) a Vitória do Jari

¹ Desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), financiada pelo Ministério da Saúde (MS) a partir de recursos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB), coordenada pela Profª. Dra. Márcia Cristina Rodrigues Fausto (Fausto; Seidl; Penzin, 2019).

(AP) é que, embora haja diferenças (desigualdades), o discurso é fundamentalmente o mesmo em relação às dificuldades para fazer a regionalização. Ou seja, independentemente se estou falando de uma região de saúde no Acre, no Piauí, no Mato Grosso ou em Minas Gerais, há muitas semelhanças entre as falas dos gestores e nos desafios e dificuldades apontadas, o que me faz pensar o quanto nosso problema é definitivamente estrutural.

A análise de uma política pública como a da saúde num país federativo como o Brasil exige a consideração da questão da forma de organização do poder. O termo “federalismo” é “derivado do latim *foedus*, o qual [...] significa pacto” (Abrucio, 1998, p. 26). Apesar de a etimologia do termo estar relacionada à ideia de acordo (pacto), o que supõe o entendimento entre entes supostamente iguais em direitos e poder, é necessário entender que tal pacto não é estático no tempo e está subordinado às relações reais de disputas e conflitos entre esses entes. Assim compreendido, o federalismo pode ser considerado uma relação de poder entre centro e periferia, que supõe duas tendências: centralização e descentralização. É o resultado desse choque que determina, em última instância, o fato de haver Estados unitários e Estados federativos (Abrucio, 1998). Dourado e Elias (2011, p. 15) afirmam que o federalismo brasileiro experimentou momentos de “centralização (1930-1945 e 1964-1985) e descentralização (1989-1930 e 1946-1964) relativamente bem definidos, até o estabelecimento do momento atual”, ou seja, uma descentralização com uma expressiva feição municipalista.

Diversos países do mundo, sobretudo, dos países com sistemas nacionais de saúde onde a saúde é reconhecida como direito universal, adotam a organização de seus sistemas de saúde como uma rede de ações e serviços organizada de forma **regionalizada e integrada**. Há semelhanças importantes no que diz respeito tanto à forma de organização, quanto aos mecanismos de regulação e gestão adotados (Santos; Melo, 2018; Pereira; Lima; Machado, 2009; Oliveira, 2021).

Estudos sobre os sistemas de saúde do Canadá, Espanha, França, Itália, Portugal e Reino Unido demonstram que, apesar das diferenças existentes entre eles, quanto ao tipo – seguro social na França e público de acesso universal nos demais países analisados – e à existência ou não de mecanismos de descentralização administrativa – centralizados na França, Portugal e Reino Unido e descentralizado no Canadá, Espanha e Itália –, alguns elementos são comuns entre eles (Santos; Melo, 2018; Pereira; Lima; Machado, 2009; Oliveira, 2021). São eles: a existência de agências locais ou regionais de regulação do sistema de saúde; utilização de contratos de gestão entre os governos e as agências e entre estas e as unidades de saúde – contratos que incluem atribuições claras e metas quantitativas e qualitativas de desempenho; garantia de autonomia administrativa e financeira das unidades de saúde, dentro de parâmetros fixados em lei e nos

contratos de gestão; monitoramento e avaliação segundo indicadores de desempenho estabelecidos nos contratos de gestão; e capacidade de intervenção das agências nas unidades de saúde.

Tais elementos não existem no SUS, onde os instrumentos de regulação ainda são incipientes. No Brasil, toda a gestão da rede de serviços está a cargo diretamente dos municípios, ou dos estados – principalmente nas regiões metropolitanas das capitais – e não de agências regionais.

Convergente com a experiência brasileira, identificamos apenas um país – a Finlândia – que possui um sistema de saúde organizado sob a lógica da **municipalização** (Keskimäki; Sinervo; Koivisto, 2018). Todavia, não há como estabelecer qualquer comparação entre o Brasil e a Finlândia, dadas as disparidades econômica, cultural, territorial e populacional entre os dois países. Mas, analisando os estudos e relatórios sobre os desafios impostos ao sistema de saúde por causa da fragmentação, alguns pontos chamam a atenção.

A discussão sobre o equilíbrio ideal entre descentralização e centralização na organização dos sistemas de saúde tem sido um tópico em debate na Finlândia desde 2000. Assim como no Brasil, o país possui um sistema de saúde altamente descentralizado (Keskimäki; Sinervo; Koivisto, 2018). No entanto, Häkkinen e Lehto (2005) destacam que um dos principais desafios na organização do sistema de saúde finlandês é o grande número de municípios pequenos, com menos de 1.000 habitantes, que têm as mesmas atribuições dos grandes municípios, como Helsinque, com cerca de 550.000 habitantes, e Tampere, com cerca de 200.000 habitantes.

Nos últimos 20 anos, vários governos na Finlândia, independentemente de suas ideologias, têm buscado realizar reformas no sistema de saúde do país com três objetivos principais: i) centralizar a organização e as estruturas do sistema de saúde; ii) melhorar o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde; e iii) promover a integração de serviços tanto horizontal quanto verticalmente. No entanto, devido à natureza descentralizada da saúde e dos serviços de assistência social, assim como a maioria dos outros serviços públicos, tem sido desafiador avançar com qualquer reforma que reduza o papel dos municípios, devido ao poder político que eles detêm (Keskimäki; Tynkkynen; Reissel, 2019).

Desde 2010, a proposta do governo finlandês é transferir a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde dos municípios para as entidades regionais. O plano é criar 18 unidades administrativas (condados) com conselhos eleitos democraticamente, que serão responsáveis por uma ampla gama de temas, incluindo saúde e assistência social, serviços de emergência, desenvolvimento econômico, transporte e meio ambiente, bem como a atual função

dos conselhos regionais, como planejamento regional e desenvolvimento. O município, por sua vez, seria o responsável pela promoção da saúde e bem-estar (Mikkola *et al.*, 2015).

O principal argumento apontado pelos estudos sobre a Finlândia para esse processo de centralização é que, muitas vezes, os municípios não têm *“capacity to plan and evaluate performance of services and to make decisions on alternative models to organize services is limited. In specialised care, the smaller municipalities do not have enough power and expertise to impact the process of decision-making in their hospital district”* (Tynkkynen, 2019, p. 32).

As informações sobre os sistemas de saúde apresentados acima apontam para a regionalização da saúde como um caminho para superação dos limites da municipalização. Ou seja, além do Brasil, o único país que apresenta um sistema de saúde municipalizado está passando por um processo de reforma, buscando a regionalização da saúde e apontando desafios e limites que podem ser indicativos para pensar o SUS.

Nesta tese, proponho retomar as discussões sobre regionalização e redes na perspectiva dawsoniana. É importante ressaltar que a proposta não trata a regionalização como um componente meramente político, e as redes como um componente técnico e burocrático. Na verdade, essa proposta surge a partir de uma discussão sobre a mudança na proteção social na Grã-Bretanha, quando o primeiro-ministro da Saúde nomeou o médico Bertrand Dawson para coordenar uma comissão que visava definir “esquemas para a provisão sistematizada de serviços médicos e relacionados, disponíveis para a população de uma determinada região” (Dawson, 1920, p.7).

Na introdução de seu relatório, Dawson (1920) enfatiza que muitas doenças podem ser prevenidas e que a saúde é de suprema importância tanto para o Estado quanto para o indivíduo. Ele defende que os melhores meios para a prevenção da saúde e a cura de doenças devem estar ao alcance de todos os cidadãos, independentemente de sua posição social, e que isso deve ser um direito, não um favor.

Em muitos estudos, o relatório do Dawson (1920) é reconhecido como marco decisivo para a organização dos sistemas de saúde, uma vez que propôs um esquema sistematizado de organização da rede, aumentando o acesso e a equidade à saúde de forma territorializada (Kuschnir; Chorny, 2010). Do ponto de vista da equidade, a ideia da rede é que ela organiza, mas também reordena, regula e normatiza, ou seja, propõem uma organização, uma reordenação, uma normatização e regulação que tenham como princípio a equidade². Essa

² uma racionalização da forma de disponibilização e articulação dos recursos de forma a garantir um acesso equânime para a população de um dado território.

compreensão é central para esta tese, porque muitas vezes a descentralização e a municipalização têm sido tratadas prioritariamente como uma questão técnica, sendo secundarizada a importância dos conflitos e das disputas inerentes a esse processo, cujo desdobramento consiste em uma perigosa despolitização do funcionamento das redes de saúde (Machado, 2009).

Nesses termos, diante de tais apontamentos, formulamos a *hipótese* de que o processo de descentralização, ao ser compreendido como municipalização, criou um arcabouço político e institucional tão complexo que dificulta a organização e a gestão da rede de ações e serviços de saúde no Brasil. Dentre esses desafios, destacamos dois pressupostos comuns a esse processo: **(i)** que todos os municípios serão capazes de se entenderem de forma a integrar suas ações e serviços de saúde num sistema efetivo, a despeito das disputas locais e diferenças de peso político, econômico e administrativo; **(ii)** que os estados serão capazes de coordenar essa integração e intervir quando ela não ocorrer, apesar de não terem recebido instrumentos e poder para tanto na legislação. Neste sentido, o problema desta tese pode ser descrito pela seguinte questão norteadora: passados mais de três décadas de construção institucional do SUS, quais os desafios que a tese da municipalização, presente na origem da Reforma Sanitária brasileira, impõem à efetiva regionalização da saúde no Brasil e quais os caminhos possíveis para sua concretização?

Tendo em vista tais pressupostos, mobilizamos os dados da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais e Remotos no Brasil” para ilustrar os problemas existentes no dia a dia na oferta dos serviços de saúde, uma vez que a região de saúde não está constituída. Apresentamos os dilemas e estratégias que localmente vão se constituindo no município para dar conta da ausência de uma região de saúde. Para dar conta desse complexo desafio, a tese foi dividida em quatro capítulos, cada um abordando aspectos cruciais relacionados à organização do sistema de saúde no contexto do federalismo brasileiro.

Capítulo 1: Federalismo, Descentralização e Municipalização – neste capítulo, exploro os conceitos fundamentais do federalismo, descentralização e municipalização no Brasil. Apresento um histórico detalhado do processo de centralização e descentralização do poder ao longo dos anos, especialmente no contexto da área de saúde. Destaco os impactos da descentralização na gestão do SUS e abordo o papel do município como ente federado, com suas limitações e potencialidades na condução das políticas de saúde.

Já no *capítulo 2: Região de Saúde: o Ente Oculto* – busco trazer à luz a questão das regiões de saúde, muitas vezes negligenciadas nas discussões sobre o SUS. Destaco a importância crucial das regiões de saúde na organização e gestão do sistema de saúde,

evidenciando suas atribuições e potencialidades para a integração e coordenação das ações em saúde. Abordo os desafios enfrentados pelas regiões de saúde e aponto oportunidades para fortalecer seu papel como ente fundamental na regionalização da saúde a partir da perspectiva dawsoniana.

No *capítulo 3: O Percurso Metodológico da Tese*, ofereço uma descrição detalhada da metodologia adotada para a condução desta pesquisa. Apresento os procedimentos utilizados na coleta de dados, análise e interpretação dos resultados.

No quarto capítulo, *Municipalização da Saúde - A Prática de uma Utopia* – aprofundo a análise sobre a municipalização da saúde no cenário brasileiro. Através de estudos de caso e análises qualitativas, examino as experiências e práticas dos municípios na gestão do sistema de saúde. Ressalto os desafios enfrentados pelos gestores municipais, regionais e estaduais na busca pela efetivação da municipalização e os impactos resultantes no acesso e qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Após a abordagem dos quatro capítulos, é essencial reconhecer as fortalezas e limitações deste estudo. As discussões abrangentes sobre o federalismo brasileiro, descentralização da saúde e a importância das regiões de saúde representam aspectos sólidos deste trabalho. Contudo, é importante ressaltar que o estudo de caso se baseou em dados de uma pesquisa que não teve como objetivo central a análise da regionalização da saúde, o que pode representar uma limitação na profundidade da abordagem. Ainda assim, as entrevistas realizadas contribuíram de forma exitosa para ilustrar os desafios da municipalização da saúde no Brasil. Encerro esta tese com considerações finais que sintetizam os principais pontos abordados em cada capítulo, reforçando a relevância das contribuições desta pesquisa para o campo da saúde pública e ressaltando a importância de novas investigações para aprimorar o processo de regionalização da saúde no Brasil.

A descentralização³ ou municipalização é compreendida como a transferência de poder, responsabilidade e recursos financeiros do nível federal para o municipal. Isso proporciona aos municípios autonomia na gestão e implementação de políticas públicas, além de resultar em alterações políticas e institucionais. No campo da saúde, essa transferência teve impacto significativo no papel desempenhado pelos municípios brasileiros, especialmente após a

³ A descentralização política expressa uma ideia de direito autônomo, enquanto na descentralização administrativa específica temos um fenômeno de derivação dos poderes administrativos que, por sua vez, derivam do aparelho político-administrativo do Estado (Bobbio, 2007). Nesse contexto, nesta dissertação é empregado o termo “municipalização” como equivalente a descentralização político-administrativa para o município.

promulgação da Constituição Federal de 1988. Os municípios passaram de meros expectadores a executores diretos dos serviços sociais (Fausto, 2001).

A municipalização da saúde no Brasil, envolvendo a descentralização política e administrativa, é resultado de um processo que se estende ao longo do tempo. Na década de 1960, a ideia de estabelecer uma rede local de serviços de saúde adequada à realidade de cada município, considerando seu nível de desenvolvimento e complexidade, já estava presente na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963. Pela primeira vez, a municipalização dos serviços de saúde passou a ser um tema discutido durante a conferência (Silva, 2001).

Durante a III Conferência Nacional de Saúde, o próprio ministro da Saúde, Wilson Fadul, defendeu a municipalização dos serviços de saúde. Ao longo dos anos, o processo de municipalização avançou e enfrentou alguns retrocessos. A reforma no sistema de saúde foi impulsionada pelo debate nacional, contando com a participação de departamentos de Medicina Preventiva e Social de algumas escolas médicas, entidades associativas como a Associação dos Médicos Sanitaristas, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, além de governos municipais e estaduais progressistas.

Nos países desenvolvidos, no início dos anos 1970, a descentralização foi uma resposta à crise do Estado de Bem-Estar Social que surgiu após a Segunda Guerra Mundial (Palha, 2003). No Brasil, no mesmo período, cidades como Londrina (PR), Campinas (SP), Piracicaba (SP), Lages (SC), Niterói (RJ) e Montes Claros (MG) desenvolveram experiências locais de organização de redes municipais de postos de saúde e atenção primária (Elias, 1996). Houve maior envolvimento dos governos municipais na formulação de políticas públicas de saúde, e essas experiências locais passaram a fazer parte das discussões em encontros nacionais de secretários municipais de Saúde (Elias, 1996; Silva, 2001).

Em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento foi criado pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República, com o objetivo de expandir a rede de postos e centros de saúde para o atendimento das doenças mais comuns. A ampliação da rede ambulatorial começou pelo Nordeste e se estendeu por todo o país, resultando em um aumento de 1.122 para 13.739 unidades de saúde em um período de aproximadamente dez anos (Mendes, 1993).

No entanto, a resistência interna na estrutura burocrática do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), assim como de entidades como a Associação Brasileira de Hospitais e a de Medicina de Grupo, impediram que iniciativas como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) fossem implementadas efetivamente.

Em 1982, devido à crise financeira em curso na Previdência Social, à inflação em alta e à recessão econômica, o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária propôs um conjunto de medidas visando racionalizar os gastos crescentes com assistência médica e hospitalar. Esse conjunto de medidas foi denominado Plano de Reorientação da Assistência no Âmbito da Previdência Social. O plano incluía elementos do Prev-Saúde e do movimento sanitário, como a regionalização e a integração, além de um convênio trilateral entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência Social e as Secretarias Estaduais de Saúde. Esses programas e planos, de certa forma, introduziam uma descentralização gradual do poder para os estados (Silva, 2001).

Durante os anos 1980, a descentralização se tornou tema central na agenda de democratização, especialmente como uma resposta à concentração de poder resultante de duas décadas de autoritarismo. Progressistas enxergavam na descentralização uma estratégia para criar instituições nas quais a participação cidadã pudesse democratizar as decisões políticas. Para os liberais, a descentralização representava a oportunidade de romper com estruturas centralizadas e liberar a capacidade de iniciativa da sociedade. Tanto segmentos conservadores quanto progressistas aceitavam a descentralização como uma estratégia organizacional e um instrumento de modernização do setor público (Levcovitz, 2001).

Acreditava-se que, ao descentralizar os serviços sociais, eles estariam mais acessíveis aos cidadãos/usuários, mais sensíveis às necessidades da população e mais bem fiscalizados. A descentralização recebeu forte recomendação de agências de financiamento e do Consenso de Washington, como um instrumento para expandir a oferta de serviços, aliviar a carga do governo federal e aproximar o governo das pessoas, facilitando o acompanhamento e a fiscalização.

Do ponto de vista econômico, a descentralização pode ser vista como uma estratégia para reduzir o déficit público. Isso ocorre porque, ao transferir responsabilidades e recursos para governos subnacionais, como municípios e estados, o governo central pode aliviar sua carga financeira e promover uma distribuição mais equitativa dos recursos públicos.

Já do ponto de vista político, movimentos municipalistas e defensores da reforma sanitária⁴ perceberam na descentralização um meio de enfrentar o modelo centralizador, autoritário e burocrático do Estado Nacional brasileiro, que muitas vezes estava distante das

⁴ O movimento de Reforma Sanitária expressa o conjunto de ideias e políticas que compunham a proposta de reforma do setor saúde promovida por um grupo heterogêneo de profissionais, intelectuais e burocratas da área de saúde, em sua maioria vinculados a certas universidades, centros de pesquisas e instituições governamentais. Além disso, tinham como referência principal a Fundação Oswaldo Cruz e ocupavam cargos nos governos estaduais e municipais (Cotta, 1998, p. 18).

demandas sociais locais e da participação direta da população no controle social. A descentralização permitia maior envolvimento das comunidades locais nas decisões políticas e na gestão dos serviços públicos, fortalecendo a participação cidadã e buscando maior adequação às necessidades e realidades de cada região.

Durante o surgimento da Nova República, a descentralização ocupou lugar fundamental na agenda de reformas implementada por sanitaristas reformistas que ocupavam cargos no Ministério da Saúde e no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Assistencial – INAMPS (Paim, 1992). Dois programas que impulsionaram mudanças no sistema de saúde foram as Ações Integradas de Saúde, em 1983, e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde, em 1985 e 1987. Ambos buscavam a integração das instâncias federais com as Secretarias de Saúde municipais e estaduais. Comissões Intergestoras, compostas por agentes locais e regionais, foram criadas para promover o planejamento programático descentralizado das ações e serviços de saúde. A adesão dos municípios ocorria por meio de convênios.

Segundo Goulart (2001, p. 410), a palavra “convênio” tem origem latina e significa aproximadamente “vir junto ou caminhar junto”. Portanto, apenas indivíduos que estejam em condições de igualdade podem caminhar juntos. Nas Comissões Locais de Integração em Saúde, os municípios sentavam-se à mesa de negociação para definir as prioridades e critérios do sistema de saúde local. No entanto, essas prioridades e critérios eram gerados em um contexto de dominação antidemocrática e antimunicipalista predominante no ente federativo (INAMPS).

As administrações municipais e estaduais nos estados do Paraná e São Paulo, eleitas pelo Movimento Democrático Brasileiro, aproveitaram o contexto das Ações Integradas de Saúde para promover avanços no processo de descentralização da saúde (Silva, 2001, p. 65). O Movimento Municipalista e o Movimento de Reforma Sanitária desempenharam papel ativo nos debates da Assembleia Nacional Constituinte, eleita em 1986. A agenda de reforma buscava estabelecer um sistema regionalizado, hierarquizado e integrado, com atendimento e cobertura assistencial universalizados. Além disso, o sistema de saúde deveria incluir mecanismos participativos da sociedade.

A municipalização dos serviços de atenção à saúde era o elemento central da agenda da Reforma Sanitária em relação à descentralização da saúde. A justificativa teórica por trás dessa proposta era permitir um controle democrático na prestação de serviços de saúde, ao mesmo tempo que se buscava aumentar a eficiência gerencial. A ideia era estabelecer um comando único no âmbito local, por meio da transferência de recursos e responsabilidades do Governo

Federal, visando a uma maior racionalidade administrativa e redução do desperdício (Cotta, 1998, p. 19).

De acordo com Goulart (2001, p. 408), na perspectiva municipalista, os principais compromissos da Assembleia Nacional Constituinte em relação à cidadania eram restaurar a autonomia política, financeira e administrativa dos poderes Executivo e Legislativo municipais. Segundo ele, os prefeitos, vereadores e outros envolvidos na questão municipal consideravam insustentável continuar vivendo sob a dependência política, a subordinação administrativa, a limitação legislativa e o empobrecimento a que a instância onde a vida e o trabalho dos cidadãos verdadeiramente acontecem haviam sido reduzidos. Na sociedade democrática almejada por todos, o município deveria assumir responsabilidades intransferíveis nessa perspectiva.

O movimento pela redemocratização do Brasil, em oposição ao regime autoritário e centralizador, abraçou como uma de suas principais bandeiras a autonomia dos municípios na condução descentralizada das políticas públicas e a participação da sociedade nas decisões (Pires; Macêdo, 2006). No contexto do Movimento de Reforma Sanitária, propostas como a descentralização da gestão, o planejamento e a operacionalização das ações e serviços de saúde foram sintetizadas no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e nortearam as propostas dos parlamentares progressistas durante a Assembleia Nacional Constituinte.

Conforme apontado por Pereira (1996), durante a Constituinte, o setor da saúde se organizou em três grupos distintos com base em seus interesses: o primeiro grupo, representado pela coalizão reformista, reuniu o movimento sanitário, o movimento sindical, alguns setores do movimento popular e parlamentares progressistas de partidos como PMDB, PSDB, PT, PCB, PDT e PCdoB. Esse grupo de centro-esquerda defendia as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O segundo grupo reunia o setor privado dependente do Estado, prestadores de serviços ao setor público e parlamentares mais conservadores de partidos como PMDB, PTB, PDS e PFL (conhecidos por formarem o “Centrão”). Esses atores defendiam a livre iniciativa, embora financiada por recursos públicos, e eram contrários à universalização do atendimento, responsabilizando o setor público pelo atendimento seletivo da população de baixa renda (Pereira, 1996).

O terceiro grupo era composto pelo setor privado autônomo, que defendia a autonomia do setor e rejeitava qualquer forma de regulação estatal. Esse grupo formava o subsistema privado de atenção médica suplementar e, em muitos momentos, atuava em conjunto com o setor privado dependente do Estado (Pereira, 1996).

As bases ideológicas de cada grupo eram bastante distintas: progressistas e conservadores se revezavam no comando dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, além de disputarem espaço no debate constituinte. Mesmo dentro do grupo reformista, havia conflitos de interesses entre os reformistas que ocupavam o Ministério da Saúde e os que ocupavam o Ministério da Previdência. Enquanto o primeiro grupo defendia um Ministério da Saúde forte, com comando único das ações de saúde, orçamento próprio e autonomia em relação às outras áreas sociais, o segundo defendia a criação do Ministério da Seguridade Social e do Fundo Financeiro Único de Seguridade (Pereira, 1996).

As teses progressistas dominaram a primeira fase do debate constituinte sobre saúde. Na comissão temática de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, as propostas reformistas foram aprovadas integralmente, defendendo a universalização do acesso, a estatização (idealizando um Estado e um sistema de saúde socializantes), a unificação da saúde e a descentralização com comando único em cada esfera de governo. No entanto, na segunda fase, nas comissões temáticas da Ordem Social e de Sistematização, o “Centrão” conseguiu reverter o encaminhamento de várias dessas propostas. Nesse contexto, a descentralização era vista como um ponto de convergência para múltiplos interesses: para os progressistas, ela promovia a valorização do espaço público e o controle social; para os conservadores, representava modernização e redução da interferência estatal (Oliveira, 2007).

De acordo com Oliveira (2007, p. 24), nesse período houve consenso em relação aos aspectos positivos da descentralização, o que resultou na sua aprovação com uma inovação em relação aos modelos anteriores de federação, incluindo os municípios como entes federativos. Isso deu origem a uma federação composta por três esferas de governo e mais de 5.000 entes federados, englobando municípios, estados, Distrito Federal e União.

Durante os debates na Assembleia Nacional Constituinte, outros temas – como universalização, natureza do sistema, estatização, recursos públicos, financiamento, relação entre o setor público e o privado, e o papel de cada setor – foram alvo de muitos conflitos de interesses. Assim, o texto final da Constituição é resultado de consensos negociados, envolvendo perdas e ganhos para os três grupos. Esses acordos possibilitaram a manutenção dos princípios básicos SUS: universalização, integração, unificação, descentralização e participação social.

Quando os conflitos envolviam definições mais precisas sobre o encaminhamento do modelo no nível institucional, as indefinições foram remetidas a uma legislação complementar (Faria, 2012). Foi nesse contexto conflituoso e contraditório que o SUS foi estabelecido na Constituição de 1988, carregando consigo as ambiguidades de se pretender um sistema único,

universal, justo e democrático em meio à crise fiscal mundial dos Estados de Bem-Estar Social. O SUS é dialético entre a saúde pública gratuita e gerida pelo Estado, e a assistência médica individual, privada, liberal e orientada pelo mercado (Pires; Macêdo, 2006).

Com a promulgação da Constituição Brasileira, em 1988, fica estabelecida a obrigação do município de garantir o atendimento de saúde para toda a população, sendo o único ente federativo ao qual é atribuída essa responsabilidade constitucional. À União e aos estados cabe promover a cooperação técnica e financeira necessária para o cumprimento dessa tarefa (Castro, 2006).

Segundo Oliveira (2007), a Constituição abrangeu diferentes aspectos relacionados à descentralização. Primeiramente, ocorreu a descentralização política, elevando os municípios ao *status* de ente federativo autônomo. Além disso, houve a descentralização administrativa, com a transferência de responsabilidades sobre a prestação de serviços sociais. Por fim, ocorreu a descentralização fiscal, com o repasse de recursos federais e estaduais para os municípios.

A descentralização desempenha papel fundamental na operacionalização dos princípios do SUS, definidos na Constituição de 1988. Segundo Scatena (2001, p. 56), a descentralização contribui para a democratização do Estado, maior justiça social e pode ser um dos elementos que viabilizam a universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde, a mudança no modelo de atenção à saúde, a oferta adequada às necessidades e a participação e o controle social.

Após a promulgação da Constituição, os atores sociais envolvidos no debate nacional sobre a reforma sanitária e a consolidação do SUS tiveram a tarefa de construir o processo de regulamentação do sistema. Esse processo foi realizado por meio da Lei Orgânica da Saúde, composta por duas leis complementares à Constituição: a Lei Complementar nº 8.080/90, que disciplina a descentralização político-administrativa, e a Lei Complementar nº 8.142/90, que regulamenta a participação da comunidade no controle social e as transferências de recursos financeiros entre os governos.

O processo de municipalização da saúde com transferência de responsabilidades administrativas e financeiras aos municípios é enfaticamente reafirmado pela legislação, cabendo aos municípios atribuições tais como:

- 1 planejar;
- 2 organizar;
- 3 gerir;
- 4 executar;
- 5 controlar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde;
- 6 executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária;

- 7 executar serviços de alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador;
- 8 normatizar as ações e serviços de saúde no âmbito de sua atuação;
- 9 celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- 10 colaborar com a União e aos estados na fiscalização das agressões ao meio ambiente, na vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras.

A Lei Complementar nº 8.080/90, em seus artigos 16 e 17, estabelece as competências do gestor federal e estadual em relação à descentralização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o artigo 16, cabe ao gestor federal, ou seja, ao Ministério da Saúde, as seguintes atribuições relacionadas à descentralização:

- Art 16. A direção Nacional do Sistema Único de Saúde compete:
XV - Promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal.
- Art 17. À direção Estadual do Sistema Único de Saúde compete:
I - Promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde.

As Normas Operacionais Básicas (NOBs), elaboradas pelo Poder Executivo federal e editadas por portarias ou resoluções do Ministério da Saúde, desempenham papel crucial na operacionalização do processo de descentralização e implantação do SUS. Segundo Levcovitz (2001), essas normas têm *status* de lei e são responsáveis por orientar a implementação do SUS em todo o país. Elas estabelecem objetivos, diretrizes e estratégias para a descentralização, além de normatizar e operacionalizar as relações entre as diferentes esferas de governo e o financiamento do sistema.

As primeiras NOBs, publicadas em 1991 e 1992, impulsionaram a descentralização dos serviços e ações de saúde. No entanto, é importante ressaltar que essas normas ainda refletiam o modelo assistencial médico, individual e curativo predominante no Instituto Nacional de Assistência Médica, que era a instância responsável pela elaboração das normas na época. Nesse contexto, o foco principal era normatizar a forma de financiamento do sistema, enquanto a mudança do modelo assistencial estava em processo de consolidação.

De acordo com as informações apresentadas, a Norma Operacional Básica 01/91, apesar de preconizar o avanço da municipalização, tinha um mecanismo de transferência de recursos baseado exclusivamente na remuneração por produção de serviços. Isso acabava ferindo a autonomia gestora dos municípios, transformando-os em prestadores de serviços semelhantes às empresas privadas conveniadas. Embora as leis nºs 8.142/90 e 8.080/90 previssem o repasse automático de recursos fundo a fundo e de acordo com o quociente populacional, durante esse período os recursos federais repassados se limitaram à remuneração dos serviços prestados.

Além disso, a criação de um sistema de informação ambulatorial e hospitalar informatizado e centralizado contribuiu para a centralização das informações de produção e desempenho dos serviços de saúde no âmbito federal. Essa centralização das informações foi vista como um reflexo da cultura centralizadora do antigo INAMPS. Essa centralização dos recursos financeiros e repasses às unidades prestadoras de serviços ambulatoriais e hospitalares pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde foi criticada por ferir os princípios legais e constitucionais.

Outras críticas apontam para a relação direta estabelecida entre o nível federal e municipal, deixando os estados sem uma definição clara de seu papel no processo de descentralização. No entanto, até o final de 1993, 1.074 municípios firmaram convênios como forma de responder à demanda urgente de descentralização. Para se conveniar, era exigida a existência do Fundo Municipal de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e de um Plano Plurianual de Saúde.

Os relatórios aprovados na IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992 e com ampla participação de diversos segmentos do setor, reforçaram a descentralização, compreendida na época como municipalização, como a diretriz mais importante a ser seguida nas ações de saúde no país. A própria conferência teve como tema “A municipalização é o caminho”.

A Norma Operacional Básica de 1993 foi um marco importante para a descentralização da gestão dos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela regulamentou o processo de descentralização e estabeleceu os mecanismos de financiamento das ações de saúde, especialmente da assistência hospitalar e ambulatorial, além de diretrizes para os investimentos no setor.

Uma contribuição significativa para esse avanço foi o posicionamento do Ministério da Saúde, que criou o Grupo Especial de Descentralização composto por técnicos do ministério, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Esse grupo elaborou o documento “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, que fazia referência à norma anterior e à Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, que não estava cumprindo a legislação no que diz respeito ao repasse de recursos financeiros e à construção da autonomia dos municípios.

A NOB de 1993 estabeleceu três diferentes condições de gestão para os municípios: incipiente, parcial e semiplena. Na condição de gestão semiplena, os municípios assumiam o controle total da gestão do sistema de saúde em seus territórios. Isso incluía a definição de

políticas, a execução, o acompanhamento, o controle e a avaliação das ações de saúde. Os municípios também tinham a responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços, o planejamento, o cadastramento, a contratação, o controle e o pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, tanto públicos quanto privados. Além disso, eram de responsabilidade dos municípios a execução e o controle das ações de saúde, nutrição, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e saúde do trabalhador, abrangendo a vigilância de ambientes e processos de trabalho, além da assistência e reabilitação do trabalhador acidentado.

Uma das implicações das NOBs foi a criação de duas comissões intergestores: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por representantes dos governos federal, estadual e municipal, e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), composta por representantes dos governos estaduais e municipais. Essas comissões tinham como objetivo promover a articulação e o diálogo entre as diferentes esferas de governo na gestão do SUS.

No âmbito estadual, a criação da CIB permitiu uma atuação mais complexa dos estados no gerenciamento das informações e no alinhamento das ações de saúde entre as esferas estadual e municipal. No entanto, a Norma Operacional Básica nº 01/93 não apontou soluções claras em relação à configuração de novas funções para as instâncias estaduais, o que pode ter gerado algumas lacunas nesse processo.

A partir de 1994, os recursos financeiros passaram a ser repassados mensalmente aos 24 municípios que assumiram a condição de gestão semiplena no país. Esse repasse ocorria por meio de transferências fundo a fundo, com base no teto financeiro ambulatorial e hospitalar de cada município. Essa forma de repasse permitiu maior autonomia financeira aos municípios e maior capacidade de gerir os recursos de acordo com as necessidades locais.

A Norma Operacional Básica nº 01/96 foi considerada uma expressão mais clara do caminho da municipalização. Essa norma reforçou os princípios da descentralização e da municipalização, consolidando o processo de transferência de responsabilidades e recursos para os municípios e estabelecendo diretrizes mais precisas para a gestão municipal do SUS.

Ao apresentar as finalidades da Norma Operacional Básica nº 01/96, o Ministério da Saúde (Brasil, 1997, p. 6) afirmou:

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do **poder público municipal** e do Distrito Federal, da função de **gestor** da atenção à saúde dos municípios (Artigo 30, inciso V e VII e Artigo 32, Parágrafo 1, da Constituição Federal). [...] Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público **municipal**. [...] Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo. (grifos meus).

Na NOB 96, o Ministério da Saúde enfatizou a criação e o funcionamento do “SUS Municipal”, reconhecendo a responsabilidade dos municípios em relação à saúde de todos os residentes em seus territórios. Isso reforçou a importância da atuação dos municípios na organização e oferta dos serviços de saúde. Em relação aos papéis dos gestores estaduais e federais, a NOB 96 definiu suas responsabilidades específicas. O gestor estadual assumiu a função de coordenar e apoiar os municípios em suas ações de saúde, promovendo a integração entre os sistemas municipais e atuando como mediador nas relações entre municípios e o gestor federal.

Já o gestor federal, conforme estabelecido na norma, teve a responsabilidade de estabelecer diretrizes, normas e padrões técnicos para o sistema de saúde em todo o país. Ele também foi responsável pelo financiamento das ações e serviços de saúde em nível nacional, além de exercer funções de coordenação, controle, avaliação e auditoria para garantir a qualidade e a efetividade dos serviços. Conceituou, ainda, uma diferença entre gerência e gestão:

Assim, gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatorio, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de função de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. (Brasil, 1997).

Portarias do Ministério da Saúde, editadas entre 1998 e 2000, também influenciaram o processo de descentralização, ao estabelecerem outras regras com efeitos sobre a descentralização / financiamento / relação entre gestores (Levcovitz, 2001, p. 279).

Uma das mudanças importantes foi a criação do modelo de Gestão Plena da Atenção Básica, no qual os municípios assumiam a responsabilidade pela coordenação e execução da Atenção Primária à Saúde em seu território. Isso significava que os municípios em Gestão Plena

da Atenção Básica passaram a gerir integralmente a atenção básica, sendo responsáveis pela oferta de serviços e ações nesse nível de atenção.

Além disso, os municípios que alcançaram a Gestão Plena do Sistema Municipal passaram a ter a gestão completa do “SUS Municipal”. Isso envolvia não apenas a gestão da atenção básica, mas também a responsabilidade pela organização e oferta dos demais serviços e ações de saúde em seu território.

Segundo dados do Ministério da Saúde em novembro de 1999, dos 5.506 municípios brasileiros, 4.849 já haviam se habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica, o que demonstra a adesão significativa dos municípios a esse modelo de gestão descentralizada. Além disso, 494 municípios haviam alcançado a Gestão Plena do Sistema Municipal, mostrando um avanço no processo de descentralização e fortalecimento do papel dos gestores municipais.

Essas mudanças nas regras e critérios de gestão estabelecidos pelas portarias do Ministério da Saúde contribuíram para uma maior autonomia dos municípios na organização e gestão dos serviços de saúde. De fato, ao longo do processo de municipalização do SUS, foi observado um amadurecimento e aperfeiçoamento gradual do sistema. As sucessivas edições das NOBs buscaram corrigir eventuais imperfeições das normas anteriores, fortalecendo a autonomia dos municípios e estabelecendo diretrizes mais claras para a municipalização do SUS.

Inicialmente, os municípios eram vistos principalmente como prestadores de serviços de saúde, sendo sua função limitada à execução das ações determinadas pelo governo central. No entanto, ao longo do tempo, houve uma mudança de paradigma, e os municípios passaram a desempenhar um papel mais amplo como gestores do sistema de saúde em seus territórios.

Essa evolução pode ser observada nas transições de imposições para pactuações. Os municípios deixaram de ser executores de políticas predeterminadas e passaram a participar ativamente na definição de diretrizes e na construção de acordos em instâncias de pactuação, como as Comissões Intergestoras.

Além disso, ao invés de serem apenas conveniados, os municípios foram habilitados a assumir a Gestão Plena da Atenção Básica e, posteriormente, a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Essas habilitações conferiram aos municípios maior autonomia na tomada de decisões e na coordenação das ações de saúde em seus territórios.

No decorrer desse processo, os municípios foram evoluindo de uma condição inicial incipiente para uma gestão mais plena e abrangente. Eles passaram a ter responsabilidades ampliadas, como o planejamento, o cadastramento e a contratação de prestadores de serviços, o controle e pagamento dos serviços de saúde, a vigilância epidemiológica e sanitária, entre

outras atribuições. Os municípios evoluíram de prestadores de serviços a gestores do sistema: das imposições a pactuações, de conveniado ao habilitado, do incipiente ao pleno.

1. PERCURSO METODOLÓGICO

Visando apreender os limites da descentralização assumida no Brasil para a organização da assistência à saúde no SUS, esta tese se debruçou sobre os dados sistematizados pela pesquisa “Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais e Remotos no Brasil”, desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Financiada pelo Ministério da Saúde (MS), foi realizada em 2019 (Fausto; Seidl; Penzin, 2019) e aprovada pelo CEP ENSP sob parecer número 2.832.559.

1.1 Tipo do estudo

Decidiu-se adotar o método do estudo de caso, devido à sua capacidade de investigar minuciosamente um fenômeno contemporâneo em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente delineados. Esse método é justificado quando as questões de pesquisa se enquadram nos aspectos “como” e “por que”, e quando o pesquisador tem pouca ou nenhuma influência sobre o contexto em análise (Yin, 2010, p. 39).

Segundo Handem *et al.* (2009), o objetivo do estudo de caso é aprofundar a descrição de uma realidade específica, permitindo um conhecimento abrangente e detalhado dela. Além disso, possibilita descrever o contexto em que a investigação ocorre, identificar as variáveis causais envolvidas no fenômeno estudado e formular hipóteses e teorias sobre o objeto de estudo.

Esse método também oferece a vantagem de construir um diagnóstico situacional e identificar a organização dos serviços relacionados ao objeto de pesquisa. O diagnóstico situacional é um processo que auxilia na análise da realidade e de suas necessidades, com o objetivo de orientar medidas para a organização de determinado território (Brasil, 2016a).

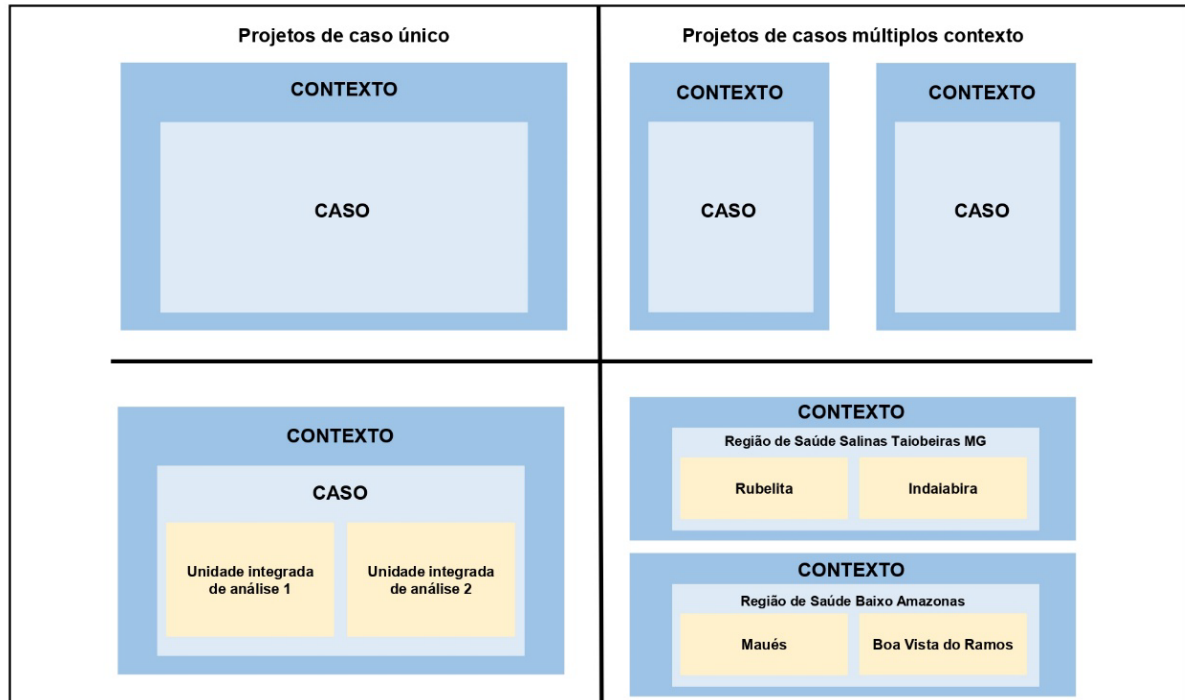
De acordo com Yin (2010), um estudo de caso pode ser composto por um caso único ou por múltiplos casos, porém, ambos os processos metodológicos são considerados da mesma variante metodológica. Dessa forma, não há uma diferença significativa entre o estudo de caso clássico (único) e os estudos de casos múltiplos. Ambos devem ser considerados como estudos completos por si só. A escolha entre os dois enfoques deve ser baseada no objetivo e nas perguntas da pesquisa.

Os estudos de caso único ou múltiplos podem ter uma única unidade de análise, conhecida como estudo de caso holístico, ou podem abranger várias unidades de análise, caracterizando o estudo de caso integrado.

Com base na descrição realizada, esta pesquisa se encaixa no tipo de projeto de estudos de casos múltiplos contextos, conforme ilustrado na Figura 4. Isso porque a pesquisa analisou distintos municípios (quatro) de duas regiões de saúde e estados diferentes, considerando cada uma delas como um caso separado inserido em contextos diferentes, embora compartilhando os mesmos objetivos finais.

Nesse contexto, a pesquisa envolveu unidades integradas de análise, derivadas tanto do próprio caso quanto dos resultados obtidos por meio da coleta de dados dos demais casos. Dessa forma, a abordagem utilizada permitiu uma visão abrangente e comparativa das diferentes regiões de saúde, possibilitando a identificação de padrões, similaridades e diferenças entre elas.

Figura 1 – Tipos básicos de projetos para estudos de caso



Fonte: adaptação de Yin (2010).

A escolha pela abordagem qualitativa foi feita com o propósito de não mensurar, através de dados quantificáveis, qual município / região de saúde / Estado seria melhor ou pior. Em vez

disso, o objetivo era identificar suas múltiplas relações com o objeto de pesquisa, por meio da coleta de dados.

A pesquisa qualitativa tem como foco responder a questões muito específicas e está voltada para a realidade. Ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, explorando um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos apenas à operacionalização de variáveis (Minayo, 2006).

A abordagem qualitativa privilegia a compreensão por meio da perspectiva do sujeito da investigação. Nesse método, os dados coletados são ricos e requerem um tratamento analítico complexo, o que possibilita a investigação profunda dos fenômenos em seus contextos naturais (Bogdan; Biklen, 1994).

Ao contrário de buscar a generalização de princípios explicativos, a pesquisa qualitativa não tem o objetivo de aplicar suas conclusões de forma ampla e universal. Em vez disso, concentra-se na compreensão particular do que está sendo estudado, visando entender os fenômenos em sua totalidade e contexto específico, em vez de simplesmente explicá-los (Martins; Bicudo, 2003).

Essa abordagem permite uma exploração mais profunda e holística dos aspectos em estudo, levando em consideração as perspectivas, percepções e interpretações dos participantes envolvidos no processo. É uma ferramenta valiosa quando se trata de investigar questões complexas e multifacetadas, permitindo uma análise mais completa dos fenômenos estudados.

1.2 Contexto do presente estudo / campo da pesquisa

Foram selecionados os municípios de Rubelita e Indaiabira, no estado de Minas Gerais, e Boa Vista do Ramos e Maúes, do estado do Amazonas. A diversidade da amostra foi de suma importância para compreender por que municípios tão diferentes, com condições socioeconômicas e de organização das redes de saúde distintas possuem similaridades nos desafios de constituir o processo de regionalização e exemplificaram a processo de **reflexão sobre os desafios da regionalização da saúde a partir dos limites impostos pelo processo de municipalização da saúde.**

Neste sentido, o *lôcus* de análise são as falas dos gestores municipais, regionais e estaduais como o objetivo de exemplificar as dificuldades de fazer regionalização da saúde *vis-à-vis* a realidade municipalizada da gestão da saúde.

1.2.1 Municípios de Indaiabira e Rubelita, Região de Saúde: Salinas Taiobeiras-MG

O estado de Minas Gerais, ao qual pertence a região de saúde Salinas Taiobeiras, possui 853 municípios, que correspondem a 15,5% do total de municípios brasileiros (IBGE Cidades, 2019). Os dois municípios selecionados são de pequeno porte, com uma população variando de 6 a 11 mil habitantes, a maioria vivendo na área rural. Nessas áreas, a densidade populacional era baixa, aproximadamente 6 hab/km². Indaiabira possuía um Índice de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM) de 0,610, enquanto Rubelita situava-se na faixa de desenvolvimento baixo (Tabela 4).

Tabela 1 – Características socioeconômicas da população, municípios Rubelita e Indaiabira, Região de Saúde Salinas Taiobeiras, Minas Gerais, Brasil, 2019

Municípios	Rubelita	Indaiabira	Minas Gerais	Brasil
Caracterização do Território				
População (hab.) ¹	7.772	7.330	21.401.130	210.147.125
% da população beneficiária do PBF ¹	42%	29%	56%	20 %
Área (km ²) ¹	1.112,5	1.012,01	586.520,70	8.510.295,914
Densidade demográfica (hab./ km ²) ¹	6,99	7,24	36,49	22,43
IDH ¹	0,58	0,61	0,77	0,72
Renda per capita (R\$) ¹	248,99	286,93	745,24	793,87
% da população com renda domiciliar menor que ½ salário mínimo ¹	67,69	63,64	23,28	34,67
Receita transferência Intergovernamentais ²	97,36	96,61	-	-
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	56	64	87	87
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	94	91	94	98
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	92	91	87	97
% de extremamente pobres ¹	24	14	4,4	6,6
Taxa de Analfabetismo - % da população com 15 anos ou mais ¹	24,43	32,13	5,27	9,61

Legenda: Programa Bolsa Família (PBF); Não Se Aplica (NSA).

Fontes: ¹ PNUD - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Censo Demográfico – Competência, 2010. ² Ministério da Fazenda - Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e do IBGE – Portal Meu Município – Competência, 2019.

A economia dos municípios dependia quase inteiramente de transferências governamentais federais e estaduais. As principais fontes de renda da população incluíam empregos públicos, pequenos comércios, agricultura de subsistência e aposentadorias. No entanto, o programa nacional de transferência de renda “Bolsa Família” era essencial para a sobrevivência de 30% a 40% da população.

A disponibilidade de água tratada e encanada na sede do município era comum, mas nem todas as comunidades rurais possuíam esse serviço, sendo seu abastecimento garantido ou complementado por caminhões-pipa, cisternas, água do rio e poços artesianos. Infelizmente, a maioria da zona rural não contava com saneamento básico, e o uso de fossas, casas sem banheiro e a contaminação dos rios era comum, levando a muitos casos de verminoses. Contudo, políticas federais dos governos de esquerda, implementadas entre 2002 e 2016, como “Água para Todos”, “Bolsa Família”, “Bolsa Estiagem”, “Minha Casa, Minha Vida”, “Tarifa Social de Energia Elétrica”, “Luz para Todos”, “Mais Médicos”, “Programa de Fomento Produtivas Rurais” e “Programa Cisternas” contribuíram para melhorar as condições de vida e saúde das populações rurais.

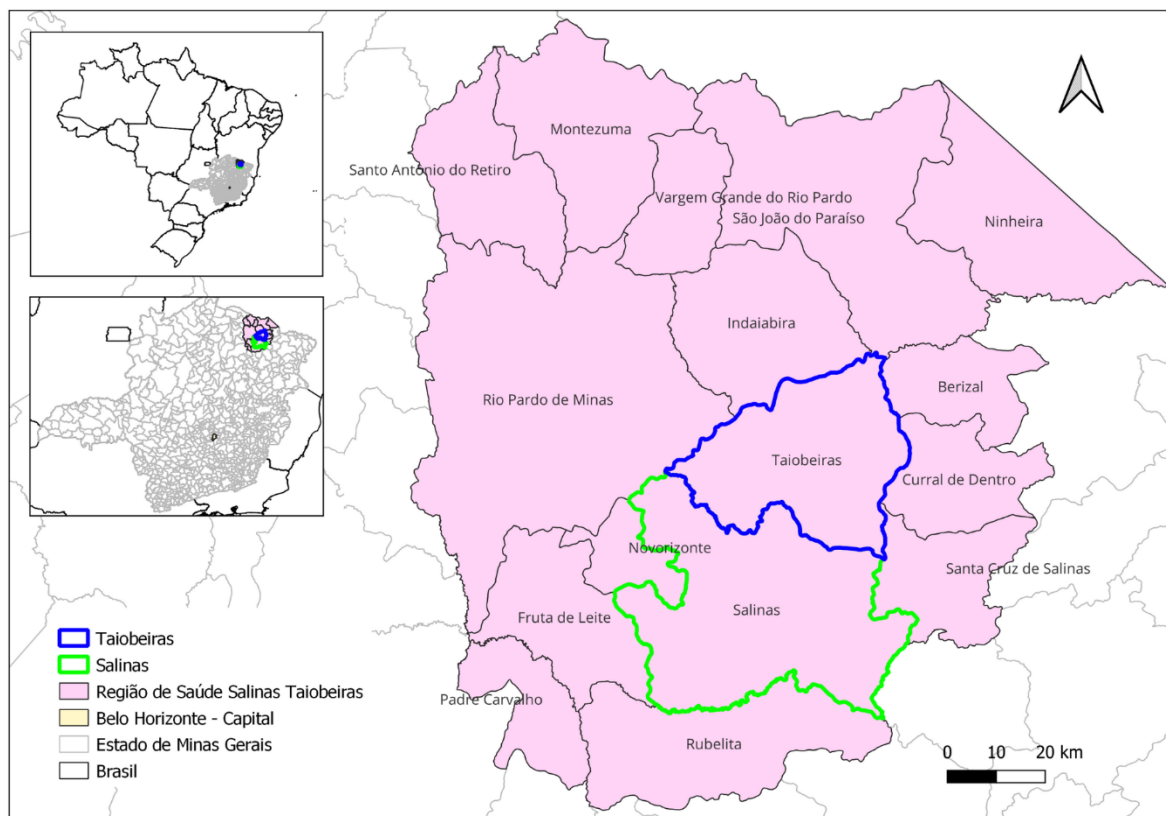
Em relação às condições climáticas, a seca era um problema recorrente, embora não levasse ao isolamento da população ou a uma grave escassez de água. Durante a estação chuvosa, as estradas poderiam piorar, dificultando o acesso aos serviços de saúde dentro e fora do município, mas isso não resultava em isolamento prolongado das populações.

Ambos os municípios ofereciam apenas Atenção Primária à Saúde (APS), com praticamente inexistência de cobertura de planos e seguros privados. A cobertura potencial da APS era de 100% da população por meio da Estratégia Saúde da Família, embora o cadastro individual em cada equipe de referência fosse baixo. Geralmente, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estavam localizadas na sede e em algumas áreas rurais.

A infraestrutura das UBS era considerada adequada, pois haviam passado por reformas recentes financiadas por programas federais. No entanto, os municípios enfrentavam dificuldades para arcar com os custos de reformas e manutenção dos equipamentos.

O planejamento, organização e gestão da rede de serviços de saúde, o estado de Minas Gerais era dividido em 13 Macrorregiões de Saúde (Minas Gerais, 2011, p. 14). Os dois casos mencionados pertenciam à Macrorregional Norte, que abrangia uma população de 1.684.710 pessoas (IBGE Cidades, 2019) e concentrava a oferta de atenção hospitalar. Para tratamentos de alta complexidade, como alguns tipos de câncer, a referência de serviços era a capital, Belo Horizonte, situada cerca de 600 a 700 km de distância. A Região de Saúde Salinas Taiobeiras (MG) possuía 208.017 habitantes, distribuídos em 16 municípios (Mapa 1).

Mapa 1 – Municípios Rubelita e Indaiabira, Região de Saúde Salinas Taiobeiras, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2019



Fonte: O Autor, 2023.

1.2.2 Municípios de Boa Vista do Ramos e Maués, Região de Saúde: Baixo Amazonas-AM

A Amazônia é uma região que apresenta diversas facetas, diferenciando-se por suas características geográficas, históricas, culturais e sociais. O estado do Amazonas ocupa área de 1.577.820,2 km². É o maior estado do Brasil, ocupando mais de 18% da superfície do País. Dentro dessa riqueza amazônica, encontram-se territórios cuja essência é moldada principalmente pela presença dos rios, como é o caso dos municípios de Maués e Boa Vista do Ramos.

De acordo com Schweickardt *et al.* (2016), Boa Vista do Ramos e Maués são territórios “líquidos” que passam por transformações sazonais e cíclicas. Através das malhas e comunicações fluviais, os municípios se adaptam aos ciclos naturais dos rios, que secam ou

enchem em sincronia com os ritmos da natureza, independentemente das ações humanas, exigindo assim uma constante adaptação da população local.

As chuvas não são os únicos fatores que influenciam os níveis dos rios. O clima equatorial úmido propicia a sazonalidade das águas, uma vez que as chuvas são frequentes ao longo do ano na região. Durante os meses de dezembro a julho, com altos índices pluviométricos, os rios transbordam, criando novos cursos d'água. Já de agosto a novembro, com pouca precipitação, os rios minguam, repetindo-se assim o ciclo nessa região amazônica (INPE, 2016).

Outro fator determinante para esse ciclo é a localização. Quanto mais próximo da nascente do rio, mais cedo se inicia o período de cheia. Essa referência, que divide o curso do rio em alto, médio e baixo, também é utilizada na regionalização da saúde do estado (Schweickardt *et al.*, 2016). Maués abrange uma vasta extensão territorial de aproximadamente 39.989 km² (Mapa 2, Tabela 5), o que é comparável em tamanho à área geográfica do estado do Rio de Janeiro. Boa Vista do Ramos está intimamente ligado ao município de Maués. O povoado de Boa Vista do Ramos, distrito de Maués, foi elevado à condição de município em 1981.

Ambos os municípios são caracterizados pela presença de diferentes ecossistemas, incluindo áreas de várzea, que são locais da floresta que alagam sazonalmente com as mudanças dos níveis dos rios, e áreas de terra firme, cobertas por uma densa floresta. O município de Maués está localizado na região de saúde do Baixo Amazonas, entre os rios Madeira e Tapajós, fazendo divisa com o estado do Pará. Já o município de Boa Vista do Ramos faz fronteira com os municípios de Maués, Urucurituba, Barreirinha e Itacoatiara.

Em relação ao contexto socioeconômico, Maués se posiciona como um dos municípios mais populoso da região leste do estado do Amazonas, abrigando uma estimativa de aproximadamente 65.040 residentes, conforme dados do IBGE Cidades de 2019. A densidade demográfica da região é relativamente baixa, com aproximadamente 1,31 hab/km². Boa Vista do Ramos possuía 18.483 munícipes, com uma densidade de 7,14 hab/km².

Ambos os municípios enfrentam desafios significativos no âmbito socioeconômico, pois seu IDHM é baixo, o que indica carências em setores cruciais como saúde, educação e renda. Outra informação relevante é que aproximadamente 57% da população de Maués e 87% da de Boa Vista de Ramos são beneficiários do Programa Bolsa Família.

Tabela 2 – Características socioeconômicas da população, municípios de Boa Vista do Ramos e Maués, Região de Baixo Amazonas, Amazonas, Brasil, 2019.

Municípios	Maués	Boa Vista do Ramos	Amazonas	Brasil
Caracterização do Território				
População (hab.) ¹	65.040	18.483	4.207.714	210.147.125
% da população beneficiária do PBF ¹	57	83	35	20
Área (km ²) ¹	39.991,0	2.589,40	1.559.167,8	8.510.295,914
Densidade demográfica (hab./ km ²) ¹	1,31	7,14	2,23	22,43
IDH ¹	0,59	0,59	0,67	0,72
Renda <i>per capita</i> (R\$) ¹	244,30	175,55	539,80	793,87
% da população com renda domiciliar menor que ½ salário mínimo ¹	76	93	54	34,67
Receita transferência Intergovernamentais ²	82	85	-	-
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	40	36	62	87
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	76	64	92	98
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	97	87	92	97
% de extremamente pobres ¹	34	60	16	6,6
Taxa de Analfabetismo - % da população com 15 anos ou mais ¹	10	12	9,9	9,61

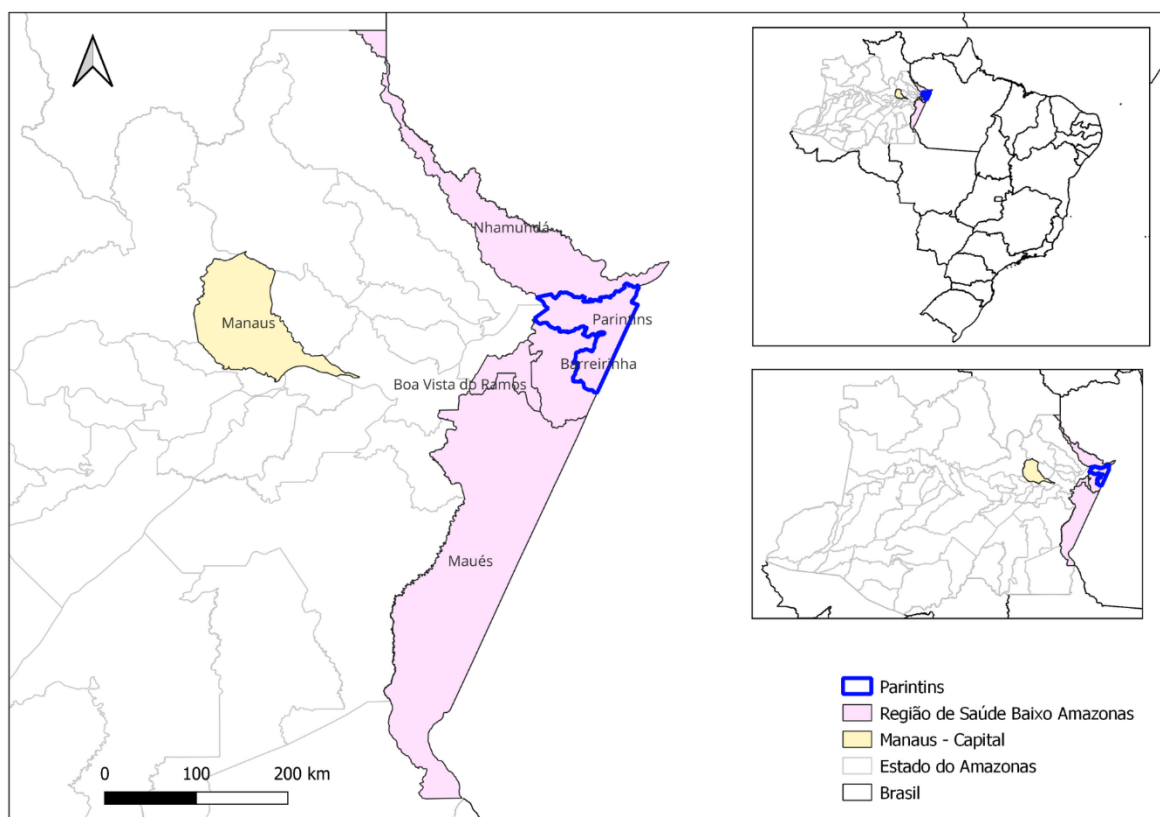
Legenda: Programa Bolsa Família (PBF); Não Se Aplica (NSA).

Fontes: ¹ PNUD - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Censo Demográfico – Competência, 2010. ² Ministério da Fazenda - Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e do IBGE Cidades – Portal Meu Município – Competência, 2019.

Além dos serviços da APS, ambos os municípios possuem hospital de pequeno porte. Maués oferta serviços de média complexidade. O hospital possui leitos disponíveis para cirurgia geral, obstetrícia clínica e cirúrgica, bem como pediatria clínica e cirúrgica. Além disso, conta com um laboratório de análises clínicas e serviços de diagnóstico por imagem, como ultrassonografia, mamógrafo e raio X, além de disponibilizar eletrocardiograma e serviço de hemoterapia. Os pacientes também têm acesso a especialistas nas áreas de cardiologia e ginecologia, que realizam atendimentos aos pacientes encaminhados, com intervalos de 15 dias entre as consultas.

Boa Vista do Ramos e Maués estão inseridos na Região de Saúde do Baixo Amazonas, que faz parte da Macrorregião Centro Amazonense. Nesta região de saúde, além deles, também estão incluídos os municípios de Parintins, Nhamundá e Barreirinha (Mapa 2). Parintins é referência para atendimento especializado de média complexidade na região, contando com duas unidades hospitalares que oferecem esses serviços.

Mapa 2 – Municípios de Boa Vista do Ramos e Maués, Região de Saúde Baixo Amazonas, estado do Amazonas, Brasil, 2019



Fonte: O autor, 2023.

1.3 Sujeitos da pesquisa

Selecionou-se uma amostra de quatro municípios para o campo, abrangendo municípios localizados em dois estados e distribuídos em duas regiões de saúde.

As entrevistas foram orientadas por roteiros semiestruturados, compostos por dimensões gerais abordadas para todos os entrevistados e questões específicas, de acordo com o tipo de informante. Foram elaborados três roteiros de entrevista da pesquisa, com composição articulada de questões para gestor municipal (Apêndice 1), regional (Apêndice 2) e estadual (Apêndice 3).

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Os campos da pesquisa foram iniciados em maio de 2019 e finalizados em novembro do mesmo ano, num total de 10

entrevistados, sendo: 4 (secretários municipais de Saúde), 3⁵ (gestores regionais / representantes da CIR) e 3⁶ (gestores estaduais). As entrevistas tiveram duração entre 2 horas e 4h30min. Foi realizada análise de conteúdo, com categorização temática das entrevistas, abarcando categorias emergentes a partir da análise das transcrições.

A análise de conteúdo, originalmente das ciências, é uma das técnicas sistemáticas de tratamento e interpretação dos dados em pesquisa qualitativa, que se baseia na análise dos conteúdos da pesquisa para inferir conhecimentos a respeito das mensagens dos entrevistados (Bardin, 2011). Realizaram-se as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Realizou-se a leitura flutuante, na qual foram definidas as categorias (a partir de questões norteadoras) e foram organizados os temas e trechos que se repetem para compor e codificar os dados. Essa técnica de criar categorias capazes de expressar as futuras inferências é complexa, e foi realizada de forma minuciosa. São alguns deles: exclusividade (um elemento só pode ser classificado em uma categoria), pertinência (adequação ao conteúdo da pesquisa), representatividade (da amostra), objetividade (na definição da organização das variáveis) e produtividade (para inferências e novas hipóteses). (Câmara, 2013; Urquiza; Marques, 2016). A etapa de inferências e interpretações nesse tipo de análise é marcada pelo trabalho do pesquisador, que busca compreender tanto os aspectos expressos, mas também os sentidos da comunicação, ou seja, o subjetivo, “o que está por trás”, “o não dito” (Bardin, 2011; Câmara, 2013).

Para a categorização dos dados das entrevistas, foi realizada uma leitura completa do material da transcrição. Em seguida, os trechos foram agrupados por temática, que virão a compor as categorias de análise. Nas análises, serão explorados tanto os aspectos de homogeneidade dos municípios, estados e regiões de saúde e da percepção dos diferentes atores da pesquisa, como aspectos específicos por tipo de ator ou tipo de município/região estado.

Nos resultados apresentados, foram identificadas falas que possam exemplificar os desafios e limites dos gestores no processo de regionalização da saúde e sua contribuição (ou não) para conformação das regiões saúde; e por fim, discutiram-se os desafios específicos da municipalização da saúde e estratégias para a organização das regiões de saúde. A Tabela 6 apresenta o perfil dos gestores entrevistados na pesquisa.

⁵ No Estado do Amazonas, foram realizadas duas entrevistas com gestores regionais: um gestor de das ações de saúde na região e outro da coordenação dos rios.

⁶ No Estado do Amazonas, foram realizadas duas entrevistas com gestores estaduais: um coordenador das ações de saúde na capital e outro do interior do estado.

Tabela 3 – Participantes do estudo por função e nível de gestão/atuação, por estado, Brasil, 2019.

UF / Características	Amazonas	Minas Gerais
	(n=6)	(n=4)
Total (n): 10 entrevistados		
Sexo		
Feminino	5	3
Masculino	1	2
Idade		
30-39	2	2
40-49	2	3
50-59	2	
Função		
Gestor Estadual	2	1
Gestor Regional	2	1
Gestor Municipal	2	2
Formação		
Administração	1	-
Enfermagem	2	1
Medicina	1	-
Educação Física	-	1
Odontologia	1	1
Psicologia	-	1
Serviço Social	1	-
Tempo na função		
Menos que um ano	4	1
Até cinco anos	2	2
Mais que dez anos	-	1
Vínculo trabalhista		
Estatutário	3	2
Cargo Comissionado	3	2

Fonte: Pesquisa APS em MRR no Brasil, ENSP / Fiocruz, 2019.

1.4 Aspectos éticos

Nesta tese foram utilizados dados da pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública CEP/ENSP/FIOCRUZ, no segundo semestre de 2018, intitulada “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil”. O projeto pode ser identificado pelo CAAE 92280918.3.0000.5240 e recebeu o parecer de aprovação nº 2.832.559, disponibilizado para consulta no Anexo 4.

De acordo com as “Diretrizes e Normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos”, Resolução CONEP nº 510, de 07 de abril de 2016, utilizou-se na pesquisa de campo o termo de consentimento livre e esclarecido para todos os participantes, bem como foram respeitadas as demais recomendações éticas.

Nesta tese, foi utilizado o banco de dados disponibilizado pela pesquisa, a partir das referidas entrevistas qualitativas. A pesquisa foi realizada sem riscos diretos implicados para os gestores, à medida que a transcrição de suas entrevistas foi codificada para garantia de sigilo na divulgação dos resultados.

2. FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO

Um amigo necessitado é um amigo de verdade
Mohamed Al-Fayed, empresário egípcio

2.1 Federalismo cooperativo e solidário: a prática de uma utopia

Analisar uma política pública como a saúde, numa federação como o Brasil, requer considerar a questão da organização do poder. Descentralizar o poder e a execução das políticas sociais tem sido uma tendência crescente e positiva no desenvolvimento recente do Estado. No Brasil, em particular depois da Constituição Federal de 1988, tal tendência vem sendo apresentada como um desenvolvimento aparentemente natural e inquestionável da realidade política.

Derivado do latim *foedus*, o federalismo significa pacto. Um arranjo federal é uma parceria estabelecida e regulada por um pacto cujas conexões internas refletem um tipo especial de divisão do poder entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo da integridade de cada um e no esforço de favorecer uma unidade especial entre eles (Abrucio, 1998, p. 26).

Como já mencionado, apesar de o termo estar relacionado à ideia de pacto/acordo – o que supõe o entendimento entre entes supostamente iguais em direitos e poder –, é necessário entender que tal pacto não é estático no tempo e está subordinado às relações reais de poder entre esses entes. Esta questão vem sendo pouco considerada na discussão sobre a organização do SUS. Analisar o choque entre essas duas tendências (centralização e descentralização) opostas na realidade concreta é fundamental para se compreender a organização do Estado, as políticas sociais e a organização do sistema de saúde, em especial.

2.1.1 A centralização do poder como tendência histórica

O Estado Nação como o conhecemos atualmente é uma forma de ordenamento político surgida na Europa a partir do século XIII. O surgimento dos Estados Nacionais se deu no

momento histórico marcado pela transformação do sistema feudal em sistema absolutista, em que o comando político passou a ser monopólio de um rei, sob determinado território. A maior parte dos Estados nacionais europeus se organizou de forma unitária; outros vieram a se constituir como federações. O processo de formação dos Estados nacionais foi marcado essencialmente pela disputa entre centro e periferia, resultando na organização unitária de uns e federativa de outros (Elias, 1993).

Um dos trabalhos mais importantes sobre a formação dos Estados nacionais e o papel desempenhado pelas forças centrípetas e centrífugas no mesmo é do sociólogo alemão Norbert Elias. Estudando o processo de formação do Estado absoluto europeu, Elias (1996) mostra como este foi marcado por uma tensão constante entre as forças centralizadoras – basicamente a Coroa, a burguesia e também a Igreja – e as forças descentralizadoras – formadas pela nobreza feudal e por partes das famílias reais que se sentiam prejudicadas pelo fortalecimento do rei.

Elias (1996) mostra que a tendência geral da formação e do desenvolvimento do Estado contemporâneo é o predomínio crescente das forças centrípetas, da supremacia do centro sobre a periferia, ainda que sob constante resistência desta. Pode-se dizer que a tendência de fortalecimento constante do centro sobre a periferia é uma das características centrais do Estado (Elias, 1993).

A conclusão de Elias (1996) a respeito do processo histórico de formação e desenvolvimento do poder de Estado é claramente na direção da centralização crescente do poder, e não no sentido de sua descentralização. Desta forma, aproxima seu raciocínio ao de Fernand Braudel (1993), como se verá a seguir:

Observamos a evolução seguinte: em primeiro lugar, um castelo se opunha a outro, em seguida, um território a outro e, finalmente, um Estado a outro. Hoje, no horizonte histórico, vemos os primeiros sinais de uma luta por integração de regiões e massas de pessoas, em escala ainda maior. Podemos supor que, continuando a integração, unidades ainda maiores serão gradualmente reunidas sob um governo estável e que elas internamente pacificadas, voltarão suas armas contra aglomerados humanos do mesmo tamanho até que, prosseguindo a integração e a redução de distâncias, elas, também, gradualmente se fundirão e a sociedade mundial será pacificada. Tal evolução pode consumir séculos ou milênios (ELIAS, 1996, p. 83).

Em sua trilogia sobre o desenvolvimento do capitalismo, Braudel mostra a tendência geral desse sistema no sentido da centralização crescente da economia e do poder em torno dos Estados nacionais. O estudo de Braudel (1993) revela a existência, em cada período histórico, de uma economia-mundo que, de uma forma ou de outra, procurou impor sua vontade sobre os demais Estados e economias. A tendência à centralização crescente do poder e da economia, ou do dinheiro, também se revela no fato de cada um desses Estados que servem de base para uma

economia-mundo ser sucedido por outro ainda maior, tanto do ponto de vista econômico, quanto militar. Veja-se o que diz Braudel (1993, v. 3, p. 40) a respeito:

[...] no centro da economia-mundo aloja-se sempre, forte, agressivo, privilegiado um Estado fora de série, dinâmico, ao mesmo tempo temido e admirado. Já é o caso de Veneza no século XV; da Holanda no século XVII; da Inglaterra, no século XVIII e mais ainda no século XIX; dos Estados Unidos atualmente. Poderiam estes governos “no centro” deixar de ser fortes? Immanuel Wallerstein deu-se ao trabalho de provar que não a propósito do governo das Províncias Unidas, no século XVII, que contemporâneos e historiadores se fartaram de dizer que era quase inexistente. Como se a posição central, por si só, não criasse e não exigisse um governo eficaz. Como se o governo e sociedade não fossem um único conjunto, um mesmo bloco. Como se o dinheiro não criasse uma disciplina social e uma facilidade de ação extraordinária.

Norberto Bobbio (1994), em seu *Dicionário de Política*, argumenta enfaticamente sobre a predominância da tendência à centralização do poder no mundo contemporâneo. Ao abordar as dificuldades enfrentadas pelo Estado moderno para superar as forças dispersivas da Idade Média, Bobbio afirma que não há necessidade de demonstrar que tudo isso constitui um elemento contraditório à tendência fundamental do Estado moderno, entendida como a busca pela centralização e pelo monopólio do poder por uma instância unitária e monocrática (Bobbio, 1994, p. 428).

A predominância histórica da tendência à centralização não exclui a existência de forças e movimentos descentralizadores – aliás, a própria existência de Estados federativos constitui um exemplo disso. É necessário, portanto, analisar o processo de formação e desenvolvimento de algumas federações importantes, além do próprio exemplo brasileiro, para verificar como ocorreu historicamente o choque entre as duas tendências.

2.1.2 Centralização do poder nos Estados federativos

Zimmermann (1999, p. 38), em seu estudo a Teoria Geral do Federalismo Democrático, cita diversos exemplos de países federativos. Na América, contam-se sete Estados federais: Estados Unidos, Canadá e México, na América do Norte; Brasil, Venezuela, Colômbia e Argentina, na América do Sul. Além destes, Alemanha, Áustria, Suíça, Rússia, Nigéria, Índia, Paquistão e Malásia são países que, ao menos formalmente, adotaram o sistema federalista. Ainda segundo o autor, o federalismo é uma forma sofisticada de organização política, uma vez que reparte as competências estatais entre o órgão central, denominado União, e as diversas regiões, mais usualmente conhecidas por Estados-membros, províncias ou cantões

(Zimmermann, 1999, p. 40). Ainda segundo o mesmo autor “[...] é a Constituição Federal, símbolo do **pacto federativo** e instrumento de manifestação da soberania popular, que determina as competências da União, bem como a dos demais entes federativos” (p. 43, grifo meu).

É importante destacar esta referência na distribuição de competências por via constitucional, que caracteriza as federações para a análise da forma atual de definição de competências na área da saúde no Brasil. Em linhas gerais, essas foram feitas através de atos administrativos do Ministério da Saúde, das NOBs e das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Para Zimmermann (1999, p. 47), a tolerância e o respeito são fundamentais para que esse sistema seja expresso na garantia constitucional da autonomia das partes, na qual diferentes esferas de poder têm autorização para controlar um mesmo território e uma mesma população.

Bobbio (1994) apresenta uma perspectiva menos poética em comparação com Zimmermann (1999), em relação ao pacto federativo e às relações entre centro e periferia, como podemos observar em seu extenso verbete sobre “federalismo” no *Dicionário de Política*. Bobbio (1994, p. 422) ressalta a necessidade de começar a compreender o federalismo a partir do que ele nega, em vez do que afirma, o que poderia proporcionar uma compreensão mais aprofundada de seu significado. E como essa divisão se manifestou de maneira mais acentuada na Europa das nações, para o autor, “**historicamente o federalismo se tem definido como a negação do Estado nacional**” (Bobbio, 1994, p. 476, grifos meus).

Para Bobbio (1994, p. 481):

O princípio constitucional no qual se baseia o Estado federal é a pluralidade de centros de poder soberanos coordenados entre eles, de modo tal que ao Governo federal, que tem competência sobre o inteiro território da federação, seja conferida uma quantidade mínima de poderes indispensável para garantir a unidade política e econômica, e aos Estados federais, que têm competência cada um sobre o próprio território, sejam assinalados os demais poderes.

Deve-se chamar a atenção aqui para o fato do autor se referir apenas à distribuição de poderes entre a união e os estados que a formam, uma vez que a definição brasileira de incluir os municípios como entes da federação constitui-se uma exceção, ou anomalia entre as demais federações existentes. Bobbio (1994, p. 483) afirma que “**a pressão dos conflitos de poder determina o fortalecimento do poder central às custas dos poderes locais**, e que o [...] **o Federalismo até agora se apresentou, em toda parte, de modo imperfeito e instável ...**” (idem, p. 483, grifos meus).

A partir desses autores, é possível compreender que o federalismo é, em essência, a forma possível de organização do poder nos Estados em que, inicialmente, não havia um governo central forte, capaz de impor sua vontade absoluta sobre todo o território, gerando um arranjo, ou pacto entre diversas partes, cuja união era relativamente frágil e que resulta em níveis diferentes de governo e competências. Para muitos autores, a tendência histórica à centralização do poder também se manifesta nos Estados federativos, mais cedo ou mais tarde, assim que as disputas entre as diversas partes acabam por fortalecer uma delas como o centro do poder. Para uma análise mais robusta, nesta tese, achou-se necessário examinar as experiências das principais federações existentes no mundo – a Suíça, os Estados Unidos da América e República Federal da Alemanha –, em comparação com o processo brasileiro.

2.1.2.1 A Federação Suíça

A Suíça é a mais antiga das federações existentes, sendo hoje composta por 26 cantões, com população de origem, cultura e línguas diferentes. A motivação da formação do embrião do atual Estado suíço e de sua posterior expansão foi essencialmente a defesa contra um ambiente externo agressivo. Situada em vales dos Alpes, ponto de passagem obrigatório para os exércitos das principais potências econômicas e militares da Europa (Alemanha, Itália e França) desde os tempos mais remotos, a Suíça representava “presa” fácil para essas potências, fazendo com que a defesa mútua se tornasse uma preocupação constante e quase obsessiva (Kinder; Hilgemann, 1995, v. I, p. 192- 195 e v. II, p. 231-240).

No ano de 1291, três cantões suíços de população camponesa (*Schwyz*) se reuniram para fundar a Federação Suíça, através de uma declaração denominada “A União Eterna”. A reunião dos diversos cantões permitiu que estes se defendessem, logrando inclusive importantes vitórias militares contra as potências vizinhas, como as que ocorreram entre 1315 e 1388 contra os austríacos. A possibilidade de defesa mútua fez com que pouco a pouco outros cantões e cidades buscassem proteção no seio da Federação, ao longo de mais de 500 anos, até que em 1815 a Federação atingisse 22 Estados.

O reconhecimento da Suíça como nação independente se deu na celebração do Tratado de Westfália, em 1648, que se seguiu à Guerra dos 30 anos. A neutralidade do país, definida em 1812 e que permanece até hoje, também está relacionada fundamentalmente à preocupação com a defesa, tendo se seguido à anexação do país à França logo após a Revolução Francesa,

em 1789. A reconquista da independência só foi reconhecida efetivamente pelo Congresso de Viena, em 1815, quando a vitória dos ingleses sobre Napoleão redefiniu as relações de poder na Europa.

Os cantões suíços gozam de relativa autonomia financeira e administrativa, embora o governo central detenha a principal parcela de poder. Tal situação resultou de um longo processo de evolução, em que a necessidade permanente de união em torno da questão da defesa externa no país constituiu a principal alavanca tanto da permanência e fortalecimento da Federação, como do fortalecimento do poder central, responsável pela organização das ações de defesa.

2.1.2.2 A Federação Norte-Americana

Quando se examina a experiência norte-americana, “o primeiro exemplo de pacto federal entre Estados soberanos e, ao mesmo tempo, a experiência constitucional mais importante” (Bobbio, 1994, p. 480), é possível verificar que a escolha da forma federada de governo naquele país decorreu da inexistência de um poder central capaz de se afirmar sobre o conjunto de interesses locais e, ainda, que desde o primeiro momento, a questão que se colocou foi como fortalecer o poder central, em detrimento dos interesses locais.

Veja-se o que diz Isaac Kramnick, em sua apresentação aos “Artigos Federalistas”, escritos entre 1787 e 1788, por James Madison, Alexander Hamilton e John Jay, e que influenciaram fortemente a Constituição norte-americana. Segundo Kramnick, logo após a independência, os 13 Estados não possuíam regras e normas gerais de funcionamento, tal como fora estabelecido pelos “Artigos da Confederação” aprovados em 1777, o que gerara um verdadeiro caos no país:

[...] O poder estava na periferia, nos diversos estados separados. (1993, p. 9).

[...]O Congresso Continental foi a única instituição central, com funções integradoras, criada pelos Artigos [da Confederação] (grifos meus) (p. 10).

[...] Além da ausência de um braço executivo, não havia sob os Artigos nenhum poder judiciário central. Havia simplesmente o legislativo unicameral, o Congresso Continental. Mais relevante ainda era o fato de que os Artigos não davam praticamente nenhum poder a esse legislativo. O Congresso não podia, por exemplo, regular o comércio, ou criar impostos e isto não era em absoluto uma inadvertência por parte dos que formularam os Artigos. Em torno disso, afinal – em torno da resistência do povo a ceder ao governo o poder de regular o comércio e cobrar impostos –, se fizera a Revolução (p. 10).

[...] Em consequência desse vácuo de poder no centro, os treze Estados viviam em meio à rivalidade e confusão. Agiam, em suma, como as entidades soberanas e independentes que supunham ser. Sete dos treze Estados imprimiam seu próprio

dinheiro. Muitos passavam leis tarifárias contrárias aos interesses de seus vizinhos. Nove dos treze tinham sua própria Marinha, e frequentemente apreendiam navios de outros Estados (pp. 10-11).

[...]Num Estado após outro, os homens novos do legislativo aprovaram atos monetários, fornecendo dinheiro barato, leis que perdoavam os devedores, leis que revogavam contratos, leis que confiscavam a propriedade e leis que suspendiam as formas usuais de cobranças de dívidas ... em muitos Estados os legislativos tinham praticamente assumido a administração da justiça. Em Vermont, por exemplo, o legislativo revogou julgamentos dos tribunais (p. 17).

Zimmermann (1999, p. 243) apresenta a fraqueza inicial do poder central norte-americano ao relatar que o Governo Confederal foi caracterizado pela falta de um Poder Executivo e de Poder Judiciário. Havia apenas uma assembleia, denominada Congresso, composta por um número igualitário de representantes de cada Estado. A escolha de uma Confederação com essas características decorria da preocupação de que o governo central pudesse concentrar muitos poderes e, dessa forma, prejudicar a recém-ganha liberdade por uma outra forma de opressão.

Como mostra Kramnick (1993, p. 24), a luta liderada pelos três autores acima citados levou à incorporação, no texto constitucional norte-americano, de artigos que levaram à centralização do poder, no qual “[...] A Constituição [...] incorporou o triunfo do centro sobre a periferia”.

A aprovação dos sete artigos federalistas como parte do texto constitucional não foi fácil, tomando vários meses de luta política nos Estados, que foram ratificando pouco a pouco os mesmos, através de convenções específicas, realizadas durante todo o ano de 1787. Apesar das dificuldades de aprovação das normas que vieram a fortalecer o centro sobre a periferia nos Estados Unidos, deve-se chamar a atenção para o fato de que a centralização do poder naquele país ocorreu apenas 11 anos após a Guerra da Independência (1776) e 10 anos após a promulgação dos Artigos da Confederação que haviam estabelecido o princípio da descentralização.

Pode-se dizer que o apogeu da tensão entre os interesses do centro e da periferia, na primeira e mais importante federação do mundo, ocorreu quando da Guerra da Secessão, ou da Guerra Civil Norte-americana de 1861-1865. Nesta guerra, os interesses dos Estados do Norte prevaleceram sobre os do Sul, que pretendiam separar-se da União para assegurar a manutenção da economia escravocrata. A vitória do Norte significou também o triunfo do centro sobre a periferia. Pode-se dizer que a questão federativa estava diretamente ligada à manutenção ou não do regime escravocrata.

2.1.2.3 A Federação Alemã

A Alemanha é um exemplo tardio de Estado nacional europeu, em função das grandes dificuldades para a unificação dos diversos principados que vieram a constitui-la. A dificuldade de formação do Estado alemão está fortemente ligada ao caráter tardio de seu capitalismo. Elias (1996) refere-se da seguinte maneira às dificuldades para a formação do Estado alemão:

[...] continuou relativamente pobre, com um baixo padrão de vida, por muito mais tempo do que seus vizinhos – passou por uma fase extraordinariamente longa de absolutismo, com grande número de cortes pequenas que mal se poderiam dizer luxuosas e, também por falta de centralização, só chegou à fase de expansão externa colonial, relativamente tarde e de maneira incompleta. Por todas essas razões, as tensões internas, o isolamento da aristocracia em relação à burguesia, foram nela muito mais fortes e duradouros e difícil o acesso dos grupos burgueses aos monopólios centrais. (p. 361).

As diferenças entre o processo de formação do Estado alemão e de outros Estados absolutos europeus explicam a própria razão de o primeiro ter se constituído como uma federação, e não como um Estado unitário. Elias (1996) chama a atenção para a especificidade da formação do Estado alemão no cenário europeu, em que muitos países – como França, Inglaterra, Suécia e até a Rússia – foram marcados por um contínuo processo de transformação dos Estados feudais em monarquias absolutas. Essas monarquias eram geralmente mais fortes nos embates de poder. Na Alemanha, [...] **o equilíbrio de força afastou-se gradualmente do nível de integração representado pelo Imperador e inclinou-se a favor do de príncipes regionais**” (Elias, 1997, p. 18, grifos meus). Ao contrário da tendência de centralização do poder em outras nações europeias, no Império Germânico (ou Sacro Império Romano) viu-se a deterioração de seu poder central.

Zimmermann (1999) chama atenção, ainda, para a pequena autonomia que existe na prática para os Estados alemães, em relação à União Federal:

Elaborada pelo Conselho Parlamentar e promulgada em 23 de maio de 1949, a Lei Fundamental da República Federal da Alemanha [...] criou um federalismo onde **a maior parte da legislação terminou competindo à União Federal. Cada Land [Estado], porém, goza de ampla autonomia naquilo que concerne ao ensino, culto e administração de serviços públicos, mas de autonomia limitada no que respeita à agricultura, indústria, economia e segurança pública** (p. 226, grifos meus).

Como se pode ver, o processo de formação do Estado federativo alemão, embora diferente da experiência norte-americana, guarda algumas semelhanças com este nas grandes linhas do processo de centralização *versus* descentralização do poder. A Alemanha foi criada

inicialmente como uma confederação, com laços relativamente frágeis entre os principados que a formaram no início do século XIX, em função das grandes diferenças e disputas entre suas diversas regiões. O poder de Estado foi se concentrando gradualmente, primeiro sob a liderança prussiana, ao final do século XIX, e finalmente em sua configuração atual, em que a União Federal detém a prerrogativa da decisão e da execução sobre as questões mais importantes que dizem respeito à economia e à segurança.

2.1.2.4 A Federação Brasileira

Como outras federações, o Brasil se organizou como uma Federação exatamente pela fraqueza inicial do poder central em impor sua vontade sobre todo o território nacional. Nesta seção busca-se demonstrar, no contexto brasileiro, a tensão permanente que se verificou entre poder central e regional; e as características atuais da Federação que resultaram desse processo.

Para compreender a experiência brasileira, considera-se importante fazer um resgate histórico do processo⁷ de sístoles (contração) e diástoles (dilatação) em torno da questão da centralização e descentralização do poder em nossa Federação, para buscar apreender suas características mais profundas e permanentes.

O processo de disputa centro-periferia no Brasil foi marcado por longos períodos de concentração de poder, interrompidos por intervalos relativamente curtos de descentralização. Ao longo do tempo e de um processo de grande tensão em que ora prevaleciam processos de sístoles, ora de diástoles, a posição relativamente fraca do poder central, que durou um longo período histórico, vai sendo gradualmente substituída por uma situação de força e predominância sobre os interesses regionais.

Podem-se identificar as origens do federalismo brasileiro ainda no período colonial, embora a Coroa portuguesa pretendesse exatamente o contrário, como mostram diversos autores. Conforme destaca Sahid Maluf (2006), aqui no Brasil, o anseio por descentralização política é algo que nos acompanha desde os primórdios da colonização. Os primeiros modelos administrativos adotados por Portugal – governadores-gerais, feitorias e capitanias – já deixavam claro que o país seguiria necessariamente para uma forma federativa. A imensidão do território, as variações climáticas, a diversidade cultural e étnica, bem como outros fatores

⁷ Utiliza-se a metáfora da sístole e diástole – movimento de contração e dilatação do coração – para explicitar o movimento do poder no âmbito dos Estados.

naturais ou sociais, tornaram a descentralização política uma necessidade inafastável da realidade brasileira (Zimmermann, 1999, p. 162).

Raymundo Faoro (1958), em sua obra clássica *Os donos do poder*, também destaca as tendências descentralizadoras e o papel das oligarquias regionais, mesmo no período colonial. Segundo o autor, os efeitos dispersivos da descentralização resultante das donatarias foram inevitáveis devido ao isolamento geográfico e à extensão da costa, o que possibilitou o surgimento de centros de autoridade social, mesmo sem permitir a autonomia política. As oligarquias locais, que resistiam ao controle central, tiveram sua origem no século XVI (Faoro, 1958, p. 159).

Abrucio (1998, p. 31) também argumenta nessa mesma linha, apontando um dos desafios na criação e desenvolvimento do Estado brasileiro: a questão da centralização *versus* descentralização do poder. A colonização portuguesa não conseguiu estabelecer uma centralização político-administrativa capaz de unir e organizar a atividade dos grupos privados presentes em diferentes regiões do território brasileiro. A posição relativamente frágil do poder central, respeitando as autonomias locais e regionais, foi gradualmente substituída por uma situação em que a Coroa exercia força e predominância sobre os interesses regionais e locais.

O Império (1822-1889) representou o período mais longo em que o poder central brasileiro procurou afirmar suas prerrogativas perante os interesses regionais. Mesmo assim, a tentativa de afirmação do poder central era reveladora da força dos interesses regionais e locais, como mostram diversos autores. Abrucio (1998) se refere a esta questão da seguinte forma:

Face à fraqueza do Estado nacional em controlar todo o território brasileiro, a engenharia institucional do **Império fez do presidente de província o elo entre o governo central e as bases políticas locais**. Para manter o controle do sistema político, a elite monárquica tornou a nomeação do presidente de província atributo do poder Central (p. 33, grifo meu).

Zimmermann (1999) também chama a atenção para os anseios federativos presentes no período do Império. Quando “[...] Proclamada a Independência do Brasil, em 7 de setembro de 1822, o problema da **unidade nacional** (1999, p. 291, grifo no original)” impôs uma estruturação de um poder centralizador ao novo Império que surgia. A Constituição outorgada de 1824 criou então esse mecanismo político-institucional que representaria de forma mais do “[...] **triunfo da centralização sobre o anseio federativo, já naquela ocasião bastante significativo**” (1999, p. 291, grifo meu).

Faoro (1958, p. 379) mostra que as diversas medidas centralizadoras tomadas durante o Império, principalmente no segundo reinado, após o Ato Adicional de 1834 – última tentativa

de assegurar espaço para os interesses regionais no Brasil monárquico. O retorno à centralização, o fim do *self-government* será o resultado do trabalho contínuo do Partido Conservador.⁸ A primeira medida deveria ser controlar, domar e limitar o provincianismo extremo presente no Ato Adicional de 1834. Nesse contexto, o poder central estabelece um sistema para conectar as influências locais de polícia e justiça às ações de seus agentes. Para isso, criou, no município da corte e em cada província, um chefe de polícia, acompanhado por delegados e subdelegados, nomeados pelo imperador e presidentes. Com isso, as autoridades locais não desaparecem, mas se ligam ao poder central, ou seja, ao partido que lidera o Ministério da Justiça à época (Faoro, 1958, p. 383).

Não foram poucas as reações regionais às medidas de fortalecimento do poder central durante o Império, como mostra Boris Fausto (2001, p. 165): “[...] após o Ato Adicional de 1834, ocorreram a Cabanagem, no Pará (1835-1840), [...] a Sabinada na Bahia (1837-1838), a Balaiada, no Maranhão (1838-1840), e a Farroupilha, no Rio Grande do Sul (1836-1845)”. Segundo o autor, as medidas centralizadoras do Império acabaram, com o tempo, gerando reações de cunho republicano e federativo ao final desse período, que resultaram na escolha da Federação como forma de organização do poder ao ser proclamada a República, em 1889.

A Primeira República (1891-1930) se caracterizou pelo pacto regional, montado em torno da chamada “política dos governadores”, pela qual a União, dominada pelos interesses econômicos sediados em São Paulo e Minas Gerais (República do Café com Leite), assegurava considerável dose de autonomia para os estados, ou melhor, para os interesses oligárquicos regionais. Segundo Zimmermann (1999, p. 309), a política dos governadores inaugurada por Campos Salles tinha em linhas gerais as seguintes características: “[...] a troca mútua de favores entre os governantes estaduais e o governo federal, no controle das máquinas eleitorais e na escandalosa manipulação de votos”.

Abrucio (1998) caracteriza a descentralização do poder na Primeira República e a política dos governadores da seguinte forma: os governadores de estado eram os atores mais importantes do sistema político, seja no âmbito nacional, seja no plano estadual (Abrucio, 1998, p. 35). O lugar do todo-poderoso presidente de província seria substituído pelo todo-poderoso governador de estado. A concentração de poder continuava a ocorrer na órbita estadual exatamente como no Império; mas como a eleição do governador de estado não era tão dependente da vontade do centro quanto outrora a nomeação do presidente de província, o chefe do governo federal tinha apenas duas alternativas: ou proclamar as situações estaduais, ou

⁸ Interessante notar que também no século XIX a descentralização era tomada como agenda democrática e centralização da agenda conservadora.

concordar com elas num sistema de compromisso que, simultaneamente, fortalecesse o governo federal e os estaduais (Abrucio, 1998, p. 37).

A Revolução de 1930 resultou de uma aliança heterogênea de diversos interesses que se contrapunham ao poder das oligarquias regionais. Ao chegar ao poder à frente dessa Aliança, Getúlio Vargas lançou mão de medidas de centralização do poder. É assim que Fausto (2000) se refere a esse processo:

[...] O poder de tipo oligárquico, baseado na força dos Estados, perdeu terreno. Isso não quer dizer que as oligarquias tenham desaparecido, nem que o padrão de relações sócio-políticas baseado na “troca de favores” deixasse de existir. Mas a irradiação agora vinha do centro para a periferia, e não da periferia para o centro (p. 327).

Desde cedo, o governo provisório estabeleceu medidas centralizadoras. Em novembro de 1930, ele assumiu não só o Poder Executivo, como o Legislativo, dissolvendo o Congresso Nacional, os legislativos estaduais e municipais. Todos os antigos governadores foram demitidos, exceto o novo governador eleito de Minas Gerais, substituídos por interventores federais. Em agosto de 1931, o Código dos Interventores foi emitido, estabelecendo as normas de subordinação destes ao poder central (Fausto, 2000, p. 333).

O Estado Novo, estabelecido em novembro de 1937, constituiu o momento máximo da concentração de poder promovida pelo primeiro governo Vargas. Todos os estados passaram a ser governados por interventores próximos do presidente da República, inclusive parentes seus. Apesar das duras medidas voltadas para a submissão dos interesses regionais ao poder central, os primeiros não desapareceram. Abrucio (1998) chama atenção, para fato de que, apesar da resistência das grandes bancadas estaduais, Vargas conseguiu negociar um novo modelo de autonomia federativa, ainda que menos autonomista do que o proposto pela Constituição de 1891 (p. 44-43). As oligarquias regionais, na grande maioria, estavam adormecidas, mas entre os atores políticos civis deste momento, eles ainda eram os melhores para organizar uma resistência ao Governo Federal (Abrucio, 1998, p. 47). Apesar da grande centralização desse período, o fim do Estado Novo representaria um novo momento de diástole e de concessão de poder.

O fim do Estado Novo trouxe novo movimento de relaxamento do processo de centralização. Segundo Zimmermann, na Constituição de 1946 a “[...] Federação recuperava o seu prestígio, garantindo-se as autonomias estaduais e regulando-se a possibilidade de intervenção da União” (1999, p. 321). Além de fortalecer o poder dos estados “[...] a

Constituição de 1946 inovou ao aumentar a autonomia política e financeira dos municípios, tradicionalmente tolhida pelas cartas constitucionais anteriores” (Abrucio, 1998, p. 49).

Tal situação de maior autonomia da periferia em relação ao centro perdurou durante todo o período da chamada Segunda República (1946-1964). Novo surto centralizador se verificou durante a ditadura instaurada pelo golpe de 1º de abril de 1964, no qual se voltou a restringir o poder dos estados e municípios, eliminando a escolha de prefeitos das capitais, estâncias hidrominerais e restringindo seriamente a capacidade de ação dos governadores.

A atuação do Governo Federal não se restringiu à mera regulação financeira e política das unidades subnacionais; houve também ações sistemáticas para harmonizar e uniformizar a estrutura e as práticas administrativas dos estados e municípios. Essa diretriz administrativa foi guiada por duas principais perspectivas de como deveria operar o sistema: primeiro, o Executivo federal, através da direção centralizada, deveria estabelecer as leis comuns a toda a federação, de maneira que viabilizasse a ação das unidades subnacionais e os interesses estratégicos do poder central. Segundo, a União atuaria diretamente nos estados e municípios, por meio de órgãos da administração direta e indireta, em nome da modernização administrativa do país e da colaboração entre as esferas de governo, sendo que o objetivo maior desta ação era obter maior controle das atividades administrativas dos governos estaduais e municipais (Abrucio, 1998, p. 70).

Abrucio (1998, p. 71, grifos meus) destaca que esse modelo

[...] de relação intergovernamental **foi chamado pela tecnoburocracia militar de “federalismo cooperativo”** e teve nos arranjos administrativos sua base de sustentação. **A “cooperação” entre as esferas do governo significava na realidade a implementação de um modelo piramidal de relacionamento federativo, em que a União subordinava os estados e os municípios ao seu comando.**

É importante assinalar que o termo “cooperativo” atribuído ao federalismo brasileiro – mencionada na citação acima – foi obra da ditadura militar. Tal expressão se referia à pretendida homogeneização da ação e dos interesses da União, estados e municípios, e perseguida a “ferro e fogo” pelos militares. Tratava-se de uma imposição, e não de um processo resultante de um pacto ou acordo estabelecido entre as três partes, ou esferas de governo.

Essa expressão vem sendo usada, infelizmente, de forma acrítica hoje em dia, por diversos analistas da organização das políticas públicas brasileiras, como se as relações entre centro e periferia se caracterizassem mais pela harmonia de interesses, do que pela disputa de poder.

Um dos elementos mais importantes da centralização do poder durante o regime militar foi a concentração de recursos fiscais na União, com a correspondente perda de participação

das receitas dos estados e municípios. No período final daquele regime, com o enfraquecimento gradual do poder político dos militares, voltou a ocorrer um certo movimento de descentralização. A emenda Passos Porto, de 1983, por exemplo, fortaleceu as finanças dos estados e municípios:

O federalismo estadualista surgiu da crise do modelo anterior, tendo como fato propulsor a eleição para os governos estaduais em 1982. A grande transformação efetuada na balança de poder federativo foi o fortalecimento dos estados e dos governadores, acompanhada do enfraquecimento da União e da Presidência da República (Abrucio, 1998, p. 59).

O fim da ditadura militar em 1985 e a promulgação da Constituição Federal de 1988 trouxeram um novo processo de relativo fortalecimento da autonomia regional e local. O texto constitucional atribuiu aos municípios o *status* de “ente federado” e definiu uma série de novas competências para os mesmos, principalmente no que diz respeito à execução das políticas sociais.

[...] a Carta de 88 manteve altamente normativizada e centralizada a organização do sistema federativo brasileiro. Pela enumeração constitucional das competências da União (artigos 21, 22, 23, 24 e 153), especialmente através da leitura do artigo 21, constatamos que o Brasil mais se parece com um Estado unitário do que propriamente com uma verdadeira Federação. Afinal, a competência do Poder Central é tão vasta que sobra muito pouco, ou quase nada, para os Estados-membros e Municípios (Zimmermann, 1999, p. 331).

A discussão acima permitiu que se demonstrasse que, na história do federalismo brasileiro, os períodos de sístoles (concentração de poder) foram mais numerosos e longos do que os movimentos de diástole. Como outras federações, a brasileira surge com um centro relativamente fraco, sem capacidade de impor sua vontade sobre todo o território e, por isso, obrigado a pactuar frequentemente uma certa partilha do poder com os interesses regionais e locais, mas que vai aos poucos se transformando num Estado crescentemente centralizado em torno da União. A centralização existente nos estados, no entanto, não elimina a existência, nem encerra a disputa pelo poder – o importante é que no arranjo federativo se instituem mecanismos de minimizar e regular os conflitos.

A tensão permanente e disputa de poder, no caso brasileiro, conta com mais um ator: os municípios brasileiros também participam desse processo, mesmo que de forma desigual, tornando ainda mais complexo o sistema político brasileiro. Muito embora os governos estaduais sejam os “grandes rivais” do governo central ao longo do tempo, os municípios lutam por poderes e muitas vezes, ao longo da história conseguiram se fortalecer. No Brasil,

especialmente a partir da Constituição de 1988, a descentralização tem tido uma feição municipalista e passou a ser diretamente associada a princípios de democracia, como afirma Abrucio (1998):

Na verdade, os municípios assumiriam papel mais definido do que os estados na divisão das atribuições governamentais, fato causado por dois motivos: primeiro porque o discurso de **descentralização no Brasil teve uma feição municipalista**, isto é, a ideia era descentralizar as políticas públicas especificamente para os municípios, seja porque o poder local possibilita uma maior participação na elaboração e gestão das atividades governamentais, seja porque a alocação de gastos públicos seria feita de forma mais eficiente no nível municipal (p. 106, grifo meu).

Paralelamente a isto, a situação de endividamento dos estados tem colaborado para seu “esvaziamento”, colaborando, cada vez mais para uma relação direta Governo Federal e Municípios e favorecendo a centralização. Como aponta Sulamis Dain:

A descentralização tributária beneficiou desigualmente as esferas subnacionais de governo. Ao contrário dos municípios, que tiveram significativo aumento de sua receita disponível, os estados mantiveram inalterada sua participação na carga tributária (em torno de 27%). Apesar de seu papel essencial à soldagem federativa, os estados vêm sendo alijados dos acordos intergovernamentais, primeiramente pela divisão da receita tributária e posteriormente pelo processo de endividamento que os imobiliza de forma espasmódica e crescente desde os anos 80. (Dain, 2000, p. 98).

2.1.3 Federalismo cooperativo e solidário

No contexto do desenvolvimento do SUS, a temática clássica da formação do Estado brasileiro ganha destaque. O SUS ainda está em processo de aprimoramento contínuo. Embora haja diversas normas administrativas que regulamentam a matéria, a constante atualização regulatória dificulta a compreensão do sistema. Entre as leis mais relevantes que regulam a saúde pública no país e estabelecem as competências e responsabilidades federativas, destacam-se a Constituição Federal, especialmente os artigos 6º, 23, II, e do art. 196 ao art. 200; a Lei Complementar nº 141/2012; a Lei nº 8.080/2000; a Lei nº 8.142/2000; o Decreto nº 7.508/2011; o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399/2006); e as Portarias GM/MS nº 1554/2013 e nº 1555/2013.

A Carta Republicana brasileira de 1988 estabelece o direito à saúde como um direito fundamental e garante o acesso universal e igualitário à saúde, orientando com a organização regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Esta Carta também estabelece os gastos mínimos que os estados-membros, Distrito Federal e os municípios devem ter para a saúde,

com a vinculação de receita para a saúde sob penalidades. O Constituinte, ao estabelecer um federalismo solidário, incumbiu à União, aos estados-membros, ao Distrito Federal e aos municípios a responsabilidade comum de cuidar da saúde (CF, art. 23, II), optando, ainda assim, pela municipalização na execução dos serviços de saúde (CF, art. 30, VII).

O artigo 198 da Constituição Federal também orienta que as ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituídas de um sistema único, organizado de forma descentralizada, com direção única “em cada esfera de governo” e financiada com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados-membros, do Distrito Federal e dos municípios. Ao municipalizar a execução dos serviços de saúde, a Carta da República impôs uma grande responsabilidade aos municípios, embora afirme que deva prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde (CF, art. 30, VII). Apesar disso, a maioria dos municípios, devido às limitações técnicas e financeiras, é dependente da cooperação técnica e financeira dos estados-membros e da União para cumprirem o preceito universalizador e o atendimento integral da saúde.

No pós-1988, o federalismo brasileiro manteve, não obstante, sua estrutura tributária de forma centrípeta, concentrada no poder central, colocando os municípios em uma posição financeira mais frágil, o que os manteve dependentes dos estados-membros e, sobretudo, da União. Apesar disso, foram criadas normas que apontam para uma concepção de “federalismo solidário” no âmbito do SUS, com os municípios agindo como executores diretos das ações de saúde.

A organização federativa centrípeta na área tributária, com a concentração arrecadatória da União e dos estados-membros, impossibilita a autonomia dos municípios, fragilizando-os financeiramente. Para além disso, a infinidade de tarefas administrativas atribuídas aos entes municipais e o pouco avanço no processo de regionalização e hierarquização do sistema de saúde demonstram os limites do pretendido federalismo solidário, principalmente quando se trata das normas administrativas que regem a repartição de competências entre os gestores.

Ao realizar uma discussão e uma breve genealogia sobre o federalismo, buscou-se dar visibilidade aos limites do federalismo cooperativo solidário, evidenciando a origem da hipótese desta tese, no qual se espera (i) que todos os municípios possam alcançar um entendimento mútuo para integrar suas ações e serviços de saúde em um sistema eficaz, independentemente das disputas locais, bem como das discrepâncias em termos de peso político, econômico e administrativo; e que (ii) que os estados serão capazes de coordenar essa

integração e intervir quando ela não ocorrer, apesar de não terem recebido instrumentos e poder para tanto na legislação.

2.2 Descentralização e a variação do seu sentido político ao longo do tempo

O “Documento do CEBES” de 1979, elaborado por Hésio Cordeiro, Reinaldo Guimarães e José Luís Fiori, é reconhecidamente um marco do Movimento da Reforma Sanitária brasileira, ao expressar os princípios norteadores do projeto de mudança necessário ao sistema de saúde brasileiro vigente na década de 70. Assim sendo, inicia-se com este documento a análise do sentido que a descentralização assumiu nos debates e propostas na Reforma Sanitária brasileira.

As questões levantadas pelo CEBES (1979) fundamentavam-se na ideia de que, para haver uma “saúde autenticamente democrática”, era necessário:

[criar] um Sistema Único de Saúde e *[atribuir]* ao Estado a responsabilidade total pela administração deste sistema; ...

[organizar] esse sistema de forma descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político administrativa do país, em seus níveis federal, estadual e municipal, **estabelecendo unidades básicas, coincidentes ou não com os municípios**, constituídas por aglomerações de população que eventualmente reuniriam mais de um município ou desdobrariam outros de maior densidade populacional” (1980, p. 12, grifo meu).

A descentralização proposta pelo documento tinha como fundamento principal atingir “maior eficácia, permitindo uma maior visualização, planificação e alocação dos recursos segundo as necessidades locais. **Mas [a descentralização visava] sobretudo ampliar e agilizar uma autêntica participação popular a todos os níveis e etapas na política de saúde**” (CEBES, 1979, p. 12, grifo meu).

A associação entre descentralização e participação popular se tornou um paradigma no processo de redemocratização iniciado na época e uma tese central nas lutas sanitárias, posteriormente direcionando as políticas que orientaram a implementação do SUS.

Durante o período de redemocratização, a descentralização foi considerada uma estratégia fundamental para a construção de um Estado mais democrático e participativo. A ideia era criar mecanismos que permitissem a participação ativa dos cidadãos nas decisões políticas, especialmente no âmbito da saúde. Os movimentos sanitários abraçaram essa perspectiva, defendendo a descentralização como um meio de fortalecer a participação popular e garantir a universalidade, equidade e integralidade dos serviços de saúde.

Essa visão foi incorporada nas políticas que embasaram a implementação do SUS. A descentralização foi adotada como um dos princípios fundamentais do sistema, buscando aproximar a gestão da saúde dos cidadãos e das realidades locais. A participação popular foi incentivada por meio da criação de conselhos de saúde, conferências e outros espaços de deliberação e controle social.

Essa associação entre descentralização e participação popular se consolidou como um dos pilares do SUS e influenciou profundamente seu desenvolvimento. Ao envolver os cidadãos nas decisões sobre saúde, promovendo a participação e o controle social, buscou-se construir um sistema mais democrático, capaz de responder às necessidades da população de forma mais efetiva e equitativa.

A partir de 1980, segundo Levcovitz (1997, p. 59), “o corpo doutrinário de proposições para a mudança do sistema de saúde brasileiro protagoniza um movimento ininterrupto de expansão e consolidação”. Neste ano, aconteceu a VII Conferência Nacional de Saúde, na qual foi anunciado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). Neste, as questões (já presentes no Documento do CEBES) de regionalização e hierarquização de rede de serviços, expansão da oferta de serviços básicos, integração das ações de saúde e participação comunitária estavam incluídos. O projeto, entretanto, segundo Cordeiro: “não chegou a ser assumido pelo governo, nem foi colocado em prática, em virtude das resistências intraburocráticas localizadas no INAMPS e da oposição das entidades que representavam o setor médico empresarial e a medicina liberal” (1991, p. 28).

Em 1982, foi elaborado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), órgão subordinado diretamente à Presidência da República. Este plano, conhecido como “Plano CONASP”, foi assumido como política oficial de governo e visou essencialmente “a recuperação operacional do setor público, o aumento da eficiência e da qualidade, a racionalização do sistema [...] e a extensão de cobertura aos trabalhadores rurais” (Cordeiro, 1991, p. 31).

A principal relação com a descentralização nesse contexto está na busca pela racionalização e melhoria da eficiência do sistema de saúde. O plano visava à recuperação operacional do setor público, ampliando a cobertura e estendendo os serviços de saúde aos trabalhadores rurais. Essas medidas tinham como objetivo central a descentralização das ações e serviços de saúde, levando-os mais próximos das comunidades e promovendo maior eficiência e qualidade nos atendimentos. Além disso, o Plano CONASP foi entendido como um momento de expansão das ações da “frente sanitária” alinhada com as ideias propostas pela frente. Essa frente sanitária representava um movimento de caráter descentralizador, que

defendia a participação popular e a democratização das decisões políticas no âmbito da saúde. (Levcovitz, 1997, p. 63).

Duas estratégias de mudança do sistema de saúde vigente estavam apontadas. Enquanto no Ministério da Saúde a preocupação maior era com a incorporação do INAMPS, intitulada “unificação pelo alto”, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) propunha a continuidade e o aprofundamento das Ações Integradas de Saúde (AIS), de 1983, como estratégia que favoreceria a descentralização dos serviços de saúde. Segundo Levcovitz, “ambas as propostas se encontravam fundamentadas em referenciais político ideológicos do projeto reformista setorial” (1997, p. 77.).

As AIS tinham como objetivos principais a ampliação da cobertura, a descentralização administrativa, a assistência de forma planejada e a qualificação dos serviços. As ações visavam reestruturar os sistemas de saúde estaduais e municipais de saúde, por meio de transferências de recursos do INAMPS, através do mecanismo convenial. O programa das AIS foi desenvolvido como uma estratégia de descentralização e integração das ações de saúde, visando à reorganização do sistema de saúde no país. Os AIS buscavam promover a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) e entre os diversos setores envolvidos, como saúde, saneamento, educação e assistência social, buscando a abordagem integral. A importância dos princípios e diretrizes das AIS é exemplificada por Hésio Cordeiro e Eduardo Levcovitz:

[...] proporcionaram uma base técnica e princípios estratégicos para os momentos posteriores da reforma sanitária... (Cordeiro, 1991, p. 37).

[...] introduziram efetivamente a concepção de rede hierarquizada e regionalizada de serviços como uma necessidade básica do processo de transformação do sistema. (Levcovitz, 1997, p. 83).

Percebe-se, portanto, uma preocupação mais acentuada com a ideia da implantação de uma rede de serviços, hierarquizada e regionalizada. Uma das maiores críticas que se fazia ao sistema de saúde existente, antes da proclamação do SUS, era exatamente a inexistência de integração e coordenação entre os serviços existentes, que contribuía para gerar duplicidade de esforços, falhas na cobertura, desperdício de recursos públicos e má qualidade do atendimento prestado à população.

A implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), da mesma forma que as AIS, se deu através do mecanismo convenial, sendo que os primeiros convênios celebrados entre o INAMPS e as Secretarias Estaduais de Saúde foram efetivados em 1987.

Entretanto, apenas em 1988 adquiriram uma uniformidade jurídico-legal através do convênio padrão SUDS (Souza, 2002).

O SUDS representou efetivamente, no período 1987/1989, um instrumento de descentralização operacional, administrativa, política e financeira do sistema de saúde. Segundo Lima (1999, p. 30):

[...] embora tivesse um caráter de superposição ao programa anterior, o SUDS diferenciou-se das AIS principalmente pelo fortalecimento das funções gestoras das instâncias estaduais – estratégia denominada por Viana (1995) como de **“estadualização da política de saúde”** – e pelo aprofundamento de toda a estrutura de planejamento e programação das ações de saúde estabelecida com as AIS a partir de 1985 (grifo no original).

Na prática, o SUDS foi o último momento de uma tentativa de descentralização para o nível estadual. Como afirma Dain (2000, p. 72):

[...] polarização entre centralização e descentralização, vigente no Brasil no final dos anos 80 e que, tendo sido associada à democratização nos anos que se seguiram à abertura política, deu origem a uma política de municipalização extremada que retirou da regulação do sistema de saúde um ator central: o governo estadual.

Considerando essa trajetória, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu, em seu artigo 23, inciso I, que é competência comum à União, aos estados e aos municípios “cuidar” da saúde da população. Em seu Artigo 198, inciso I, passou a definir que a descentralização seria um dos princípios que regem o SUS. O mesmo artigo dispõe, ainda, que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

A Lei Federal nº 8.080/90, em seu artigo 7º, inciso 9, define como princípio do SUS: “IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) **ênfase na descentralização dos serviços para os municípios**; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” (grifo meu). A referida Lei, em seus artigos 16 e 17, enfatiza ainda a importância da descentralização:

Art. 16 – A direção Nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:
 XV – Promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
 Art. 17. A direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:
 I – Promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde.

A lei é mais detalhista em relação à Constituição, retomando a ênfase na municipalização. No entanto, não considera a questão do porte dos municípios. Afirma, ainda, a ideia de regionalização da rede, paralelamente à valorização das ações municipais.

No processo de formulação do arcabouço legal do SUS, algumas ideias iniciais foram perdidas ao longo do tempo. Exemplo disso é o critério populacional contido no “Documento do CEBES”, que servia como referência para a organização da rede de saúde. Esse critério populacional considerava a dimensão da população como um dos elementos para definir a estrutura e as necessidades de cada localidade.

Além disso, a questão da diferenciação do porte dos municípios com base em critérios populacionais, proposta durante a VII Conferência Nacional de Saúde, também acabou não sendo integralmente incorporada. Essa proposta visava reconhecer que municípios de diferentes tamanhos populacionais apresentavam realidades e demandas distintas e, portanto, deveriam receber tratamentos diferenciados.

No entanto, ao longo do tempo, houve ênfase crescente na municipalização, que se consolidou como uma agenda presente na Reforma Sanitária brasileira e se tornou parte da Lei Orgânica da Saúde, promulgada em 1988. A municipalização enfatiza a descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios, conferindo-lhes autonomia na gestão e execução das políticas de saúde em seus territórios.

2.2.1 Descentralização: a trajetória da proposta de mudança

A partir deste ponto, analisa-se a trajetória da proposta de mudança na qual a tese da descentralização foi se tornando sinônimo de municipalização, através do disposto na Constituição Federal, na legislação complementar, nas Normas Operacionais da década de 90, das NOAS de 2001, do Pacto pela Saúde e, por fim, o Documento da OPAS sobre o Relatório de Informação de Saúde por Estado (RISS). Esta análise visa demonstrar que o princípio da descentralização foi se tornando sinônimo de municipalização. Com esse aparato normativo, muito embora, como se verá a seguir, a legislação da saúde não exclua a participação dos governos estaduais no processo de gestão do SUS, os estados passarão a ocupar papel coadjuvante nesse processo.

Apesar de a NOB 01/91 reafirmar, na sua introdução, o compromisso com a organização regionalizada, previa a adoção de convênios diretos entre o MS/INAMPS e as prefeituras municipais, que dispensava a participação das Secretarias Estaduais de Saúde, desde que

cumpridos alguns pré-requisitos, como a existência de Conselho, Plano e Fundo Municipais de Saúde. Segundo a Norma, o papel do gestor estadual era coordenar as ações no nível dos estados. Destaque-se, portanto, que já em 1991, atribui-se esse papel aos governos estaduais, que passam desde então a desempenhar papel secundário no processo de implantação do SUS.

O objetivo principal da referida NOB era disciplinar o financiamento e o processo de descentralização para os municípios:

Os mecanismos de financiamento definidos nesta norma reforçam os princípios doutrinários do SUS, se constituindo em **fator de incentivo ao processo de descentralização para os municípios**, que serão os responsáveis pelo Plano Municipal de Saúde considerando na sua elaboração, a epidemiologia e as reais necessidades da população, bem como pela execução, avaliação e controle dos serviços e ações de saúde no seu nível de atuação (NOB 01/91, grifo meu).

Em 1993 foi instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Especial de Descentralização (GED), formado por técnicos do respectivo ministério e por representantes do CONASS e do CONASEMS. O grupo tinha por objetivo avançar na política de descentralização, seguindo as recomendações da IX Conferência Nacional de Saúde, cuja temática foi “A municipalização é o caminho”, realizada em 1992. O resultado do trabalho do GED foi o documento “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, o qual serviria de embasamento para a NOB 93.

Nesta, ao se propor a instituir regras para a descentralização, redefinindo as competências dos entes, acentuou a relação entre Governo Federal e governos municipais, reafirmando a opção pela municipalização e aprofundando o entendimento de um sentido cooperativo entre municípios, no qual seria

[um] equívoco de contrapor regionalização à municipalização que **não pode ser compreendida como a criação de uma instância intermediária entre estados e municípios com autonomia** e sim como articulação e mobilização municipal que leva em conta características [...] e **acima de tudo, a vontade expressa pelos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de carácter cooperativo** (NOB, 1993, p. 11, grifos meus).

Convicto da missão de empreender medidas claras e irreversíveis no sentido de dar materialidade aos avanços propugnados na lei, o Ministério da Saúde toma a iniciativa de formular um projeto de operacionalização da **municipalização de ações e serviços**, conclamando a imprescindível participação de seus parceiros, aí incluída a sociedade organizada (NOB, 1993, p. 11, grifo meu).

A NOB SUS 01/93, portanto, radicalizou a relação direta entre o nível federal e o municipal com o modelo de gestão semiplena, pois não só rompeu com a exigência do

instrumento convencional para a transferência de recursos – como preconizado pelas NOBs SUS 01/91 e 01/92 –, como também honrou com a transferência automática dos recursos federais aos fundos municípios (Levcovitz *et al.*, 2001, p. 277).

A NOB 01/96 parece ser a de expressão mais clara pelo caminho da municipalização:

A presente Norma Operacional Básica **tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios [...]**, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (p. 5, grifo meu).

Busca-se, dessa forma, a **plena responsabilidade do poder público municipal** (p. 6, grifo meu).

Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que **o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo** e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (p. 6, grifo meu).

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – **o SUS Municipal** – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional. (p. 7, grifo meu).

Os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que **o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral** (p. 7, grifo meu).

A NOB 01/96 foi um marco importante no processo de descentralização e organização do SUS no Brasil. Ela estabeleceu duas condições de gestão: avançada do sistema e plena do sistema para os estados, e plena da atenção básica (GPAB) e plena do sistema (GPS) para os municípios.

A condição de gestão avançada do sistema para os estados implicava o cumprimento de uma série de requisitos e metas, como a formulação de políticas de saúde estaduais, a implementação de sistemas de planejamento e avaliação, a garantia da cobertura assistencial em seu território e a participação efetiva no processo de pactuação entre os entes federativos.

Já a condição de gestão plena do sistema para os estados era uma etapa mais avançada, na qual os estados deveriam assumir a integralidade da gestão do SUS em seu território, incluindo a formulação de políticas, o planejamento, a regulação, a execução e a avaliação das ações e serviços de saúde.

Para os municípios, a NOB 01/96 estabelecia a condição de gestão plena da atenção básica (GPAB), na qual os municípios assumiam a responsabilidade pela gestão integral da atenção básica, ou seja, dos serviços de saúde primários, com ênfase na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Além disso, os municípios também deveriam cumprir requisitos e metas relacionados à organização da rede assistencial, à participação social, à integração com outros níveis de atenção e à garantia de acesso e qualidade dos serviços.

A condição de gestão plena do sistema (GPS) para os municípios era uma etapa mais abrangente, na qual os municípios assumiam todas as atribuições e responsabilidades da gestão do SUS em seu território, englobando não apenas a atenção básica, mas também a gestão dos demais níveis de atenção à saúde.

Essas condições de gestão estabelecidas pela NOB 01/96 buscaram fortalecer a descentralização, atribuindo maior autonomia e responsabilidades aos estados e municípios na organização e gestão do SUS, de acordo com suas capacidades e condições de saúde locais. Entendia, no entanto, que quanto à capacidade de gestão, todos os municípios poderiam ser semelhantes – era apenas uma “questão de tempo”:

A realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura **modelos distintos de gestão** (NOB 01/96, p. 6, grifo meu).

O caráter diferenciado do modelo de gestão é **transitório**, vez que **todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida**, levando em conta que o poder constituído, neste nível, tem uma capacidade de gestão intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmos direitos. (NOB 01/96, p. 8, grifo meu).

A NOB 01/96 propôs, ainda, a criação da Programação Pactuada Integrada (PPI), como instrumento de negociação entre os gestores do SUS. Foi introduzido, portanto, um mecanismo que visava integrar as unidades dispersas nos diversos municípios e que precisam se integrar para constituir uma rede de serviços de saúde. A Programação tem por objetivo definir as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual. Os pactos devem obedecer a critérios definidos nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT).

A instituição da PPI é o reconhecimento de que a rede de serviços de saúde nunca será exclusivamente de um município. Nesse sentido, não é possível, nem necessário, que os 5.568

municípios possuam uma “rede completa” de serviços de saúde. Os serviços e unidades de saúde localizados em cada município serão complementados pelos existentes em outros municípios. Assim sendo, esvazia-se a ideia de todo município como “Gestor Pleno” do sistema de saúde, e cada município é gestor do sistema, ou parte dele, que está localizado territorialmente em seu município. Segundo o disposto pela PPI, a complementação dos serviços inexistentes se dá através da realização de pactos com aqueles municípios que possuem tais serviços, uma proposta baseada na cooperação entre os municípios. Vale ressaltar que a PPI é um instrumento de alocação de recursos financeiros, altamente vulnerável aos interesses políticos e pessoais dos gestores.

Em 2001, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que trouxe uma proposta de reorganização do sistema de saúde. Essa nova norma apresentou contribuições ao estabelecer regras para a hierarquização da rede de saúde. No que diz respeito à organização federativa do sistema de saúde, destacam-se:

[deve-se buscar] a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, **não necessariamente confinados aos territórios municipais** e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES (NOAS, 2001, p. 32, grifo meu).

[...] uma situação peculiar diz respeito a **persistência** de alguns hospitais públicos sob gerência estadual, que ainda não foram municipalizados por motivos diversos [...] (NOAS, 2001, p. 32, grifo meu).

A NOAS (2001) dispõe, ainda, que:

Os Estados, e mais ainda, os municípios são extremamente heterogêneos e será sempre **mera casualidade** que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que este se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais. (p. 2, grifo meu).

Essas citações da NOAS pretendem demonstrar que permanecem as mesmas definições operacionais sobre a organização da rede apontados nas NOBs dos anos 1990. O entendimento é que todas as unidades de saúde, sem exceção, devem ser municipalizadas, ainda que a rede de serviços “não necessariamente” seja municipal, e ainda que seja “mera casualidade” as redes coincidirem com o espaço territorial dos municípios. Portanto, a rede é regional, com unidades municipalizadas, cujo funcionamento continua ocorrendo em função de pactos regulados pelo estado, como definido pela NOB 96, tendo seu funcionamento detalhado pela NOAS. Ou seja, entre os anos 1990 e 2000, permanece dominante a tese da municipalização dos serviços de

saúde como o melhor caminho para o SUS, apesar de já ser possível identificar um processo pela busca da região de saúde perdida.

Do ponto de vista da participação dos governos estaduais, não se reconhecem alterações no seu papel:

Com relação aos estados, procurou-se ressaltar suas atribuições de **coordenador do sistema de saúde estadual**, abrangendo o planejamento e a organização das redes assistenciais do estado, a integração dos sistemas municipais, a programação e a garantia da referência intermunicipal (NOAS, 2001, p. 26, grifo meu).

Persistem as definições no sentido de que o estado irá regular/coordenar algo que está sob responsabilidade direta dos municípios. Noutros termos, prevalece a ideia de que o governo estadual é responsável por garantir a integração entre os municípios. Como a rede de serviços de saúde é regional e as unidades de saúde predominantemente municipais, é possível esperar que o estado dará conta de resolver os conflitos inerentes ao processo de negociação do funcionamento desta rede? Em outras palavras, faltam-lhe instrumentos e recursos de poder para, de fato, induzir o processo de regionalização da saúde.

O Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, apontava que os estados já não vinham cumprindo essa função.

[...] **os estados não estão cumprindo seu papel** de coordenadores da implementação do SUS. [...] Os participantes entendem que há ausência do Estado como articulador no processo de regionalização e de organização da assistência por nível de complexidade e resolutividade (2000, p. 24-25, grifo meu).

A Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde. Este propunha um conjunto de compromissos sanitários definidos pelos governos federal, estaduais e municipais, em cinco frentes: saúde do idoso, câncer de colo de útero e de mama, mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde e atenção básica à saúde. Para cumprir o conjunto de ações e metas estabelecidas, o pacto estabelecia diretrizes para gestão do SUS nos aspectos da descentralização, através da regionalização, financiamento, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde. Mais uma vez, a regionalização comparece como uma atribuição dos municípios.

A portaria ainda estabelece os principais instrumentos de planejamento da regionalização: o Plano Diretor de Regionalização (PDR) – hoje denominado “Planejamento Regional

Integrado (PRI)” –, o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI) (Brasil, 2006).

O PDR/PRI é um documento que estabelece as diretrizes e metas para a organização da rede de serviços de saúde em uma determinada região. O PDR/PRI se propõe a ser elaborado de forma participativa e ascendente, envolvendo os gestores de saúde, profissionais e representantes da sociedade civil. Ele leva em consideração as necessidades de saúde da população, os recursos disponíveis e as características locais, visando promover uma distribuição equitativa e adequada dos serviços de saúde na região. O PDR/PRI é considerado um instrumento estratégico que busca promover a integração e a articulação entre os diferentes municípios e serviços de saúde dentro da região, visando garantir o acesso, a qualidade e a resolutividade da assistência (Brasil, 2006).

O PDI é um instrumento que orienta a aplicação dos recursos financeiros destinados ao fortalecimento e desenvolvimento da infraestrutura de saúde em determinada região. O PDI é elaborado com base nas prioridades estabelecidas no PDR/PRI. Ele contempla os investimentos necessários para melhorar a capacidade de atendimento, a qualidade dos serviços e a oferta de ações de saúde na região. O PDI considera aspectos como a construção, ampliação ou reforma de unidades de saúde, aquisição de equipamentos, capacitação de profissionais, entre outros. O objetivo é garantir a adequação e a otimização dos recursos disponíveis para atender às demandas de saúde da população de forma eficiente e eficaz (Brasil, 2006).

Já a PPI é um processo de planejamento e pactuação entre os gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal para definir a distribuição e alocação de recursos financeiros de serviços de saúde em determinada região. A PPI deveria considerar as necessidades de saúde da população, a capacidade instalada dos serviços e os recursos disponíveis. Ela envolve a definição de metas e responsabilidades, acordadas entre os gestores, e deveria garantir a integralidade do cuidado, a resolutividade dos serviços e o acesso equitativo à saúde. A PPI abrange diferentes níveis de atenção, como a atenção básica, a média complexidade e a alta complexidade, e busca organizar a oferta de serviços de forma integrada, evitando a duplicidade e o desperdício de recursos (Brasil, 2006).

Além disso, o pacto propõe as responsabilidades gerais da gestão do SUS pelos entes federados (municípios, estados e União). Novamente, as responsabilidades que são atribuídas aos municípios onde “[...] todo município é responsável **pela integralidade da atenção à saúde da sua população**, exercendo essa **responsabilidade de forma solidária** com o estado e a União” (Brasil, 2006, p. 22, grifos meus).

Tal responsabilidade atribuída aos municípios, conforme proposto no Pacto pela Saúde, pode explicar a não adesão dos prefeitos, em 2011, ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), instituído através do Decreto nº 7.508 para regulamentar a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) no que se refere à organização do SUS quanto ao Planejamento da Saúde, à Assistência à Saúde e à Articulação Interfederativas.

Fica evidente que, mais uma vez, ocorre um processo de despolitização da organização das redes saúde e da regionalização, uma vez que se assume a premissa de que é possível constituir região de saúde solidária e cooperativa, a partir da vontade expressa pelos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. Pode-se dizer que o Pacto pela Saúde e, posteriormente, o COAP, partem do entendimento de que os desafios da descentralização e da regionalização serão superados por meio de uma integração regional ascendente, e que a criação de instâncias como o Colegiado de Gestão Regional (CGR) – hoje inscrito à CIR (Comissão Intergestores Regional) –, através de uma regionalização solidária e cooperativa, seriam capazes de superar os desafios da municipalização dos sistemas de saúde. Mais uma vez, a questão da regionalização aparece apenas como um problema técnico a ser resolvido no âmbito municipal, excluindo os interesses políticos (poder) da construção das redes e regiões de saúde (Machado, 2009; Menicucci; Gonçalves; Machado, 2018).

Figura 2 – Mapas da não adesão por Regiões de Saúde e municípios ao Pacto Pela Saúde, Brasil, 2012



Fig. 1 – Regiões de Saúde com Mais de 80% de Não Adesão ao Pacto Pela Saúde



Fig. 2 – Área de Municípios que Não Aderiram ao Pacto Pela Saúde

Em 22 de março de 2012, na CIT, foi realizada uma análise da adesão ao Pacto pela Saúde. Constatou-se que 1.002 (18%) municípios não tinham realizado a adesão; e que em 29 regiões de saúde dos estados do Amazonas, Bahia, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, a não adesão estava acima de 80%.

A Figura 1 apresenta dois mapas da não adesão por regiões de saúde e municípios ao COAP / Pacto pela Saúde; e o Quadro 1 apresenta a não adesão por porte populacional, demonstrando que 35% da não adesão correspondem aos municípios com uma população inferior a 50 mil habitantes, que pode ser explicado por esperar que um município desse porte tenha condições de ser o responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população.

Quadro 1 – Totais absolutos e percentuais de não adesão por porte populacional ao Pacto pela Saúde, Brasil, 2012

Número de Habitantes	Municípios Sem Adesão	% de Não Adesão
Até 20.000	771	19,8
De 20.001 a 50.000	173	16,4
De 50.001 a 100.000	32	9,9
Acima de 100.000	26	9,1
Brasil	1002	18,0

Fonte: ST-CIT/DAI/SGEP/MS

Tal cenário motivou a necessidade de aprimoramento do Pacto pela Saúde, o que ocorreu em uma CIT, numa reunião ordinária ocorrida em 12 de junho de 2012, quando foram pactuadas as seguintes normas:

[...] a Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012, que dispõe sobre a **pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS**, para fins de **transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP** (grifo meu).

Portaria nº 1.580, de 19 de julho de 2012, que **afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão**, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, **para fins de repasse de recursos financeiros** pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias (grifos meus).

Cabe destacar que, no mesmo período, entre os anos de 2008 e 2009, ocorre uma retomada da discussão das redes através das Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS), proposta pela OPAS, que dá origem ao documento “*Redes Integradas de servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*”.

Esse documento parte da fragmentação dos sistemas de saúde como um problema, discute suas várias causas em diferentes contextos nas américas e define um conjunto de atributos essenciais para as redes integradas. São eles: população/território definidos, oferta de serviços extensa e completa sob um único guarda-chuva institucional, definição clara do primeiro nível de entrada e coordenação do cuidado, atenção especializada no lugar mais apropriado, mecanismos de coordenação assistencial, tipo de cuidado centrado na pessoa, família e comunidade (território), gestão integrada dos sistemas administrativos e de apoio clínico, recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos, sistema de informação integrado, financiamento e incentivos adequados e ação intersetorial ampla (OPAS, 2010). Enfim, pode-se dizer que são atributos dawsonianos; trata-se de uma proposta de redes integradas de saúde que reporta a Dawson, demonstrando, mais uma vez, não apenas sua atualidade, mas sua relevância para se pensar o SUS.

No documento "*Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*", o modelo de rede integrada de serviços de saúde é abordado como uma estratégia para promover melhor coordenação e integração dos serviços de saúde em determinada região ou sistema de saúde.

Em relação à presença do modelo Dawson nessas diretrizes, é importante destacar que o modelo de redes integradas de serviços de saúde tem suas raízes nas ideias e conceitos apresentados por A.J. Dawson, um renomado pesquisador na área de sistemas de saúde. Dawson propôs um modelo de cuidado em rede que busca superar as fragmentações e a falta de coordenação entre os serviços de saúde, promovendo a continuidade do cuidado e a integralidade das ações.

No documento da OPAS, embora não seja feita referência explícita ao modelo de Dawson, muitos dos princípios e conceitos presentes nas diretrizes para implementação das redes integradas de serviços de saúde são alinhados com as ideias propostas por Dawson. Esses princípios incluem a coordenação e a integração dos serviços, a centralidade no paciente, a atenção primária como base da rede, a comunicação e o compartilhamento de informações entre os profissionais de saúde, entre outros.

Em relação à responsabilidade pela implementação dessas redes integradas, o documento da OPAS enfatiza a necessidade de uma governança efetiva, destacando a importância do

envolvimento dos diferentes atores e níveis de governo. Embora não seja especificamente mencionado o papel do Governo Federal em relação às responsabilidades atribuídas aos municípios, o documento ressalta a importância da coordenação e colaboração entre os diferentes níveis de governo e atores envolvidos na implementação das redes integradas de serviços de saúde. Isso sugere que o Governo Federal desempenha um papel de articulação e apoio, promovendo a integração e a coordenação entre os entes federativos e fornecendo diretrizes e políticas para orientar a implementação das redes.

Em resumo, embora o documento da OPAS não faça referência explícita ao modelo de Dawson, as diretrizes para implementação das redes integradas de serviços de saúde apresentam princípios alinhados com as ideias propostas por Dawson. Quanto à responsabilidade pela implementação, embora não seja mencionado especificamente, o documento ressalta a importância da governança e da coordenação entre os diferentes níveis de governo, indicando que o Governo Federal desempenha um papel de apoio e articulação na implementação das redes integradas de serviços de saúde.

2.3 O município no Brasil: da subalternidade à coadjuvância

Segundo dados do Observatório de Informações Municipais (OIM), em 1940, existiam no Brasil 1.547 municípios. Em 2013 esse número chegou a 5.568⁹ (IBGE Cidades, 2019), o que representa um aumento de cerca de 253%. O maior aumento se deu entre as décadas de 50 e 60, quando ocorreu um aumento de 46% no número de municípios (Gráfico 1).

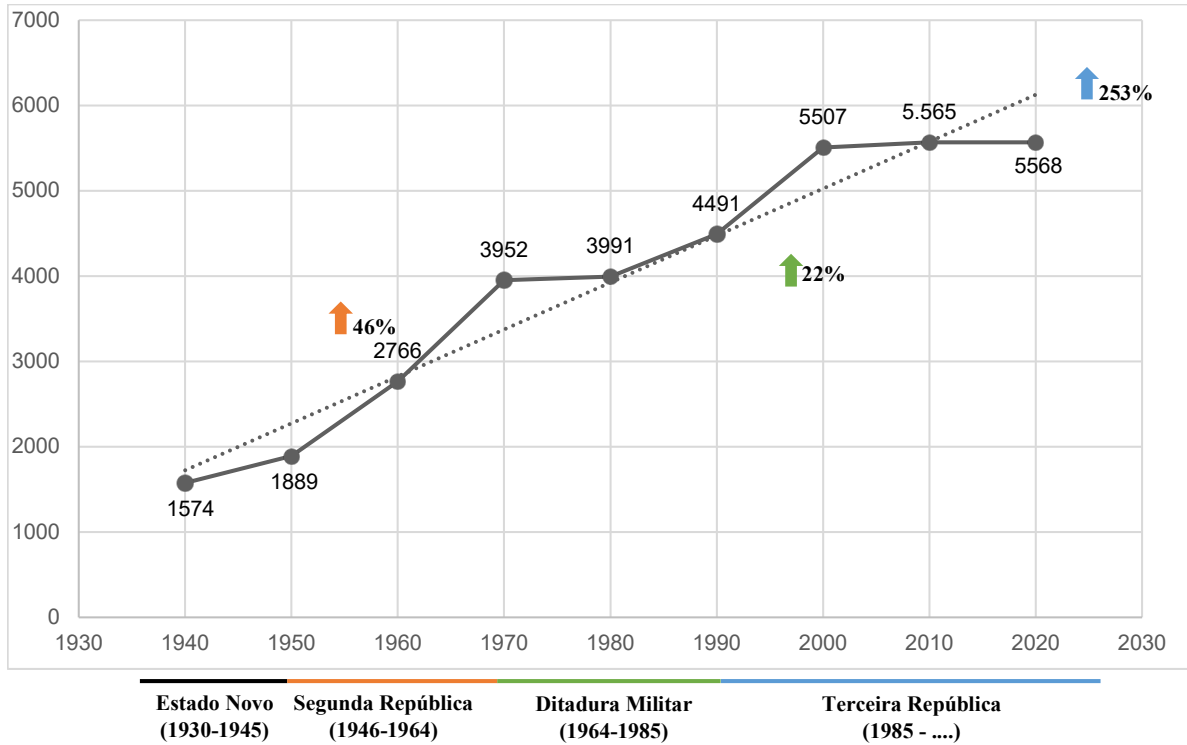
Bremaeker (1976) destaca que foi no período compreendido entre 1960 e 1970 que ocorreu um verdadeiro “surto emancipacionista” – incremento de 42% no número total de municípios – que só não foi maior porque foram descobertas inúmeras irregularidades no processo de criação destes.

No período de 1940 a 2020, 79% dos novos municípios instalados no Brasil tinham como característica comum uma população inferior a 20 mil habitantes (Gráfico 2). No período pós-Terceira República, esse índice é ainda maior, alcançando 98% (Bremaeker, 1976; OIM, 2021).

A seguir, demonstra-se como o município brasileiro ocupa uma situação ímpar na América Latina, por sua importância política e elevada autonomia político-administrativa de que goza.

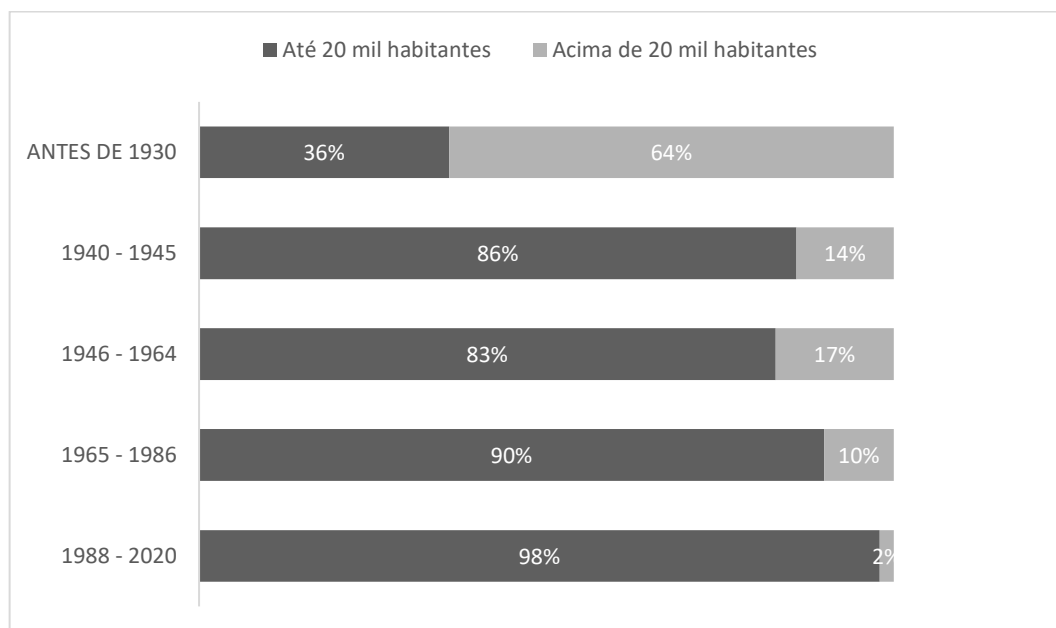
⁹ O IBGE conta como cidades, além dos 5 568 municípios, Brasília (como cidade coextensiva ao Distrito Federal), e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha (PE), totalizando 5.570 cidades (5.568 municípios de fato e 2 municípios-equivalentes).

Gráfico 1 - Quantidade de municípios instalados no Brasil no período de 1940 a 2020.



Fonte: Elaboração a partir de dados disponíveis em Bremaeker (1976) e OIM (2021).

Gráfico 2 - Período de instalação dos municípios no Brasil, por tamanho da população no período de 1940 a 2020.



Fonte: Elaboração a partir de dados disponíveis em Bremaeker (1976) e OIM (2021).

2.3.1 O município e o processo eleitoral brasileiro

O município no Brasil constitui a base do processo eleitoral, uma vez que o sistema político-eleitoral brasileiro não é organizado através de distritos eleitorais, onde a disputa para os cargos do Executivo e Legislativo em geral se circunscreve a uma área geográfica particular, como ocorre em alguns outros países. Dessa forma, a eleição para os cargos supramunicipais, tanto do Legislativo, como do Executivo – deputados estaduais e federais, senadores, governadores e até para presidente da República – depende de alianças locais, pois os votos têm de ser buscados em toda a extensão do território dos estados (Arretche; Marques, 2002).

As alianças para as eleições supra municipais são feitas, por essa razão, com prefeitos e vereadores, cujo apoio é decisivo para a penetração das campanhas eleitorais nos municípios. O sucesso eleitoral dos parlamentares estaduais e federais depende, assim, de sua capacidade de organizar alianças locais – por isso, qualquer iniciativa que seja interpretada como um prejuízo para o poder local tem grandes dificuldades de serem aprovadas (Arretche, 2000).

O processo de expansão dos municípios no Brasil e suas peculiaridades podem ser observados nos índices de representação política (Tabela 1).

Tabela 4 – Distribuição dos municípios por região, estados, população, números de senadores e deputados federais, 2018.

Região	UF ₁	Município ₁	% Municípios ₁	População, 2019 ¹	% população ₁	Número de senadores, 2018 ²	% de senadores	Número de Deputados federais, 2018 ³	% de Deputados federais
Centro-Oeste	4*	466	8,37	16.297.074	7,76	12	14,81	86	16,76
Nordeste	9	1793	32,21	57.071.654	27,16	27	33,33	218	42,50
Norte	7	450	8,08	18.430.980	8,77	21	25,93	88	17,15
Sudeste	4	1668	29,95	88.371.433	42,05	12	14,81	72	14,04
Sul	3	1191	21,39	29.975.984	14,26	9	11,11	49	9,55
Total	27	5568	100	210.147.125	100,00	81	100	513	100

Legenda: * A região centro-oeste é composta por 03 estados mais o Distrito Federal.

Fonte: ¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE Cidade, 2019 | ² Senado Federal, Competência, 2018 | ³ Câmara dos Deputados - Palácio do Congresso Nacional - Praça dos Três Poderes, Competência, 2018.

A municipalização descentralizada revela, acima de tudo, a essência do poder político no Brasil. Quando se discute centralização ou descentralização, se está essencialmente abordando a natureza desse poder. É importante compreender que isso molda uma estrutura de poder, propiciando potenciais conflitos e interesses, e estabelecendo uma conexão entre os processos eleitorais, a formulação de políticas públicas e a configuração das burocracias. Portanto, seria um equívoco considerar esses elementos como momentos distintos da vida política. A municipalização descentralizada revela, acima de tudo, a natureza do poder político no Brasil. Discutir centralização ou descentralização é, em essência, discutir a própria natureza desse poder.

2.3.2 Caracterização dos municípios brasileiros

A Tabela 2, a seguir, apresenta os números relativos à distribuição dos municípios por faixa de população. Dos 5.568 municípios existentes no Brasil no ano de 2019, 20,36% deles contavam com uma população menor que 5 mil habitantes; 24,14%, uma população entre 5-10 mil; e 25,62% com uma população entre 10-20 mil habitantes. Apenas 5,73% dos municípios brasileiros contam com uma população entre 50-100 mil pessoas; e somente 0,86% dos municípios contam com uma população de mais de 500 mil habitantes. Ou seja, 70,06 % dos municípios brasileiros são de pequeno porte, uma população de até 20 mil habitantes. Vale destacar que, apesar de a maioria dos municípios brasileiros ser de pequeno porte, mais de 57% da população estão localizados em municípios com mais de 100 mil habitantes, enquanto nos municípios com população inferior a 20 mil habitantes, residem apenas 15% da população (IBGE Cidades, 2019).

Tabela 5 – Número / percentual de municípios por faixa de população, 2019.

População por município	Nº de municípios	%	População	%
Até 5 mil	1.154	20,36	4.210.078	2,00
5.001 a 10.000 mil	1.368	24,14	8.543.533	4,07
10.001 a 20.000 mil	1.452	25,62	19.230.644	9,15
20.001 a 50.000 mil	1.043	18,40	33.514.126	15,95
50.001 a 100.000 mil	325	5,73	23.947.839	11,40
100.001 a 500.000 mil	277	4,89	54.188.335	25,79
+ de 500.000 mil	49	0,86	66.512.570	31,65
Total	5.668	100,00	210.147.125	100,00

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE Cidade, estimativa populacional, competência – 2019.

Com um quantitativo elevado de municípios brasileiros com baixa densidade populacional, Levcovitz (1997) aponta que se torna inviável imaginar que cada um deles tenha condições de organizar um sistema de saúde com todos os níveis de complexidade presentes no sistema de saúde brasileiro. Levcovitz (1997, p. 151), em sua tese de doutorado, apresenta uma proposta de parâmetro de organização do sistema que muito contribuiu para a proposta desta tese. Aplicando a metodologia proposta pelo autor, constatamos que pouco mais de 5% dos 5.668 municípios brasileiros têm condições de operar um sistema de saúde (Quadro 2).

Quadro 2 – Parâmetros para organização do sistema de saúde no âmbito municipal

Parâmetros para organização do sistema de saúde no âmbito municipal	% dos municípios brasileiros
Em municípios com população inferior a 10.000 habitantes recomenda-se apenas a existência de unidades básicas.	44,5 %
Em municípios com população entre 10 e 20 mil habitantes, já é concebível a existência de recursos diagnósticos secundários e leitos hospitalares.	25,62 %
Em municípios cuja população seja entre 20 mil e 100 mil habitantes, há possibilidade de existir serviços de atenção secundária e serviços especializados.	24,13 %
Acima de 100 mil habitantes “podem ser oferecidos, com viabilidade econômica, os recursos diagnósticos e terapêuticos de complexidade quaternária”	5,75 %

Fonte: Elaboração realizada a partir da metodologia proposta por Levcovitz (1997, p. 151).

Seguindo essa proposta, do ponto de vista da atenção à saúde, nem todos os serviços estarão disponíveis em todas as cidades. Impossível pensar em dispor de hospitais especializados, por exemplo, nos mais de cinco mil municípios brasileiros. Para superar essas diferenças entre oferta e demanda de serviços, o SUS prevê a descentralização e regionalização da atenção à saúde, o que de nenhuma maneira se contrapõe ao princípio da universalidade e integralidade. Isto significa que os serviços devem alcançar a todos, conforme suas necessidades, independentemente de sua localização.

A regionalização na saúde está associada às dinâmicas territoriais, às características do desenvolvimento econômico, às políticas de saúde, ao grau de articulação existente entre os representantes do poder público em saúde e aos desenhos regionais adotados em cada estado (Lima *et al.*, 2012). A complexidade dessa regionalização se deve a fatores como a institucionalização de uma rede de serviços e intervenções frente a uma grande heterogeneidade

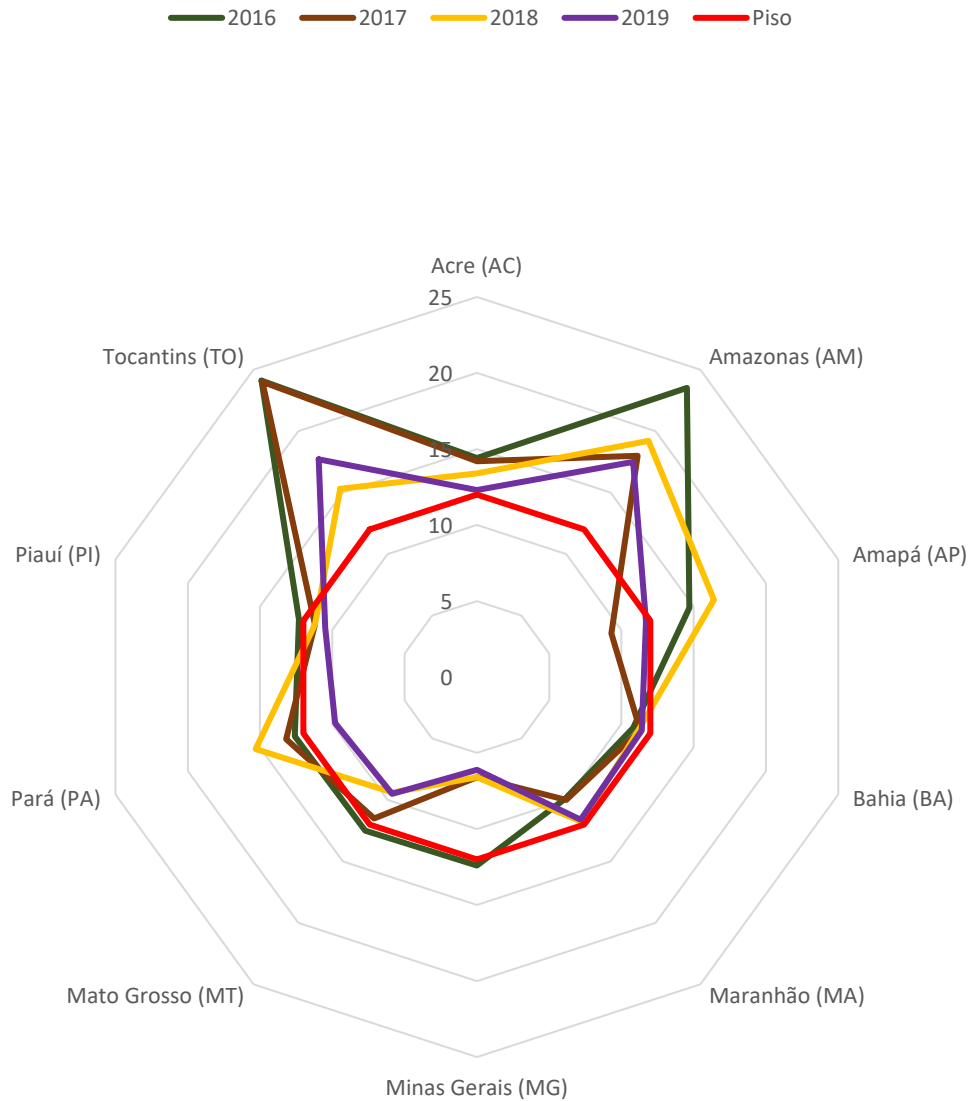
territorial, à formalização da responsabilidade pública, regulação centralizada e, claro, os interesses e disputas políticas.

2.3.3 O município e os aspectos e financeiros

A partir do ano 2000, o financiamento do SUS passou a ser efetivamente compartilhado por todas as Unidades da Federação (UFs) brasileiras, como consequência da aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29. Esta estabeleceu um piso para a participação de União, estados, Distrito Federal e municípios (Vieira; Benevides, 2016). O piso dos estados passou a corresponder a 12% (Gráfico 3) da receita de impostos e das transferências constitucionais da União, deduzidas as parcelas transferidas aos municípios. No caso destes, o piso ficou em 15% (Gráfico 4) da receita dos impostos específicos desses entes, mais as transferências constitucionais recebidas da União e dos estados (Vieira; Benevides, 2016). Os dados dos municípios e estados apresentados nos Gráficos 3 e 4, e na Tabela 3, a seguir, contemplam a amostra de dados da pesquisa nacional, no qual os dados foram utilizados nesta tese.

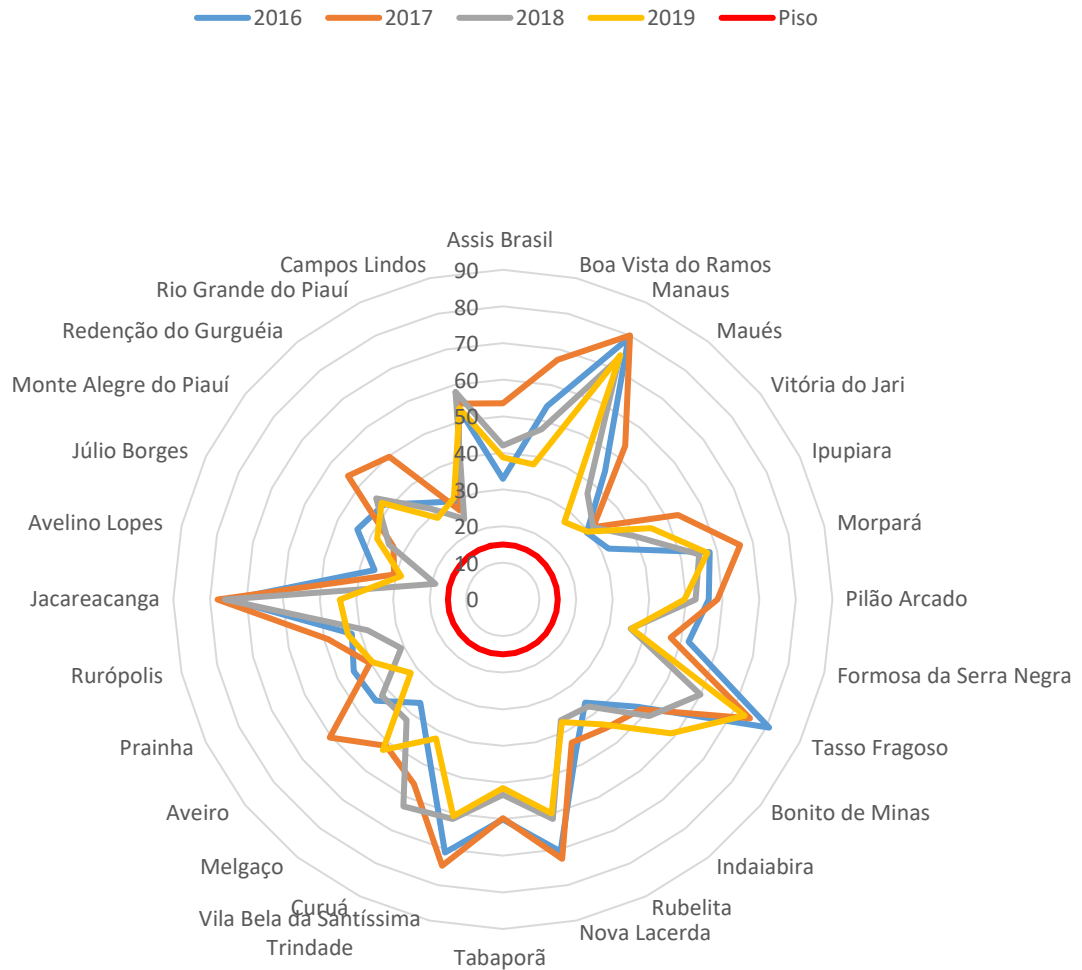
Na Tabela 3, é possível perceber como é elevada a aplicação de recursos pelos municípios, um montante superior ao teto constitucional, em alguns casos atingindo 70% dos recursos próprios aplicados na saúde. No caso dos estados, no período selecionado, apenas Acre, Amazonas e Tocantins aplicaram 12% ou mais da sua receita na saúde. No caso dos estados do Maranhão e Bahia, ficaram abaixo do piso entre os anos de 2016 e 2019. Nos estados do Mato Grosso, Piauí e Minas Gerais, apenas em 2016 foi realizada a aplicação do piso constitucional; nos anos subsequentes, o piso não foi atingido. Vale destacar que Minas Gerais, no período de 2017 a 2019, aplicou cerca de 50% do piso estabelecido.

Gráfico 3 – % Receita dos impostos na despesa total com saúde (2016-2019) dos estados selecionados no estudo e relação ao mínimo constitucional de 12%, Brasil.



Fonte: SIOPS, Sistema de Informações de Orçamento Público em Saúde (2016-2019)

Gráfico 4 – % receita dos impostos na despesa total com saúde (2016-2019) dos municípios selecionados pela pesquisa nacional em relação ao mínimo constitucional de 15%, Brasil.



Fonte: SIOPS, Sistema de Informações de Orçamento Público em Saúde (2016-2019)

Tabela 6 – % Receita dos impostos na despesa total com saúde (2016-2019) dos municípios e estados selecionados no estudo, Brasil.

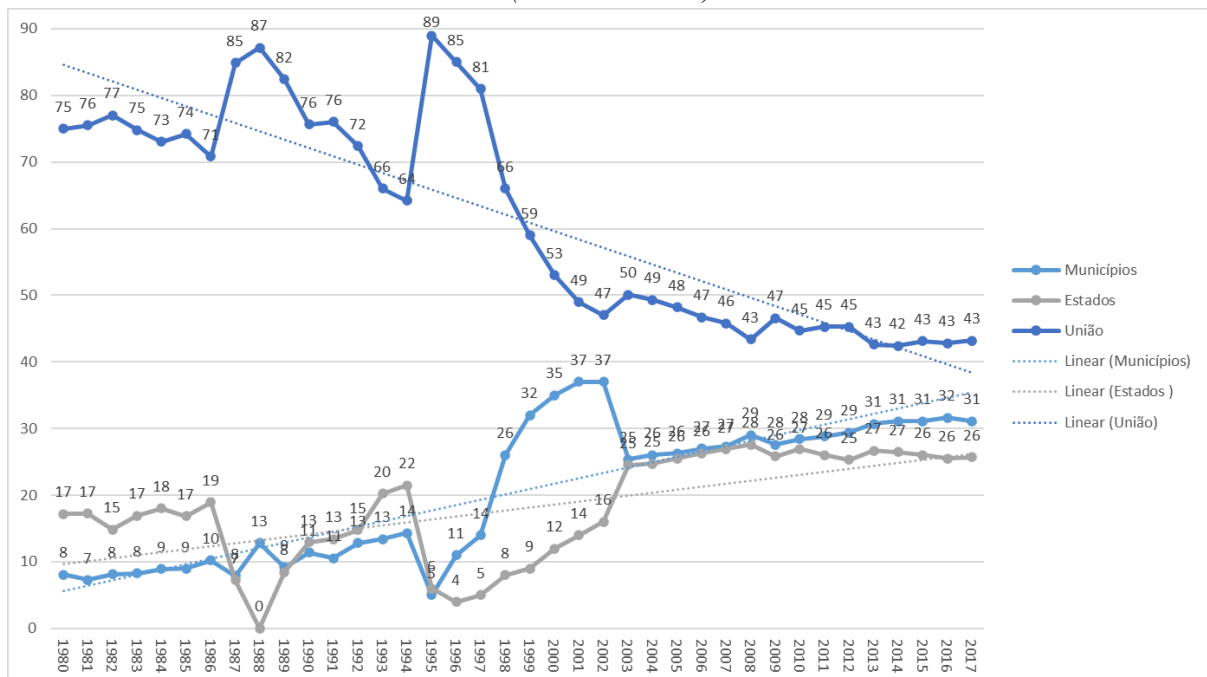
Municípios ¹ / Estados ²	% receita dos impostos na despesa total com saúde			
	2016	2017	2018	2019
<i>Acre (AC)</i>	14,4	14,2	13,4	12,3
Assis Brasil	32,9	53,5	42	38,8
<i>Amazonas (AM)</i>	23,5	18,0	19,2	17,5
Boa Vista do Ramos	54,1	67,1	47,7	37,8
Manaus	79,1	80	73,1	74
Maués	44,8	53,6	37	27
<i>Amapá (AP)</i>	14,7	9,3	16,4	11,7
Vitória do Jari	29,3	31,6	31,6	29,6
<i>Bahia (BA)</i>	10,8	11,3	11,2	11,4
Ipupiara	32	53,1	39,9	44,9
Morpará	57,9	66,5	55	57,3
Pilão Arcado	56,2	58,6	52,6	49,6
<i>Maranhão (MA)</i>	9,9	10,0	11,8	11,6
Formosa da Serra Negra	52	47	35,8	36,1
Tasso Fragoso	80,7	74,9	59,9	73,3
<i>Minas Gerais (MG)</i>	12,4	6,6	6,6	6,1
Bonito de Minas	47	48,2	51,1	58,7
Indaiabira	36,1	45	37,4	43,6
Rubelita	46	43,4	36,6	37,2
<i>Mato Grosso (MT)</i>	12,5	11,5	9,4	9,5
Nova Lacerda	70,6	72,7	61,5	59,9
Tabaporã	60,1	59,7	53,4	51,5
Vila Bela da Santíssima Trindade	70,9	74,6	61,5	60,7
<i>Pará (PA)</i>	12,6	13,2	15,3	9,8
Curuá	46,7	55,9	62,7	42,1
Melgaço	36,2	51,1	42,1	52,6
Aveiro	44,4	60,5	42,2	32,2
Prainha	45,2	40,2	30,8	39,5
Rurópolis	42,3	48,9	37,9	43,4
Jacareacanga	74,6	77,9	75,9	44,5
<i>Piauí (PI)</i>	12,3	11,2	11,2	10,5
Avelino Lopes	35,9	30,5	18,9	28,5
Júlio Borges	44,1	33,2	34,5	38,1
Monte Alegre do Piauí	41,6	54,1	44,2	42,3
Redenção do Gurguéia	33,7	49,8	31,7	28,5
Rio Grande do Piauí	29,7	26,9	24,4	30,7
<i>Tocantins (TO)</i>	24,1	24,0	15,3	17,7
Campos Lindos	53,2	54,8	58,1	53,5

Nota: ¹% receita dos impostos municipais na despesa total com saúde: Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto Territorial Rural (ITR), Imposto de Transmissão de Bens Imóveis Intervivos (ITBI) e Imposto sobre Serviços de qualquer natureza (ISS) e IRRF incidente sobre os rendimentos do trabalho dos servidores públicos municipais. ² % receita dos impostos estaduais na despesa total com saúde: Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) incidente sobre os rendimentos do trabalho dos servidores públicos estaduais.

Fonte: SIOPS, Sistema de Informações de Orçamento Público em Saúde (2016-2019).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realiza historicamente uma publicação seriada com a consolidação do gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Considerando as séries históricas de publicações do instituto sobre a evolução do gasto das três esferas com as ASPS no período de 1980 a 2017, percebem-se uma diminuição na participação da União (75% > 43%), e um aumento nos casos dos estados (17% > 26%) e municípios (8% > 31%). A título de exemplo, no período de 2003 a 2017, a participação da União diminuiu de 50,1% em para 43,2%; a de estados aumentou de 24,5% para 25,7%; e a dos municípios, de 25,4% para 31,1% (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Distribuição do gasto com ASPS entre as três esferas de governo (1980-2017)
(Em % do total)



Fonte: Consolidação do gasto com Ações e serviços públicos de Saúde, Período de 1980 a 2017, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

2.3.4 O município no Brasil e o rumo histórico da descentralização

A Constituição de 1946 representou um marco decisivo para a consolidação do poder político municipal. Pode-se dizer que a Constituição “[...] inovou ao aumentar a autonomia política e financeira dos municípios, tradicionalmente tolhida pelas cartas constitucionais

anteriores” (Abrucio, 1998, p. 49). Foi nesse período que o municipalismo ganhou uma dimensão de movimento de massa.

Em 15 de março de 1946, foi fundada, na cidade do Rio de Janeiro, a Associação Brasileira de Municípios (ABM), primeira entidade municipalista do Brasil. Na sua resolução de nº1, apresenta o objetivo da associação que é ter um “município forte”, uma vez que é nesse local “onde mora o cidadão e onde ele busca as soluções para as suas necessidades básicas de segurança, saúde, educação, afinal qualidade de vida para viver bem” (ABM, 1946).

Em 1952, foi criado o Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), uma instituição não governamental, sem fins lucrativos, com o objetivo de promover “o Município como esfera autônoma de Governo, fortalecendo sua capacidade de formular políticas, prestar serviços e fomentar o desenvolvimento local, objetivando uma sociedade democrática e valorizando a cidadania” (IBAM, 1994). As organizações (ABM e IBAM) têm algo em comum nos seus objetivos. Nos dois casos, o municipalismo é autárquico localista, ou seja, tudo se passa no município; tudo acontece no município.

Ainda podemos destacar dois outros movimentos de massa municipalistas, com agendas diferenciadas e muitas vezes assimétricas. A primeira é a Confederação Nacional de Municípios (CNM), fundada em 1980, que lidera a agenda dos pequenos municípios. É responsável pela organização anual da tradicional “Marcha a Brasília em defesa dos Municípios”, realizada anualmente desde 1988, que se tornou o grande momento do diálogo do mundo municipalista com o governo federal (CNM, 2021).

A segunda é a Frente Nacional de Prefeitos (FNP), fundada em 1989, que representa os interesses das capitais, grandes cidades e cidades em aglomerações metropolitanas. Tem como foco de atuação os municípios com mais de 80 mil habitantes, ou seja, 412 municípios que concentram 61% da população brasileira (FNP, 2021; IBGE Cidades, 2019).

No entanto, é na Constituição Federal de 1988 (CF 88) que os municípios têm um saldo de *empowerment*/qualidade política e administrativa, pois passaram a dispor de autonomia e competências próprias, definidos nos Artigos 29 e 30 da CF 88. Isso fez com que o Brasil se tornasse um dos poucos países nos quais a federação é trina – ou seja, o município é o terceiro ente da federação. Em outros estados federais, o município tem autonomia, mas eles estão na dinâmica dos governos regionais, dos estados federados.

A Constituição federal, além de inscrever a “autonomia” como prerrogativa do Município, capaz de motivar até a intervenção federal para mantê-la ou restaurá-la (art. 34, inciso VII, alínea “c”), incorporou alguns princípios asseguradores dessa mesma autonomia (vide arts. 29 e 30, respectivos incisos e alíneas), entre os quais se destaca o Art. 30, inciso VII,

que definiu: “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento **à saúde da população** (grifos meus)”.

O Brasil caracteriza-se pela existência de uma esmagadora maioria de municípios pequenos, com reduzida densidade econômica, dependentes de transferências físicas e sem tradição administrativa e burocrática (Arretche, 2000, p. 17). Há que se destacar, no entanto, que para efeitos da legislação brasileira, estes são tratados igualmente, denominado por Mello (1971, p. 45) como a “Síndrome da Simetria”. Embora o termo criado por Mello (1971) seja anterior à Constituição de 1988, a citação ainda é pertinente:

Todos os Municípios brasileiros, desde a capital de São Paulo, uma das mais importantes cidades do mundo, até a mais pobre comuna do remoto sertão, têm não só a mesma forma de governo como os mesmos poderes, a mesma vasta competência de fazer quase tudo – desde que possam – e a mesma irresponsabilidade para fazer tudo o que não quiserem [...] se espera de Municípios paupérrimos e prósperos, grandes e pequenos, rurais e metropolitanos, uma atuação da mesma natureza, do mesmo tipo, da mesma amplitude (p. 45).

A CF 88 não só colocou a federação numa nova modalidade, como organizou elementos dessa nova modalidade. Na medida em que esse estado federal brasileiro é dotado de três esferas autônomas de governo, elas se organizam através de competências exclusivas, concorrentes e comuns. Temos na dinâmica do município brasileiro uma grande complexidade: a CF 88 definiu uma agenda para o Estado brasileiro, uma agenda comum ao conjunto das esferas autônomas de governo. Vale ressaltar que essas políticas públicas federativas são radicalmente diferentes do que foi convencionado para a área da saúde, tanto em termos de financiamento, funcionamento burocrático, quanto na resolução de conflitos políticos. No entanto, tanto a CLT quanto a Polícia Militar possuem uma presença significativa em todo o território nacional, embora careçam de participação e controle social efetivos.

2.3.5 Competências dos municípios brasileiros

Ao longo da história brasileira, as competências definidas para as instituições municipais sofreram diversas transformações. Por isso, intriga-nos a discussão sobre qual deve ser a amplitude das competências dos municípios, bem como avaliar seus limites relacionados à Política de Saúde e, mais especificamente, à gestão da Rede de Serviços de Saúde – e a partir daí, avaliar seus efeitos.

A Constituição Federal de 1988, por meio de seu Artigo 30, designa uma série de competências aos municípios, destacando-se a que lhe confere o poder de legislar sobre assuntos de interesse local (inciso I) e a que autoriza o município a organizar e prestar serviços públicos de interesse local (inciso V). Apesar de reconhecer a evolução do Texto Constitucional ao definir melhor as competências municipais, entende-se que os dois incisos do Art. 30 ainda apresentam algumas dúvidas sobre algumas situações.

A designação de competências aos municípios é baseada no princípio **de que aquilo que pode ser feito numa esfera administrativa próxima ao cidadão não seja tomado por um nível mais distante**. De acordo com o IBAM (1994, p. 12), este princípio, “embora útil para se começar a pensar sobre alcance e limites da descentralização, é muito vago para orientar a divisão clara das competências governamentais”. Para lidar com esse desafio, existem três teorias: da tradição, da proximidade e das escalas (Mello, 1971, p. 206 e 297):

- A **Teoria da Tradição**, também conhecida como Teoria do Princípio da Tradição, é uma perspectiva sobre a organização e distribuição de competências entre os diferentes níveis de governo. Defende que cada nível de governo deve cumprir as funções que lhe são tradicionalmente atribuídas ao longo do tempo, com base em práticas históricas e costumes alcançados. De acordo com essa teoria, as responsabilidades e competências de cada nível de governo são definidas por tradições e arranjos preexistentes, refletindo uma abordagem conservadora que valoriza a estabilidade e a continuidade das estruturas adotadas. Nesse sentido, a Teoria da Tradição pode ser considerada conservadora, pois enfatiza a manutenção das atribuições e papéis tradicionais de cada nível de governo, sem grandes alterações ou redistribuição de responsabilidades. Dado o crescente número e complexidade das funções do governo, esta teoria pode ser, além de conservadora, inadequada.

- A **Teoria da Proximidade** classifica os serviços públicos em três categorias: (1) os de interesse imediato ou de primeira necessidade para a comunidade, sem os quais não é possível a sobrevivência ou o bem estar da mesma e que, por isso, devem ser atribuídos aos governos locais; (2) os de interesse próximo que, embora possam contribuir significativamente para melhorar a vida da população, não têm o mesmo caráter prioritário que os de primeira necessidade, apesar da tendência, cada vez mais forte, de atribuí-los aos governos locais; e (3) os de interesse mediato ou remoto, que apesar de indispensáveis para o país como um todo, não afetam a vida cotidiana das comunidades que o integram.

- A **Teoria das Escalas**, de grande importância para países continentais como o Brasil, complementa a Teoria da Proximidade, fornecendo-lhe meios para serem aplicados a situações reais. Existem cinco escalas consideradas: **(i) geográfico**: os serviços locais estariam sob a

responsabilidade dos governos locais, enquanto aqueles que envolvessem uma área geográfica mais ampla seriam responsabilidade de um governo mais abrangente; **(ii) econômica:** orienta-se basicamente para a busca da eficiência (diferindo neste ponto da financeira). Uma pequena comunidade, ainda que tenha recursos financeiros para operar certos serviços, não deve fazê-lo, pois a economicidade ou eficiência seria prejudicada; **(iii) financeira:** está associada à capacidade financeira de suportar os custos de um determinado serviço; **(iv) técnica:** a execução de certas tarefas e serviços pode requerer uma grande complexidade técnica e tecnológica, além de exigir recursos materiais, equipamentos, métodos e processos caros e sofisticados. Infelizmente, muitos municípios não possuem esse nível de especialização e não podem preencher essas condições; **(v) poder político:** demonstra que certos serviços, pela sua natureza, somente podem se situar em âmbito nacional, que detém o poder político para administrá-las, como por exemplo, as relações diplomáticas, controle da moeda, Forças Armadas, entre outras.

É comum que se usem as três teorias para definir as competências dos municípios, devido às características políticas, culturais, econômicas e sociais de cada país (Bastos, 1985, p. 39).

O IBAM defende o ideal de descentralização e, em muitas ocasiões, da municipalização, com as seguintes vantagens:

- (i) de natureza econômica: maior conhecimento dos problemas, limitações, recursos e potencial econômico da comunidade;
- (ii) de natureza social: percepção dos problemas sociais em toda a sua diversidade, complexidade e heterogeneidade, bem como aumento da consciência para estabelecê-los como prioridade governamental e
- (ii) de natureza política: facilidade de entendimento e negociação de conflitos de interesses (IBAM, 1994, p. 15).

No entanto, o próprio IBAM orienta sobre “[...] a conveniência de se introduzir, em caráter subsidiário, o exame da questão das escalas em qualquer política de descentralização” (1994, p. 13).

A Carta de 88 definiu as competências municipais e, no campo da Saúde, as Normas Operacionais do Ministério da Saúde colocam o município como ente central da prestação de serviços. Por isso, entender as teorias que fundamentam a definição dessas competências é essencial para o bom desempenho do município nessa área.

No diálogo com as diversas teorias desenvolvidas acerca dos municípios brasileiros, o pano de fundo invariável a ser considerado é que os mesmos são profundamente desiguais entre si, seja no que diz respeito às suas capacidades econômica e fiscal, seja no que diz respeito à capacidade administrativa para a gestão de políticas públicas. Além disso, o Brasil caracteriza-

se pela existência de uma esmagadora maioria de municípios pequenos, com reduzida densidade econômica, dependentes de transferências físicas e sem tradição administrativa e burocrática (Arretche, 2000, p. 17).

No entanto, como estamos documentando, há que se destacar que para efeitos da legislação brasileira, estes são tratados igualmente, como apontou Mello (1971, p. 45) a partir do conceito da **Síndrome da Simetria**, que, na prática, coloca a pé de igualdade todos os municípios brasileiros, desde a capital do Amazonas, umas das mais importantes cidades brasileiras, até o mais pobre município remoto do sertão brasileiro, Melgaço (PA). Esses têm não só a mesma forma de governo como os mesmos poderes, a mesma vasta competência de fazer quase tudo – desde que possam – e a mesma irresponsabilidade para fazer tudo o que não quiserem. Espera-se de municípios paupérrimos e prósperos, grandes e pequenos, rurais e metropolitanos, uma atuação da mesma natureza, do mesmo tipo, da mesma amplitude no âmbito do SUS.

Buscou-se, neste capítulo, demonstrar que o papel singular que o município possui na federação brasileira, e como o processo de descentralização da política de saúde no Brasil foi ao longo do tempo sendo entendido como municipalização. Ao longo desse processo, os estados federados assumiram papel secundário na política de saúde. Entende-se que o modelo proposto tende a gerar uma dificuldade crescente para a organização e a gestão da rede de ações e serviços de saúde. Tal modelo se alicerça na crença de que os municípios serão capazes de integrar suas ações e serviços de saúde num sistema efetivo, e que os estados serão capazes de coordenar essa integração e intervir quando ela não ocorrer.

O caminho da municipalização no início da década de 90, face à sua associação com a democracia e sua contraposição ao centralismo autoritário que marcou os governos militares, é perfeitamente compreensível. Esta mesma opção, trinta anos depois, não é tão compreensível assim. Repensar o processo de descentralização torna-se necessário também para garantir a efetiva implantação dos SUS e aprofundar a própria democracia.

3. REGIÃO DE SAÚDE: O ENTE OCULTO

Para todo problema complexo existe uma solução simples, fácil – e errada.

Henry Louis Mencken (1880-1956)

O objetivo deste capítulo é contextualizar a relação entre descentralização e municipalização. Por fim, discute-se a concepção clássica de organização dos serviços de saúde como um sistema feita pelo médico britânico Bertrand Dawson (1920).

Ao longo do tempo, é crescente a compreensão de que o comportamento e a ação dos indivíduos são condicionados socialmente pelos acontecimentos e contradições que ocorrem na sociedade em que vivem. Partindo desse princípio, foi em 1852 que Marx tornou mais precisa essa ideia numa formulação famosa, aqui parafraseada, no qual “os homens fazem sua própria rede, mas não a fazem como querem”.

3.1 Regionalização

O SUS foi criado num contexto marcado por heterogeneidades, tendo em vista a extensão e a diversidade dos territórios socioeconômicos, bem como as desigualdades culturais e políticas regionais, e as diversidades nas necessidades sanitárias, na oferta de serviços e na disponibilidade de recursos humanos do país. Ainda assim, como vimos, segundo a legislação, são esses mesmos entes diversos e assimétricos em poder e necessidades que são os principais responsáveis pela implementação e gestão de uma ampla gama de serviços e ações de saúde. De acordo com a Constituição Federal de 1988, cada ente federativo tem a responsabilidade de organizar o SUS de forma compartilhada, garantindo assim a integralidade da atenção à saúde (Brasil, 1988; Viana, 2008).

Em outras palavras, o modelo institucional de arranjo de serviços de saúde estruturado no Brasil é formado pela exigência de parcerias reguladas por acordos entre entidades federativas autônomas, as quais compartilham a soberania no mesmo território e buscam a interdependência para a construção de sistemas regionais de atenção à saúde. A construção das Redes Assistenciais de Saúde (RAS), por sua vez, baseadas no princípio da escala e suas relações com a qualidade da atenção, pressupõe que alguns serviços comuns ultrapassem as fronteiras municipais (Mendes, 2016). Nesta perspectiva, espera-se que ocorram parcerias entre

municípios, estado e União, o que significaria a superação das relações hierárquicas,¹⁰ baseadas na autoridade, sendo substituídas muitas vezes por uma ideia de “federalismo solidário”, no qual estariam estabelecidas relações poliárquicas, construídas a partir da cooperação e interdependência entre os diversos atores sociais.

Nesse contexto, a regionalização ganha relevância no sentido de estabelecer redes assistenciais regionalizadas que possam efetuar o cuidado integral à saúde, e deve ser compreendida como um processo de pactuação política no âmbito da programação territorial entre as entidades federativas (sobretudo municípios, como ficou apontado no Pacto pela Saúde), que deveriam ser “solidárias” na utilização do território, aprimorando a rede e a direção única em cada esfera de governo. Não resulta necessariamente na delimitação, nomeação e hierarquização de áreas legalmente definidas, mas em acordos políticos embasados pela dinâmica do uso do território (Viana, 2008).

Segundo Menicucci (2008, p. 123):

[...] a regionalização da rede de serviços, estabelecida como princípio na Constituição de 1988, tem como objetivo a organização do sistema de saúde, de forma a otimizar os recursos com vistas à economia de escala e de escopo dos serviços, garantindo assim a integralidade da atenção à saúde do cidadão.

Uma crítica em relação à regionalização da rede de serviços de saúde, conforme mencionada por Menicucci (2008), é que, apesar de ser um princípio estabelecido na Constituição de 1988 e ter o objetivo de otimizar os recursos e garantir a integralidade da atenção à saúde, sua efetivação enfrenta desafios e limitações na prática.

Um dos desafios é a dificuldade de coordenar e articular as ações entre os diferentes municípios e regiões, especialmente em um país de dimensões continentais como o Brasil. A falta de integração efetiva entre os serviços de saúde de diferentes municípios ou regiões pode resultar em fragmentação e descontinuidade do cuidado, prejudicando a integralidade e a qualidade da assistência prestada aos cidadãos.

¹⁰ Em que pese a municipalização da gestão, pode-se identificar que a organização do SUS também é composta por indução federal (ESF), ainda que esta, muitas vezes, signifique desresponsabilizar-se sobre a organização e implementação de ações e serviços. No entanto, apesar da municipalização, a indução federal ainda desempenha papel relevante. Exemplo disso é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é uma política nacional que visa reorganizar a atenção básica no país, priorizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças. A ESF é uma estratégia de indução federal que incentiva os municípios a adotarem equipes de saúde da família como porta de entrada para os serviços de saúde, com foco na atenção primária. A indução federal através da ESF ocorre por meio do repasse de recursos financeiros e apoio técnico aos municípios, incentivando a implementação e fortalecimento dessa estratégia. No entanto, é importante destacar que, em algumas situações, essa indução pode ser interpretada como uma forma de transferir responsabilidades para os municípios, sem fornecer os recursos necessários para sua efetivação. Isso pode gerar desafios para os municípios, especialmente aqueles com menor capacidade financeira e estrutural, dificultando a organização e implementação das ações e serviços de saúde.

Além disso, a desigualdade regional é um fator que impacta a efetividade da regionalização. Em áreas mais remotas ou com menor desenvolvimento econômico, a oferta de serviços de saúde pode ser limitada, o que dificulta o acesso equitativo da população aos serviços necessários. Isso cria disparidades no acesso e na qualidade da assistência, contrariando o princípio da integralidade e reforçando as desigualdades sociais e de saúde existentes.

Outra crítica relacionada à regionalização é a falta de recursos financeiros adequados e sustentáveis para a implementação e manutenção dos serviços de saúde em cada região. A distribuição desigual de recursos entre as regiões pode levar à concentração de serviços em áreas mais desenvolvidas, em detrimento das regiões mais carentes. Isso compromete a capacidade de oferecer uma atenção integral e de qualidade em todo o território nacional.

Adicionalmente, questões políticas e de governança também podem influenciar negativamente a regionalização da rede de serviços de saúde. Disputas de poder, interesses políticos e falta de coordenação entre os diferentes atores envolvidos na gestão e na implementação das políticas de saúde podem comprometer a efetividade da regionalização e a integração dos serviços.

Portanto, apesar de a regionalização ser uma diretriz importante para a organização do sistema de saúde, existem desafios a serem enfrentados, como a coordenação entre os municípios, a desigualdade regional, a falta de recursos financeiros adequados e a governança. Essas questões devem ser abordadas de forma efetiva para que a regionalização possa contribuir de fato para a otimização dos recursos e a garantia da integralidade da atenção à saúde do cidadão.

Esse processo político envolve mudanças na distribuição do poder e estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, organizações públicas e privadas, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui, ainda, a formulação e implementação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território (Viana, 2008).

A proposta de autoridade sanitária regional, de Bertrand Dawson, apresentada em 1920, pode ser relevante para auxiliar na situação da regionalização da rede de serviços de saúde, mesmo que tenha sido desenvolvida em um contexto histórico diferente. A proposta de Dawson destacava a importância de uma autoridade centralizada e com poder de coordenação para lidar com questões de saúde em nível regional.

Uma autoridade sanitária regional, conforme proposto por Dawson, seria responsável por supervisionar e coordenar as ações de saúde em determinada região geográfica. Essa autoridade

teria poderes para planejar, implementar e monitorar as políticas de saúde, garantindo a integração dos serviços e a colaboração entre os diferentes municípios e instituições de saúde presentes na região.

Ao estabelecer uma autoridade sanitária regional, seria possível superar alguns dos desafios enfrentados na regionalização da rede de serviços de saúde. Essa autoridade teria a capacidade de articular e integrar os serviços de saúde em uma região, promovendo a cooperação entre os municípios e facilitando a troca de informações e experiências. Isso contribuiria para a melhoria da continuidade e da qualidade da assistência prestada aos cidadãos.

Além disso, a autoridade sanitária regional teria a função de distribuir de forma mais equitativa os recursos financeiros e humanos disponíveis para a saúde na região. Isso ajudaria a reduzir as desigualdades e disparidades existentes entre os diferentes municípios e regiões, garantindo um acesso mais equitativo aos serviços de saúde e promovendo a integralidade do cuidado.

A proposta de Dawson também enfatizava a importância da participação da comunidade na definição das políticas de saúde. Uma autoridade sanitária regional poderia facilitar a participação cidadã, promovendo a inclusão das vozes locais e a tomada de decisões mais democráticas e representativas.

No entanto, é importante adaptar a proposta de Dawson às realidades e necessidades atuais do sistema de saúde. Os desafios contemporâneos da regionalização da rede de serviços de saúde exigem uma abordagem mais abrangente, considerando não apenas a coordenação centralizada, mas também a participação efetiva dos atores locais, a busca por soluções inovadoras e o uso de tecnologias de informação e comunicação para fortalecer a integração regional, que, de certa forma, fazendo a leitura do da proposta dawsoniana no seu tempo, já estavam presentes lá.

O processo de regionalização tem impacto benéfico no acesso à saúde, pois permite visualizar a forma como os fatores sociais se manifestam no âmbito territorial, a projeção das necessidades de organização dos serviços de forma abrangente; o estabelecimento de portas de entrada e hierarquia tecnológica com base em critérios de necessidade, identificar lacunas assistenciais; otimizar recursos humanos e tecnológicos da região, proporcionando assim a resolução na atenção; disponibilizar recursos sociais e políticos que estimulem a partilha de responsabilidades entre os governos nos sistemas de saúde (Lima *et al.*, 2012).

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 4279/2010, estabelecendo diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde no SUS, definidas como “[...]”

arranjos organizativos de ações e serviços, 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).

Na mesma direção, o Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, estabeleceu em seu artigo 7º que “[...] as Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores”. Definiu, ainda, Região de Saúde como o

[...] espaço geográfico contínuo constituído por **agrupamentos de municípios** limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, com a necessidade de organização de um processo de planejamento integrado e a definição clara das responsabilidades dos entes federados envolvidos, apostando sua materialização em um instrumento jurídico-normativo denominado Contrato Organizativo da Ação Pública (Brasil, 2011, grifo meu).

De fato, a Constituição brasileira de 1988 não previu a criação de uma autoridade sanitária regional. A estrutura de governança do SUS no Brasil é baseada na descentralização, com a responsabilidade principal sendo atribuída aos municípios, estados e à esfera federal. É importante destacar que, sem uma previsão constitucional específica, a criação de uma Autoridade Sanitária Regional no Brasil exigiria uma modificação no arcabouço legal existente, bem como um amplo debate e aprovação legislativa para sua implementação.

No cotidiano da gestão, podemos dizer que o domínio da política pode perverter as diretrizes da regionalização? A influência política pode afetar a implementação efetiva das diretrizes de regionalização da rede de serviços de saúde de várias maneiras. Por exemplo, disputas políticas e interesses partidários podem levar à falta de coordenação entre os diferentes atores envolvidos na gestão da saúde em nível regional, dificultando a integração dos serviços.

Além disso, a alocação de recursos financeiros para a saúde também pode ser influenciada por interesses políticos, o que pode levar a desigualdades na distribuição de recursos entre as regiões. Isso pode afetar a capacidade de implementação adequada das diretrizes de regionalização e a garantia da integralidade da atenção à saúde.

No entanto, é importante ressaltar que a política também desempenha papel fundamental na formulação e implementação de políticas de saúde. A construção de consensos políticos e a participação dos atores políticos podem ser essenciais para promover avanços e melhorias no sistema de saúde, incluindo a regionalização. Neste caso, reafirma-se que nesta tese não há o interesse em promover uma negação à política, mas incluir na equação da regionalização esses

atores importantes e resgatar no debate, de forma clara, as estruturas de poder existentes na construção das redes e de uma região de saúde.

Portanto, embora a Constituição brasileira não preveja uma autoridade sanitária regional e a influência política possa apresentar desafios, é necessário considerar estratégias de governança efetivas, mecanismos de participação social e a busca pelo fortalecimento das instituições democráticas para promover a regionalização da rede de serviços de saúde de forma adequada e equitativa. Isso passa pelo fortalecimento do papel dos estados e das secretarias estaduais de Saúde na coordenação desse processo.

Mais recentemente, a CIT expressou, em sua Resolução CIT nº 44/19, que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado, e será expresso no Plano Regional (Brasil, 2019).

Ainda em relação a esse processo, a CIT aprovou as Resoluções nºs 23/2017 e 37/2018, com o objetivo de reorientar os esforços para fazer avançar a regionalização no campo da saúde, passando a focar o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização das macrorregiões de saúde como espaço privilegiado para sua consecução. A Macrorregião de Saúde corresponde ao espaço regional ampliado, composto por uma ou mais Regiões/CIR e seus respectivos municípios, e deve ser organizada a partir de uma rede regionalizada que comporte a capacidade de resolução mais ampla possível na média e alta complexidades, que se possa garantir acesso, com economia de escala, regulação e logística adequada, no sentido de garantir maior gestão da RAS e ser, de fato, uma base do planejamento e orçamentação ascendente (Brasil, 2017; 2018).

A construção de sistemas de saúde regionalizados para a conformação de redes de atenção à saúde requer o estabelecimento de parcerias efetivas entre municípios e estados e União que, apesar de autônomos, são interdependentes (em outras palavras, são relações de cooperação, horizontais, sem o estabelecimento de autoridade hierárquica). O ganho de um município depende da escolha de todos. Para isso, por sua vez, é necessária alguma coordenação, que implica centralização de decisões, sem que se ignore a autonomia dos entes federados. Como apontam Dourado e Elias (2001), a regionalização é um processo com importante dimensão política, que tem como objetivo solucionar o problema da ação coletiva, criando mecanismos que desestimulem a concorrência predatória entre os municípios e entre municípios e estados, e que possibilite e incentive a solidariedade e a cooperação dos entes federados, em busca do interesse comum entre todos (Dourado; Elias, 2011; Menicucci, 2008).

Dessa forma, em um país federativo com as características intrínsecas a essa estrutura de governança e aquelas que marcam o histórico do Estado brasileiro, a regionalização é um objetivo que exige considerável esforço coletivo para ser alcançado. Além disso, tanto por não haver uma hierarquia estabelecida entre os níveis de governo da federação, quanto pelas condições objetivas dadas a esses níveis para propiciar adequadas condições de capacidade governativa, a regionalização como diretriz indutora da organização do SUS é para além de desafiadora (Santos, 1997).

A partir da premissa de que regionalização significa “alcançar o acesso equitativo aos recursos necessários ao enfrentamento do adoecer e seus determinantes sociais” (Mello; Demarzo; Viana, 2019), torna-se essencial discutir o papel dos municípios no âmbito do SUS diante das evidentes desigualdades territoriais e, principalmente, sociais existentes no país. Essa reflexão é fundamental para promover a institucionalização efetiva do processo de regionalização.

A descentralização municipalizada é um princípio que prevê a transferência de responsabilidades e recursos para os municípios, concedendo a eles autonomia na gestão e organização dos serviços de saúde em sua jurisdição. Isso significa que os municípios têm a responsabilidade de planejar, implementar e gerenciar as ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades locais.

A descentralização municipalizada busca aproveitar o conhecimento e a proximidade dos gestores municipais com a realidade local, permitindo a adaptação das políticas de saúde às características e demandas específicas de cada município. Dessa forma, a premissa é que a descentralização promova maior eficiência na organização dos serviços e melhor resposta às necessidades da população.

Por outro lado, a autoridade sanitária regional se refere a uma estrutura de governança que poderia ser estabelecida para coordenar e orientar as ações de saúde em determinada região geográfica. Essa autoridade seria responsável por promover a integração dos serviços de saúde, a colaboração entre os diferentes atores envolvidos e a distribuição equitativa de recursos na região (lembrando que no Brasil não há o ente regional na federação).

A autoridade sanitária regional atuaria como uma instância intermediária entre o âmbito municipal e o âmbito estadual ou federal, facilitando a coordenação das ações de saúde em uma escala regional. Sua função seria promover a articulação entre os municípios, alinhar políticas e diretrizes, facilitar o intercâmbio de informações e experiências, além de garantir a oferta de serviços de saúde de forma integrada e abrangente.

A definição de autoridade sanitária pode variar de acordo com o contexto e a legislação específica de cada país ou região. Em geral, a autoridade sanitária é uma instituição ou órgão responsável por estabelecer normas, regulamentos e diretrizes relacionados à saúde, além de exercer controle e supervisão sobre as atividades de saúde em determinada jurisdição.

A autoridade sanitária desempenha papel importante na proteção da saúde pública, na promoção de políticas de prevenção e controle de doenças, na regulamentação de serviços de saúde e na garantia da qualidade e segurança dos cuidados oferecidos à população. Sua função é assegurar o cumprimento das normas sanitárias, monitorar indicadores de saúde, promover ações de vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras atribuições relacionadas à saúde.

Em suma, enquanto a descentralização municipalizada é um princípio que atribui aos municípios a responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde, a autoridade sanitária regional se refere a uma estrutura de governança que poderia ser estabelecida para promover a coordenação e a integração dos serviços em uma região específica. A autoridade sanitária tem como objetivo orientar as ações de saúde, alinhar políticas e diretrizes, além de garantir a oferta de serviços de saúde.

3.2 Planejamento ascendente e integrado da saúde e o desafio de se constituir uma autoridade sanitária regional

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é uma estratégia apontada para a organização do SUS desde seu início. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001/2002 já indicava a necessidade de um planejamento integrado para a regionalização, com foco na produção e oferta de serviços, alinhamento de redes e fluxos intermunicipais, visando a integralidade e equidade da saúde. O Pacto pela Saúde explicitou que o PRI não se limita a uma formalidade, mas a um conjunto de objetivos e ações que auxiliem na garantia do acesso e integralidade da atenção, com prioridades e responsabilidades definidas regionalmente, refletidas nos Planos de Saúde de cada município e estado.

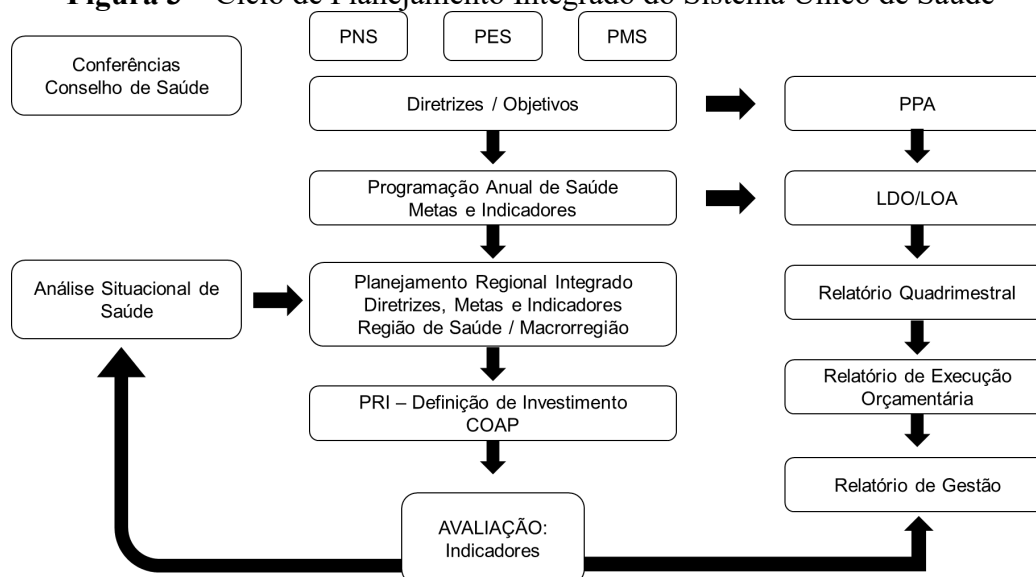
O Decreto nº 7508/2011 determina que o processo de planejamento da Saúde deve ser ascendente e integrado, do nível local ao federal, com a participação dos devidos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros (Brasil, 2001, 2002, 2006, 2011); todavia, não prevê instrumentos para a construção de uma autoridade sanitária.

No âmbito acadêmico, o PRI faz parte do processo de planejamento do SUS. Sua realização é feita nas Macrorregiões de Saúde, que produzem o Plano Regional Integrado como resultado das pactuações entre as unidades federadas com a participação do Ministério da Saúde. Tal plano serve de base para a elaboração dos Planos Estaduais de Saúde, conforme §2º, art. 30, da Lei Complementar nº 141/2012 (Brasil, 2012b).

O PRI, como parte do **planejamento ascendente**, deve expressar as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e de resolubilidade da atenção por meio da organização das RAS, considerando como premissas fundamentais a análise dos planos de saúde, a organização das redes de atenção à saúde, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional (Brasil, 2018, grifo meu).

O *Manual de Planejamento no SUS*, de 2016, prevê que o ciclo do PRI deve seguir os instrumentos formais de planejamento do SUS e dos planejamentos governamentais, formando um ciclo para que se promova o pressuposto da igualdade entre as regiões, tendo em vista a realização do planejamento ascendente do SUS (Figura 2).

Figura 3 – Ciclo de Planejamento Integrado do Sistema Único de Saúde



Legenda: PNS - Pesquisa Nacional de Saúde | PES - Plano Estadual de Saúde | PMS - Plano Municipal de Saúde | PRI - Planejamento Regional Integrado | COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde | PPA - Plano Plurianual | LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias | LOA - Lei Orçamentária Anual.

Fonte: Brasil (2016).

O Ciclo de Planejamento Integrado do Sistema Único de Saúde (Figura 2) é uma ferramenta utilizada para orientar e promover a organização e gestão das ações de saúde no Brasil. Ele visa articular as diversas etapas do processo de planejamento, desde a elaboração até a execução das políticas de saúde, de forma integrada e participativa.

O ciclo de planejamento é composto por quatro etapas principais: **(i) Planejamento:** nesta etapa, são definidas as diretrizes e metas a serem alcançadas no âmbito do SUS. São elaborados instrumentos de planejamento, como o Plano Nacional de Saúde, os Planos Estaduais e Municipais de Saúde, além dos Programas de Ação; **(ii) Pactuação:** é o momento de estabelecer acordos entre as diferentes esferas de governo (federal, estadual e municipal) e demais atores envolvidos, como gestores, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil. Essa pactuação tem como objetivo alinhar as prioridades e recursos disponíveis para a implementação das políticas de saúde; **(iii) Monitoramento:** nesta fase, são realizadas avaliações periódicas para verificar o progresso e o alcance das metas estabelecidas. São analisados indicadores de saúde, recursos financeiros, estrutura física, entre outros aspectos relevantes para acompanhar o desempenho e a efetividade das ações implementadas; **(iv) Avaliação:** trata-se de uma análise mais aprofundada e sistemática sobre os resultados obtidos com as políticas de saúde. São considerados os aspectos qualitativos e quantitativos para avaliar o impacto das ações, identificar problemas e propor melhorias no planejamento futuro.

De acordo com o Documento Tripartite de Orientações para o Planejamento Regional Integrado (Brasil, 2018), o processo de PRI começa com a definição das Macrorregiões de Saúde e do cronograma de sua implementação, aprovados na CIB e comunicados à CIT, considerando as seguintes etapas: elaboração da análise da situação de saúde, definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução; organização dos pontos de atenção da RAS; elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde; e a definição dos investimentos necessários.

A Resolução Tripartite nº 37/2018 também contempla os critérios para definição das macrorregiões (BRASIL, 2018): **(i) conformação regional com escala** necessária para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade é baseada em um limite geográfico, independentemente de divisas estaduais, e um contingente populacional mínimo de 700 mil habitantes, exceto para os estados da Região Norte, cuja base populacional mínima é de 500 mil habitantes; e **(ii) contiguidade territorial**, mesmo quando extrapola a delimitação de fronteiras estaduais, tem por objetivo proporcionar a organização, o planejamento e a regulação dos serviços de saúde em determinado território, visando assim à coesão regional.

De acordo com a afirmação de que a realização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve ter como fundamento os princípios da autoridade sanitária e se inspirar na proposta de Dawson, é possível observar uma contradição entre a descrição normativa e a efetiva realização da RAS.

3.3 Organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (Anexo I da Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017), estabelece que a RAS deve promover a integração de ações e serviços de saúde para possibilitar a continuidade, integralidade e qualidade da atenção, bem como melhorar o acesso, a efetividade em saúde e a eficiência econômica.

Para a organização da RAS, há a necessidade de identificar os seguintes componentes nas regiões e macrorregiões de saúde:

Atenção Primária: a cobertura populacional e capacidade operacional nos municípios das regiões de saúde, indicando as ações necessárias para a melhoria de sua estruturação e organização dos processos.

Atenção Secundária e Terciária: os pontos de atenção para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar) na RAS e suas carteiras de serviços.

Sistemas de Apoio: os sistemas de apoio diagnósticos e terapêuticos, a assistência farmacêutica e os sistemas de informações em saúde necessários para viabilizar maior resolubilidade aos pontos de atenção.

Sistemas Logísticos: os sistemas que possibilitam a integração dos pontos de atenção da RAS: transporte sanitário (eletivo e de urgência), central de regulação, para ordenar o fluxo de usuários e apoiar os profissionais da assistência na tomada de decisões; racionalizar o agendamento de consultas especializadas e exames especializados, central de leitos, entre outros.

Sistema de Governança das RAS: segundo a portaria, a organização da RAS requer a delimitação do território, que exige a estabelecimento de suas fronteiras geográficas, população e a lista de ações e serviços que serão ofertados na área e macrorregião de saúde. As competências e responsabilidades devem ser definidas e dimensionadas em relação às necessidades da população, visando a acessibilidade e eficiência econômica, e devem-se observar as pactuações entre as Secretárias Estaduais de Saúde e as Secretárias Municipais de Saúde, na CIB.

Estabelecendo as prioridades de saúde estabelecidas pela CIB na região e na macrorregião de saúde, todos os locais de atendimento e serviços de suporte e logísticos que compõem a estrutura de operação da RAS devem ser identificados e suas funções explicitamente definidas.

A estrutura operacional da RAS é composta por um centro de comunicação, bem como um sistema de atenção primária à saúde e pontos de atenção à saúde de segundo e terceiro níveis. Além disso, existem sistemas de apoio, tais como sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de telessaúde e sistemas de informações em saúde. Por fim, sistemas logísticos, como os sistemas de registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde, bem como um sistema de governança (Brasil, 2017).

A APS, na perspectiva das RAS, deve cumprir as seguintes funções: i) resolução dos problemas de saúde mais comuns na população; ii) a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; iii) a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita nas RAS (Brasil, 2017).

O Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) ou Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial deve ser referência para as mesmas equipes da APS dos municípios de uma ou mais regiões, possibilitando a continuidade do cuidado e a integração entre as equipes. Sua carteira de serviços deve ser atendida por uma equipe multiprofissional com atuação clínica interdisciplinar e deve garantir o cumprimento das suas funções assistenciais, de supervisão e educação permanente da APS e de pesquisa operacional.

O Serviço de Apoio Diagnóstico Laboratorial deve ser organizado em duas fases, a pré-analítica e a pós-analítica. Na pré-analítica, a coleta de material biológico deve ser realizada idealmente em cada unidade de APS. Na fase pós-analítica, o retorno do resultado do exame deve ser garantido. A fase analítica se beneficia da concentração dos processos em uma única unidade, seja ela regional ou macrorregional. O transporte adequado do material biológico e a infraestrutura para transferência dos resultados são fundamentais para promover a eficiência e a qualidade deste serviço – quanto maior a escala, melhores são os resultados obtidos. Da mesma maneira, considerando o ciclo da assistência farmacêutica, a dispensação de medicamentos do componente básico deve ser realizada nas unidades de APS e a dispensação de medicamentos do componente especializado deve observar o acesso definido em cada estado.

O transporte sanitário deve ser devidamente organizado de modo a garantir acesso seguro, de qualidade e dentro do tempo necessário aos locais para atendimento RAS. E, por fim, a portaria reafirma o papel da APS como uma ordenadora dos fluxos e contrafluxos dos usuários

na RAS, a partir dos critérios estabelecidos nas diretrizes clínicas para compartilhar o cuidado com a AAE e a atenção hospitalar, acordados entre os serviços.

A RAS é uma estratégia adotada no Brasil, a partir de 2010, com o objetivo de organizar e integrar os diferentes níveis de atenção à saúde, visando garantir uma atenção integral e contínua aos usuários do sistema de saúde. Ela busca superar a fragmentação e a descontinuidade dos serviços, promovendo a coordenação entre os diferentes pontos de atendimento.

No entanto, para que a RAS funcione de maneira efetiva, é necessário que exista uma autoridade sanitária com poderes de coordenação e articulação entre os diferentes atores envolvidos. Essa autoridade sanitária teria a responsabilidade de supervisionar, planejar e monitorar a implementação da RAS, assegurando que os princípios e diretrizes sejam efetivamente colocados em prática.

No contexto da inspiração de Dawson, a proposta de uma autoridade sanitária regional estaria alinhada com a necessidade de uma coordenação centralizada para a implementação da RAS em cada região. Essa autoridade poderia ser responsável por articular os diversos serviços, estabelecer diretrizes, promover a integração e garantir a equidade na oferta de serviços de saúde.

No entanto, apesar desses fundamentos teóricos, a descrição normativa da RAS no Brasil nem sempre está alinhada com a efetiva realização dessa estratégia. A falta de uma autoridade sanitária regional definida e a descentralização das responsabilidades para os municípios muitas vezes comprometem a coordenação e a integração da RAS. Isso pode levar à existência de fragmentação e descontinuidade dos serviços, prejudicando a efetividade da rede.

Portanto, é importante reconhecer a necessidade de uma autoridade sanitária efetiva e uma coordenação centralizada para garantir a implementação adequada da RAS. A inspiração da proposta de Dawson pode ser um ponto de partida para repensar a estrutura de governança e buscar soluções que permitam uma RAS mais integrada e efetiva, promovendo a integralidade do cuidado e a melhoria dos serviços de saúde.

3.4 A Governança Regional da Saúde

Um termo comum nas diversas portarias e normas sobre a regionalização da saúde é a ideia de governança em saúde. Marques (2013 e 2019) chama a atenção para o fato de governança ser um termo polissêmico, ou seja, um termo com multiplicidade de sentidos.

Segundo Marques (2013, 2019), governança pode ser entendida como um processo de incorporação de um conjunto de atores estatais e não estatais, interconectados por vínculos formais e informais, legais e ilegais, que operam na formulação de políticas, e estão inscritos/embebidos (*embedded*) nas instituições construídas historicamente nos setores de políticas. No Brasil, o processo de incorporação de atores nos estados (a governança propriamente dita) pode ser definido em duas perspectivas: **(i) governança privada**, que seria introdução de ferramentas de competição com o setor privado no interior do Estado brasileiro, com o objetivo de torná-lo mais “eficiente”. Um Estado com governança seria eficiente; e **(ii) governança participativa**, associada com a incorporação de novos atores de natureza organizativa / coletiva em processos de participação ligados à estruturação de políticas públicas.

Marques (2013, 2019) aborda os limites das definições de governança, pois ambas partem da desconfiança do Estado e buscam incluir atores externos (privados ou participativos) na gestão pública. Essa abordagem está alicerçada nas seguintes premissas: (i) a governança poderá substituir o governo; (ii) seria necessariamente positiva; (iii) promoveria horizontalidades, contrariando as hierarquias existentes nas redes de saúde; (iv) estaria associada à democracia e levaria a um bom governo; e, por fim, que essa (v) governança seria eficiente – superior à administração direta do poder público.

Um exemplo claro de governança privada no SUS tem sido exatamente o processo de construção do PRI, realizado através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), criado em 2009, com a participação de seis hospitais privados: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Beneficência Portuguesa de São Paulo, Hospital do Coração, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Moinhos de Vento e Hospital Sírio-Libanês.

Seguindo essa perspectiva, em 2021 teve início o projeto “Regionalização: fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da Rede de Atenção à Saúde: regionalização”, sob coordenação da Beneficência Portuguesa de São Paulo e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Desde então, esses dois hospitais privados estão coordenando a execução do Planejamento Regional Integrado em 25 dos 26 estados brasileiros, com exceção de São Paulo. Trata-se de atores externos e privados ao Estado, coordenando as ações de planejamento regional do SUS.

Fica evidente a incapacidade do Estado em se impor como autoridade sanitária, ou seja, o poder público não tem conseguido exercer uma liderança efetiva na coordenação e implementação das políticas de saúde, especialmente no que diz respeito à regionalização. Isso pode ser atribuído a diversos fatores, como a falta de recursos, problemas de gestão e

burocracia, e até mesmo uma escolha política, que podem levar à busca de alternativas por parte de atores externos e privados.

A presença de hospitais privados coordenando o PRI pode ser vista como um exemplo da falta de liderança estatal. Essas instituições, por possuírem interesse financeiro no processo de isenção em impostos, via PROADI, estão assumindo o papel de coordenação da regionalização. No entanto, é importante destacar que se o processo está sendo coordenado por hospitais que mal atendem pelo SUS, como assegurar a representatividade, o controle social, e garantir os princípios e diretrizes do SUS?

Além disso, essa realidade expressa a falência das normativas anteriores, como as NOBs, NOAS e o Pacto Pela Vida, indicando que esses instrumentos não foram capazes de garantir uma efetiva implementação da regionalização e da autoridade sanitária.

Embora essas normativas tenham contribuído para a construção do SUS ao longo dos anos, a persistência de desafios estruturais e a falta de um mecanismo eficaz de coordenação e implementação das políticas de saúde podem ter favorecido a entrada de atores externos privados. Isso evidencia a importância de repensar o SUS, fortalecendo a capacidade de ação do Estado e promovendo a participação social para garantir uma gestão mais efetiva e alinhada com os princípios do sistema de saúde brasileiro. Vale destacar que a participação de hospitais privados na coordenação do planejamento regional não se alinha com a perspectiva de uma autoridade sanitária centralizada, como proposto por Dawson.

3.5 Relatório Dawson (1920): a terra das oportunidades

A concepção clássica de organização dos serviços de saúde como um sistema foi feita pelo médico britânico Bertrand Dawson, que no início do século XX propôs a reorganização do setor de saúde britânico de forma a vir a compor um sistema de saúde. Tais propostas foram apresentadas no que ficou conhecido como o “Relatório Dawson”, escrito em 1920. Esta proposta nasceu a partir da demanda do primeiro ministro da Saúde, quando o nomeou como coordenador de uma comissão para “definir esquemas para provisão sistematizada de serviços médicos e afins que devem estar disponíveis para a população de uma região dada” (Dawson, 1920, p. 2).

Ainda na introdução do Relatório, fica claro o quanto a proposta de Dawson (1920) propõe uma forma de organização na qual os melhores meios para preservação da saúde e cura de doenças devem estar ao alcance de todo cidadão:

[...] *The changes which we advise are rendered necessary because the organisation of medicine has become insufficient, and because it fails to bring the advantages of medical knowledge adequately within reach of the people. This insufficiency of organisation has become more apparent with the growth of knowledge, and with the increasing conviction that the best means of maintaining health and curing disease should be made available to all citizens* (Dawson, 1920, p. 4, grifo meu).

As propostas apresentadas no Relatório Dawson têm o objetivo de estabelecer sistemas de saúde integrados a partir de regiões de saúde delimitadas, nos quais devem ser organizadas ações de variados níveis de complexidade, oferecidas por serviços primários, secundários e terciários. Tal forma de organização das ações e serviços de saúde como um sistema integrado foi representado de forma gráfica através do “Diagrama de Dawson” (figura 3).

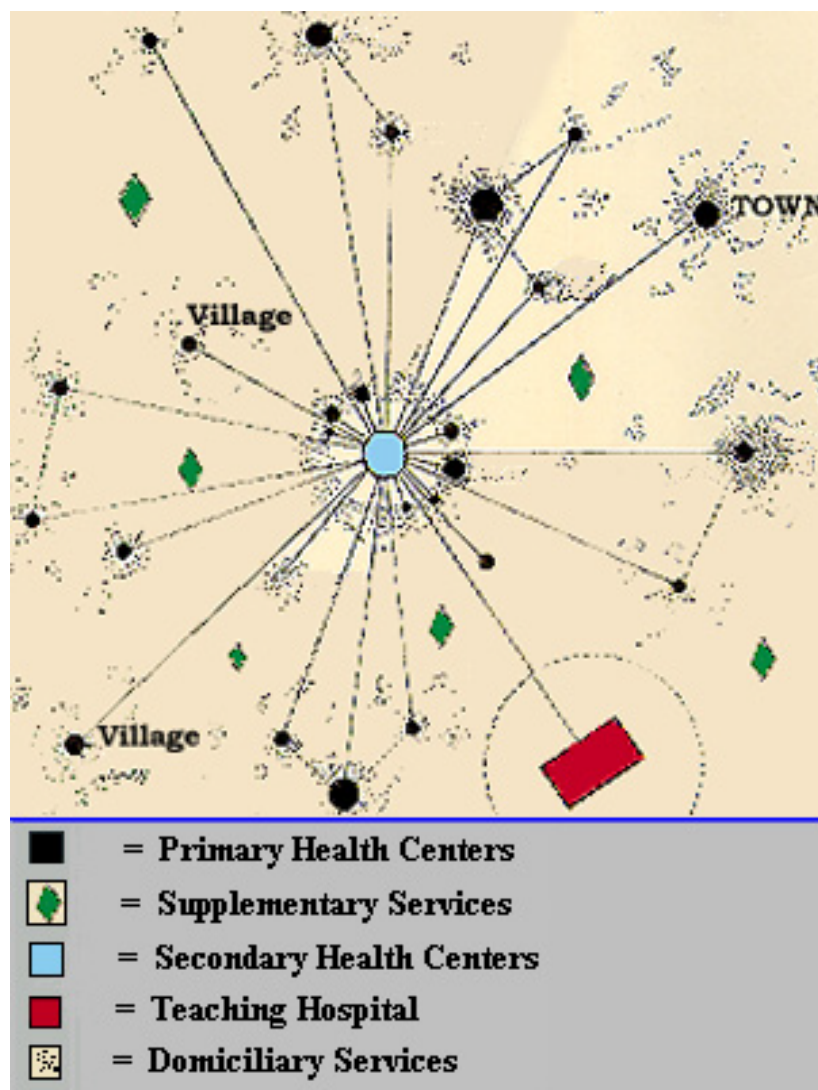
Vale a pena observar que, em seu diagrama, Dawson coloca a unidade que desempenha as atividades do nível secundário (*secondary health center*) no centro do sistema, ou seja, como o nível intermediário do mesmo, entre o nível primário e o terciário, ou hospitalar. As unidades de saúde, assim como os níveis de complexidade não são estanques, devendo ser entendidos como um conjunto, ou sistema contínuo de ações e serviços de saúde (Figura 3).

A proposta dawsoniana inicia-se pelo **Centros de Saúde**, que seriam aquelas instituições formadas por diversos serviços médicos, preventivos e curativos, que se reúnem para formar um único sistema de saúde. Esses centros podem ser classificados como primários ou secundários, dependendo da complexidade e especialidade dos serviços prestados.

Os **Centros de Saúde Primária** – também denominados de atenção básica no Brasil – variam quanto à sua extensão e complexidade de acordo com as demandas de cada região, seja na zona urbana ou rural. A maioria dos centros são administrados por médicos de clínica geral de seu distrito, dando aos pacientes acesso aos serviços de seus próprios médicos.

Um conjunto de centros de saúde primários deve, por sua vez, estar baseado em um **Centro Secundário de Saúde** – atenção especializada. Aqui, casos de dificuldade ou casos que necessitam de tratamento especial seriam encaminhados dos centros primários, quer estes estejam situados na própria cidade ou no interior. O equipamento dos centros secundários seria mais abrangente e o corpo médico mais especializado. Os pacientes que entram num centro de saúde secundário passam das mãos de seus próprios médicos para os cuidados do corpo médico desse centro. Enquanto um centro de saúde primário seria constituído principalmente por médicos de clínica geral, um centro de saúde secundário seria composto sobretudo por consultores e especialistas. Seria um serviço de consultoria em serviço, realizado por especialistas ou por médicos gerais em caráter consultivo.

Figura 4 – Esquema de organização de serviços apresentado no Relatório Dawson



Fonte: Dawson, 1920

Os Centros de Saúde Secundários deveriam estar necessariamente localizados em cidades onde existissem serviços eficientes de consultoria, equipamentos adequados e meios de comunicação necessários. Dawson (1920) chama a atenção para o fato que a determinação adequada dessas cidades exigiria uma avaliação cuidadosa, informações completas sobre a provisão de hospitais e instalações afins e sua distribuição na população e meios de transporte público. Destaca, ainda, que nas áreas rurais, os correntes naturais de tráfego, negócios e instalações médicas já existentes indicam o local ou locais mais adequados para a colocação de um Centro de Saúde Secundário.

Os níveis secundários devem, por sua vez, estar articulados com um hospital universitário dotado de escola médica. No relatório, essa articulação é tida como desejável – primeiro, no interesse do paciente individual, para que em casos difíceis ele possa ter acesso o melhor serviço disponível e, em segundo lugar, no interesse dos médicos vinculados aos Centros Primário e Secundário, para que possam ter a oportunidade de acompanhar os estágios posteriores de uma doença com a qual se preocuparam no início, e poderiam se familiarizar com o tratamento adotado, além de poder avaliar as necessidades de um paciente após seu retorno ao lar – o que no SUS se denomina “matriciamento”.

Certos serviços complementares seriam uma parte essencial do esquema de provisão. Eles deveriam estar relacionados com os centros de saúde primários e secundários, e esses, muitas vezes, servem uma área ampla e exigiriam equipes especiais. No SUS, esses serviços complementares previstos no Relatório Dawson poderiam ser exemplificados pelos Núcleo de Assistência às Famílias (NAFS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

No relatório, há indicativo sobre a necessidade de que a assistência domiciliar é o componente inicial de qualquer programa estabelecido no Centro Primário, que inclui “*doctor, dentist, pharmacist, nurse, midwife, and health visitor*” (Dawson, 1920, p. 7). Tal composição pode ser visualizada no SUS nas equipes de Estratégia de Saúde da Família. O que fica claro no relatório de Dalsow é o papel da Atenção Primária à Saúde (APS), cujo escopo e resolutividade definem os níveis da rede nos quais esse nível não só vincula, mas define o início do caminhar do usuário ao longo da rede, a partir de fluxos previamente definidos.

Os Centros de Saúde Secundários deveriam ser estabelecidos em locais que ofereçam as condições apropriadas para o seu funcionamento, incluindo os equipamentos necessários, uma equipe eficiente de médicos e especialistas e os meios de comunicação e de acesso adequado. Como os Centros de Saúde Primários, eles deveriam integrar a Medicina Preventiva e a Medicina Curativa em um único local – que, no caso do SUS, seriam as policlínicas regionais. Os centros secundários receberiam casos encaminhados pelos centros primários, quer por dificuldades de diagnóstico, quer porque o diagnóstico ou tratamento necessitaria de equipamentos altamente especializados. Por outro lado, os centros primários ajudariam a reduzir a carga dos centros secundários, tratando casos menos complexos, que normalmente são direcionados para hospitais maiores, e prestando atendimento a pacientes dos centros secundários, quando a fase aguda da doença já tiver sido superada. Outro ponto que fica claro na proposta de Dawson, é que a região seria grande e que ela se definia a partir da referência ao hospital universitário – contrapondo de forma clara a ideia de planejamento ascendente no SUS. Para coordenar esse território, Dawson (1920) aponta a necessidade do estabelecimento de uma

única **autoridade de saúde** “[...] *to supervise the local administration of all medical and related services, both preventive and curative*” (p. 37)

A concepção de autoridade sanitária, proposta por Dawson, destaca a importância de uma autoridade centralizada e com poder decisório na coordenação do sistema de saúde em nível regional. Essa autoridade seria responsável por garantir a integração das ações de saúde, promover a equidade na distribuição de recursos e coordenar as diferentes instâncias de gestão.

A proposta de Autoridade Sanitária de Dawson pode ser uma estratégia para superar as limitações da descentralização extrema, a fim de garantir uma coordenação efetiva e uma visão integrada do sistema de saúde. Isso implica um papel mais ativo do Estado na governança do SUS, com poderes para orientar, regulamentar e coordenar as ações em âmbito regional.

No entanto, é importante ressaltar que a proposta de autoridade sanitária de Dawson não foi integralmente incorporada na experiência normativa do SUS. A descentralização continua sendo um princípio central, e a coordenação regional ainda é desafiadora. Isso resulta em lacunas e dificuldades na articulação entre os diferentes níveis de atenção e na construção de uma rede de atenção à saúde efetiva.

Portanto, o contraste entre a experiência normativa do SUS e o princípio da autoridade sanitária preconizada por Dawson revela a necessidade de um debate contínuo sobre a forma como a coordenação estadual e o planejamento regional são estruturados. É preciso encontrar um equilíbrio entre a descentralização, a participação social e a coordenação centralizada para promover uma atenção à saúde integral, equitativa e efetiva para toda a população.

3.5.1 Autoridade sanitária

Apesar de não ter avançado muito no seu relatório sobre a ideia de autoridade sanitária da região de saúde, Dawson (1920) aponta possíveis caminhos ao seu estabelecimento. Segundo o autor, caberia à autoridade sanitária:

- A responsabilidade de coordenar e identificar os locais onde se faziam necessários instalações de centro de saúde primário, em condições razoáveis (p. 8).
- Os pagamentos pelos serviços prestados de medicina preventiva que seriam realizados pelos médicos tanto na casa de seus pacientes quanto no centro primário de saúde, que deveriam ser autorizados pela **autoridade sanitária** (p. 8).

- A responsabilidade pela prestação de serviços de enfermagem recai sobre a **autoridade sanitária**, que deve, sempre que possível, recorrer às organizações já estabelecidas (p. 9).
- Em muitos casos, onde era necessário haver adaptações nas edificações existentes para criação dos centros secundários de saúde e hospitais, estas poderiam ser transferidas para a **autoridade de saúde**. Centros de saúde e hospitais precisavam ter terreno adequado, para não só abrigar sua expansão futura, mas também permitir instalações ao ar livre, educação física e outros serviços similares (p. 12).
- O núcleo dos serviços curativos dos centros secundários de saúde estaria nos hospitais existentes, pois é para estes que fluirá a corrente do trabalho médico e farão parte da vida de seus distritos. Na organização planejada, as funções dos hospitais existentes serão consideravelmente ampliadas; caso os edifícios não supram as necessidades, **seriam necessários complementos ou ampliações** – ou seja, fazer regionalização requer investimento. Nas áreas onde há hospitais de baixa qualidade, parte das instalações necessárias poderão ser adquiridas por transferência dessas instalações para a **autoridade sanitária** (p. 15).
- O método de eleição para os cargos de consultor ou especialista em qualquer especialidade deve considerar a necessidade de um consultório para tratamento de pacientes ambulatoriais e, em alguns casos, estágios no centro. A partir disso, os hospitais teriam um interesse particular na eleição, assim como os médicos da área, enquanto a **autoridade sanitária assumiria o cargo financeiro e administrativo** (p. 17-18).
- Os hospitais devem ser estabelecidos em áreas onde eles ainda não existem. Os hospitais privados devem ser solicitados para ajudar em termos de leitos, equipamentos e experiência acumulada de seu pessoal e administração dos serviços médicos, **que pode ser útil para qualquer autoridade de saúde** (p. 21).
- - No relatório, Dawson (1920) deixa claro que todos os serviços - tanto curativos quanto preventivos - **devem ser estreitamente coordenados sob a autoridade de saúde de cada área**. (p. 22). Ressalta que, para o êxito de cada plano de serviços de saúde, a unidade de conceitos e intenções, assim como a comunicação, é fundamental. Uma interação completa e mútua entre os hospitais de ensino associados, os serviços secundários e primários e os domésticos, independentemente de os centros estarem localizados no campo ou na cidade.

- Dawson (1920) acreditava que uma das condições para um serviço eficaz é a conexão entre a profissão médica e a administração dos serviços de saúde. O sucesso do serviço dependerá da colaboração e entusiasmo da classe médica, e se os médicos tiverem um papel proativo na gestão, a **autoridade de saúde** se beneficiará de seus conhecimentos e os médicos locais se sentiriam representados no serviço, levando em consideração sua reputação e direitos. (p. 23).

É possível compreender que, para Dawson (1920), a autoridade sanitária teria papel importante na coordenação, organização e planejamento da região de saúde, indo desde a organização da alocação de equipamentos de saúde, recursos humanos, gestão financeira e administrativa. Como se trata de uma região que agregaria diferentes distritos sanitários para a melhor gestão do território, prevê-se um conselho consultivo para apoiar as decisões a autoridade sanitária. Tal autoridade estaria imune aos interesses políticos e as relações de poder local.

3.5.2 Os Sistemas Locais de Saúde da Organização Mundial da Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde

Em 1989, em decorrência de resolução da XXII Conferência Sanitária Pan-Americana, de 1986, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), integrante da Organização Mundial da Saúde (OMS), desenvolveu a proposta de organização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Tal proposta visava orientar a reorganização dos sistemas nacionais de saúde dos países da América, no sentido de sua regionalização e hierarquização (Paganini, 1991, p. 19).

É importante assinalar que a concepção do SILOS tem grande semelhança com as ideias do Relatório Dawson. A primeira semelhança é a defesa da organização dos sistemas de saúde com base em territórios definidos, para os quais a OPAS enfatiza a necessidade de se promover o conhecimento epidemiológico, o planejamento e a programação das ações e serviços com base nos mesmos. Os SILOS preveem que nesses territórios deve ser organizada e ofertada atenção integral nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), envolvendo ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação à saúde.

A ênfase dos SILOS é a organização do sistema a partir do nível primário, que deve constituir o primeiro contato da população com o sistema de saúde e o nível que deve também estabelecer a relação mais estável e permanente do sistema com seus usuários. O nível primário também deve desempenhar o papel de porta de entrada do sistema de saúde, de forma que o

acesso ao atendimento especializado (secundário) ou hospitalar (terciário) deve normalmente depender de encaminhamento (referência) por parte dos clínicos gerais e demais profissionais das unidades primárias de saúde. Os profissionais fundamentais para assegurar o bom funcionamento do nível primário são médicos generalistas, ou médicos de família e enfermeiros, segundo a concepção do SILOS.

Além dos aspectos de regionalização/territorialização e oferta dos serviços nos três diferentes níveis de complexidade (primário, secundário e terciário), a proposta dos SILOS recomendava que cada região ou território contasse com estrutura de planejamento e administração próprios. Tal estrutura deve ser responsável pelas ações e serviços de saúde, de forma que todas as unidades de saúde que atuam na área estejam sob seu comando.

Diversos países das Américas Central e do Sul passaram a adotar recomendações contidas na proposta dos SILOS da OPAS, de forma total ou parcial. Um exemplo é o sistema de saúde de Cuba, que passou por importantes mudanças a partir de 1985, entre as quais se destaca sua descentralização orientada pela estratégia dos SILOS da OPAS, principalmente a partir de 1992. Com base nos SILOS, em Cuba foram definidos 28 “*municipios por la salud*” como nova forma de administração autônoma e participativa para promover as ações e serviços de saúde das comunidades locais. Entre os objetivos da nova estratégia, estava o fortalecimento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no nível primário de atenção, com ênfase na ação conjunta dos médicos de família e de enfermeiros (Paganini, 1991).

3.5.3 Elementos fundamentais de uma rede de saúde

Quando se fala em redes de serviços de saúde, menciona-se um tema de grande complexidade que envolve uma ampla gama de elementos e atores, tais como: as ações desenvolvidas, os serviços disponíveis, as políticas que os orientam, os recursos humanos que executam as ações e serviços, os recursos tecnológicos, assim como os sistemas de informação e comunicação e de logística e a população e sua cultura, os agentes políticos. (Rodrigues, 2016; Kuschmir; Chorny, 2010).

Os pontos da rede são representados fundamentalmente pelas diferentes unidades responsáveis pela execução das ações e serviços (postos de saúde primários, centros secundários de especialidades e diagnóstico, hospitais etc.). Tais pontos, quando considerados isoladamente, não formam uma rede. Esta só existe de fato quando seus pontos são interligados por meio de sistemas de informação, comunicação e logística (Santos; Rodrigues, 2014) – e

estruturados segundo uma lógica de planejamento coordenado por uma autoridade sanitária reconhecida.

Os sistemas de informação e comunicação são indispensáveis para que uma rede de ações e serviços de saúde possa efetivamente funcionar. A base de tais sistemas é a identificação dos usuários da rede de ações e serviços, uma vez que a grande maioria das informações que circulam numa rede de saúde guarda relação direta ou indireta com seus usuários. Envolvem, ainda: prontuários; sistemas de referência e contrarreferência; informações epidemiológicas; autorização, fatura dos procedimentos realizados; planejamento, controle e auditoria, entre outros (Bousquat *et al.*, 2017; Almeida *et al.*, 2018; Fausto *et al.*, 2014).

Atualmente, os sistemas de informação devem ser informatizados e interligados por meio de uma rede de comunicações que envolve não apenas os computadores, como telefones e outros meios. As informações contidas nos prontuários dos pacientes, por exemplo, precisam estar disponíveis para consulta e atualização pelos profissionais que tratam deles nas diferentes unidades da rede, e isto só é possível através da utilização de computadores ligados entre si (Almeida *et al.*, 2011).

Os serviços de urgência e emergência, inclusive as ambulâncias, precisam ser acessíveis para os usuários por meio de telefones, devendo ser controlados por centrais de gestão ou regulação que dirigem e orientam os profissionais das ambulâncias e das unidades de atendimento para onde os pacientes são encaminhados. As autorizações de internação e exames diagnósticos também devem ser geridas por meio de centrais de regulação que estabelecem prioridades de atendimento, de acordo com protocolos de atenção definidos tecnicamente. Tudo isto depende de comunicação eficiente por computador, telefones e rádios (Santos; Rodrigues, 2014).

Além dos sistemas de informação e comunicação, outro elemento essencial de integração de uma rede de ações e serviços de saúde é a logística, que envolve: as operações de transporte de pacientes, equipamentos, insumos – medicamentos, material médico-hospitalar –, material para exames; manutenção de equipamentos (Lacombe, 2004, p. 199; Santos; Rodrigues, 2014).

Como se viu nos itens anteriores, as redes de serviços de saúde só são eficazes e eficientes quando orientadas por políticas claras e órgãos de planejamento, controle e avaliação. Tais órgãos devem estabelecer, com base na realidade epidemiológica de cada região de saúde: as responsabilidades das diferentes unidades de prestação de serviço e os objetivos a serem atingidos pelas mesmas. Devem ter, ainda, a responsabilidade de monitorar e avaliar as ações desenvolvidas, de forma a poderem, quando necessário, imprimir correções de rumo nas

políticas e ações em desenvolvimento, ou intervir mesmo em unidades do sistema que não estejam cumprindo devidamente seu papel.

Infelizmente, o SUS ainda não se apresenta como um sistema integrado, ou uma rede de ações e serviços de saúde interconectados. Por todo o país, ainda existem deficiências nos sistemas de informação, comunicação e logística, além de órgãos de planejamento e controle, que são necessários para administrar de maneira eficaz e eficiente a rede de ações e serviços públicos de saúde (Rodrigues, 2016; Kuschnir; Chorny, 2010).

3.5.4 Fatores recentes que afetam a organização das redes de saúde

A OMS propõe, desde 2003, que os sistemas de saúde sejam reorientados em função do aumento das condições crônicas entre os problemas de saúde do mundo. Estas não se restringem, no entanto, às doenças crônico-degenerativas – doenças cardiovasculares, pulmonares obstrutivas crônicas, cânceres, diabetes, entre outras – mas a um conjunto muito mais amplo, que inclui: condições não transmissíveis; condições transmissíveis persistentes; distúrbios mentais de longo prazo; e deficiências físicas/estruturais contínuas (incluindo lesões permanentes causadas por acidentes). Tal proposta decorre, entre outros fatores, do fato de que diversas doenças transmissíveis se tornaram crônicas (ex: HIV/Aids), tornando artificial a tradicional distinção entre doenças transmissíveis e crônicas (OPAS, 2010, p. 16).

Até recentemente, era entendimento geral que havia uma diferença essencial entre os países ricos e pobres em termos dos tipos de doenças que acometiam suas respectivas populações. Vários fatores, entretanto, principalmente o fenômeno da transição demográfica, têm contribuído para acabar com essa distinção. O envelhecimento da população vem se generalizando nas últimas décadas e outras condições crônicas se somaram aos males que afetavam a saúde da população, como as causas externas e o HIV. É nos países pobres, por exemplo, que se verificam três quartos dos casos mundiais de diabetes (OPAS, 2010, p. 19).

As redes de saúde no mundo se desenvolveram com o foco principal nas condições agudas – certas doenças infecciosas, crises hipertensivas, causas externas e acidentes vasculares cerebrais, entre outros (OPAS, 2010, p. 33-42). O tratamento de condições agudas é episódico e temporário, enquanto as condições crônicas são prolongadas e exigem atenção continuada, com foco em medidas de controle, além de prevenção e promoção. O controle das condições crônicas envolve: adesão ao tratamento e prática de exercícios por parte dos pacientes; facilidade de acesso destes aos diferentes níveis de complexidade tecnológica do sistema; maior

integração das ações realizadas nesses níveis e por seus respectivos profissionais. Em outras palavras, o perfil epidemiológico das regiões e países afeta diretamente o desenho da rede de assistência à saúde, seu planejamento, infraestrutura e insumos.

Tal mudança exige a reformulação das redes de saúde, com o fortalecimento das regiões de saúde, incluindo não só as a reorientação dos serviços prestados pelas unidades de atenção à saúde – os pontos da rede – mas também a melhoria das ligações entre os mesmos – sistemas de informação, comunicação e logística, e os modelos de gestão e regulação do sistema e das práticas de saúde. A gestão dos sistemas de saúde precisa estar baseada na realidade epidemiológica e voltada para resultados, com desenvolvimento da capacidade de regulação dos processos em todos os níveis das redes de ações e serviços.

Neste capítulo, buscou-se demonstrar o quando a regionalização deveria ser vista como a solução mais efetiva para diminuir a fragmentação dos serviços de saúde, ampliar o acesso e a resolubilidade das ações e serviços de saúde. A interdependência entre os entes federativos facilita a solução dos problemas típicos da gestão em saúde, como: dificuldades de aquisição de equipamentos e insumos de alto valor; contratação de profissionais especializados; escassez da oferta de serviços específicos, entre outros. O princípio da suficiência, no contexto da RAS, refere-se à ideia de que a rede só pode ser considerada completa e abrangente em uma determinada macrorregião quando todos os serviços de atendimento primário e especializado estão presentes nessa área geográfica.

Isso implica que, para garantir uma atenção integral à saúde, é necessário que a RAS seja estruturada de forma a oferecer todos os níveis de atenção necessários, desde a atenção primária até a atenção especializada e hospitalar. Essa abrangência deve ser alcançada em determinada macrorregião geográfica, considerando as necessidades e a demanda populacional.

O princípio da suficiência está relacionado à busca pela integralidade da atenção à saúde, ou seja, garantir que os indivíduos tenham acesso a todos os serviços necessários para o cuidado de sua saúde, de forma contínua e em diferentes pontos da rede. Isso envolve não apenas a disponibilidade dos serviços, mas também sua qualidade, a capacidade de resolução dos problemas de saúde e a capacidade de articulação entre os diferentes níveis de atenção. Por conseguinte, a necessidade de coordenação entre os sistemas municipais no caso da atenção especializada é evidente, considerando que a maior parte dos municípios disponibiliza somente serviços básicos, sendo os serviços fornecidos em municípios da mesma Região de Saúde ou mesmo de outras regiões. Para tal, o planejamento das estruturas sanitárias e dos fluxos de usuários deve ser abordado no Planejamento Regional Integrado, além da fixação dos quantitativos de metas de atendimentos e os recursos correspondentes para cobrir os custos.

Outrossim, é necessário superar a ideia do planejamento ascendente. Não é possível acreditar que a soma dos planos municipais de saúde se resultará em um plano regional. Na prática, a implementação do PRI pode variar de acordo com as regiões e contextos locais. Em alguns casos, os municípios podem se envolver ativamente no processo de planejamento regional, buscando alinhar suas estratégias e interesses com os demais atores envolvidos. No entanto, em outros casos, pode ocorrer uma tendência de os municípios participarem do processo de forma mais individualizada, priorizando seus interesses particulares ao invés de uma visão integrada e colaborativa, como é preconizado.

Essa abordagem fragmentada e focada nos interesses municipais pode comprometer a construção de um plano regional verdadeiramente integrado. O fortalecimento das secretarias estaduais de Saúde é fundamental nesse contexto, pois elas desempenham papel importante na coordenação e articulação dos municípios em âmbito regional. As secretarias estaduais podem promover a integração dos planos municipais e garantir uma abordagem mais abrangente e coerente no planejamento regional.

Por outro lado, a transferência do planejamento regional para os chamados “hospitais de excelência ou outras instituições privadas” pode ter consequências negativas. Isso pode resultar em uma privatização do processo, enfraquecendo ainda mais os estados e municípios e comprometendo a capacidade de coordenação estatal. Além disso, essa abordagem pode reforçar uma lógica burocrática de preenchimento de matrizes e planilhas, em vez de uma abordagem mais participativa e centrada nas necessidades da população.

Ao negligenciar a participação efetiva dos atores envolvidos, corre-se o risco de reforçar o lugar da região de saúde como um “sujeito oculto” no SUS, desconsiderando as especificidades e necessidades locais. Isso pode dificultar o desenvolvimento de estratégias adequadas e a promoção de uma atenção integral e equitativa à saúde.

Portanto, é essencial repensar o processo de planejamento regional, fortalecer as instâncias estaduais de saúde e promover uma abordagem participativa que envolva ativamente os municípios, os profissionais de saúde, os usuários e outros atores relevantes. Somente assim será possível garantir uma construção efetiva da RAS, baseada na integração, na equidade e na atenção às necessidades locais.

4. MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE: A PRÁTICA DE UMA UTOPIA

Não adianta. Caboclo não rema contra a maré, segue o fluxo do rio. Secretária Municipal de Saúde, estado do Amazonas, Brasil (2019).

O processo de municipalização do SUS nos anos 1990 ocorreu de forma autárquica e desordenada, promovendo o individualismo na gestão municipal e incentivando uma relação predatória entre os entes federados de uma mesma região de saúde (Menicucci; Marques, 2016; Pestana; Mendes, 2004). Isso resultou na materialização de uma ação coletiva e de cooperação complexa (Olson, 2015) no âmbito dos serviços de saúde.

Um ponto relevante é que o federalismo no Brasil concedeu ao ente municipal certa autonomia e poder para conduzir políticas públicas, como o SUS, o que gera certa apreensão em transferi-lo a outro ente. Adicionalmente, falta um ente federativo no espaço regional que lidere o processo de regionalização, uma vez que, na organização político-administrativa da República Federativa do Brasil, a região de saúde não é devidamente contemplada (Brasil, 1988).

Neste cenário, o SUS se materializa e, neste capítulo, por meio de entrevistas, pretende-se explicar o dia a dia dos gestores nesta arena de poder que é a saúde. Nesse contexto, as entrevistas realizadas em diferentes municípios do Norte de Minas Gerais e do estado do Amazonas oferecem uma visão abrangente das dificuldades enfrentadas na busca por um sistema de saúde mais integrado e acessível.

4.1 Amazonas: uma análise das entrevistas com gestores locais

A prestação de serviços de saúde em Maués, município localizado no Amazonas, enfrenta uma série de desafios decorrentes de sua extensa área geográfica e da distribuição de suas comunidades rurais e indígenas.

Um dos principais desafios apontados pelos gestores é a regionalização do sistema de saúde na região. Segundo um dos entrevistados (Gestor 1), “*Maués está na regional errada. Nossa regional mais certa seria Itaquatiara. Enquanto não houver uma estrutura que resolva os problemas do paciente em Parintins, preferimos mandá-lo para Manaus, onde temos mais acesso*”. A falta de uma regional adequada dificulta o encaminhamento eficiente dos pacientes

para centros de atendimento de maior complexidade, tornando o acesso aos serviços de saúde ainda mais complicado.

Além disso, a falta de profissionais de saúde é um problema recorrente enfrentado por Maués. De acordo com um dos gestores (Gestor 1), a contratação de médicos é uma tarefa difícil e custosa: *“Eu contrato médicos com um custo de 30 mil reais, e ainda tenho dificuldade em manter profissionais na região. A distância e a falta de estrutura acabam afastando muitos profissionais de saúde, tornando a assistência médica ainda mais escassa.”*

Outra questão discutida nas entrevistas é a resolubilidade dos serviços de saúde no município. Um dos gestores (Gestor 2) ressalta que *“a demora no resultado dos exames preventivos é uma questão a ser enfrentada”*. Essa situação prejudica a confiabilidade dos serviços prestados e impacta a qualidade do cuidado oferecido à população.

A vasta extensão territorial e a presença de comunidades rurais e indígenas distantes dos centros urbanos complicam o transporte sanitário de pacientes. A prestação de serviços em locais remotos exige o uso de transporte fluvial e aéreo, mas a disponibilidade desses recursos também é um desafio. O Gestor 2 explica: *“Aqui é fluvial e aéreo. Quando precisamos de avião para transporte de pacientes não urgentes, conseguimos fretá-lo, mas para pacientes em estado grave que necessitam de UTI, a espera pela disponibilidade de vaga é um problema.”*

A regionalização da saúde em Maués também é abordada sob a perspectiva do acesso a especialidades médicas. Segundo um dos gestores (Gestor1), *“a falta de uma estrutura em Parintins que possa resolver os problemas do meu paciente torna preferível mandá-lo para Manaus, onde temos mais acesso”*. Essa realidade evidencia a necessidade de uma regionalização mais eficiente, que permita um deslocamento adequado dos pacientes para os centros de atendimento mais adequados.

As entrevistas com os gestores de saúde da região de Maués evidenciam a complexidade dos desafios enfrentados na prestação de serviços de saúde na região. A regionalização ineficiente, a escassez de profissionais, a demora nos exames e a dificuldade no transporte sanitário são questões que demandam atenção e esforços contínuos para garantir o acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde para a população local. A busca por soluções adequadas e ações integradas se mostra fundamental para superar esses desafios e promover uma saúde pública mais eficiente e inclusiva em Maués e em todo o Amazonas.

A perspectiva dawsoniana pode ser correlacionada com os desafios enfrentados na saúde pública em Maués, Amazonas. Dawson (1920) defendia a importância de considerar as particularidades de cada região ao planejar políticas públicas, buscando o desenvolvimento

regional equilibrado. Ao analisar as entrevistas com os gestores locais de saúde, podemos perceber que esses desafios estão em linha com os princípios dawsonianos.

Primeiramente, a questão da regionalização da saúde em Maués reflete a necessidade de uma abordagem diferenciada e integrada para atender às especificidades de cada município. Dawson enfatizava que cada região possui características únicas que devem ser consideradas nas políticas de saúde. O fato de Maués estar em uma regional inadequada dificulta o encaminhamento eficiente dos pacientes, evidenciando a importância de uma regionalização mais adequada.

Outro aspecto é a falta de profissionais de saúde, que está em consonância com a preocupação de Dawson com o equilíbrio no desenvolvimento de recursos humanos em diferentes regiões. A dificuldade em contratar e manter médicos em Maués devido à distância e falta de estrutura destaca a necessidade de investimentos na formação e capacitação de profissionais locais, visando incentivar sua permanência na região e fortalecer a atenção básica.

A demora nos resultados de exames preventivos também está relacionada à resolubilidade dos serviços de saúde, um aspecto abordado por Dawson em sua perspectiva sobre o desenvolvimento regional equilibrado. Garantir que os serviços de saúde ofereçam um atendimento resolutivo é fundamental para a confiabilidade dos serviços prestados e a qualidade do cuidado oferecido à população.

A dificuldade no transporte sanitário de pacientes em locais remotos também se alinha com a perspectiva dawsoniana sobre a importância da infraestrutura adequada em diferentes regiões. A falta de disponibilidade de recursos de transporte fluvial e aéreo impacta o acesso rápido e seguro aos serviços de saúde, tornando necessária a busca por soluções que considerem as especificidades geográficas e logísticas da região.

A discussão sobre o acesso a especialidades médicas em Maués está relacionada à importância da equidade no desenvolvimento regional. A falta de estrutura em Parintins que possa resolver os problemas dos pacientes torna preferível encaminhá-los para Manaus, onde há maior acesso a especialidades médicas. Essa realidade evidencia a necessidade de uma regionalização mais eficiente, que permita o deslocamento adequado dos pacientes para os centros de atendimento mais adequados e equitativos.

A entrevista com a Gestora 3 revela um cenário complexo e desafiador para o desenvolvimento regional. Ao abordar questões relacionadas à prestação de serviços de saúde e infraestrutura na região, a entrevistada destaca a importância de entender e adaptar-se às características únicas da Amazônia, abrindo espaço para uma correlação com a perspectiva dawsoniana.

Conforme mencionado pela Gestora 3, *“eles têm é que ser criativos e fazer políticas adequadas àquela realidade”* da Amazônia. Essa abordagem contextualizada vai ao encontro da perspectiva dawsoniana, que defende a compreensão das particularidades de cada região como um passo essencial para o desenvolvimento sustentável.

Assim como preconizado pela abordagem dawsoniana, a Gestora 3 enfatiza a necessidade de promover o desenvolvimento de todas as regiões, evitando a concentração exclusiva de recursos e investimentos em áreas urbanas. Ela ressalta que *“o interior vendo esse isolamento, eles vêm pra Manaus, eles precisam vir pra cá”*. Nesse sentido, a perspectiva dawsoniana corrobora essa visão, ao defender a importância de uma distribuição equilibrada de recursos para promover o crescimento e a sustentabilidade em todas as áreas.

Além disso, a Gestora 4 destaca a necessidade de regionalizar a saúde na Amazônia. Ela propõe investir em cinco municípios-chave da região, fortalecendo sua infraestrutura de saúde e tecnologia para atender à demanda regional. Essa abordagem, segundo ela, *“resolveria os problemas mais complexos daqueles municípios do Purus e do médio Solimões e melhoraria o acesso da população”*. Essa proposta está alinhada à perspectiva dawsoniana, que busca criar polos de desenvolvimento capazes de impulsionar o crescimento em áreas circunvizinhas, evitando a sobrecarga de serviços em grandes centros urbanos, como Manaus.

Um aspecto essencial da perspectiva dawsoniana é a valorização dos recursos locais para impulsionar o desenvolvimento. A Gestora 4 destaca a riqueza da região amazônica em biodiversidade e conhecimento tradicional, como o uso de plantas medicinais e práticas de cura locais. Ela ressalta que *“eles não preparam pra realidade amazônica”* na formação de profissionais da saúde.

A Gestora 4 destaca a falta de compreensão dos gestores municipais em relação ao conceito de regionalização. Ela menciona a dificuldade em fazer com que os prefeitos e secretários de Saúde entendam que regionalização não é apenas juntar municípios, mas criar consórcios ou polos de saúde para colaboração mútua na prestação de serviços e compartilhamento de recursos. Essa falta de compreensão é um obstáculo para a implementação efetiva da regionalização da saúde na região.

Outro ponto discutido é a concentração dos serviços de saúde em um único ponto, como Manaus, o que sobrecarrega a capital e não atende efetivamente às necessidades das populações em áreas distantes. A Gestora 3 ressalta a importância de descentralizar o atendimento e investir em infraestrutura médica e tecnológica em regiões mais afastadas para que a população não precise se deslocar para a capital em busca de serviços de saúde. Essa abordagem se alinha com

a visão dawsoniana de diversificar as áreas de desenvolvimento, evitando a superconcentração em um único ponto e buscando um equilíbrio entre as regiões.

Além disso, a valorização da atenção básica como porta de entrada para o sistema de saúde também é abordada pela Gestora 3. A entrevistada destaca a importância de pensar na atenção básica regionalmente, buscando maior resolutividade nessa área para que os problemas de saúde possam ser tratados efetivamente desde o início.

Para implementar uma regionalização efetiva na saúde na Amazônia, é necessário abraçar a perspectiva dawsoniana e considerar as particularidades de cada área. Construir um espaço de autoridade regional entre municípios e investir na infraestrutura e resolutividade da atenção básica são passos essenciais para criar um sistema mais equilibrado e sustentável, que atenda às necessidades da população de maneira mais inclusiva e justa. Ao adotar essa abordagem dawsoniana para o desenvolvimento regional na Amazônia, é possível superar os desafios e alcançar um sistema de saúde mais eficiente e equitativo para toda a região.

A Gestora 4 destaca os desafios enfrentados na regionalização da atenção básica de saúde na Amazônia. Ela menciona a falta de diálogo e cooperação entre os municípios da região, que tendem a agir individualmente em vez de discutirem e planejarem a atenção primária de forma regionalizada. Essa falta de comunicação e colaboração entre os municípios dificulta a implementação de estratégias conjuntas para fortalecer a atenção básica e melhorar a saúde da população.

Essa situação pode ser relacionada à perspectiva dawsoniana que enfatiza a importância de uma visão holística e integrada do desenvolvimento, que considera as conexões e interações entre as diferentes áreas de uma região. No contexto da saúde na Amazônia, isso implicaria promover a regionalização da atenção básica, levando em conta a acessibilidade ao transporte fluvial e a infraestrutura tecnológica para melhorar a comunicação e o compartilhamento de informações entre os municípios.

Além disso, a entrevistada Gestora 5 menciona o projeto PlanificaSUS como uma esperança para promover a regionalização da saúde na região. Esse projeto busca capacitar os profissionais de saúde e fortalecer a atenção primária em cada município, possibilitando que os gestores municipais se reúnam em Parintins para discutir e planejar estratégias conjuntas.

Outra preocupação levantada pela Gestora 5 é com o alto custo de manter especialistas em cada município, o que também pode ser relacionado à visão dawsoniana de diversificação das áreas de desenvolvimento. Em vez de concentrar recursos em cada município para atender a todas as necessidades, uma abordagem mais equilibrada seria criar polos de saúde em regiões estratégicas, onde os recursos e especialistas estão disponíveis, e assegurar o transporte fluvial

para facilitar o acesso das populações a esses polos. A questão dos especialistas também remete a outro aspecto fundamental no modelo do Dawson que era a questão da escala/eficiência. Para justificar os custos diante da demanda os serviços de maior densidade tecnológica, mais especializados e de menor demanda populacional ficariam centralizados nos centros de saúde e nos hospitais regionais como referência para uma população maior.

No geral, a Gestora 5 destaca os desafios e a necessidade de uma mudança de mentalidade na regionalização da saúde na Amazônia. Adotar uma perspectiva dawsoniana de desenvolvimento regional equilibrado, que considere as particularidades de cada região e promova a colaboração entre os municípios, pode ser uma abordagem promissora para melhorar a saúde e o acesso aos serviços médicos na região amazônica.

Em Boa Vista do Ramos, Amazonas, a Gestora 6 destaca os desafios enfrentados na prestação de serviços de saúde na região, especialmente relacionados às questões climáticas e à organização das equipes ribeirinhas.

Ao assumir a gestão da saúde em Boa Vista do Ramos, a Gestora 6 deparou-se com uma realidade complexa, especialmente no que se refere à estrutura de saúde. Ela ressalta que encontrou seis equipes de saúde da família atuando em uma única UBS, sendo que quatro delas estavam configuradas como equipes ribeirinhas, mas nunca haviam ido para a área rural. Essa situação representou um grande desafio, como ela destaca: *“Um hospital com 20 leitos com uma estrutura muito precárias, equipamentos sucateados, uma situação bem difícil mesmo dentro do município. Um prédio da endemia cheio de morcego, muito desestruturado, então era assim, um... Era não continua sendo, porque em dois anos e meio você não consegue estruturar uma atenção básica. E aí foi um desafio muito grande, sério!!”*.

A Gestora 6 menciona que a Amazônia apresenta particularidades que exigem adaptações nas políticas de saúde, já que o contexto regional difere do restante do país. Ela enfatiza essa diferença, ressaltando: *“É... porque a nossa intenção é deixar as unidades de saúde aqui para que eu tenha uma média de 9 mil pessoas vivendo aqui a gente distribui 3 mil pessoas mais ou menos em cada, dá para a gente fazer toda a cobertura então nós já temos, dessa forma que nós vamos conseguir inaugurar até final do ano.”*

Essa questão da Amazônia ser diferenciada do restante do país está alinhada à perspectiva dawsoniana, que defende uma regionalização flexível, capaz de levar em conta as particularidades locais e adaptar as políticas de saúde de acordo com as necessidades específicas de cada região. A abordagem adaptativa é essencial para superar os desafios da regionalização em saúde em contextos amazônicos, onde as características geográficas, climáticas e sociais demandam estratégias diferenciadas.

As barreiras geográficas também são um desafio relevante para o acesso aos serviços de saúde em Boa Vista do Ramos. Segundo a gestora, *“quando o rio enche muito, algumas casas ficam cheias e as pessoas precisam se mudar para outra área da zona rural ou para a zona urbana. Agora, com a seca dos rios, há trechos em que as pessoas precisam arrastar o rabeta [embarcação] delas por cima da terra mesmo para poder conseguir sair de lá.”* Além disso, a questão financeira é um entrave para muitos ribeirinhos, que precisam arcar com os custos de transporte para buscar atendimento na área urbana. Essa situação reforça a importância da descentralização dos serviços de saúde, com a implantação de equipes itinerantes que utilizam barcos e lanchas para atender as regiões mais distantes, como forma de garantir o acesso aos serviços de saúde para a população nessas localidades.

Outro desafio mencionado pela Gestora 6 é a dificuldade no acesso aos exames preventivos, como o preventivo de câncer de colo de útero. Problemas no processamento das lâminas e atrasos nos resultados prejudicam a adesão das mulheres aos exames, o que pode impactar negativamente a detecção precoce de doenças e a promoção da saúde feminina na região. Segundo ela, *“nós estamos com problema muito sério dentro do Estado, nós tínhamos coletado até final do ano passado, nós tínhamos eu acho que era 200 e tanto as lâminas para mandar, deve ter sido descartada porque não tinha quem fizesse a leitura.”* Esse cenário aponta para a necessidade de fortalecer a regionalização dos serviços laboratoriais, garantindo a disponibilidade de exames essenciais nas áreas rurais e evitando a dependência de laboratórios distantes. A importância da Escala, discutida por Dawson (1920), propõe um sistema de transporte e logística para garantir a coleta do exame, processamento centralizado e retorno do resultado.

A Gestora 6 revela uma visão aprofundada dos desafios enfrentados na regionalização da saúde na região amazônica do Brasil. Esses desafios podem ser analisados à luz dos princípios de Dawson (1920), uma abordagem abrangente e integrada para promover a saúde e prevenir doenças, considerando fatores sociais, econômicos e ambientais.

A gestora destaca a necessidade de atualizar o desenho das regiões de saúde no Amazonas, buscando adequá-las às reais necessidades da população. Essa atualização é fundamental para garantir uma abordagem integrada e abrangente que leve em conta as particularidades de cada região, incluindo suas características geográficas, sociais e culturais. A regionalização da saúde deve promover a equidade no acesso aos serviços, garantindo que todas as comunidades, mesmo as mais distantes e de difícil acesso, tenham acesso a atendimento de qualidade.

Além disso, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido à localização geográfica e infraestrutura precária é um desafio enfrentado na região. A regionalização busca superar essa barreira, promovendo uma distribuição mais equitativa dos serviços de saúde, levando-os mais perto das comunidades e atendendo às suas necessidades específicas.

A participação da comunidade também é um elemento fundamental na regionalização da saúde, embora não tenha sido mencionada diretamente na entrevista da Gestora 6. Dawson (1920) enfatiza a importância da participação da comunidade no planejamento, implementação e avaliação das políticas de saúde. Essa participação é fundamental para garantir que as necessidades e prioridades locais sejam adequadamente consideradas na formulação de estratégias de atenção básica.

Além disso, a regionalização da saúde envolve ações intersetoriais, ou seja, a colaboração entre diferentes setores governamentais para abordar os determinantes sociais da saúde. Embora não tenha sido mencionada diretamente na entrevista, a promoção da saúde e o desenvolvimento de ações preventivas requerem uma abordagem intersetorial que envolva áreas como educação, saneamento básico, habitação e outros setores relevantes.

A Gestora 6 ressalta que a Programação Pactuada Integrada (PPI) do estado está desatualizada desde 2005. A PPI é um instrumento fundamental para o planejamento da saúde e a regionalização dos serviços. Seu aprimoramento é vital para que as necessidades específicas de cada região sejam adequadamente consideradas no planejamento das ações de saúde.

A discussão em torno dos repasses financeiros também é abordada na entrevista. A gestora explica que, atualmente, o recurso da média e alta complexidade (MAC) é repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, o que representa uma importante conquista. No entanto, ainda há desafios em relação à divisão de responsabilidades entre o estado e os municípios em relação à gestão dos hospitais estaduais. Isso gera atritos entre alguns municípios e o hospital de referência da região.

Ela destaca que a falta de estrutura de alguns hospitais de referência, como Parintins, leva a situações em que os pacientes acabam sendo encaminhados para Manaus, que possui maior resolutividade. Isso cria um cenário complexo de disputa entre os municípios e o estado, exigindo uma abordagem de coordenação e resolução conjunta.

Nesse contexto, a Gestora 6 menciona a importância de reunir os secretários das regionais e os prefeitos para discutir os problemas enfrentados e buscar soluções em conjunto. Ela enfatiza a necessidade de o estado estar envolvido nesse diálogo, pois é responsável pela criação do sistema de regulação e também deve fortalecer os municípios de referência.

Essas entrevistas revelam como a regionalização da saúde na Amazônia enfrenta desafios complexos, incluindo a gestão de recursos, a distribuição adequada de responsabilidades entre os municípios e o estado e a busca por uma atenção básica mais efetiva e resolutiva. A regionalização da saúde deve ser encarada como um processo contínuo de diálogo, planejamento e coordenação entre os diversos atores envolvidos, buscando promover a equidade no acesso aos serviços de saúde e a melhoria da qualidade de vida das populações amazônicas. A abordagem proposta pela Declaração de Dawson, que enfatiza a integralidade e a participação da comunidade, pode servir como uma referência importante.

Na entrevista com a Gestora 3, discutiram-se a temática da regionalização da saúde no estado e a proposta em curso de reorganização da regionalização, buscando facilitar o acesso geográfico dos serviços de saúde. A Gestora 3 explicou que a atual estrutura das regionais foi desenhada com base na contiguidade territorial, mas reconhece que essa abordagem não leva em conta as dificuldades de acesso enfrentadas pelas populações, especialmente os municípios mais distantes da capital (Manaus).

A proposta em estudo visa agrupar algumas regionais em três macrorregiões: Leste, Oeste e Central. Nesse novo desenho, o critério principal será o de facilitar o acesso das populações aos serviços de saúde: *“os municípios estão participando desse processo. E nós temos uma situação que hoje, por exemplo, para você ver o acesso como é difícil; o secretário disse que para ele sair lá de Boca do Acre e ir para Manaus, ir e voltar ele gasta R\$ 4.000,00, dentro do mesmo estado para ir e voltar. É mais barato ir para São Paulo, à Brasília, do que chegar aqui na capital do estado, então tudo isso dificulta”* (Gestora 3).

A questão do acesso geográfico é um desafio real na região amazônica, onde distâncias extensas e condições logísticas adversas dificultam o deslocamento das pessoas, inclusive dos gestores e profissionais de saúde.

No contexto da Atenção Primária, a Gestora 3 ressaltou a importância da organização das Redes de Atenção à Saúde, onde a Atenção Básica exerce papel fundamental na ordenação dessas redes. O fortalecimento da Atenção Básica nos municípios contribui para a melhoria da organização regional da saúde: *“Eu acredito que a gente estruturando, ajudando no cofinanciamento, ajudando com apoio pedagógico, ajudando como indutor de alguns processos que devem ser organizativos, que devem estar melhorando a organização, até mesmo o Controle Social.”*

No entanto, a Gestora 3 resalta que ainda há desafios no fortalecimento do controle social, principalmente nos Conselhos Municipais de Saúde, onde a participação é muitas vezes incipiente devido a questões como nepotismo e falta de autonomia. A participação ativa da

população no controle social é essencial para garantir a transparência e a qualidade dos serviços de saúde.

4.2 Minas Gerais: uma análise das entrevistas com gestores locais

Na entrevista com a gestão estadual de Minas Gerais (Gestora 7), fica evidente a preocupação com a regionalização da saúde no estado. A discussão sobre a regionalização e a organização dos serviços de saúde é considerada avançada no estado, com 77 regiões e 13 macrorregiões de saúde. A ideia é fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculá-la ao restante da rede, desde o nível municipal até o estadual, para promover um atendimento mais integrado e acessível à população.

Dentro dessa perspectiva regional, o estado busca estabelecer parâmetros de atuação e indicadores de desempenho que permitem a visualização dos resultados em diferentes níveis, como municipal, regional, microrregional, macrorregional e estadual. Essa abordagem facilita a identificação de necessidades e a definição de estratégias de fortalecimento da APS e sua integração com outros níveis de atenção.

A Gestora 7 destaca que a política hospitalar do estado está em revisão, com foco na organização por linhas de cuidado e no atendimento baseado em parâmetros de necessidade, e não apenas oferta. A ideia é rediscutir a vocação dos hospitais e garantir que estejam alinhados com a proposta de regionalização.

A Gestora 7 menciona também a existência de consórcios microrregionais e o Sistema de Transporte Sanitário em Saúde (SETS) para o transporte de pacientes entre os municípios e regiões do estado. A proposta de telerregulação está em desenvolvimento para otimizar o encaminhamento de pacientes da APS à especializada, buscando reduzir encaminhamentos errados e diminuir o tempo de espera.

A questão da distância entre os municípios é considerada na organização da rede, buscando minimizar os deslocamentos e garantir que a rede se feche dentro de cada região de saúde. O Planejamento Diretor Regional (PDR) de Minas Gerais leva em conta as distâncias e a abrangência dos serviços para facilitar o acesso da população.

Em relação à coordenação do cuidado, a gestora destaca que a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde facilita a comunicação entre os diferentes níveis de atenção, permitindo a construção conjunta de estratégias e ações.

A entrevista com a Gestora 7 revela uma preocupação abrangente com a regionalização e a integração dos serviços de saúde em Minas Gerais. A gestora enfatiza a necessidade de alinhar a APS com os demais níveis de atenção, discutir a política hospitalar e dimensionar a oferta de serviços de acordo com a demanda e as necessidades da população em cada região do estado. A busca pela coordenação do cuidado e a otimização dos processos de encaminhamento também são prioridades para garantir um atendimento mais eficiente e resolutivo à população mineira.

Na entrevista com a Gestora 8, de Minas Gerais, sobre a perspectiva dawsoniana de regionalização da saúde, ficou evidente que a região enfrenta diversos desafios para efetivar esse modelo e garantir o acesso e a qualidade dos serviços de saúde.

A região é caracterizada como carente, e a dificuldade de acesso aos serviços é uma das principais preocupações. Mesmo com a existência da PPI, a gestora reconhece que a demanda atual é muito alta e que nem todos os pacientes podem ser atendidos de forma adequada, o que gera uma sobrecarga nos serviços disponíveis.

A Gestora 8 destaca a importância de os médicos da atenção primária estarem conscientes e bem informados sobre a oferta de serviços na região. Muitas vezes, a falta de conhecimento leva a solicitação de exames e procedimentos desnecessários, o que aumenta ainda mais a demanda sobre o sistema de saúde.

Outro ponto relevante abordado na entrevista é a limitação PPI. A gestora enfatiza que a PPI não reflete a realidade da região e apresenta parâmetros que não condizem com a demanda atual. Ela menciona as dificuldades de revisão desses parâmetros junto ao Ministério da Saúde e ao estado de Minas Gerais, o que dificulta a adequação dos serviços de acordo com as necessidades locais.

Os consórcios de saúde são uma tentativa de melhorar a oferta de serviços na região. Através desses consórcios, é possível realizar compras conjuntas e otimizar recursos. No entanto, a Gestora 8 destaca que o uso efetivo dos consórcios ainda é limitado e, muitas vezes, são acionados apenas para atender demandas que não podem ser supridas pelo sistema público. Além disso, a gestora ressalta a necessidade de parceria entre os municípios e o estado para garantir o funcionamento dos serviços de saúde. A articulação entre os gestores é essencial para definir as diretrizes e viabilizar novos serviços.

Um dos principais pontos de destaque nas entrevistas é a dificuldade de acesso aos serviços especializados, especialmente para os moradores de municípios distantes dos grandes centros. Os desafios de transporte, distâncias e tempo de espera são barreiras significativas para que os usuários possam receber atendimento adequado em suas localidades. A falta de vagas e

de capacidade instalada nos municípios também é um obstáculo que leva os gestores a encaminharem seus pacientes, muitas vezes para Montes Claros (sede da macrorregião) e até Belo Horizonte (capital do estado), segundo a Gestora 9.

Essa realidade reflete a dificuldade de concretização do princípio da regionalização, preconizado por Dawson, que defendia a descentralização dos serviços de saúde para garantir o acesso equitativo da população. A centralização dos serviços especializados em grandes centros urbanos resulta em altos custos e dificuldades para os usuários, indo de encontro aos ideais de um sistema de saúde regionalizado e eficiente.

O federalismo brasileiro também influencia na forma como os serviços de saúde são organizados e financiados. A descentralização da gestão da saúde para os estados e municípios pode dificultar a cooperação entre os entes federativos na busca por soluções integradas e compartilhadas. Nesse sentido, a falta de articulação entre os municípios e a desatualização de PPI contribuem para a fragmentação do cuidado e a dificuldade na definição de capacidade instalada e oferta de serviços especializados.

Outro ponto que é destacado pela Gestora 9 é a questão do transporte, que se torna uma barreira significativa em regiões distantes dos grandes centros. A falta de veículos adequados e a dificuldade de deslocamento prejudicam o atendimento oportuno, especialmente em casos de urgência e emergência. É fundamental que os gestores de saúde considerem essa questão no planejamento da regionalização, buscando alternativas para garantir o acesso da população aos serviços de saúde.

Diante desses desafios, torna-se necessário um planejamento regional mais integrado e inclusivo, envolvendo todos os atores da saúde, como os municípios e os estados. É fundamental superar a visão do planejamento ascendente, que parte dos planos municipais e nem sempre resulta em um plano regional coeso. O fortalecimento das secretarias estaduais de Saúde, atuando como autoridades sanitárias regionais, é fundamental para garantir a efetivação da regionalização da saúde.

A entrevista com a Gestora 10 revela desafios significativos em relação ao acesso à saúde na região de Salinas Taiobeiras, especificamente no município de Januária, que é considerado um polo e uma referência para outros municípios vizinhos. Um dos principais problemas mencionados é a sobrecarga do município de Januária devido a sua condição de referência para outras localidades. Isso pode significar que os serviços de saúde em Januária são demandados por pacientes de outros municípios, o que pode levar à falta de recursos e capacidade para atender a todos de forma adequada.

A Gestora 10 relata que: *“O acesso na região é mais difícil ainda. Januária é um município polo, então ele é referência para outros municípios, a gente acaba sobrecarregando. Hoje de manhã tive uma demanda de uma paciente diabética. Se ela precisar de uma consulta com um especialista, não tem, só se ela pagar, se ela tiver dinheiro para pagar. Porque o que o SUS manda de recurso para o município, é insuficiente. Então o acesso é limitado.”*

A falta de acesso a especialistas é outra questão abordada na entrevista. A paciente diabética mencionada pela entrevistada não consegue consultar um especialista sem pagar por isso, pois os recursos fornecidos pelo SUS são considerados insuficientes para garantir um atendimento completo e especializado.

Os consórcios de saúde são uma estratégia adotada por alguns municípios mineiros para enfrentar os desafios da regionalização e fortalecer a oferta de serviços especializados em regiões mais distantes dos grandes centros urbanos. Essa parceria entre os municípios permite a união de esforços, recursos e competências para viabilizar a criação de consórcios intermunicipais de saúde.

Os consórcios podem ser formados por um grupo de municípios próximos, que se unem para compartilhar a gestão de serviços de saúde especializados, como hospitais, centros de especialidades, serviços de urgência e emergência, entre outros.

Um dos entrevistados, gestora regional de saúde de um município do norte de Minas Gerais, ressaltou a importância dos consórcios na região: *“(...) aqui no Norte de Minas, os consórcios têm sido uma alternativa viável para fortalecer a regionalização da saúde. Temos enfrentado muitas dificuldades na oferta de serviços especializados, e os consórcios têm nos permitido superar algumas dessas barreiras. Com a cooperação entre os municípios, conseguimos ofertar consultas e exames que antes não eram possíveis, beneficiando a população local”* (Gestora 10).

Essa iniciativa busca promover maior integração e complementaridade entre os serviços de saúde em diferentes áreas, permitindo que a população seja atendida em sua própria região, evitando deslocamentos longos e custosos para buscar atendimento em outras localidades, conforme relatado pelo gestor. Embora os consórcios possam trazer benefícios em termos de cooperação intermunicipal e otimização de recursos, eles também podem apresentar desafios em relação aos princípios fundamentais do SUS, como integralidade do cuidado, equidade, universalidade e participação social.

Um dos principais desafios dos consórcios de saúde é garantir a integralidade do cuidado, ou seja, assegurar que o usuário tenha acesso a todos os serviços e ações de saúde necessários para sua condição de saúde, de forma articulada e contínua. A criação de consórcios muitas

vezes leva à descentralização dos serviços, o que pode dificultar o acesso a certos procedimentos ou especialidades em determinados municípios. Isso pode levar a uma fragmentação do cuidado, com o usuário precisando se deslocar entre diferentes municípios para obter atendimento completo.

Além disso, a equidade, um princípio fundamental do SUS, pode ser comprometida com a implementação dos consórcios de saúde. A distribuição desigual de recursos e infraestrutura entre os municípios pode levar a disparidades no acesso aos serviços de saúde. Municípios com maior capacidade financeira e infraestrutura podem se beneficiar mais dos consórcios, enquanto aqueles com menos recursos podem ter dificuldades em oferecer serviços de qualidade à sua população.

Outra questão importante é a participação social. O SUS é reconhecido por sua política de participação social, que incentiva a atuação da comunidade na gestão e no controle das políticas públicas de saúde. Com a criação de consórcios de saúde, a decisão sobre a oferta e a organização dos serviços muitas vezes é transferida para instâncias intermunicipais ou regionais, afastando a gestão local da comunidade e limitando sua participação nas decisões relacionadas à saúde.

Apesar desses desafios, é importante ressaltar que os consórcios de saúde podem ser uma estratégia interessante para otimizar recursos, ampliar a oferta de serviços especializados e promover a regionalização da saúde. No entanto, é fundamental que esses consórcios sejam implementados de forma transparente e democrática, com a participação ativa da comunidade e a garantia de que os princípios do SUS sejam preservados.

Uma abordagem mais integrada e colaborativa na gestão dos consórcios, com a participação ativa dos gestores locais, profissionais de saúde e usuários, pode ajudar a superar os desafios e garantir que os consórcios sejam efetivos na promoção do acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde.

4.3 O armado do SUS e o espaço regional

Neste capítulo, ao analisarmos as entrevistas realizadas com gestores municipais, regionais e estaduais dos estados do Amazonas e Minas Gerais, fica evidente que ambos enfrentam desafios significativos em seus sistemas de saúde, mas também possuem características e peculiaridades próprias que influenciam a oferta e o acesso aos serviços.

No Amazonas, a vastidão territorial e a dispersão da população em áreas remotas são fatores que impactam diretamente a capacidade de fornecer assistência médica adequada. A dificuldade de acesso a comunidades isoladas, muitas vezes apenas por meio de vias fluviais ou aéreas, torna o provimento de serviços de saúde um verdadeiro desafio logístico. Além disso, as demandas por atendimento tendem a se concentrar nas regiões urbanas, o que pode sobrecarregar os hospitais e postos de saúde locais.

A falta de profissionais de saúde, especialmente em especialidades específicas, é outro problema enfrentado pelo estado do Amazonas. A ausência de médicos especialistas em algumas localidades torna difícil o encaminhamento de pacientes para tratamentos mais complexos, prejudicando a qualidade do atendimento oferecido. A necessidade de estratégias de incentivo para a fixação de profissionais de saúde em áreas mais remotas é evidente, buscando garantir uma cobertura mais abrangente e igualitária.

Em relação a Minas Gerais, as entrevistas destacam o desafio da regionalização da saúde, tema de grande relevância para promover uma gestão mais eficiente e direcionada aos problemas locais. A necessidade de fortalecer a atenção primária é mencionada, ressaltando a importância do papel do médico na ponta, que deve estar consciente e conhecer as políticas e serviços oferecidos pela rede de saúde.

Outro ponto abordado é a questão da insuficiência de recursos financeiros para atender à demanda da população, o que impacta diretamente na oferta de serviços especializados. A carência de investimentos pode levar à dificuldade de acesso a tratamentos e consultas com especialistas, situação que deve ser abordada com políticas públicas adequadas visando à melhoria do financiamento do sistema de saúde.

Ambos os estados compartilham a preocupação em atender adequadamente às populações mais vulneráveis, como comunidades indígenas e quilombolas, garantindo que serviços de qualidade e humanizados cheguem a todos, independentemente de suas localidades ou condições socioeconômicas.

A perspectiva da regionalização dawsoniana, que preconiza a organização de sistemas de saúde baseada na identificação de áreas geográficas e populacionais com características comuns, encontra-se desafiada no contexto desses estados. A vastidão territorial do Amazonas e a dispersão da população em áreas remotas dificultam a delimitação de regiões homogêneas, tornando a regionalização uma tarefa complexa. Da mesma forma, Minas Gerais enfrenta dificuldades em equacionar as necessidades e demandas específicas das diferentes regiões do estado, considerando suas particularidades culturais, socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde.

No que tange ao federalismo brasileiro na saúde, ambas as unidades federativas enfrentam as limitações impostas por esse modelo de gestão, que distribui competências entre União, estados e municípios. O desafio da falta de recursos financeiros para atender à demanda da população é agravado pelo subfinanciamento do SUS, resultando em dificuldades na oferta de serviços especializados e na ampliação da atenção primária.

A distribuição desigual dos profissionais de saúde é outro aspecto que impacta negativamente os estados. A falta de médicos especialistas em algumas localidades do Amazonas, por exemplo, gera dificuldades no encaminhamento adequado de pacientes para tratamentos mais complexos, comprometendo a qualidade do atendimento prestado. Em Minas Gerais, a escassez de médicos em municípios pequenos também evidencia a necessidade de estratégias de incentivo para a fixação de profissionais de saúde em regiões mais carentes.

As comunidades mais vulneráveis, como indígenas e quilombolas, enfrentam desafios adicionais para acessar serviços de saúde adequados. A necessidade de atendimento diferenciado, culturalmente sensível e de qualidade para essas populações requer políticas públicas específicas que considerem suas realidades particulares.

Nesse contexto, é fundamental que os estados do Amazonas e Minas Gerais trabalhem em conjunto com os municípios e a União para superar os desafios enfrentados na área da saúde. A regionalização dawsoniana pode ser uma abordagem importante para adaptar as políticas de saúde às peculiaridades de cada região, garantindo uma gestão mais eficiente e direcionada aos problemas locais.

Em relação ao federalismo brasileiro na saúde, é preciso buscar soluções que contemplem uma distribuição mais equitativa dos recursos financeiros e dos profissionais de saúde, a fim de promover maior igualdade no acesso aos serviços de saúde em todo o território nacional. A busca por maior integração entre os entes federados e a descentralização efetiva das decisões são aspectos cruciais para a efetivação do SUS e para a garantia do direito universal à saúde.

Em suma, a superação dos desafios na saúde dos estados do Amazonas e Minas Gerais requer ações coordenadas e articuladas, baseadas em políticas de regionalização que considerem as particularidades locais, aliadas a uma reestruturação do federalismo brasileiro na saúde que priorize a eficiência e a equidade na oferta de serviços de saúde para toda a população. Somente por meio de um esforço conjunto e de uma visão sistêmica será possível alcançar um sistema de saúde mais justo, resiliente e capaz de promover o bem-estar de todos os cidadãos desses estados e do Brasil como um todo.

Na perspectiva de Dawson, a autoridade sanitária desempenha papel crucial na organização e efetivação de um sistema de saúde regionalizado. Uma autoridade sanitária forte

e bem estruturada é essencial para coordenar as ações de saúde em um território extenso e diversificado, como é o caso de Amazonas e Minas Gerais. A vastidão territorial desses estados implica desafios logísticos e de acesso à saúde, o que torna ainda mais importante a atuação de uma autoridade sanitária capaz de articular as ações entre as diferentes regiões e garantir uma distribuição mais equitativa dos recursos e serviços de saúde.

A regionalização dawsoniana preconiza a identificação de áreas geográficas e populacionais com características comuns, buscando atender às especificidades locais. Nesse contexto, uma autoridade sanitária tem o papel de mapear as necessidades de saúde em cada região e propor estratégias que se adaptem à realidade de cada localidade. Isso inclui o planejamento de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, levando em consideração as demandas específicas das comunidades, como as populações indígenas e quilombolas.

A articulação entre os diferentes níveis de gestão do sistema de saúde também é facilitada com uma autoridade sanitária bem estabelecida. A integração entre União, estados e municípios é fundamental para o funcionamento eficiente do SUS, e uma autoridade sanitária atuante pode promover a articulação e a troca de informações entre esses entes federados, buscando soluções conjuntas para os desafios enfrentados.

A construção de um sistema de saúde resiliente, integrado e centrado nas necessidades dos cidadãos depende, em grande medida, de uma autoridade sanitária que exerça um papel protagonista na concretização desse objetivo. Ou seja, o **Estado é o caminho!**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo central compreender os desafios enfrentados na busca pela regionalização da saúde no Brasil. Partindo da hipótese inicial de que o processo de descentralização, muitas vezes interpretado como municipalização, estabeleceu um complexo arcabouço político e institucional, nossa investigação explorou como essa complexidade pode dificultar a organização e gestão eficaz da rede de ações e serviços de saúde no país.

Entre os desafios identificados, dois pressupostos emergiram como frequentes neste processo: primeiramente, a crença de que todos os municípios conseguiriam integrar suas ações e serviços de saúde em um sistema eficiente, independentemente das disputas locais e diferenças em termos de poder político, econômico e administrativo; em segundo lugar, a expectativa de que os estados teriam a capacidade de coordenar essa integração e intervir quando necessário, mesmo que a legislação não lhes tenha concedido ferramentas e poderes específicos para tal.

A questão central que norteou nosso estudo foi: após mais de três décadas de construção institucional do SUS, quais são os desafios que a ideia de municipalização, originária da Reforma Sanitária brasileira, impõe para a efetiva regionalização da saúde no Brasil? E mais importante, quais caminhos podem ser trilhados para efetivar esse processo?

No caminho percorrido para responder essa questão, o presente estudo abrangeu duas abordagens complementares: uma revisão da literatura sobre o federalismo brasileiro e a descentralização do poder, com foco na área da saúde e suas implicações no SUS; e um estudo de caso múltiplo que se concentrou na regionalização da saúde no Brasil e suas relações com a perspectiva dawsoniana.

No que diz respeito às fortalezas deste estudo, as discussões sobre o federalismo brasileiro proporcionaram uma compreensão aprofundada do histórico do processo de centralização e descentralização do poder no país. Isso permitiu identificar como a descentralização da saúde se insere nesse contexto e como influenciou o SUS. A análise da descentralização na saúde também destacou seus impactos na capacidade de gestão e financiamento dos municípios, enfatizando sua relevância no contexto da saúde pública brasileira.

Além disso, a discussão sobre o papel e lugar do município na federação brasileira evidenciou suas limitações e potencialidades enquanto ente federativo responsável pela gestão de parte das políticas de saúde. Essa abordagem trouxe à tona a complexidade do cenário

municipal, com municípios enfrentando desafios distintos em suas capacidades de prover serviços de saúde à população.

Outro ponto forte deste estudo foi a análise do processo de regionalização da saúde no Brasil e sua relação com a proposta dawsoniana. A aproximação com a perspectiva dawsoniana mostrou-se como uma alternativa promissora para a melhoria da eficiência e qualidade dos serviços de saúde em âmbito regional. Essa abordagem possibilitou a identificação de oportunidades para promover uma integração mais sólida entre os diferentes níveis de atenção à saúde e otimizar a alocação de recursos para enfrentar as desigualdades regionais.

Entretanto, os limites deste estudo também devem ser considerados. O estudo de caso, embora relevante para ilustrar os desafios da municipalização da saúde no Brasil, utilizou dados de uma pesquisa cujo objetivo central não era discutir o processo de regionalização da saúde. Isso pode ter limitado a profundidade das informações coletadas e a amplitude da análise sobre o tema.

Além disso, as entrevistas realizadas no estudo de caso podem ter abordado a temática da regionalização apenas de forma superficial, o que pode limitar a compreensão completa dos desafios enfrentados nesse processo. Contudo, é importante ressaltar que as entrevistas foram valiosas para exemplificar os limites e desafios da municipalização da saúde no Brasil, fornecendo insights relevantes para futuras investigações sobre o tema.

Este estudo apresentou um panorama significativo sobre a descentralização da saúde no contexto do federalismo brasileiro, destacando as implicações para o SUS. Ao analisar o processo de regionalização da saúde à luz da perspectiva dawsoniana, identificou-se a importância de uma autoridade sanitária com poderes regulatórios e recursos adequados para aprimorar a coordenação e a efetividade das políticas de saúde em nível regional.

Nesta conclusão, reconhecemos que nossa pesquisa, por mais abrangente que tenha sido, não esgota todas as respostas. No entanto, essa limitação ressalta a complexidade e a relevância do tema. Nossas investigações apontaram para a necessidade de enfrentar a intrincada rede de desafios que envolvem a descentralização e a regionalização, considerando as dinâmicas políticas, as disparidades locais e a busca por uma atuação estadual mais eficaz na coordenação dessa integração.

O **Capítulo 1** traçou as bases conceituais para nossa análise sobre a regionalização da saúde no Brasil, explorando o contexto do federalismo e da descentralização dentro do SUS. De acordo com os princípios estabelecidos nas leis fundamentais do SUS, como a Constituição Federal de 1988 e as Leis nºs 8.080/1990 e 8.142/1990, a partilha de competências entre as três esferas governamentais é um aspecto notório. Esse compartilhamento é especialmente visível

na gestão da assistência à saúde, embora o município detenha, de acordo com o artigo 30, inciso VII da CF/1988, a responsabilidade direta pela prestação dos serviços de assistência à saúde.

No entanto, como explorado no próximo **Capítulo 2**, “Região de Saúde: o ente oculto”, a ênfase na descentralização, alimentada pelo movimento municipalista das décadas de 1980 e 1990, enfatizou a implementação do SUS no nível municipal. A expansão dos serviços básicos para todos os municípios do Brasil revelou a necessidade de uma coordenação mais efetiva entre as esferas governamentais, visando garantir um atendimento abrangente às necessidades de saúde da população. Isso é particularmente crucial, já que a maioria dos municípios não possui capacidade plena para desempenhar essa missão de forma autônoma.

Diversas iniciativas foram empreendidas para fortalecer a organização coordenada e descentralizada dos serviços de saúde, porém desafios no acesso a esses serviços ainda persistem em muitas regiões do país. Analisando as causas e consequências dessa problemática, buscamos identificar as falhas estruturais do SUS que afetam seu desempenho e, conseqüentemente, impactam o acesso aos serviços. Nossa análise deu destaque à insuficiente coordenação federativa.

A ampliação dos serviços de atenção primária, como discutido anteriormente, trouxe benefícios substanciais a uma parcela significativa da população. No entanto, também destacou a incapacidade da maioria dos municípios em fornecer atenção abrangente, incluindo serviços especializados, aos seus cidadãos.

Embora medidas como as NOAS/SUS de 2001 e 2002, o Pacto pela Saúde, em 2006, e o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), em 2011, tenham sido respaldadas pelas instâncias de pactuação, não foram suficientes para concretizar efetivamente a organização regionalizada da rede de serviços de saúde. Desafios relacionados à falta de investimentos e questões políticas e administrativas têm limitado a eficácia dessas abordagens.

Neste capítulo, também identificamos que uma autoridade sanitária forte é crucial para fortalecer a atenção primária à saúde, que atua como a porta de entrada do sistema e é essencial para a resolução dos problemas de saúde da população. A promoção da saúde, a prevenção de doenças e o acompanhamento de pacientes crônicos são aspectos prioritários da atenção primária, e a autoridade sanitária tem papel fundamental na implementação e aprimoramento dessas ações, visando melhorar a qualidade de vida da população e reduzir internações e atendimentos complexos.

Por fim, a atuação da autoridade sanitária é vital para garantir transparência e controle social na gestão da saúde. Prestação de contas à sociedade, divulgação de informações relevantes e participação comunitária nas decisões relacionadas à saúde contribuem para a

governança democrática do sistema de saúde, tornando-o mais responsivo às necessidades e expectativas dos cidadãos.

A perspectiva de Dawson destaca a importância de uma autoridade sanitária ativa, eficiente e comprometida com a organização do sistema de saúde e o bem-estar da população. A atuação dessa autoridade é fundamental para enfrentar os desafios regionais, promover equidade no acesso aos serviços de saúde e garantir que todas as comunidades tenham suas demandas de saúde atendidas de maneira adequada e eficaz.

O **Capítulo 3** delinea o percurso metodológico escolhido para este estudo, detalhando a proposta de um estudo de caso múltiplo envolvendo municípios de diferentes regiões de saúde e estados do Brasil. A abordagem de estudo de caso múltiplo permitiu uma análise mais abrangente e aprofundada dos desafios e oportunidades presentes na coordenação federativa do sistema de saúde.

Para este estudo, foram selecionados quatro municípios representativos: Rubelita e Indaiabira, do estado de Minas Gerais, e Boa Vista do Ramos e Maués, do estado do Amazonas. Essa seleção proporciona uma visão diversificada, incorporando diferentes contextos regionais e estaduais, o que possibilitou a exploração de aspectos variados que influenciam a coordenação federativa.

Ao aprofundarmos nossa análise no município, buscamos entender as especificidades de cada região de saúde e do respectivo estado, a fim de identificar as dinâmicas e os desafios únicos que afetam a coordenação entre as esferas de governo. Compreender como esses municípios lidam com a regionalização da saúde e enfrentam os obstáculos existentes foi fundamental para direcionar nossa investigação.

A partir da análise detalhada desses estudos de caso, lançamos luz sobre desafios para superar as barreiras que têm dificultado a realização efetiva da regionalização da saúde. A investigação busca identificar boas práticas, lições aprendidas e oportunidades inexploradas que podem ser aplicadas de maneira mais ampla, contribuindo para um sistema de saúde mais verdadeiramente regionalizado.

O **Capítulo 4** aprofunda a análise sobre a municipalização da saúde no contexto brasileiro. Utilizando estudos de caso e análises qualitativas, este capítulo investigou as experiências e práticas dos municípios na gestão do sistema de saúde. Ele ressalta os desafios enfrentados pelos gestores municipais, regionais e estaduais na busca pela efetivação da municipalização e explora os impactos resultantes no acesso e qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

A saúde transcende os níveis da federação, afetando o governo em todos os níveis. Ao observar o quadro de competências delineado pela Constituição de 1988, torna-se aparente a hipertrofia do poder central, presente não apenas nos aspectos normativos, mas também na condução das políticas públicas, especialmente no âmbito da saúde. A dependência dos estados e municípios em relação aos repasses da União e a necessidade de cumprir critérios preestabelecidos pelo Governo Federal apontam para um federalismo centrípeto, contrapondo-se ao desejo de cooperação e ampliação da autonomia das unidades subnacionais.

O enfraquecimento do papel dos estados, especialmente após os anos 1990, resultou no desenvolvimento de programas e serviços de saúde municipais carentes de coordenação regional. Esse cenário trouxe impactos consideráveis para a racionalização de equipamentos, instalações, esforços e recursos na área da saúde. A significativa dependência dos recursos provenientes da União por parte de estados e municípios limita consideravelmente sua autonomia. Os desafios enfrentados pela efetivação da rede interfederativa são numerosos, incluindo desigualdades estruturais entre regiões, entes federativos com baixa capacidade técnica e redes de serviços precárias, resultando na ampliação da fragmentação e das desigualdades, agravando deficiências já existentes.

A descentralização, sem a construção de redes regionalizadas, ampliou as atribuições dos municípios na provisão de serviços, subestimando o papel das esferas estaduais de governo. Apesar dos aspectos positivos, como a ampliação do acesso à saúde e a incorporação de práticas inovadoras, os entraves persistem. A intensa fragmentação e desorganização dos serviços de saúde devido à existência de sistemas locais isolados continuam a ser desafios a serem superados.

O processo de municipalização, que amplia a autonomia em diversas esferas, tensiona o arranjo federativo quando poderes, atribuições e recursos não se correspondem. Profundas desigualdades regionais, a indefinição legal de competências compartilhadas e a alta concentração de recursos na esfera federal dificultam a construção de consensos através de pactos federativos.

A cooperação entre estados e entre estados e municípios parece ser mais fluida do que entre os próprios municípios, devido ao poder indutor dos estados em termos de recursos e diretrizes e as disputas políticas locais. A integração entre atenção primária e especialidades se torna um ponto delicado no processo de regionalização, visto que operam por meio de instituições distintas, muitas vezes com pouca interferência de atores regionais.

A questão dos exames e encaminhamentos entre municípios também é um desafio. Em 2021, a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) do IBGE Cidades mostrou que

40% das cidades brasileiras encaminham pacientes da atenção básica para exames em outros municípios. A proporção é ainda maior em municípios menores, chegando a 83,4% em localidades com até 5 mil habitantes.

Consórcios intermunicipais têm desempenhado um papel estratégico na política de regionalização do SUS na Bahia (Almeida, 2022), promovendo o desenvolvimento cooperado de serviços de saúde entre os entes federados. Ainda, são necessários estudos adicionais para avaliar o impacto dos indicadores de saúde em escala regional.

Bertrand Dawson propôs que a autoridade sanitária ativa, eficiente e comprometida com a organização do sistema de saúde é essencial para enfrentar os desafios regionais, promover a equidade no acesso aos serviços de saúde e garantir que todas as comunidades tenham suas demandas de saúde atendidas de maneira adequada independentemente do local de residência. No Brasil, o avanço na perspectiva dawsoniana somente será possível com o fortalecimento das secretarias estaduais de Saúde (estado) e este ente recuperando seu papel de coordenador das ações de planejamento regional em saúde, hoje delegado aos chamados “hospitais privados de excelência” via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

Adicionalmente, a atuação do Estado como coordenador dessas ações é de suma importância. A coordenação estatal é essencial para garantir a cooperação entre as diversas esferas governamentais, promovendo uma abordagem integrada na prestação de serviços de saúde. O Estado, com sua capacidade de planejamento estratégico e alocação de recursos, pode desempenhar papel fundamental na superação das barreiras regionais e na garantia de um sistema de saúde verdadeiramente regional.

Neste estudo, exploramos os complexos desafios e oportunidades associados à regionalização da saúde no Brasil, em um cenário marcado pela descentralização e municipalização do SUS. Ao longo dos capítulos, observamos como a ênfase inicial na municipalização resultou em avanços significativos no acesso à saúde, mas também expôs fragilidades na coordenação e integração dos serviços em nível regional.

Apesar dos limites, este estudo contribuiu para o aprofundamento do conhecimento sobre a regionalização da saúde no Brasil, apontando caminhos para o fortalecimento do SUS e a promoção de uma atenção mais equitativa e eficiente à saúde da população. Futuras pesquisas que explorem ainda mais esses aspectos serão fundamentais para aprimorar as políticas públicas de saúde e avançar na concretização da regionalização do SUS com base na perspectiva dawsoniana.

É imperativo repensar o modelo de governança interfederativa em saúde. A expansão do SUS foi viabilizada por meio do papel fundamental desempenhado pelos municípios na prestação dos cuidados de saúde. Entretanto, a descentralização muitas vezes sobrecarregou municípios com recursos e capacidades insuficientes. Novas formas de organização se fazem necessárias para aprimorar a coordenação dos serviços de saúde em âmbito regional.

Um novo pacto federativo deve ser forjado, envolvendo os níveis federal, estadual e municipal, para equilibrar poderes, papéis e responsabilidades na gestão regional das redes de cuidados de saúde. Essa estrutura de governança deve também contemplar transferências intergovernamentais de equalização, a fim de reduzir disparidades entre os municípios. Um elemento essencial desse novo modelo é a implementação de uma única autoridade sanitária pública e estatal, que atue como referência central na coordenação e supervisão das ações de saúde.

Essa reformulação da governança interfederativa visa superar as barreiras atuais que dificultam a efetiva regionalização da saúde, promovendo uma distribuição mais justa dos recursos e uma coordenação eficaz entre as esferas de governo. Ao adotar uma abordagem mais integrada, baseada na centralização da autoridade sanitária, será possível caminhar rumo a um sistema de saúde mais eficiente, equitativo e responsivo às necessidades da população.

Em um contexto em constante evolução, o desafio reside em traduzir essas reflexões em ações práticas. O progresso demandará o comprometimento de todos os níveis de governo, bem como a participação ativa da sociedade civil e dos profissionais de saúde. O horizonte aponta para uma reestruturação que, embora desafiadora, é essencial para construir um sistema de saúde verdadeiramente integrado e capaz de oferecer o atendimento de qualidade que todos os cidadãos brasileiros merecem.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. **Os barões da federação: os governadores e a federação brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- ALMEIDA, P. F. D.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, p. 84-95, 2011.
- ALMEIDA, P. F. D.; MEDINA, M. G.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M. D. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 244-260, 2018.
- ALMEIDA, P. F. de; SANTOS, A. M. dos; LIMA, L. D. de; CABRAL, L. M. da S.; LEMOS, M. de L. L.; BOUSQUAT, A. E. M. Consórcio Interfederativo de Saúde na Bahia, Brasil: implantação, mecanismo de gestão e sustentabilidade do arranjo organizativo no Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 38, n. 9, 2022.
- ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. São Paulo: Editora Revan, 2000.
- ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2002.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MUNICÍPIOS - ABM. **Resolução nº1/1946**. Rio de Janeiro: ABM. Disponível em <<https://abm.org.br/>>. Acesso em: julho/2021.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BOBBIO, N. **Estado, Governo e Sociedade: para uma teoria geral da política**. 14ª ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2007.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília:UnB, 1994.
- BODGAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.
- BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, E. M. S.; ALMEIDA, P. F. D.; MARTINS, C. L.; MOTA, P. H. D. S.; PAULA, D. B. D. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1141-1154, 2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011c.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891**. Promulgada em 24 de fevereiro de 1891.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 44**, de 25 de abril de 2019. Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde**. Situação sanitária da população brasileira; 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; 3. Municipalização dos serviços de saúde”. Brasília: Ministério da Saúde, 1963.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde**. 1992. Municipalização é o Caminho. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **VII Conferência Nacional de Saúde**. Extensão das Ações de Saúde por meio dos Serviços Básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. 1986. A saúde como dever do Estado e direito do cidadão; A reformulação do Sistema Nacional de Saúde; O financiamento setorial. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **XI Conferência Nacional de Saúde**. 2000. O Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em desafio, em defesa do SUS e de gestão**. Série Pactos pela Saúde. v. 1. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 23**, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 37**, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.554**, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.555**, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros de saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 1.606**, de 11 de setembro de 2001. Brasília, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 936**, de 27 de abril de 2011. Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 95**, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01. Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS n.º 2.203**, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica 01/96. Atos Normativos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS n.º 545**, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica 01/93. Atos Normativos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.180**, de 22 de julho de 1991. Cria a Comissão Técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, incluindo as questões de Gerenciamento e Financiamento do SUS. Brasília, 1991b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para implementação no SUS**. Série Pactos pela Saúde. v. 3. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde de Direitos da Mulher**. 10-13 out. 1986. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério de Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Coletânea da Legislação Básica (SUDS)**. Brasília, jan. 1989.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília-DF, 2004a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n° 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n.º 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011d.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 10.520**, de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Brasília, 2002a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e dá outras providências. Brasília, 1990b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 8.212**, de 24 de junho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Brasília, 1991a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 9.491**, de 9 de setembro de 1997. Altera procedimentos relativos ao Programa Nacional de Desestatização, revoga a Lei nº 8.031, de 12 de abril de 1990, e dá outras providências. DF, 1997.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRAUDEL, F. A identidade da França. **Conta e razão**, n. 76, p. 129-141, 1993.

BREMAEKER, F.E.J. Panorama do setor de saúde: 1976. **Panorama do setor de saúde**, p. 18, 1990.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Palácio do Congresso Nacional. Praça dos Três Poderes, **Competência**. Brasília, 2018.

CAMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerai, Rev. Interinst. Psicol.** Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul. 2013.

CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CEBES. **A questão democrática na área da saúde**. Documento apresentado pelo CEBES – Nacional no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, out. 1979.

CONASS. Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (PASES). **Apoio às SES no Processo de Planejamento Regional nas Macrorregiões de Saúde**. Brasília: CONASS, 2019.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Página principal**. 2021. Disponível em: < <https://www.cnm.org.br/> >.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Regionalização da Saúde**: posicionamento e recomendações. Brasília: CONASEMS, 2019.

CORDEIRO, H. **Sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; MUNIZ, J. N. **Descentralização das políticas públicas de saúde**: do imaginário ao real. Viçosa: UFV, 1998.

DAIN, S. **Do Direito Social à Mercadoria**. Tese (Concurso Público de Títulos e Provas para Professor Titular) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

DAWSON, B. Ministerio de Salud de la Gran Bretana. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines**, 1920. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964.

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

ELIAS, P. E. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 17-34, 1996.

FAORO, R. **Os donos do poder**. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1958.

FARIAS, S. G. Descentralização, neoliberalismo e direcionamento das políticas educacionais brasileiras. **Atos de Pesquisa em Educação**, v. 7, n. 1, p. 122-142, 2012.

FAUSTO, B. **O pensamento nacionalista autoritário: 1920-1940**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2001.

FAUSTO, M. C. R. Limites e impasses atuais da municipalização da saúde: a experiência de Cabo Frio. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 67-94, 2001.

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. D.; SEIDL, H.; GAGNO, J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em debate**, 38, 13-33, 2014.

FAUSTO, M. C. R.; SEIDL, H.; PENZIN, V. M. **Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil** [Projeto de Pesquisa]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2019.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS - FNP. **Histórico e visão**. Brasília: FNP. Disponível em < <https://fnp.org.br/index.php> >. Acesso em: jul. 2021.

GOULART, F. A. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 292-318, 2001.

HAKKINEN, U.; LEHTO, J. Reform, change, and continuity in Finnish health care. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 30, n. 1-2, p. 79-96, 2005.

HANDEM, P. C. *et al.* Metodologia: interpretando autores. In: FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3 ed. Editora Yendis, 2009, p. 91-118.

Instituto Brasileiro de Administração Municipal - IBAM. **Subsídios para a Reforma do Estado**. Rio de Janeiro: IBAM, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades** - 2019. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) do IBGE**. 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil/pesquisa/1/74454?ano=2021>>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Brasília/Rio de Janeiro: Ipea, 1990.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS ESPACIAIS - INPE. **Informações**. Disponível em: <<https://www.gov.br/inpe>>. Acesso em: 2016.

KESKIMÄKI, I.; SINERVO, T.; KOIVISTO, J. Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. **Public health panorama**, v. 4, n. 4, p. 679-687, 2018.

KESKIMÄKI, I.; TYNKKYNNEN, L-K.; REISSEL, E. *et al.* Finland: Health system review. **Health Systems in Transition**, v. 21, n. 2, p. 1-166, 2019.

KINDER, H.; HILGEMANN, W. **História Universal**. Vol. I. Madri: Istmo, 1995.

KINDER, H.; HILGEMANN, W. **História Universal**. Vol. II. Madri: Istmo, 1995.

KRAMNICK, I.; SHEERMAN, B. **Harold Laski: A life on the left**. London: Viking, 1993.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2307-2316, 2010.

LACOMBE, D. J. Does econometric methodology matter? An analysis of public policy using spatial econometric techniques. **Geographical analysis**, v. 36, n. 2, p. 105-118, 2004.

LEVCOVITZ, E. **Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS**. Um estudo sobre as reformas das políticas de saúde – 1974-1996. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D. **O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB/RJ**. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1999.

- LIMA, L. D.; VIANNA, A. L. A.; MACHADO, C. V.; ALBUQUERQUE, M. V.; OLIVEIRA, R. G.; IOZZI, F. L. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 17, p. 2881-92, 2012.
- MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma regionalização solidária e cooperativa? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 24, p. 105-119, 2009.
- MALACHIAS, I. *et al.* **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR-MG)**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.
- MALUF, S. **Teoria geral do Estado**. São Paulo: Saraiva, 2006.
- MARQUES, E. C. Notas sobre redes, Estado e políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 14, jan. 2019.
- MARQUES, E. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. **Brazilian Political Science Review**, v. 7, n. 3, p. 8-35, 2013.
- MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos didáticos**. São Paulo: Editora Centauro, 2003.
- MELLO, D. L. **O município na organização nacional: bases para uma reforma no regime municipal brasileiro**. Rio de Janeiro: IBAM, 1971.
- MELLO, G. A.; DEMARZO, M.; VIANA, A. L. D. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 4, p. 1139-1150, 2019.
- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80; a conformação da reforma Sanitária e a construção de hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.) **Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Hucitec/Abrasco, 1993. p. 19-91.
- MENDES, E. V. **O acesso à atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016.
- MENICUCCI, T. M. G. Relação público-privado no sistema de saúde brasileiro: opacidade cognitiva e analítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1400-1403, 2008.
- MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. A. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 29-40, 2018.
- MENICUCCI, T.; MARQUES, A. M. F. Coordenação e cooperação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. **DADOS - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 823-865, 2016.
- MIKKOLA, M.; RINTANEN, H.; NUORTEVA, L.; KOVASIN, M.; ERHOLA, M. **National report on social welfare and health care institutional beds**. Oslo: National Institute for Health and Welfare - THL, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2006.

OBSERVATÓRIO DE INFORMAÇÕES MUNICIPAIS - OIM. **Dados municipais**. Rio de Janeiro: 2019. Disponível em << <http://www.oim.tmmunicipal.org.br/>>>. Acesso em: julho/2021.

OLIVEIRA, F. A. **Teorias da federação e do federalismo fiscal: o caso brasileiro**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2007. Texto para discussão, v. 43.

OLIVEIRA, N. N. S. *et al.* **Análise comparada do termalismo social nos sistemas de saúde europeus: contribuições para o SUS**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.

OLSON, M. **A lógica da ação coletiva: os benefícios públicos e uma teoria dos grupos sociais**. São Paulo: EdUSP, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **XXII Conferência Sanitária Pan-Americana**. Washington, DC: OPAS, 1986.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas**. Washington, DC: OPAS, 2010.

PAGANINI, J. M.; NOVAES, H. M. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud**. La garantía de calidad. El control de infecciones hospitalarias. HSD/SILOS-12. Washington, DC: Pan American Health Organization/World Health Organization, 1991.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.

PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 19-26, 2003.

PEREIRA, A. M. M.; LIMA, L. D. D.; MACHADO, C. V. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 2239-2252, 2018.

PEREIRA, C. A política pública como caixa de pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira - 1985-1989. **Dados -Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 1996.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: SES-MG, 2004.

PIRES, J. C. S.; MACÊDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de administração pública**, v. 40, p. 81-104, 2006.

RODRIGUES, P. H. Os “donos” do SUS. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 10, n. 4, 2016.

- SANTOS, D. L.; RODRIGUES, P. H. D. A. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. **Saúde em debate**, v. 38, p. 744-755, 2014.
- SANTOS, J. C.; MELO, W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 11, n. 1, p. 79-98, 2018.
- SANTOS, M. H. C. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações Executivo-Legislativo no Brasil pós constituinte. **Dados**, v. 40, n. 3, 1997.
- SCATENA, J. H. G. **Avaliação da descentralização da assistência à saúde no Estado de Mato Grosso**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.
- SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* Território na Atenção Básica. **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. Brasília, 2016.
- SENADO FEDERAL. **Competência**. 2018. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/hpsenado>>.
- SILVA, S. F. da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE ORÇAMENTO PÚBLICO EM SAÚDE – SIOPS. Informações. Brasília, 2016-2019.
- SOUZA, R. R. D. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, 2002.
- TYNKKYNEN, L. K.; REISELL, E.; KOIVUSALO, M.; SYRJÄ, V.; VUORENKOSKI, L.; REHEL, B.; KARANIKOLOS, M. Centralising health care administration in Finland: an inevitable path? **Eurohealth**, v. 25, n. 4, p. 29-33, 2019.
- URQUIZA, M. A.; MARQUES, D. B. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. **Entretextos**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 115-144, 2016.
- VIANA, A. L. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.
- VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Nota Técnica n. 28. Brasília: Ipea, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7270>.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2010.
- ZIMMERMANN, A. **Teoria geral do federalismo democrático**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1999.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com o(a) gestor (a) municipal de saúde

PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL

Introdução

Antes de começarmos a abordar os temas da pesquisa, gostaríamos que nos contasse um pouco da sua trajetória profissional na saúde, aqui no município e fora dele.

1. Características do território e população

- Quais são as características predominantes da população residente no seu município? (Tamanho, faixa etária, sexo, povos e populações tradicionais)
- Quais são as condições de saneamento, abastecimento de água e esgotamento sanitário na sede do município? E como acontece em regiões rurais? (cisternas, reservatórios, microssistemas)
- Existe algum território em situação de risco para contaminação e intoxicação por substâncias químicas (contaminação direta ou indireta e/ou envenenamento por: agrotóxicos, alimentos, água contaminada, animais peçonhentos, outros)
- Existe alguma situação climática em que as populações do seu município ficam isoladas ou precisam mudar de endereço temporariamente? (Cheias, vazantes, secas)

2. Organização da AB no município

- Como está organizada a AB no município? (tipo de equipe, profissionais)
Mostrar nota técnica DAB e quadro CNES para conferência: cobertura, nº equipes completas, número de UBS, PACS, CAPS, NASF.
- Como foram definidas as áreas de atuação da equipe AB e dos ACS? Há especificidade nas áreas de mais difícil acesso?
- Considera suficiente a cobertura de atenção básica no município?
- Existem populações descobertas? Caso positivo, como estas populações têm acesso ao sistema de saúde?

3. Acesso

- Qual é o primeiro serviço de saúde ou recurso da comunidade que a população do município procura quando precisa de atendimento?
- Quais os dias e horários de funcionamento das UBS no município? Há diferenciação para o funcionamento das UBS nas áreas mais distantes da sede municipal?
- O Sr(a) reconhece algum tipo de barreira para o acesso da população do município às unidades básicas de saúde? Pode falar sobre elas? (barreiras geográficas - distância, rio, tipo de transporte; barreiras organizacionais da UBS - horários de profissionais, ausência de algum profissional; barreiras financeiras)

4. Infraestrutura

- Como é a estrutura das UBS de seu município?
- Houve melhoria na estrutura das UBS no seu município nos últimos 5 anos? Se sim, quem financiou? (Requalifica, Governo municipal, governo estadual, etc)
- As estruturas das UBS são adaptadas para atendimento a populações específicas (indígenas, ribeirinhos) – Observação?

5. Processo de trabalho

- Fale-nos sobre a composição prioritária de equipe AB no município (existência de saúde bucal, apoio matricial – NASF AB, ACS e outros profissionais além da equipe mínima, caso haja).
- Qual a oferta de ações de atividades/serviços na rede de atenção básica municipal?
Escopo das práticas: ações – pré-natal, coleta de preventivo, hiperdia, promoção da saúde (ações educativas, grupos, PSE)
- Essas ações são compartilhadas entre os médicos e enfermeiros? Quais? Como?
- Nas áreas/populações de difícil acesso são ofertadas as mesmas ações?
- Em caso de ausência do médico, o processo de trabalho sofre modificações?
- Qual o papel dos ACS nas áreas rurais? Realizam ações diferentes dos ACS que atuam na sede?
- Existe alguma estratégia para organização do trabalho das equipes AB que considere as especificidades rurais e remotas? Pode falar sobre tais estratégias?
- O que se prioriza na realização das ações de AB no município?
- Como se organiza o processo de trabalho das EqAB para o atendimento à demanda espontânea? E nas áreas de mais difícil acesso?
- Como é a atuação do NASF? Como está composto? Que tipos de atividades realiza nas áreas rurais?

6. Gestão municipal da APS

- Quais as ações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para o fortalecimento da AB? (Investimento, aumento da cobertura, apoio institucional aos municípios)
- Há alguma iniciativa municipal na gestão da AB e no processo de trabalho das equipes AB que leve em consideração as especificidades dos territórios rurais e remotas?
- Além dos serviços da SMS, que outros recursos em saúde estão disponíveis no município (setor público, setor privado, igrejas, ONG, outros)?
- Existem outras organizações que realizam ações de saúde no município? (militares, ONGS internacionais...)
- O município utiliza recursos de telessaúde? Para que? Como?
- Utiliza outros tipos de TIC (prontuário eletrônico, internet, telefone, EAD, outros), para aumentar a abrangência das ações desenvolvidas na Atenção Básica? Quais?
- O município implantou o e-SUS AB? Como utiliza?
Fichas Coleta de dados Simplificados (CDS) ()sim ()não
Prontuário eletrônico (PEC) ()sim ()não
Envio da produção ao Ministério da Saúde
() Direto da UBS () Somente pela secretaria de saúde – UBS entrega produção via pen drive () Somente pela secretaria de saúde – UBS entrega produção via e-mail
- O Sr(a) tem conhecimento sobre a política nacional de saúde integral da população do campo, da floresta e das águas? Essa política influenciou alguma de suas ações como gestor?

7. CIR/Gestão estadual

- O Sr(a) participa da Comissão Intergestores Regional (CIR) na sua região?
- Com qual frequência ocorre a reunião da CIR?
- Quando o Sr(a) participou pela última vez?
- Quais os temas abordados na CIR?
- A CIR tem discutido temas relacionados ao fortalecimento da rede regional de atenção à saúde?
- O que o Sr(a) pensa sobre a atuação da SES ou da regional de saúde para o enfrentamento das barreiras de acesso aos serviços de APS e demais serviços nos municípios rurais?
- Há estratégias estaduais para fortalecer a AB na região?
- A coordenação regional do Estado oferece algum apoio técnico (ex: imunização, vigilância epidemiológica, programas da AB)?

- A secretaria estadual de saúde fornece algum apoio financeiro aos municípios?

8. Relação APS e AE ambulatorial e hospitalar

- Qual é a rede de referência da atenção especializada e de apoio diagnóstico disponível para o município? (Ou seja, quando os pacientes precisam ser encaminhados para atenção especializada ou apoio diagnóstico hospitalar, quais são as referências)?
- Há oferta de algum serviço especializado na UBS? Como se dá esta oferta? (atendimento ambulatorial de especialista periodicamente? Casos atendidos em juntas médicas/profissionais?)
- Quais são os principais prestadores de atenção especializada ambulatorial do SUS na região?
- Quais são os hospitais de referência para internação do SUS na região?
- Quais são os fluxos para a atenção especializada (ambulatorial, diagnóstico e hospitalar) desde a AB?
- Como avalia a oferta e suficiência de procedimentos especializados (consultas, exames, insumos, internação) na região de saúde?
- Identifica vazios assistenciais? Em quais áreas/procedimentos?
- Quando o usuário precisa de algum recurso não disponível na UBS, como se dá o acesso? (agendamento de exames, transporte, encaminhamentos, reserva de leito, urgência)
- De que forma as populações de áreas rurais remotas ou de mais difícil acesso do seu município, acessam os serviços especializados?
- Existe casas de apoio para os pacientes do seu município que necessitam de tratamentos mais prolongados? O Sr(a) pode descrever como as casas de apoio funcionam?
- Existe central de regulação para procedimentos especializados (atenção ambulatorial e hospitalar)? É municipal, regional ou estadual? Como se dá o funcionamento da regulação para marcação de consulta especializada ou atenção hospitalar a partir da UBS?
- Na sua opinião, quais são os principais problemas da regulação na região?
- Existe algum instrumento ou estratégia para facilitar a comunicação entre AB e AE? Quais?
- Os recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) são utilizados para facilitar a comunicação entre AB e AE? Quais?

9. Transporte sanitário e rede de Urgência

- O município disponibiliza transporte sanitário para tratamento fora de domicílio (TFD)? Para quais situações?
- Existe transporte oferecido pela SMS para populações que vivem nas áreas mais remotas do município? (Ir até a UBS ou outra situação). Quais os problemas relacionados a essa questão?
- O SAMU ou serviço de urgência similar atende áreas rurais e remotas mais distantes da sede municipal? De que forma?
- Como se organiza o transporte de profissionais para as ações da equipe?
- No seu município, qual a maior distância e tempo percorridos para acesso dos usuários a atenção básica? E para acesso a atenção especializada? E para a hospitalar?
- O Sr(a) considera esse tempo aceitável? O que seria aceitável como tempo de deslocamento para o acesso da atenção especializada?

10. Força de trabalho em áreas rurais e remotas

- As equipes do seu município, comumente, tem falta de profissionais? Quais? E rotatividade de profissionais?
- Você identifica problemas para atração e fixação de profissionais?
- Você identifica estratégias/incentivos da gestão municipal para atração e fixação de profissionais na AB, especialmente nas áreas remotas e rurais?

- Você identifica ações de capacitação ou educação permanente para a equipe de Atenção Básica? Quais? Para quais membros da equipe? Ocorrem com qual frequência?
- Existe variação de carga horária de médicos e enfermeiros no seu município nas áreas rurais? E variação salarial?
- Há disputa de profissionais para AB entre os municípios da região de saúde?
- O município possui programas de integração ensino-serviço (estágio, PET, preceptoria, residência, internato)? Pode nos falar sobre essa experiência?
- Qual o número de médicos PMM em seu município atualmente? Desde quando recebeu médicos do PMM (mês/ano?) Nacionalidade?
- Houve ampliação da cobertura AB a partir do PMM ou continuou o mesmo número de EqAB?
- Houve algum tipo de mudança nesta relação após o PMM na região?
- Você conhece o supervisor do PMM? O supervisor contribui para aperfeiçoamento do processo de trabalho da equipe? De que forma?
- Como o Sr.(a) avalia a atuação dos médicos do PMM na AB? Há diferenças em relação à atuação dos médicos que não são do PMM?
- Qual é a sua avaliação em relação ao PMM?
- Considera importante a continuidade do PMM? Por que?
- A saída dos médicos cubanos teve algum impacto nas UBS do município? Qual?

11. Intersetorialidade e Participação da comunidade

- Qual a composição do Conselho municipal de saúde? Quais os temas discutidos? Quando foi a última reunião do CMS? (data e em meses)
- Como se dá a participação local na tomada de decisão sobre a implementação da política de saúde/atenção básica? (associações comunitárias, religiosas, conselhos locais, associações de trabalhadores)
- A saúde se relaciona com outros setores para implementar algum programa? Como?
- Quais atores locais influenciam na tomada de decisão sobre a atenção básica no município? E nas áreas rurais e remotas? Pode falar sobre a atuação dos atores locais nesse processo?

12. Participação no PMAQ

- Como foi sua experiência com o PMAQ?
- A SMS adota alguma estratégia junto às EqAB para participação no PMAQ? Quais?
- O Sr(a) pode nos falar sobre o processo de preparação do município para participar da avaliação do PMAQ?
- O Sr(a) identifica efeitos na organização e nas práticas da AB decorrentes da participação das equipes no PMAQ? Pode nos falar sobre estes efeitos?

Traçadores: Câncer de Colo de Útero; Hipertensão arterial; Pré-natal, parto e puerpério

13. Prevenção de câncer de colo de útero

- As UBS do município fazem preventivo?
- Quais as ações realizadas para o rastreamento/controle do CCU? (busca ativa, divisão de trabalho entre profissionais, educação em saúde, fluxo do exame, captação)
- Qual laboratório realiza a análise de preventivos? Público ou privado? Há certificação de qualidade do laboratório?
- A colposcopia é realizada no município?
- O município implantou/alimenta o SISCAN/SISCOLO?
- A gestão faz algum monitoramento de como está o controle do CCU? De que forma?
- Como avalia a atuação do seu município no desenvolvimento das ações de CCU?

14. Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

- As UBS do município fazem controle dos usuários com hipertensão arterial? Como?
- Quais as ações das equipes AB para prevenção e acompanhamento da HAS? (busca ativa, divisão de trabalho entre profissionais, educação em saúde, estratificação de risco cardiovascular, fluxo para especialistas, seguimento)
- Como é acesso aos medicamentos para HAS? As UBS dispensam medicamentos para HAS? (“Aqui tem farmácia popular?”)
- A gestão faz algum monitoramento de como está o controle da HAS? De que forma?
- Como avalia a atuação das equipes de atenção básica do município no desenvolvimento das ações de atenção à hipertensão arterial na AB?

15. Pré natal, parto e puerpério

- As UBS do município fazem pré natal e puerpério? Como?
- Quais as ações das equipes AB para atenção à gravidez, parto e puerpério? (busca ativa, divisão de trabalho entre profissionais, educação em saúde, pré natal de risco, assistência ao parto e puerpério, fluxo para especialista)
- Quais são os recursos municipais disponíveis para que as equipes possam realizar o cuidado a gestante e puérpera (USG obstétrica, morfológica, testes rápidos, sonar)?
- Como se dá a realização de exame para o acompanhamento pré-natal? Exames são coletados na UBS? (Qual é a logística para realização dos exames, desde a coleta até a entrega de resultados)
- A gestão faz algum monitoramento de como está a atenção à gravidez, parto e puerpério? Como?
- Tem algum lugar definido para o parto e informado à gestante no pré-natal? Como o município tenta garantir que essa gestante consiga acessar a maternidade?
- Como é feito o cuidado ao pré-natal na gravidez de alto risco?
- Houve casos de mortalidade materna no município no último ano? Quantos? Houve investigação do óbito materno? E casos de sífilis congênita?
- Houve casos de mortalidade neonatal no município no último ano? Quantos? Houve investigação do óbito neonatal? Qual a causa?
- Como avalia a atuação das equipes de atenção básica do município no desenvolvimento das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério?

16. Em síntese:

- Quais os principais avanços em relação a atenção básica no seu município?
- Quais os principais desafios em relação a atenção básica no seu município?
- O que o sr(a) considera que seria a melhor estratégia para garantir o acesso à atenção à saúde no SUS para populações que vivem em áreas rurais?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com o(a) gestor(a) regional de saúde

PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL

Introdução

Antes de começarmos a abordar os temas da pesquisa, gostaríamos que nos contasse um pouco da sua trajetória na saúde, aqui na região e fora dele.

1. Características do território e população

- Quais são as características específicas da sua região (ambientais, territoriais, populacionais)? Tem populações tradicionais?
- Existe algum território em situação de risco para contaminação e intoxicação (contaminação direta ou indireta e/ou envenenamento por: agrotóxicos, alimentos, água contaminada, animais peçonhentos, outros)
- Quais os problemas de saúde específicos da sua região?

2. Atuação do gestor regional

- Quais as ações que a Regional de Saúde desenvolve para apoiar os municípios?
- Quais as ações que a Regional de Saúde desenvolve para o apoio específico à organização de atenção básica em municípios de difícil acesso?

3. Acesso

- O Sr.(a) identifica barreiras de acesso aos serviços de APS e demais serviços pela população de territórios rurais e remotos da região? (barreiras geográficas, organizacionais ou financeiras). Especifique.
- Como é a atuação da regional para o enfrentamento dessas barreiras?

4. Comissão Intergestores Regional (CIR)

- Quem participa da Comissão Intergestores Regional (CIR) na sua região?
- Com qual frequência ocorre a reunião da CIR? Quando foi a última reunião?
- Quais os temas abordados na CIR?
- Na CIR discute-se questões relacionadas a municípios/áreas e populações rurais?
- Na CIR existe alguma iniciativa dos municípios para a oferta de cuidados em saúde nos municípios rurais e remotos? Quais?
- Na CIR, há um grupo técnico de atenção básica? Quais os principais temas de atenção básica discutidos na CIR? Existe alguma ação conjunta para AB entre os municípios da região?
- Como o Sr(a) avalia a relação da CIR com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB)?
- A coordenação regional oferece algum apoio técnico (ex: imunização, vigilância epidemiológica, programas da AB)?
- A secretaria estadual de saúde fornece algum apoio financeiro aos municípios?
- Na sua opinião, quais problemas ou ações em relação à atenção básica nos municípios rurais e remotos poderiam ser enfrentados de forma regional?

5. AB na região

- Qual é a cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) na região? E da AB? Considera suficiente a cobertura de atenção básica na região de saúde? Existem populações descobertas? Caso positivo, como estas populações têm acesso ao sistema de saúde?
- Algum município realiza ações específicas para atenção à saúde das populações de áreas rurais de difícil acesso?
- Há investimento na região em telessaúde? Para que? Como?

- Os municípios da região utilizam outros recursos de Tecnologias de informação e comunicação - TIC (prontuário eletrônico, internet, telefone, e-SUS, Educação a distância, outros), para aumentar a abrangência das ações desenvolvidas na Atenção Básica? Quais?
- Existe algum tipo de ação de outras entidades (ONGS, sindicatos, organização de profissionais) que realizam ações de saúde na região?
- As Forças Armadas atuam na região no que se refere a oferta de ações de saúde? Quais são essas ações?
- As emendas parlamentares tem alguma influência nos serviços de saúde da região?

6. Relação APS e AE ambulatorial e hospitalar

- Há uma rede de referência da atenção especializada, apoio diagnóstico e atenção hospitalar para os municípios da região? O Sr(a) pode descrever essa rede?
- Existem hospitais de pequeno porte? Como funcionam? Qual sua avaliação?
- E hospitais regionais? Quais e onde estão localizados na região?
- Como o Sr(a) avalia a oferta e suficiência de consultas especializadas na região?
- Como o Sr(a) avalia a oferta e suficiência de exames na região?
- Como o Sr(a) avalia a oferta e suficiência de internação na região?
- A regional de saúde identifica vazios assistenciais? Em quais áreas/procedimentos?
- Entre os procedimentos especializados, quais são realizados fora da região?
- A oferta de atenção especializada na região é majoritariamente pública ou privada para o SUS?
- De que forma as populações de municípios rurais e remotos acessam os serviços especializados? O Sr(a) percebe alguma dificuldade nesse acesso?
- Existe central de regulação regional para procedimentos especializados e atenção hospitalar? Especifique.
- Na sua opinião, quais são os principais problemas da regulação na região?
- Os municípios da região têm casas de apoio para os pacientes? Como funcionam?

7. Transporte sanitário e rede de Urgência

- A região dispõe de transporte sanitário para realização de procedimentos eletivos, exames complementares ou internação para tratamento fora de domicílio (TFD)? Como funciona? (A regional organiza ou é uma iniciativa municipal)
- Esse transporte também está disponível para populações que vivem nas áreas rurais e de difícil acesso?
- Na região, qual a maior distância e tempo percorridos para acesso dos usuários a atenção básica? E para acesso a atenção especializada? E para a hospitalar?
- O Sr(a) considera esse tempo e distância como aceitáveis para o acesso da atenção especializada (exames diagnósticos, consulta ambulatorial ou atenção hospitalar)?

8. Coordenação do cuidado

- Como se dá a comunicação entre serviços de AB (municipais), serviços especializados, de apoio e hospitalares na região?
- Existe algum instrumento ou estratégia para facilitar a comunicação entre AB e AE? Quais?
- Na região, os recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) são utilizados para facilitar a comunicação entre AB e AE? Quais?
- Como se conformam a rede de atenção e os fluxos para agravos específicos nos municípios rurais e remotos da região (malária, agrotóxicos, outros)?

9. Força de trabalho em municípios rurais e remotos

- Na sua região, comumente, tem falta de profissionais nos municípios? Quais?
- Na região, há diferença de carga horária de médicos e enfermeiros entre a sede do município e áreas rurais?

- O(a) Sr(a) identifica problemas para atração e fixação de profissionais na região? E nas áreas rurais e remotas?
- O(a) Sr(a) identifica estratégias/incentivos da gestão estadual para atração e fixação de profissionais na AB, especialmente nas áreas remotas e rurais?
- Houve ampliação da cobertura AB a partir do PMM?
- Há disputa de profissionais para AB entre os municípios da região?
- Houve algum tipo de mudança nesta relação após o PMM na região?
- Qual é a sua avaliação em relação ao PMM?
- Considera importante a continuidade do PMM? Por que?
- A saída dos médicos cubanos teve algum impacto na região? Qual?

10. Intersetorialidade e Participação da comunidade

- A regional de saúde se relaciona com outros setores para implementar algum programa? Como?
- Quais atores regionais/locais/movimentos sociais influenciam na tomada de decisão sobre a atenção básica na região? E nas áreas rurais e remotas? Pode falar sobre a atuação dos atores?

11. Participação no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

- A regional adota alguma estratégia junto aos municípios rurais e remotos para participação no PMAQ? Quais?
- O Sr(a) identifica efeitos na organização e nas práticas de AB decorrentes da participação das equipes no PMAQ? Pode nos falar sobre estes efeitos?

12. Prevenção do Câncer de Colo de Útero (PCCU)

- Quais os recursos disponíveis no estado para o rastreamento/controle do CCU na região? Como a população dos municípios rurais e remotos acessam esses recursos?
- Como é o acesso do usuário a colposcopia na região?
- Como o Sr(a) avalia a atuação da atenção básica no desenvolvimento das ações de CCU em municípios rurais e remotos?

13. Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

- Quais os recursos disponíveis na região para a linha de cuidado da HAS? Como a população dos municípios rurais e remotos acessam esses recursos?
- Como é o acesso do usuário aos especialistas para HAS na região (cardiologista, endocrinologista, oftalmologista, nutricionista)?
- Como o Sr(a) avalia a atuação da atenção básica no desenvolvimento das ações de atenção à hipertensão arterial em municípios rurais e remotos?

14. Pré-natal, parto e puerpério

- Quais os recursos disponíveis na região para a linha de cuidado para pré-natal, parto e puerpério? Como a população dos municípios rurais e remotos acessam esses recursos?
- Como é o acesso do usuário ao pré natal de alto risco na região?
- Como o Sr(a) avalia a atuação da atenção básica no desenvolvimento das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério em municípios rurais e remotos?

15. Em síntese

- Quais os principais avanços em relação a atenção básica em municípios rurais e remotos?
- Quais os principais desafios em relação a atenção básica em municípios rurais e remotos?
- O que o sr(a) considera que seria a melhor estratégia para garantir o acesso à atenção à saúde no SUS para populações que vivem em áreas rurais?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com o(a) gestor(a) estadual

PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL

Introdução

Antes de começarmos a abordar os temas da pesquisa, gostaríamos que nos contasse um pouco da sua trajetória na saúde, aqui no estado e fora dele.

1. Atuação do gestor estadual

- Quais ações a Secretaria Estadual de Saúde (SES) desenvolve para apoiar os municípios? (Investimento, aumento da cobertura, apoio institucional)
- Poderia nos falar sobre as características dos territórios rurais e remotos no estado?
- Existe ações da SES para apoio específico à organização da atenção básica em municípios rurais e remotos? Quais?

2. Acesso

- O Sr.(a) identifica barreiras de acesso aos serviços de AB e demais serviços pela população de territórios rurais e remotos do estado? (Geográficas, organizacionais e financeiras). Especifique.
- Como é a atuação da SES para o enfrentamento dessas barreiras?
- Há populações tradicionais no estado? Quais?

3. Regionalização

- A SES tem desenvolvido estratégias para apoiar o fortalecimento de uma rede regionalizada? E para o fortalecimento da AB nessa rede?
- Quem participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)? E da Comissão Intergestores Regional (CIR)?
- Quando foi a última reunião da CIB? E da CIR?
- Na CIB, há discussão e pactuação em relação a Atenção Básica?
- Há iniciativas/estratégias estaduais para a discussão de saúde nos municípios rurais e remotos? Quais?
- A coordenação do Estado oferece algum apoio técnico (ex: imunização, vigilância epidemiológica, programas da AB)?
- A secretaria estadual de saúde fornece algum apoio financeiro aos municípios?
- Na sua opinião, quais problemas ou ações em relação à atenção básica nos municípios rurais e remotos poderiam ser enfrentados de forma regional?

4. AB no estado

- Algum município realiza ações específicas para atenção básica das populações de áreas rurais de difícil acesso?
- Existe algum tipo de ação de outras entidades (ONGS, sindicatos, organização de profissionais) que realizam ações de saúde no estado?
- As Forças Armadas atuam no estado no que se refere a oferta de ações de saúde? Quais são essas ações?
- As emendas parlamentares tem alguma influência na rede de atenção à saúde, e especificamente na APS do estado?

5. Relação AB e Atenção especializada (AE) ambulatorial e hospitalar

- Há uma rede de referência da atenção especializada, apoio diagnóstico e atenção hospitalar para os municípios do Estado? O Sr(a) pode descrever essa rede?

- Existem hospitais de pequeno porte? Como funcionam? Qual sua avaliação a respeito do papel destes hospitais na rede de atenção à saúde?
- E hospitais regionais? Quais e onde estão localizados no estado?
- Como o Sr(a) avalia a oferta e suficiência de consultas especializadas no estado?
- Como o Sr(a) avalia a oferta e suficiência de exames no estado?
- Como o Sr(a) avalia a oferta e suficiência de internação no estado?
- A SES identifica vazios assistenciais? Em quais áreas/procedimentos?
- Entre os procedimentos especializados, quais são realizados fora do estado?
- A oferta de atenção especializada no estado é majoritariamente pública ou privada para o SUS?
- De que forma as populações de municípios rurais e remotos acessam os serviços especializados? O Sr(a) percebe alguma dificuldade nesse acesso?
- Existe central de regulação estadual para procedimentos especializados e atenção hospitalar? Detalhe, por favor.
- O sistema de regulação possui alguma especificidade para população de municípios rurais e remotos?
- A SES dispõe de casas de apoio para tratamento mais prolongados? Como funcionam?
- Na sua opinião, quais são os principais problemas da regulação no estado?

6. Transporte sanitário e rede de urgência

- A SES dispõe de transporte sanitário para realização de procedimentos eletivos programados, exames complementares ou internação para tratamento fora de domicílio (TFD)? Como funciona? (O estado organiza ou é uma iniciativa municipal)
- Esse transporte também está disponível para populações que vivem em áreas rurais e de difícil acesso?
- Há outras opções de transporte sanitário no estado?
- No estado, qual a maior distância e tempo percorridos para acesso dos usuários a atenção básica? E para acesso a atenção especializada? E para a hospitalar?
- O Sr(a) considera esse tempo e distância como aceitáveis para o acesso da atenção especializada (exames diagnósticos, consulta ambulatorial ou atenção hospitalar)?

7. Coordenação do cuidado

- Como se dá a comunicação entre serviços de AB (municipais), serviços especializados, de apoio e hospitalares da rede estadual?
- Existe algum instrumento ou estratégia para facilitar a comunicação entre AB e AE? Quais?
- A SES utiliza recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para facilitar a comunicação entre AB e AE? Quais?
- Há investimento na SES em telessaúde? Para que? Como?
- Utiliza outros recursos de Tecnologias de informação e comunicação - TIC (prontuário eletrônico, internet, telefone, e-SUS, Educação a distância, outros), para aumentar a abrangência das ações desenvolvidas na rede estadual, incluindo APS? Quais?
- Como se conformam a rede de atenção e os fluxos para agravos específicos nos municípios rurais e remotos (malária, agrotóxicos, outros)?

8. Força de trabalho em municípios rurais e remotos

- No Estado, comumente, tem falta de profissionais nos municípios? Quais? Em alguma região específica?
- O(a) Sr(a) identifica problemas para atração e fixação de profissionais no estado? E nas áreas rurais de difícil acesso?
- Existe alguma estratégia/incentivo da gestão estadual para atração e fixação de profissionais na AB, especialmente nas áreas remotas e rurais?

- O estado possui programas de integração ensino-serviço (estágio, PET, preceptoria, residência, internato)? Pode nos falar sobre essa experiência?
- Há disputa de profissionais para AB entre os municípios do estado?
- Houve ampliação da cobertura AB a partir do PMM?
- Houve algum tipo de mudança nesta relação após o PMM no estado?
- Qual é a sua avaliação em relação ao PMM?
- Considera importante a continuidade do PMM? Por que?

9. Intersetorialidade e Participação da comunidade

- A SES se relaciona com outros setores para implementar algum programa? Como?
- Quais atores regionais/locais/movimentos sociais influenciam na tomada de decisão sobre a política de saúde no estado? (associações comunitárias, religiosas, conselhos de saúde, associações de trabalhadores, entre outros)

10. Participação no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

- A SES adota alguma estratégia junto aos municípios rurais e remotos para participação no PMAQ? Quais?
- A SES identifica efeitos na organização e nas práticas de AB decorrentes da participação das equipes no PMAQ? Pode nos falar sobre estes efeitos?

11. Prevenção ao câncer de colo de útero (PCCU)

- Quais os recursos disponíveis no estado para o rastreamento/controle do CCU? Como a população dos municípios rurais e remotos acessam esses recursos?
- Como é o acesso do usuário a colposcopia no estado?
- Como avalia a atuação da atenção básica no desenvolvimento das ações de CCU em municípios rurais e remotos?

12. Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

- Quais os recursos disponíveis no estado para a linha de cuidado da HAS? Como a população dos municípios rurais e remotos acessam esses recursos?
- Como é o acesso do usuário aos especialistas para HAS no estado (cardiologista, endocrinologista, oftalmologista, nutricionista)?
- Como avalia a atuação da atenção básica no desenvolvimento das ações de atenção à hipertensão arterial em municípios rurais e remotos?

13. Pré-natal, parto e puerpério

- Quais os recursos disponíveis no estado para a linha de cuidado para pré-natal, parto e puerpério? Como a população dos municípios rurais e remotos acessam esses recursos?
- Como é o acesso do usuário ao pré natal de alto risco no estado?
- Como avalia a atuação da básica no desenvolvimento das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério em municípios rurais e remotos?

14. Em síntese:

- Quais os principais avanços em relação a atenção básica em municípios rurais e remotos?
- Quais os principais desafios em relação a atenção básica em municípios rurais e remotos?
- O que o sr(a) considera que seria a melhor estratégia para garantir o acesso à atenção à saúde no SUS para populações que vivem em áreas rurais?

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil

Pesquisador: Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 92280918.3.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.832.559

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer consubstanciado número 2.811.790, emitido em 09/08/18.

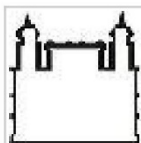
Anteriormente o projeto recebeu o parecer: 2.778.111, emitido em 19/07/18 (pendente).

Trata-se de Projeto próprio da pesquisadora Márcia Cristina Rodrigues Fausto, com financiamento do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 291.000,00.

"Propõe-se nesse estudo discutir questões próprias das localidades buscando trazer à tona elementos comuns aos territórios rurais e remotos e a realidade da organização e funcionamento dos serviços de APS, além das formas e usos dos recursos externos aos sistemas de saúde feitos pelos cidadãos residentes nesses territórios para solucionar suas necessidades em saúde. Para tanto, buscar-se-á investigar a forma como estão

estruturados os serviços da APS nestes contextos; como se dá o processo de trabalho das equipes de APS e reconhecer a trajetória assistencial dos moradores e usuários dos serviços de APS. Serão utilizadas abordagens mistas e estratégias de pesquisa trianguladas de modo a abarcar o máximo de informações que permitam o aprofundamento do estudo. A compreensão a respeito das ações de planejamento e estratégias de gestão local para responder às necessidades em saúde das populações residentes em áreas

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo			
Bairro: Manguinhos		CEP: 21.041-210	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO		
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br	



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.832.559

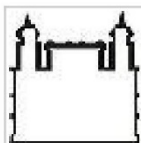
rurais remotas, também faz parte desse estudo. Serão realizadas entrevistas com gestores da Secretaria Municipal de Saúde e dos Distritos Rurais, Secretaria Estadual de Saúde e as respectivas estruturas regionais. Essas entrevistas serão norteadas por um roteiro que buscará compreender o quanto a gestão consegue incorporar as normas e diretrizes para implantação das ações de AB nestes contextos; as bases para o planejamento e gestão da atenção básica; estrutura e modelos organizacionais na AB; articulação com outros recursos do sistema de saúde loco-regionais; e identificação da existência de inovações tecnológicas para o enfrentamento das demandas em saúde, para compreensão da forma como se lida com as demandas pelos serviços de saúde

nestes contextos. Para conhecer o modo como estão organizados os serviços de APS e a forma como são desencadeadas as ações em saúde no processo de trabalho das equipes AB, serão realizadas entrevistas com profissionais da AB que atuam diretamente nos territórios rurais e remotos e tenham sob responsabilidade usuários residentes nestas áreas. Para o estudo importa que as equipes AB atuem em territórios rurais, estando ou não a UBS de vinculação localizada na área rural remota. A lógica de organização dos serviços de APS, a disponibilidade de ações e serviços e a condição para possibilitar o acesso adequado e oportuno, serão observadas a partir da percepção dos usuários dos serviços de APS, por meio da realização de entrevistas semi-estruturadas."

"Para definição dos municípios participantes do estudo partiu-se da proposta do IBGE (2017) seguindo a classificação estabelecida para áreas rurais e remotas. Dos 323 municípios classificados como rurais remotos, foram elencados aqueles que haviam participado do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica com equipes que atuam em áreas rurais, chegando a 162 municípios. Destes foram selecionados os que possuíam equipes de AB atuantes nas áreas rurais remotas e que no período de 2013 a 2018 contaram com médicos do Programa Mais Médicos (PMM)."

"O referido projeto não será realizado na cidade onde está localizada a instituição proponente. Será realizado em municípios localizados em áreas rurais e remotas, considerados como áreas de difícil acesso do país. Por esta razão os termos de Anuência serão recolhidos no momento em que a equipe de pesquisa for a campo. O estudo proposto visa abranger cerca de 95 municípios localizados nos seguintes estados: AC, AL, AP, AM, ES, BA, MA, MT, MS, MG, PA, PE, PI, PR, RO, RR, RJ e TO, havendo concordância e anuência do Ministério da Saúde para sua realização."

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.832.559

Tamanho da amostra: 1.140

Gestor 380

Profissionais de Saúde 475

Usuários 285

"A equipe de atenção básica será a informante chave para se chegar aos usuários-entrevistados potenciais para o estudo. Os usuários deverão ser cadastrados nas unidades básicas de saúde e atender aos seguintes critérios de participação:

- mulheres que tiveram gestação/parto nos últimos 12 meses;
- mulheres que tiveram exame de Papanicolau alterado pelo menos há 12 meses;
- paciente cadastrado no HIPERDIA que precisou de consulta com especialista nos últimos 12 meses."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora:

"Objetivo Primário:

Compreender singularidades e especificidades da organização e do uso dos serviços de atenção primária à saúde e de sua relação com a rede para garantia de atenção integral e integrada, nos territórios considerados rurais e remotos.

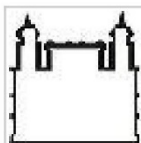
Objetivo Secundário:

• Caracterizar os municípios rurais e remotos em relação aos seus aspectos econômicos, demográficos e sociais; • Caracterizar a inserção dos municípios rurais e remotos nas regiões de saúde; • Caracterizar os serviços de APS localizados em territórios rurais e remotos; • Identificar modos de organização dos serviços de APS em territórios rurais e remotos; • Reconhecer as estratégias de gestão da atenção básica direcionadas para responder às necessidades em saúde das populações residentes em áreas rurais e remotas; • Conhecer o processo de trabalho das equipes de atenção primária e como se conformam as intervenções em saúde em territórios rurais e remotos; • Conhecer a trajetória assistencial de cidadãos residentes em territórios rurais e remotos para acesso à atenção integral, desde os serviços de APS até os de maior densidade tecnológica a partir do cuidado ofertado nos serviços de APS; • Analisar a configuração dos fluxos regionais para garantia de continuidade dos cuidados desde a perspectiva dos municípios rurais e remotos."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	CEP: 21.041-210
Bairro: Manguinhos	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863
	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.832.559

"Riscos:

A única possibilidade de risco nesta pesquisa é mínima e estaria relacionada ao desconforto ou constrangimento em falar sobre algum assunto em que não se sinta confortável. Para diminuir esse risco, os participantes serão esclarecidos que poderão, a qualquer momento, se negar a responder qualquer questão ou até mesmo se retirar da pesquisa, sem nenhuma repercussão para si, bem como indicar o local para entrevista de sua melhor conveniência.

Benefícios:

O benefício (direto ou indireto) está relacionado com a possibilidade da pesquisa identificar fatores que possam contribuir para melhoria da atenção básica nos contextos rurais e remotos e, conseqüentemente a melhoria da qualidade da atenção à população. Espera-se que o estudo forneça informações que subsidiem o aperfeiçoamento da Política Nacional de Atenção Básica"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para as respostas foram apresentados, em 10/08/18:

- ProjetoAPSRuraleremotomodificado13ago18.docx
- TCLEUsuariomodificado2.docx
- TCLEProfissionalmodificado2.docx
- TCLEGestormodificado2.docx
- FormulariorespostasapendenciasMarciaFausto10ago18.doc

Recomendações:

Vide "Considerações Finais a Critério do CEP"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

RETIRAR DOS TCLEs GESTOR E PROFISSIONAL:"...o uso das informações contidas no meu prontuário...", pois o projeto não usará prontuários.

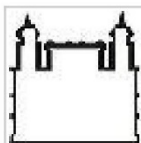
ANÁLISE CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO:

(A)***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.832.559

(ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.

(B)***CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.***

(C)***PARA CASOS DE ATENDIMENTO SIMULTÂNEO DAS EXIGÊNCIAS (A) E (B), ENCAMINHAR SOMENTE A EMENDA.

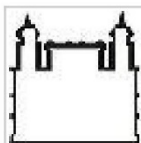
Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (www.ensp.fiocruz.br/etica).

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.832.559

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FolhaderostoMarciaFausto.pdf	21/08/2018 08:36:07	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	ProjetoAPSRuraleremotomodificado13ago18.docx	14/08/2018 08:08:52	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1157087.pdf	10/08/2018 11:20:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUsuariomodificado2.docx	10/08/2018 11:19:32	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEProfissionalmodificado2.docx	10/08/2018 11:19:15	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGestormodificado2.docx	10/08/2018 11:18:35	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
Outros	FormulariorespostasapendenciasMarciaFausto10ago18.doc	10/08/2018 10:50:56	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAPSRuraleremotomodificado.docx	06/08/2018 14:54:57	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
Outros	ROTEIROSDEENTREVISTASmodificado.docx	06/08/2018 14:21:46	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEProfissionalmodificado.docx	06/08/2018 14:20:20	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.832.559

Ausência	TCLEProfissionalmodificado.docx	06/08/2018 14:20:20	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGestormodificado.docx	06/08/2018 14:19:22	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
Outros	FormulariospostasapendenciasMarcia Fausto.doc	06/08/2018 14:18:12	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
Outros	TermoCompromissoentregaAutorizacao Coparticipante_MarciaFausto.pdf	29/06/2018 13:21:15	MARIA EMILIA DUARTE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoCompromisso_modeloTermoAnuenciacia_APS_rural_remoto_MarciaFausto.docx	29/06/2018 13:19:58	MARIA EMILIA DUARTE DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAPSRuraleremotofinal.docx	25/06/2018 20:12:12	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUsuario1.docx	20/06/2018 11:39:05	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEProfissional1.docx	20/06/2018 11:38:49	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGestor1.docx	20/06/2018 11:38:33	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	20/06/2018 10:59:54	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
Outros	Roteirosdeentrevistas1.docx	13/06/2018 14:03:56	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
Outros	TermodeAnuenciacia.pdf	13/06/2018 11:43:59	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito

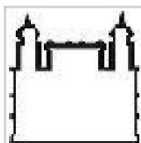
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.832.559

RIO DE JANEIRO, 21 de Agosto de 2018

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br