



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Angela Oliveira Casanova

Redes de políticas na governança em saúde: limites e potencialidades para a regionalização e implementação de redes de atenção à saúde na Amazônia Legal

Rio de Janeiro

2018

ANGELA OLIVEIRA CASANOVA

Redes de políticas na governança em saúde: limites e potencialidades para a regionalização e implementação de redes de atenção à saúde na Amazônia Legal

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientador(a): Prof^a Dr^a Ligia Giovanella
Coorientador(a): Prof^a Dr^a Marly Cruz

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C335r Casanova, Angela Oliveira.
Redes de políticas na governança em saúde: limites e potencialidades para a regionalização e implementação de redes de atenção à saúde na Amazônia Legal / Angela Oliveira Casanova. -- 2018.
293 f. : il. color. ; graf. ; mapas. ; tab.

Orientadora: Ligia Giovanella.
Coorientadora: Marly Cruz.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Governança. 2. Regionalização. 3. Rede Social. 4. Sistemas de Saúde. 5. Políticas Públicas de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10425

Angela Oliveira Casanova

**REDES DE POLÍTICAS NA GOVERNANÇA EM SAÚDE: LIMITES E POTENCIALIDADES PARA A
REGIONALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA AMAZÔNIA LEGAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em: 29/03/2018

Banca Examinadora

Prof. Dr. PAULO HENRIQUE ALMEIDA RODRIGUES
Universidade do Estado do Rio de Janeiro- Instituto de Medicina Social

Prof^ª Dr^ª. ANA LUIZA D AVILA VIANA - FMP/USP
Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina Preventiva

Prof^ª Dr^ª. LUCIANA DIAS DE LIMA
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. ASSIS LUIZ MAFORT OUVENERY
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^ª Dr^ª. MARLY CRUZ (Co-Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^ª Dr^ª. LIGIA GIOVANELLA (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

RIO DE JANEIRO

2018

Aos profissionais e gestores do SUS que apesar das agruras do dia-a-dia lutam para manter o
SUS vivo.

AGRADECIMENTOS

Essa tese tem um pouco de muitos! Amigos, professores, colegas de trabalho, família... Não teria chegado até aqui sem essa rede!

Primeiramente gostaria de agradecer à minha orientadora, Ligia Giovanella. Inesperado foi o nosso encontro nessa trajetória, mas como foi boa a oportunidade de compartilhar com você minhas idéias, reflexões, ouvir suas observações, suas críticas. Tive o privilégio de uma orientação muito presente, exigente, baseada no respeito mútuo, na capacidade de impor um ritmo sem induzir o rumo. Muito obrigada!

Agradeço também à Marly, minha coorientadora, colega de trabalho, que oportunizou minha participação no projeto de pesquisa de avaliação do Qualisus-Rede, experiência rica, cujos debates fortaleceram o interesse nesta investigação. Obrigada pela convivência cordial, pela leitura atenta, pela força nos momentos difíceis.

Muitos professores fizeram parte dessa história. As disciplinas foram espaços de discussões, muitas leituras, novos autores e interpretações e haja resenhas! Mas também foi espaço de troca de afeto, novos vínculos, outras redes. Obrigada a todos do Programa de Pós-graduação da ENSP ao qual eu tive o privilégio de pertencer e em especial à Prof^a Margareth Portella por sua generosidade na concessão de uma licença de software que certamente favoreceu e muito o processo de análise qualitativa dessa pesquisa.

Agradeço à minha instituição de trabalho, ENSP/FIOCRUZ, onde encontrei todas as condições para realização deste doutorado e, principalmente, à equipe do Laser/Densp que “segurou a barra” no período em que fiquei de licença, me substituindo nas minhas atividades, especialmente Patrícia Pássaro e Gisela Cardoso.

Esta licença e uma bolsa de estudos no âmbito do PDSE/CAPES, propiciaram a chance de um doutorado sanduíche na Espanha. O tempo foi curto, mas valeu à pena! Obrigada Professores José Repullo e José Manuel Freire pelas oportunidades de discussão e aprendizado e ao Instituto de Salud Carlos III que propiciou todas as condições para o meu estudo.

A experiência na Espanha me rendeu também outros frutos: a convivência e amizade com pessoas tão generosas como Ana Paula Loch e Luiza Cunha. Nossas conversas e convivência deixaram saudades.

Milena Ferreira em Belém e Sandra Cavalcante no Alto Solimões foram essenciais para minha “entrada em campo”. Muito obrigada por sua colaboração!

Minha turma de doutorado, os “doutopirados”, rede de apoio importante, que sofreu junto, reclamou, se ajudou e fortaleceu ao longo desse percurso. Amizade, generosidade,

reciprocidade, respeito, compreensão... valores que nortearam nossos encontros presenciais e virtuais.

Em toda rede, os laços proximais acabam ficando mais fortes, novas amizades são feitas, vínculos anteriores fortalecidos, então... Renata, Raquel, Mário, Bebel e Mirna, muito feliz por tê-los por perto nesse percurso. Que nossos laços permaneçam para além dessa etapa.

Ao meu companheiro Marcelo, sempre presente e ao meu lado. Tão companheiro que fez até trabalho de campo comigo! Obrigada por poder compartilhar minhas reflexões, incertezas, expressar minhas angústias e por seu apoio, tranquilo, sereno, paciente. Agora, sigamos com nossa vida e nossos projetos...

Mamusca e Djalma, chegar até aqui não foi fácil, vocês sabem! Sem vocês não seria ninguém. Todo o meu amor!

“O correr da vida embrulha tudo; a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem”.

(GUIMARÃES ROSA, 2001, p. 334)

RESUMO

O pressuposto desse estudo é que a governança pública se processa em uma rede de políticas ao implicar uma diversidade de atores, em situação de relativa autonomia e interdependência, que interagem e manejam seus interesses a depender dos recursos disponíveis e do grau de influência de uns sobre outros. O objetivo foi analisar a governança regional no processo de implementação de redes de atenção em duas regiões da Amazônia Legal (Alto Solimões e Metropolitana de Belém). Mapeou-se os atores da rede de governança, padrões de interação, recursos, natureza das relações, espaços de negociação, estratégias e instrumentos envolvidos. Também foi examinado o papel do gestor estadual na coordenação de interesses regionais e identificado como a organização das redes temáticas poderia estar contribuindo para governança e a regionalização. A pesquisa é um estudo de casos múltiplos, com abordagem qualitativa, plano de análise regional e teve como fontes de informação, documentos e entrevistas. As regiões escolhidas configuram uma região metropolitana e uma região de fronteira internacional. A matriz de análise considerou dimensões de abordagens de redes e de governança e categoria empíricas. Verificou-se uma conformação diferenciada de redes de políticas, condicionada pela natureza da estrutura de serviços, mix público-privado e características estruturais das duas regiões. Na região metropolitana, a diversidade de atores esteve mais associada à gestão estadual e à capital, face sua influência e recursos disponíveis. Na região de fronteira, a rede de política dos gestores municipais integra atores de setores governamentais diversificados face sua especificidade territorial e à capacidade individual de articulação e trajetória setorial prévia. O colegiado intergestor regional (CIR) encontrava-se enfraquecido, com forte dependência decisória em relação ao colegiado bipartite (CIB). A coordenação da regionalização pelo Estado, na região de fronteira, ficou comprometida por crise político-institucional enquanto que, na região metropolitana, revelou uma relação horizontal estado-município. A coordenação hierárquica pelo gestor federal, que busca adesão às prerrogativas da agenda nacional por meio de incentivos e normativas com padrões pouco flexíveis à realidade amazônica, foi uma narrativa unânime nas duas regiões. Concluiu-se que as redes de políticas de governança em saúde têm se formado para além dos espaços formais de negociação, principalmente no âmbito regional, uma vez que tais espaços não têm conseguido dar continuidade e segurança aos acordos firmados.

Palavras-chave: Governança; Regionalização; Rede social; Sistemas de saúde; Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

The assumption of this study is that public governance takes place in a network of policies involving a diversity of actors, in a situation of relative autonomy and interdependence that interact and manage their interests depending on the resources available and the degree of influence of some over others. The aim was to analyze the regional governance in the process of implementation of care networks in two regions of the Amazon (Alto Solimões and Metropolitan of Bethlehem). The actors of the network of governance, interaction patterns, resources, nature of the relations, negotiation spaces, strategies and instruments involved were mapped. It also examined the role of the state manager in coordinating regional interests and identified how organizing thematic networks could be contributing to governance and regionalization. The research is a multiple case study, with qualitative approach and regional analysis plan and had as sources of information, documents and interviews. The regions chosen represent different geographical situations: metropolitan region and international border region. The analysis matrix considered dimensions of network and governance approaches and empirical categories. There was a differentiated conformation of policy networks in the regional governance process, conditioned by the nature of the services structure, the public-private mix and the structural characteristics of the regions. In the metropolitan region, the diversity of actors was more associated with state management and capital, given its influence and available resources. In the border region, the policy network of municipal managers integrates actors, from diverse governmental sectors in view of their territorial specificity and the individual capacity of articulation and previous sectorial trajectory. The regional interagency board was weakened as a governance body. The coordination of regionalization by the state in the border region was compromised by a political-institutional crisis, while in the metropolitan region; it revealed a horizontal relationship between state-municipalities, with less emphasis on the regional perspective. The hierarchical coordination on the part of the federal manager who seeks to join the prerogatives of the national agenda through articulated incentives to norms with weak standards to the Amazonian reality was a unanimous narrative in the two regions. It was concluded that the networks of health governance policies have formed beyond the formal negotiation spaces, mainly at the regional level, since such spaces have not been able to give continuity and security to the agreements signed.

Key words: Governance; Regional Health Planning; Social networking; Delivery of health Care; Health public policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Conceitos e abordagens de governança	66
Figura 2 - Cluster de nodos por similaridade de palavra	94
Figura 3 - Região do Alto Solimões e seus municípios.....	98
Figura 4 - Mapa do Triângulo transfronteiriço	100
Figura 5 - Índios da tribo Tikuna.....	101
Figura 6 - Polo de saúde Umariáçu I - Dsei Alto Solimões	102
Figura 7 - Característica da Região do Alto Solimões	103
Figura 8 - Municípios da Região de Saúde Metropolitana de Belém.....	115
Figura 9 - "Pô-pô-pô" em travessia de município - Região metropolitana de Belém	116
Figura 10 - Característica da Região Metropolitana de Belém	117
Figura 11 - Área do Município de Belém.....	118
Figura 12 - Diversidade de atores na governança em saúde nas regiões do Alto solimões e Metropolitana de Belém	132
Figura 13 - Principais espaços na governança em saúde nas regiões do Alto solimões (ASOL) e Metropolitana de Belém (RMB).....	133
Figura 14 - Tipo de coordenação e padrões de interdependência da governança nas duas regiões de saúde.....	205
Figura 15 - Rede social de gestores do Alto solimões.....	212
Figura 16 - Rede social Gestão Estadual - Belém	213

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Padrões de interdependência da rede de governança	74
Quadro 2 - Categorias de Análise de Redes de Políticas: variáveis relacionais e estruturais. .	76
Quadro 3 - Matriz de análise da governança regional	77
Quadro 4 - Fontes de informações.....	80
Quadro 5 - Perfil dos entrevistados: função, formação, gênero, idade, escolaridade e vínculo. Regiões Metropolitana de Belém e Alto Solimões.....	81
Quadro 6 - Matriz de informação: Dimensões da análise da governança regional e fontes de informação utilizadas.....	85
Quadro 7 - Modo de intervenção do MS nas regiões do Alto Solimões e Metropolitana de Belém 2015-2016	140

Quadro 8 - Modelo de atuação da Gestão Estadual do Amazonas, espaços de negociação, canais de articulação e outros atores.....	148
Quadro 9 - Modelo de atuação da Gestão Estadual do Pará, espaços de negociação, canais de articulação e outros atores.	157
Quadro 10 - Modelo de atuação do gestor municipal na Região do Alto Solimões, espaços de negociação, canais de articulação e outros atores.....	177
Quadro 11 - Modelo de atuação do gestor municipal da Metropolitana de Belém, espaços de negociação, canais de articulação e outros atores.....	187
Quadro 12 - Situação da implementação das Redes Temáticas nas regiões de saúde.....	231
Quadro 13 - Níveis de integração de redes temáticas de atenção segundo componentes, nas regiões estudadas	240
Quadro 14 - Governança das redes de atenção: estratégias propostas nas normativas e implantação nas regiões de saúde.	244

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Recursos humanos na região do Alto Solimões que atende SUS - 2017 _____	111
Gráfico 2 - Leitos por especialidade nas regiões de saúde _____	124
Gráfico 3 - Total de equipamentos - Região metropolitana de Belém _____	125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil econômico social da Região do Alto Solimões.....	105
Tabela 2 - Capacidade de receita municipal, transferências SUS e dimensão do gasto em saúde na Região do Alto Solimões 2015 – 2016.....	106
Tabela 3 - Incidência e mortalidade proporcional por doenças transmissíveis na Região do Alto Solimões.....	107
Tabela 4 - Mortalidade por causa básica na Região do Alto Solimões.....	109
Tabela 5 - Perfil econômico social da Região Metropolitana de Belém.....	120
Tabela 6 - Capacidade de receita municipal, transferências SUS e dimensão do gasto em saúde na Região Metropolitana de Belém 2015 – 2016.....	121
Tabela 7 - Incidência por doenças transmissíveis na Região Metropolitana de Belém.....	122
Tabela 8 - Mortalidade por causa básica na Região Metropolitana de Belém.....	123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica a Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDIPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
ASOL	Região do Alto Solimões
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão Estadual de Integração Ensino - Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIRADS	Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRS	Centros Regionais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DDA	Doença Diarreica Aguda
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EP	Emendas Parlamentares
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FVS	Fundação de Vigilância em Saúde
GC	Grupos Condutores da Redes Temáticas de Atenção à Saúde
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MAC	Média e Alta Complexidade
MAG	Metodologia de Análise de Governança
MP	Ministério Público
MPE	Ministério Público Estadual
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NAGAN	Núcleo de Apoio à Gestão na Atenção a Mulher no Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama
ONG	Organização Não Governamental
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PA	Pontos de Atenção
PAB	Piso de Atenção Básica
PAREPS	Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PES	Plano Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPP	Parceria Público-privada
PRB	Partido Republicano Brasileiro
PRODERAM	Projeto de Desenvolvimento Regional do Estado do Amazonas
PROS	Partido Republicano da Ordem Social
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
QUALISUS	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RH	Recursos Humanos
RMB	Região Metropolitana de Belém

RTAS	Rede Temática de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SEA	Secretaria Executiva Adjunta de Atenção Especializada
SESPA	Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do câncer do colo do útero
SISPACTO	Sistema de Informação do Pacto pela Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSAM	Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas
TCU	Tribunal de Contas da União
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
TFD	Transporte Fora de Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	20
2.	REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE	28
2.1	DESCENTRALIZAÇÃO, FEDERALISMO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O SUS	28
2.2	A REGIONALIZAÇÃO E O ARRANJO ORGANIZATIVO DO SUS EM REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	37
2.3	REDES, REGIONALIZAÇÃO E TERRITÓRIO USADO: APORTES CONCEITUAIS PARA A QUESTÃO REGIONAL NA SAÚDE	46
3.	GOVERNANÇA DE POLÍTICAS PÚBLICAS: A POLISSEMIA DE UM CONCEITO.	52
3.1	GOVERNANÇA E GOVERNABILIDADE	53
3.2	ESTADO, MERCADO E REDES COMO MODOS DE GOVERNANÇA.....	55
3.3	GOVERNANÇA E REDES DE POLÍTICAS	59
3.4	GOVERNANÇA EM SAÚDE	61
4.	METODOLOGIA	67
4.1	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS CASOS	68
4.2	CONSTRUÇÃO DO MARCO ANALÍTICO	70
4.2.1	Metodologia de Análise da Governança (MAG)	70
4.2.2	Interdependência e Institucionalidade da Rede	72
4.2.3	Implementação de redes de atenção à saúde	74
4.2.4	Abordagem de redes	75
4.2.5	Matriz de análise da governança regional	77
4.3	ETAPAS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	78
4.4	FONTES DE INFORMAÇÃO	78
4.4.1	Entrevistas semiestruturadas	78
4.4.2	Mapeamento de redes sociais dos gestores	83
4.4.3	Fontes documentais	83
4.4.4	Dados secundários	84
4.5	A PESQUISA DE CAMPO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	88
4.6	PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES E ANÁLISE.....	92
5.	AS REGIÕES DE SAÚDE DA AMAZÔNIA LEGAL: DISTINTOS RECORTES, MÚLTIPLAS E PERMANENTES REALIDADES	95

5.1	A AMAZÔNIA LEGAL: BREVE HISTÓRICO	95
5.2	REGIÃO DO ALTO SOLIMÕES	97
5.3	REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM	113
6.	ATORES E ESPAÇOS: QUEM INTEGRA E ONDE SE CONFORMAM AS REDES DE POLÍTICAS NA GOVERNANÇA REGIONAL EM SAÚDE?	128
6.1	DIVERSIDADE DE ATORES E DINÂMICA DAS RELAÇÕES NA GOVERNANÇA EM SAÚDE	130
6.1.1	Ministério da Saúde: indutor ou constrangedor da gestão local?	134
6.1.2	Gestor Estadual: mediador da regionalização?	141
6.1.2.1	Gestão estadual, CIB e a região de fronteira	141
6.1.2.2	Gestão estadual e a região metropolitana	149
6.1.2.3	Importância do ator gestor estadual para a regionalização e variantes.....	158
6.1.3	Gestor municipal: reveses cotidianos X planejamento regional	162
6.1.3.1	A gestão municipal na região de fronteira.....	162
6.1.3.2	A gestão municipal e a região metropolitana	177
6.1.4	Outros atores e espaços de negociação	192
6.1.5	Espaços de articulação intersetorial	197
6.2	PADRÕES DE INTERDEPENDÊNCIA DA REDE DE GOVERNANÇA EM SAÚDE.....	200
6.3	REDES SOCIAIS DOS GESTORES EM SAÚDE	206
7.	REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: INTEGRAÇÃO E GOVERNANÇA NAS REGIÕES DE SAÚDE	214
7.1	SITUAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS REDES TEMÁTICAS NAS REGIÕES DE SAÚDE.....	214
7.1.1	Região metropolitana	217
7.1.1.1	Rede Cegonha.....	218
7.1.1.2	Rede de Urgência e Emergência.....	220
7.1.1.3	Prevenção e controle do câncer (Rede do Câncer)	221
7.1.1.	4 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	224
7.1.2	Região de fronteira	225
7.1.2.1	Rede Cegonha.....	226
7.1.2.2	Rede de Urgência e Emergência.....	229

7.2	CONTRIBUIÇÃO DAS REDES TEMÁTICAS PARA INTEGRAÇÃO REGIONAL E GOVERNANÇA	232
7.2.1	Região metropolitana	232
7.2.2	Região de fronteira	236
7.3	NÍVEIS DE INTEGRAÇÃO DAS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO.....	238
7.4	O SISTEMA DE GOVERNANÇA NA PROPOSTA DAS REDES TEMÁTICAS	242
7.5	O COAP NO CONTEXTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	245
8.	CONSIDERAÇÃO FINAIS	250
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	262
	APÊNDICES	272

1. INTRODUÇÃO

A regionalização em saúde é fundamental para garantir a atenção integral em sistemas de saúde universais. Trata-se de uma importante estratégia na organização de sistemas de saúde formulados em contextos de estados federativos e com descentralização na implementação (Kuschnir e Chorny, 2010; Dourado e Elias, 2011) envolvendo três conceitos chave: coordenação, descentralização e racionalização. No Brasil, desde que a regionalização entrou na agenda do SUS, tem tido resultados muito diversos e mesmo quando se observam avanços, sua sustentabilidade fica comprometida face a baixa institucionalidade dos processos políticos empreendidos (Lima, 2012; Lima *et al.*, 2012a; Mello *et al.*, 2016).

A regionalização do SUS é um processo de múltipla determinação onde elementos políticos, institucionais e econômicos incidem sobre as estratégias para sua concretização e direcionamento. Seu entendimento esteve condicionado a como regiões e redes estiveram articuladas conceitualmente no âmbito da política nacional (Albuquerque e Viana, 2015). Desde os anos 2000, a regionalização vem sendo resgatada, buscando-se definir regiões de saúde e instituir diretrizes para uma atuação mais cooperativa e complementar entre os municípios e estados, com a definição de instâncias intermediárias de articulação e negociação (comissões inter-regionais), incentivo à formalização de pactos intergovernamentais e organização de redes de atenção à saúde (Viana *et al.*, 2008; Dourado e Elias, 2011; Lima e Queiroz, 2012). A partir de 2010, as redes temáticas de atenção acabaram se constituindo a principal estratégia para a regionalização da saúde.

O conceito de governança, já amplamente debatido internacionalmente no campo das políticas públicas (Dijk, 2006; Fleury e Ouverney, 2007; Rhodes, 2007; Procopiuck e Frey, 2009), começa a adquirir relevância na discussão em torno da política de saúde brasileira (Fleury *et al.*, 2010; Viana e Lima, 2011; Lima, Albuquerque e Scatena, 2016), sendo incorporado como um dos principais atributos na organização de redes de atenção à saúde (Brasil, 2010; Mendes, 2011).

Estudar a governança em saúde significa ter que olhar para as relações intergovernamentais, considerando os processos de negociação e formação de acordos, a diversidade de interesses, preferências e ideologias entre distintos e inúmeros atores, em contexto de baixa formalização e institucionalidade (Fleury, 2008; Viana, Lima e Ferreira, 2010). Simultaneamente, precisa ser capaz de apreender o envolvimento de outros atores sociais, como as organizações profissionais, representações de segmentos específicos da

população (população indígena, quilombola), grupos de interesse privado (prestadores) e instituições acadêmicas, que concorrem e/ou cooperam no processo de coordenação e estabelecimento de metas e prioridades para as regiões de saúde.

Ainda que sejam distintas as formas de conceber a governança, no setor saúde, faz-se referência a uma dimensão política, envolvendo as relações e distribuição de poder estabelecidas entre os atores e uma dimensão técnica, no qual se busca fortalecer a capacidade de coordenação regional por meio de estratégias e instrumentos para o planejamento, a administração, coordenação, regulação e financiamento (Kuschnir e Chorny, 2010; Viana, Lima e Ferreira, 2010; Mendes, 2011; Viana, Lima e Machado, 2011).

Diversos autores buscam explicar a governança enquanto uma rede de políticas. Em muitos casos, ambos os termos se confundem. Tais argumentos fazem referência as transformações ocorridas nas relações entre Estado e sociedade, seja na perspectiva de maior democratização e participação na condução de políticas públicas, quanto em termos de novos arranjos de governo decorrentes da interação com o mercado, ou ainda na perspectiva de uma sociedade que passa a se organizar em rede, em virtude dos avanços das tecnologias de informação e comunicação (TIC) envolvendo o local e o global (Castells e Cardoso, 2006; Schneider, 2006; Fleury, 2008; Mendes, 2010).

Este estudo propõe-se a abordar a governança regional na saúde considerando que se trata também de uma rede de políticas, aqui compreendida como um modo de coordenação, entre múltiplos atores, com relativa autonomia e em relação de interdependência, onde cada componente da rede (ator) atua, interage e maneja seus interesses a depender do grau de influência de uns sobre os outros. Também considera que diversas redes de políticas intra e intersetoriais podem coexistir, interagir ou mesmo se sobrepor na governança regional.

A análise da governança proposta nesta investigação buscará abranger dois componentes das abordagens de redes de políticas: sua estrutura, em termos dos recursos, normas e regras que orientam a ação social e sua natureza relacional, ou seja, o que caracteriza o processo de interação entre os atores (Schneider, 2006; Marques, 2007; Fleury, 2008; Calmon e Costa, 2013).

Com base nos debates nacionais e em referências internacionais Marques (2013) propõe uma definição analítica de governança na análise de políticas públicas brasileiras buscando ampliar os estudos para além do enfoque no governo. Desse modo, define governança como “*o conjunto de atores estatais e não estatais interligados por relações formais e informais que operam no processo de implementação de políticas incorporados em configurações institucionais específicas*” (Marques, 2013, p. 16–17).

Essa definição aproxima-se com a de Hufty, Báscolo e Bazzani (2010; 2010; 2010a; 2006a; a) para quem a governança constitui processos de ação coletiva e que nesses processos, regras ou arranjos são elaborados e reformulados norteando a ação social. Para esses autores, a governança pode ser considerada um marco e uma ferramenta analítica a ser utilizada na compreensão de processos sociais que envolvem a formulação e implementação de políticas. O marco de análise utilizado nesta investigação, a Metodologia de Análise da Governança (MAG), segundo Hufty (2006), considera que os distintos modos de governança representam a síntese das diversas maneiras pelas quais os atores manejam seus interesses. Os eixos de análise são os atores, as normas existentes, formais e informais, sobrepostas ou não, e como orientam ou dificultam o curso da ação coletiva; os processos, ou seja, pactos, arranjos, contratos e os espaços de negociação e de articulação.

Essa abordagem também vem sendo difundida e utilizada em diversos contextos, principalmente, no âmbito de sistemas integrais de saúde, com ênfase no papel da atenção primária na coordenação do cuidado e orientação da rede de atenção. A análise da governança no setor saúde implica em identificarmos um problema, que pode ser de saúde-enfermidade, ou da organização da rede de serviços, por exemplo, e analisar as estratégias locais desenvolvidas para solucioná-los, os atores e normas envolvidos e os espaços onde se estabelecem os acordos que obstaculizam ou facilitam o desenvolvimento da política implementada. (Báscolo, 2010; Báscolo e Yavich, 2010).

Recente revisão sobre pesquisas relacionadas ao processo de regionalização no país alerta para uma certa “unidade” discursiva e que possivelmente isso ocorre porque a centralidade das análises esteja sobre o conteúdo regional da reforma, nas redes e assistência envolvendo de modo periférico os atores envolvidos, particularmente os gestores, e o que é mister para eles no processo de gestão (Mello *et al.*, 2016).

Ao mesmo tempo, de acordo com Lotta (2010) a literatura sobre implementação de políticas públicas informa uma série de fatores que comprometem esse processo como: falta de clareza quanto aos objetivos, diversidade de atores e agências implicados dificultando a coordenação e comunicação, distintos valores, interesses e motivações e a autonomia relativa das agências de implementação, circunscrevendo as formas de controle. O processo político das políticas públicas, envolve barganhas e negociações conduzidas por relações pessoais e institucionais que estruturam uma comunidade política em que interagem recursos materiais e imateriais, influenciando e ou constringendo escolhas e preferências (Marques, 2003). Este autor destaca duas características no modo de funcionamento do Estado brasileiro: a permeabilidade (interpenetração entre público e privado) e as relações pessoais informais que

estruturam a coesão das organizações estatais, sua inserção na sociedade e sua capacidade de coordenação alertando que a não observância desses aspectos pode induzir análises menos acuradas sobre o funcionamento do Estado (Marques, 2003, p. 52-53).

Em vista disso, considera-se que a análise dos modos de governança com a abordagem de redes de políticas, a partir de experiências em curso na implementação de redes de atenção, pode contribuir para o entendimento sobre como ocorre a ação coletiva, os graus e tipos variados de recursos intercambiados entre os atores, seus interesses e a natureza das relações que pautam os processos de negociação (intergovernamentais, público-privadas e ou com outros setores da sociedade).

A análise da rede de políticas na governança regional, nesta investigação, buscou combinar as dimensões da Metodologia de Análise de Governança (Hufty, 2010) com componentes do grau de interdependência de redes elaborados por Fleury e Ouverney (2007). Em ambos referenciais, os atores e os espaços (nodos) são centrais do processo de coordenação. Foram mapeados os atores sociais que participam da governança regional, o conjunto de normas e regras que orientam sua ação, os processos de negociação e acordos para solucionar problemas decorrentes da desarticulação das redes de atenção, delimitação de responsabilidades, mecanismos de regulação e os espaços de negociação, formais e informais, por meio dos quais a política de saúde se realiza regionalmente. Utilizou-se referenciais da abordagem de redes para fazer o mapeamento da rede pessoal de gestores e técnicos estaduais e municipais acionada no processo de gestão (Klijn, Koppenjan e Termeer, 1995; Rovere, 1999; Marques, 2000). Também foram considerados os fatores que têm condicionado a regionalização, como a heterogeneidade e a desigualdade territorial, social e econômica que se expressam diferenciadamente em nosso país, para caracterização do contexto das regiões selecionadas.

A escolha de uma investigação na região amazônica decorreu de considerarmos que aspectos do seu processo de territorialização a diferenciam e colocam outros condicionantes ao processo de organização de redes de atenção e regionalização. De acordo com Becker (2015a) a Amazônia brasileira caracterizou-se como fronteira de recursos nacional e mundial, sendo alvo de intenso processo de ocupação e desmatamento entre 1960-1980. Ao final dos 2000 seu significado foi modificado dado a configurações geopolíticas, adquirindo *“posição estratégica face a organização de mercados supranacionais”* enquanto que no nível interno *“desafia a ciência e a política contemporânea, mas também o cenário pós-moderno gerado pelo conflitivo e fascinante modo com que a modernidade se relaciona com grupos sociais que vivem em diferentes tempos, gerando um mosaico de projetos alternativos diversificados”* (Becker, 2015, p. 96). Ao mesmo tempo, trata-se de uma região que não pode ser considerada

de modo uniforme já que apresenta territorialmente grande variação interna, razão pela qual optou-se por realizar o estudo em duas regiões de saúde: uma de fronteira internacional (região do Alto Solimões), no interior do estado do Amazonas, e a região metropolitana de Belém, no estado do Pará, dado sua importância histórica na configuração da própria Amazônia e as características da situação de metropolização.

A seleção dessas regiões específicas também ocorreu por terem sido objeto de investimento federal para implementação de redes no período entre 2011-2013 (Projeto Qualisus-Rede) e terem tido a governança regional como uma de suas prioridades, o que propiciou na ocasião uma série de estratégias para fomentá-la e tentar viabilizar a regionalização (Cruz, 2015).

No escopo do Projeto Qualisus-Rede foi desenvolvida uma pesquisa avaliativa de implementação das intervenções propostas nos projetos regionais¹ que ocorreu no período de agosto/2012 a dezembro/2015 e focalizou o primeiro componente do Projeto Qualisus-Rede: a qualificação do cuidado e a organização de redes de atenção à saúde. A governança regional foi uma das dimensões avaliativas e embora não tenha constituído o foco da investigação, os elementos pesquisados propiciaram uma aproximação com esses processos e com a realidade das regiões selecionadas, resultando no primeiro produto da tese: o artigo intitulado “A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede”². Minha participação na equipe de pesquisa possibilitou o acesso aos processos de implementação de redes de atenção em curso nessas regiões e fomentou algumas interrogações sobre as inter-relações entre esta proposta e a governança regional.

Pressupostos, perguntas de pesquisa e objetivos

A presente pesquisa teve como pressupostos:

- No âmbito do setor saúde, a governança regional ainda que constitua uma rede interorganizacional, permanece centralizada em instâncias gestoras do SUS com baixo nível de

¹ A avaliação foi desenvolvida pela equipe do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (LASER/ENSP/FIOCRUZ) e coordenada pela pesquisadora Marly Cruz (2015)

² Casanova, Angela Oliveira, Cruz, Marly Marques, Giovanella, Ligia, Alves, Glaydes dos Reis, e Cardoso, Gisela Cordeiro Pereira. (2017). A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4), 1209-1224.

articulação com outros setores do governo ou da sociedade, não se revelando à primeira vista, uma rede com participação de múltiplos atores, quanto à diversidade de sua representação, no âmbito decisório. Os atores, quando de outros segmentos (do governo, do mercado ou da sociedade), buscariam influenciar a definição de prioridades e a condução da regionalização em outros canais de articulação e participação, enquanto os espaços de pactuação, negociação e decisão permanecem centralizados no Estado.

- A indução à organização de redes de atenção à saúde (RAS), mesmo que numa perspectiva restrita e orientada por linhas de cuidado, poderia estar fomentando a governança regional ao colocar em pauta aspectos de alcance regional, que necessitariam ser equacionados para viabilizar sua sustentabilidade e favorecer maior explicitação dos interesses de distintos atores, do setor público ou privado da saúde, em canais formalizados de negociação e pactuação, nos grupos condutores (GC) das redes temáticas.

Ao mesmo tempo, as repercussões dos elementos de reforma do Estado sobre a política de saúde, como a descentralização de competências, mercantilização e democratização (Lima, Albuquerque e Scatena, 2016), informaram nossa hipótese de partida de que a governança pública se processa em uma rede de política ao implicar uma diversidade de atores, em situação de relativa autonomia e interdependência, que interagem e manejam seus interesses a depender dos recursos disponíveis e do grau de influência de uns sobre outros. Também se considera que diversas redes de políticas intra e intersetoriais podem coexistir, interagir ou mesmo se sobrepor na governança regional.

Tais pressupostos, fomentaram as seguintes perguntas de investigação:

- Quem são os atores envolvidos? Que interesses norteiam suas relações e como os conflitos são manejados? Os instrumentos e estratégias institucionais (as normas, as regras) existentes favorecem a governança num âmbito regional?
- Quais os principais espaços de articulação / negociação? A Comissão Intergestora Regional (CIR) está fortalecendo a governança regional?
- Que configurações de governança regional adquirem maior institucionalidade nos processos de regionalização em saúde?
- Em que medida a governança regional da saúde configura uma formação em rede?
- As iniciativas para implementação de redes de atenção à saúde em curso nas regiões selecionadas estão contribuindo para o fortalecimento da governança regional?

- Como o contexto das regiões situadas na Amazônia legal influencia a implementação de redes de atenção e a governança regional?

O presente trabalho teve como objetivo analisar a governança regional no processo de implementação de redes de atenção à saúde em regiões da Amazônia Legal (Alto Solimões e Metropolitana de Belém). Para isso, buscou-se mapear os atores integrantes da rede de governança, institucionalizados ou não, seus padrões de interação, os recursos mobilizados e a natureza das relações estabelecidas bem como identificar os espaços de negociação, estratégias e instrumentos envolvidos na governança para implementação de redes de atenção à saúde. Procurou-se ainda examinar o papel do gestor estadual na coordenação de interesses regionais e identificar como a organização das redes temáticas poderia estar contribuindo para a governança e a regionalização.

Espera-se que a adoção dessa abordagem seja capaz de revelar a existência de camadas de redes de políticas envolvidas com a implementação de políticas públicas nas regiões e suas possíveis conexões com a governança em saúde, bem como fornecer subsídios para analisar a capacidade de gestão territorial. Ao mesmo tempo, pode fornecer uma compreensão mais geral sobre os limites e desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal, tendo em vista sua especificidade territorial.

Apresentação da tese

Esta tese está organizada em 6 capítulos além desta introdução e das considerações finais. Os dois primeiros capítulos consistem os principais referenciais teóricos que orientaram essa investigação. Faz-se uma apresentação do mapa conceitual utilizado na compreensão dos aspectos que envolvem a governança regional na saúde, buscando-se primeiro o referencial teórico que trata das implicações da descentralização e do federalismo para a implementação do SUS. Em seguida, utilizando-se do aporte conceitual de alguns autores da geografia, busca-se discutir as implicações para a regionalização de acordo com as diferentes perspectivas que a têm orientado e, na sequência, analisar como a regionalização tem ocorrido no âmbito do SUS. Por fim, tendo em vista a polissemia do termo governança, pensado como método, como rede de política, como modo alternativo de governo, ou ainda como novo modo de gestão pública, foi necessário fazer uma revisão na bibliografia, com vistas a tentar mapear tais distinções e chegar a uma definição, mesmo que provisória, na orientação deste estudo.

Na metodologia, apontamos o tipo de método utilizado, um estudo de casos múltiplos, de natureza qualitativa, seus princípios e sua adequação ao objeto de estudo. A partir de alguns referenciais de análise de governança e redes de políticas, buscou-se construir uma matriz de

análise, com as dimensões e componentes que foram empregados. Apresenta-se os critérios para escolha do campo de pesquisa e dos sujeitos, as técnicas e fontes utilizadas (entrevistas e análise documental) e o processo de triangulação e análise dos dados. Consideramos importante apresentar também um relato da experiência do trabalho de campo, estratégias e aprendizados. Neste capítulo são explicitados ainda como foram tratados os aspectos éticos da pesquisa.

Os resultados foram organizados nos capítulos subsequentes: o capítulo quatro apresenta o contexto das duas regiões de saúde, com ênfase em aspectos sociais, econômicos, demográficos, epidemiológicos e na estrutura dos serviços de saúde correspondentes. No capítulo 5, discutimos quem são os atores e espaços da governança regional, com destaque para o papel e atuação dos gestores federal, estadual e municipal. Neste capítulo analisamos o padrão de interdependência da rede de governança e discutimos como os gestores conformam suas próprias redes sociais. No capítulo 6, discutimos como a organização das redes temáticas, integração regional e governança se articulam nas regiões. No último capítulo, destinado às considerações finais, sintetiza-se as análises com vistas a responder as perguntas de investigação.

2. REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE

A organização das ações e serviços de saúde em rede tem sido considerada aspecto fundamental para o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto política social, que tem como princípios fundamentais a universalidade e a integralidade do cuidado à saúde dos brasileiros, o SUS necessita garantir um amplo escopo de intervenções, com extensa variabilidade de estratégias. A garantia da integralidade exige mecanismos de integração entre práticas, intraorganizacionais, setoriais e extra setoriais. Não obstante esse reconhecimento esteja presente desde o momento da formulação do SUS, no Brasil, diferentemente do que ocorreu em outras experiências de implantação de sistemas de saúde universais, a regionalização não se consolidou concomitante ao processo de descentralização (Marques e Arretche, 2003; Freire, 2006; Kuschnir e Chorny, 2010; Giovanella, 2012).

A implementação de políticas públicas tem como condicionante o sistema político de um país, ou seja, sua análise deve considerar como a esfera política está organizada no espaço territorial e as formas de representação, participação e controle disponíveis aos cidadãos.

A centralidade dada ao processo de descentralização na condução da política de saúde pode ser melhor compreendida à luz das transformações introduzidas com a Constituição de 1988 que mudaram as instituições federativas no âmbito político, fiscal e organizacional (Marques e Arretche, 2003). No próximo tópico, discute-se os principais aspectos dessas transformações para a implementação da política de saúde no país.

2.1 DESCENTRALIZAÇÃO, FEDERALISMO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O SUS

A adoção de um sistema de saúde universal no Brasil, a partir do final dos anos 80, ocorreu em meio a um contexto desfavorável, de crise econômica e difusão de uma agenda de reformas, que buscavam orientar a retração dos sistemas de proteção social, em prol de políticas de ajuste macroeconômico e enxugamento do Estado. Huber e Niedzwiecki (2015) apontam que na América Latina, essa agenda foi difundida por organismos financeiros internacionais e incentivada por meio de fundos condicionados. Sua ênfase recaiu principalmente na redução dos gastos governamentais, processos de privatização, desregulamentação e na liberalização do mercado de trabalho e financeiro. Na política social isto se traduziu em políticas focalizadas aos mais pobres e previdência social ofertada por operadores privados.

Ainda que o Brasil seja considerado um caso paradigmático, frente ao contexto desfavorável a adoção de um sistema de saúde universal, também vivenciou esses

contingenciamentos. Almeida (2012) destaca três aspectos: o primeiro é que o SUS foi criado por um movimento interno e sem influências internacionais; por outro lado, o sistema tem tido profundos problemas de financiamento além de ter que enfrentar dívidas sociais acumuladas historicamente. Por fim, durante os anos 90, foi afetado pelas reformas do Estado que abriram uma porta para a privatização com a figura das organizações sociais - organização públicas não estatais de direito privado, sem fins lucrativos, fundações ou organizações da sociedade civil, na prestação de serviços dentro do sistema de saúde.

Um dos aspectos que se destacou nessa agenda de reformas foi a ênfase dada aos processos de descentralização, como justificativa para alcance de maior eficiência que resultou, na América Latina, distintos modos de articulação entre descentralização e regionalização (Guimarães e Giovanella, 2004; Lima *et al.*, 2012b). Esse debate igualmente esteve presente em países de democracias estáveis, como alternativa à centralização de estruturas decisórias, seja na perspectiva de radicalização da democracia (França), vitalização de governos regionais (Itália), autonomia política de etnias subrepresentadas (Bélgica e Espanha), com ênfases e estratégias diferenciadas, seja em estados unitários, ou naqueles que fizeram a opção pelo federalismo (Arretche, 2002).

Guimarães e Giovanella (2004) destacam que a descentralização variou de acordo com a concepção do papel de Estado, sendo associada com correntes de orientação liberal, defensoras da redução do Estado quanto com orientações que defendiam a reestruturação democrática. Apontam ainda que os resultados da descentralização vêm demonstrando não serem suficientes para modificar o nível da tomada de decisões e ser necessário promover instituições que sejam compatíveis aos novos arranjos adotados. Ao mesmo tempo, as autoras ressaltam que o conceito de descentralização tem sofrido variações, ambiguidades e imprecisões, razão pela qual adotaremos sua definição, em que a descentralização

É entendida como a transferência de autoridade e poder decisório do âmbito nacional para outras esferas de governo, com definição de responsabilidades de gestão, inclusive gestão financeira, que resulta em nova divisão de poder e de responsabilidades entre níveis executivos e incrementa as capacidades institucionais (Guimarães e Giovanella, 2004, p. 283).

No caso brasileiro, a descentralização foi introduzida na agenda da redemocratização, como resposta ao período anterior de centralização, do regime militar, no entrecruzamento com os conceitos de democratização e federalismo (Arretche, 2002). Os municípios foram transformados em entes federativos, equiparados aos estados e União quanto ao status jurídico-constitucional, acarretando ampliação e descentralização de encargos, recursos e atribuições e compartilhamento de competências entre os três entes. Ao mesmo tempo, o aumento do número

de municípios ampliou a base de representação política, com o envolvimento de diversos atores, orientados por interesses distintos (Marques e Arretche, 2003; Dourado e Elias, 2011; Lima *et al.*, 2012; Lima e Queiroz, 2012).

No setor saúde, a descentralização envolveu a transferência de poder e atribuições, responsabilidades gestores, recursos, e o compartilhamento de competências, em relações verticais principalmente entre a União e os municípios (Lima *et al.*, 2012). Mas, a falta de um consenso sobre seus objetivos, propiciou sua reprodução de forma diferenciada pelos governos locais, seus resultados mostrando-se bastante variáveis, condicionados também pela trajetória histórica de desenvolvimento econômico, social e político que caracteriza os entes subnacionais e que configura, nacionalmente, um contexto de grandes heterogeneidades.

A descentralização também foi concebida enquanto indutora da eficiência na gestão e na capacidade de responder melhor às necessidades locais, mas as condições para sua realização não foram objeto de reflexão e pactuação rumo a um consenso social. Condicionada pela interação dos distintos interesses entre regiões e entre os entes subnacionais, a descentralização caracteriza-se enquanto processo político e não apenas administrativo (Arretche, 2002; Souza, 2002).

A descentralização se apoia em duas premissas: a primeira, mais conhecida e debatida, é a transferência de poder financeiro e decisório para instâncias, setores ou grupos anteriormente excluídos da estrutura de poder. A segunda, pouco enfatizada na literatura publicada no Brasil, resulta da premissa anterior e implica a liberdade das instâncias, setores ou grupos para decidirem o que fazer com os recursos e o poder que lhes foram transferidos. A idéia-força da descentralização a partir da segunda premissa é a de que políticas e prioridades sobre certas questões serão decididas localmente, sem controle central, até sobre seus resultados (Souza, 2002, p. 432)

Por outro lado, reconhece-se que esse processo, na saúde, favoreceu a redefinição de responsabilidades entre os entes governamentais, reforçando especialmente as instâncias municipais, processo que foi compreendido como caminho para a democratização e para a incorporação de novos atores sociais, bem como para a melhoria da eficiência e dos mecanismos de prestação de contas à sociedade (Arretche, 2002; Lima, 2012). Mas, ainda que avanços tenham ocorrido ao longo dos anos, especialmente relacionados à expansão da cobertura, aumento do acesso, desenvolvimento de iniciativas inovadoras de gestão e um relativo fortalecimento da capacidade técnica e gerencial dos municípios, a descentralização da política de saúde enfrentou diversos desafios relacionados seja ao subfinanciamento do setor, mediante a adoção de políticas econômicas de orientação neoliberal e de ajuste fiscal (anos 1990) e à estrutura federalista do sistema político brasileiro.

A implantação de políticas em contextos federativos envolve a repartição do poder do Estado, para que diferentes esferas do governo possam participar do processo político e defender seus direitos originários (Souza, 2002). A forma de organização político territorial do poder é, segundo Abrúcio (2003), um dos elementos de maior relevância para a democracia. Sua escolha vai determinar a forma de Estado adotada e as regras do jogo do sistema de governo e das relações intergovernamentais.

Lijphart (2008) aponta o federalismo como o método mais drástico de divisão de poder já que o faz entre níveis inteiros do governo, caracterizando um modelo consensual de democracia. A escolha por esse modo de organização do Estado envolve a divisão territorial de poder, entre distintos níveis de governo, em unidades que são definidas geograficamente, com sua distribuição em múltiplos “centros”, a fim de assegurar o seu exercício no nível regional e a descentralização do poder. Essa repartição de poder, entre as distintas esferas de governo, é assegurada constitucionalmente quanto ao seu exercício e autonomia na tomada de decisão, configurando uma soberania compartilhada³.

Para Abrúcio (2003) a escolha por esse modelo decorre de uma *situação federalista*: de um lado, nações caracterizadas por heterogeneidades as mais diversas (territoriais, étnicas, linguísticas, socioeconômicas, políticas e culturais), cujos distintos interesses podem gerar competição e conflitos que possam acarretar na sua desintegração enquanto unidade nacional e, de outro, um desejo compartilhado de manter a “unidade na diversidade”, no qual defende-se a autonomia local, mantendo a integridade nacional. Sua “regra de ouro” constitui buscar conciliar a autonomia dos entes em relações de interdependência, entre eles, por meio de um contrato ou pacto, via atuação do governo central. Configura-se um conjunto de instituições políticas que buscam a combinação de dois princípios: autogoverno e governo compartilhado - *self rule plus shared rule* (Almeida, 2001; Abrúcio, 2003; Lijphart, 2008).

O federalismo possui características que conferem relação especial com a democracia, no qual pode-se destacar quatro aspectos principais: primeiro, a dupla identidade conferida aos cidadãos na sua participação do processo político: a individual (nacional) e a territorial (regional) que ocorrem de forma complementar de modo que a democracia exige pluralismo e instituições que favoreçam um modelo mais consociativo, maior distribuição de poder e extensos processos de negociação e decisão (Abrúcio, 2003, p. 237).

³ De acordo com este autor, algumas “garantias do federalismo” são: a existência de uma legislatura bicameral, com uma câmara federal forte, a fim de representar os interesses regionais, uma constituição protegida contra emendas e uma corte constitucional.

Esse aspecto abrange outro: a proteção dos direitos das minorias, por meio do constrangimento do poder da maioria (*democratically constraining*), a fim de que os entes subnacionais possam defender seus interesses e direitos originários. Ao mesmo tempo, esse constrangimento não pode acentuar elementos centrípetos e afetar o projeto nacional uma vez que está em jogo o equilíbrio entre os direitos originários dos entes subnacionais, os quais a União não pode retirar e, ao mesmo tempo, a necessidade de respostas nacionais para o país.

Outro elemento refere-se aos *check and balances* que ocorrem por meio do controle e fiscalização entre os poderes, níveis de governo e dos governantes. Busca-se evitar a concentração de poder que anule a autonomia dos demais e garantir maior participação dos cidadãos. Como último aspecto, destaca-se a coordenação entre níveis de governo, tendo em vista que o federalismo implica autoridade fiscal e tributária, descentralização e compartilhamento de atribuições e responsabilidades, exigindo mecanismos e arenas institucionais que promovam a negociação, cooperação e articulação entre os níveis de governo. Para que todos esses aspectos sejam garantidos, faz-se necessário: a) formas de descentralização (princípio de subsidiariedade) e reforço do poder local, dependente de instituições e formas de controle mútuas associadas a um comportamento fiscal responsável; b) o papel da constituição na federação, sendo capaz de garantir os direitos originários dos pactuantes; c) o bicameralismo, ou seja, constituição de duas câmaras (alta e baixa) com vistas a garantir a dupla representação (regional e nacional) dos indivíduos – princípio majoritário e princípio consociativo e d) sobre-representação dos territórios menos populosos na câmara baixa, sendo necessário encontrar um ponto ideal entre representação nacional e regional (Arretche, 2002; Lijphart, 2008).

O federalismo como modelo de organização do Estado brasileiro, historicamente encontrou acolhida em duas justificativas: primeiro, como uma alternativa ao centralismo autoritário que caracterizou a maior parte da história do país e segundo, em face de sua extensão territorial e diversidade regional, o que praticamente fariam do federalismo uma opção *per se* (Martin, 2005; Gallo, 2014).

Na trajetória da formação do estado brasileiro o conflito entre poder central (metrópole) e as elites regionais da colônia, sempre estiveram presentes, e o poder público costumava ser área de domínio das oligarquias locais, pouco afetadas por medidas centralistas, caracterizando um “modus operandi localista” de modo que o sentimento de autonomia, característico de uma situação federalista, nasceu marcado pela oligarquização do poder e não pelo desejo de sua republicanização (Abrúcio, 2003). O federalismo foi considerado um mecanismo político com vistas a resolução dos regionalismos que sempre ameaçaram a Monarquia, pela possibilidade de fragmentar o território. Após a independência, o Estado

constituiu-se com vistas a manter a coesão interna, formando-se alianças no interior do Império entre elites locais e regionais, em prol da descentralização do poder (Martin, 2005). O federalismo como alternativa no Brasil configurou-se portanto em torno da lógica do *hold together*, “em que uma união anterior desconcentra o poder” para manter juntos unidades político-territoriais com aspirações independentes (Almeida, 2001; Abrúcio, 2003).

Manter a sua integridade territorial transforma-se na questão central e recorrente da agenda política, desde a independência. Monarquia e república, centralização e descentralização, Estado unitário e federação foram respostas institucionais, vislumbradas pelas elites, ao desafio de “manter junto” um país, onde eram fortes as tradições localistas herdadas do período colonial (Almeida, 2001, p. 13).

Em síntese, pode-se dizer que na gênese do federalismo brasileiro, os debates e propostas gravitaram em torno da busca por *self government*, descentralização e república, com alternância na ênfase sobre esses aspectos, caracterizando-se em sua origem como um federalismo assimétrico e hierárquico, com a oligarquização do poder no plano regional com autonomia diferenciada entre os entes subnacionais, já que não tinha (e ainda não tem) a mesma abrangência para todos, em termos de suas condições financeiras, fiscais e política (Almeida, 2001).

Alguns autores apontam sucessivos movimentos de maior ou menor centralização na distribuição de poder ao longo do ciclo de pactos formalizados até a última carta constitucional, de 1988, momento em que, pós período autoritário, redesenha-se a estrutura do Estado em torno de uma federação descentralizada, no qual retoma-se prerrogativas estaduais e municipais por meio de um federalismo trino, constituído por união, estados e municípios, estabelecidos igualmente como entes federados (Almeida, 2001; Abrúcio, 2003; Cataia, 2013).

O seu projeto básico era fortalecer os governos subnacionais e, para uma parte desses atores, democratizar o plano local. Preocupações com a fragilidade dos instrumentos nacionais de atuação e com a coordenação federativa, ficaram em segundo plano (Abrúcio, 2003, p. 182)

No contexto de ideias e interesses que prevaleceram nesse período, democratização, municipalização e descentralização foram associados e confundidos, muitas vezes um *quase* significando o mesmo que outro (Souza, 2001, 2002). Com a municipalização, e a descentralização de políticas, o nível *local* entrou no centro do debate. Isso porque o *poder local* passou a vigorar no discurso brasileiro, seja como prescrição sobre a melhor forma de executar políticas públicas – com a transferência de responsabilidades para níveis de governo local, como forma de controle social e portanto, envolvendo maior democratização nesse processo ao ampliar o rol de atores interessados.

A autonomia política de estados e municípios imprimiu ao processo de descentralização uma característica que, para o bem e para o mal, limitam a governabilidade da instância federal no seu processo de implantação, já que os governos locais podem aderir ou não as propostas / projetos de âmbito nacional. Desse modo, a implementação de políticas de saúde em nosso país tem exigido do governo central o desenvolvimento de estratégias e dispositivos de indução para obter a adesão dos entes subnacionais.

O governo federal deve “regular” as decisões dos governos locais porque controla o financiamento e os mecanismos de coordenação intergovernamental, mas, como contrapeso, estados e municípios têm direitos institucionalizados de participação na formulação das regras das políticas que lhes afetam diretamente e, no limite, têm a prerrogativa de não aderir à política federal (Arretche, 2003, p. 336).

Ainda assim, a despeito da ampliação de poder dos entes subnacionais, o nível federal não tem sido um ator passivo nesse processo pois mesmo considerando-se a autonomia e poder de veto daqueles frente às iniciativas do governo federal, este tem conseguido fazer valer a sua agenda, por meio de leis, decretos e/ou medidas provisórias, utilizados em maior ou menor grau, a depender da sua força de coalizão no legislativo (Baptista, Machado e Lima, 2009). De acordo com a correlação de forças vigente, pode-se dizer que o setor saúde tem sido permeado por movimentos de descentralização - centralização – descentralização (Souza, 2002; Paim e Teixeira, 2007).

Cataia (2013) destaca que, considerando-se o eixo das políticas públicas, centralização e descentralização, i.e, regulação no nível federal e execução pelo nível local, acabam por expressar processos que coexistem, pois são imanentes a implementação de políticas num contexto federalista. Esse movimento é tensionado de um lado, pela construção de processos decisórios envolvendo negociações diretas entre os governos locais e de outro, por incentivos fomentados pela instância central.

Nesse caso, a implantação de sistemas nacionais e universais de saúde como o SUS supõe o entendimento entre autoridades políticas dotadas de vários tipos de poder e legitimidade que agregam e empregam recursos diversos, envolvendo relações de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos com projetos frequentemente divergentes na disputa política (Lima, 2012, p. 132).

Abrúcio (2003) destaca aspectos que colocam desafios importantes para as relações intergovernamentais, no contexto do federalismo brasileiro. Primeiro, as heterogeneidades que caracterizam as regiões do país, necessitando instituições e estratégias adequadas para sua resolução. Além disso, ele destaca que as relações entre os entes federados, particularmente

entre estados e municípios precisam ser repensadas, faltando uma estrutura intermediária capaz de promover a articulação das demandas locais, de forma mais democrática. Argumenta que a construção de uma federação mais integrada, em que prevaleçam maior comunicação e coordenação é fundamental para implementação e o sucesso das políticas públicas.

Um dos principais desafios para o SUS tem sido conseguir efetivar no território nacional, aspectos gerais e comuns da política de saúde, de acordo com seus princípios e diretrizes, com a capacidade de se coadunar às especificidades locais, numa perspectiva regional, em face dessa heterogeneidade e das desigualdades sociais que precisam ser superadas. Na federação brasileira, a autonomia municipal ocorre num contexto de baixa capacidade institucional, financeira e fiscal dos municípios que possibilite se realizar a contento suas funções constitucionais.

De acordo com Fernandes e Wilson (2013) entre 1960 e 2007 houve ligeiro aumento da arrecadação própria da União (63,9 para 69,0) e dos Municípios (4,7 para 5,2) em detrimento dos Estados (31,3 para 25,7). Os municípios com população acima de 200.000 habitantes ficaram com 72,65% do total da receita tributária do conjunto dos municípios do país, enquanto os municípios, que possuem população abaixo de 20 mil habitantes (70,0%) detêm 4,7% desse montante. Por sua vez, as transferências intergovernamentais têm favorecido um incremento substancial nas receitas para os Municípios (5,81% em 1960 para 18,3% em 2010). A maior participação dos municípios no bolo tributário associada a mudanças no critério de repartição, implicou *“uma forte redistribuição de recursos tributários em favor de municípios pequenos, pobres e interioranos”* (Andrade e Santos, 2015, p. 167). Os autores destacam como características desse processo: um caráter distributivo mais justo e a menor importância do fundo de participação dos municípios (FPM) para os de maior porte populacional e a forte dependência das transferências intergovernamentais para os menores. Fernandes e Wilson (2013) também destacam que, de modo geral, o orçamento dos municípios pequenos costuma ser rígido, em face do gasto público ser orientado para utilização de recursos vinculados a execução de políticas públicas e por transferências discricionárias. Esse é um aspecto que, segundo os autores, cria dificuldades na utilização de recursos para investimentos, com vistas ao desenvolvimento.

Em síntese, pode-se afirmar que no plano político, os municípios adquiriram maior centralidade. Com a constituição de 1988 e desde então, muitas reformas foram introduzidas alterando as relações intergovernamentais. Resta discutir se do ponto de vista do nível local, os municípios, as transformações tenham contribuído para o alcance de mais maturidade institucional e política. De acordo com Andrade e Santos (2015) as evidências desautorizam

uma afirmativa nesse sentido. Os municípios adquiriram centralidade no processo político, favorecidos por ampliação de competências tributárias, com benefício dos municípios mais ricos, aumento de transferências intergovernamentais e maior redistribuição para os municípios de menor porte, somados à descentralização na execução de políticas sociais, com importante aporte de recursos para economia local e centralidade no papel do poder local. Ao mesmo tempo, sobre os municípios recaiu uma robusta parcela de responsabilidades com pouca autonomia financeira, seja em relação a capacidade de gerar receitas próprias como liberdade de gasto. Nesse interim, as regras para gestão de recursos públicos introduziram atores importantes, participantes das instituições políticas, como os órgãos de controle externo, responsáveis pela fiscalização quanto ao cumprimento dos dispositivos legais. Mídias e movimentos sociais organizados também se organizam no controle da atuação do governo municipal e na demanda por direitos. Contudo, estes autores destacam um aspecto fundamental: experiências crescentes na participação política em nível local não ensejaram a retirada do governismo no mapa político brasileiro.

Muitas pequenas localidades, apesar da descentralização das receitas tributárias, ainda dependem dos favores dos estados e da União para sobreviver por meio de transferências voluntárias. Para tanto, elegem deputados que pareçam mais capazes de granjear os recursos necessários para seu território. Por outro lado, o baixo desempenho institucional do poder legislativo municipal impede que boa parte das câmaras desempenhe com independência a capacidade de controlar o executivo. De fato, o prefeito continua sendo o ator mais poderoso na política local (Andrade e Santos, 2015, p. 171).

Este aspecto é importante na compreensão sobre como se processa atualmente os investimentos na política de saúde, principalmente conseguidos por emendas parlamentares e a baixa articulação do legislativo municipal com a política de saúde local, buscando beneficiar-se ou aos seus eleitores em detrimento das prioridades estabelecidas para o SUS municipal.

Abrúcio (2003) destaca que se a descentralização e reforço do plano local é uma condição necessária do federalismo, não é suficiente, sendo obrigatório “republicanizar o poder local”, o que depende da construção de instituições adequadas, controle mútuo e comportamento fiscal adequado. Andrade e Santos (2015) concordam que se é possível observar ambientes mais democráticos e alguns avanços no tratamento republicano dos recursos, a debilidade das instituições locais também podem nos fazer hesitar quanto a sua eficiência. A convivência entre os modelos democráticos e oligárquicos nos municípios exige a criação de instituições e regras de modo que o primeiro prevaleça sobre o segundo nos municípios. Por outro lado, a dependência em relação as transferências intergovernamentais, a

responsabilidade pela execução de políticas sociais sem muita autonomia para o gasto e o papel crescente de órgãos de controle tem implicado constrangimentos importantes ao gestor municipal.

Quanto aos governos estaduais, de um lado, Abrúcio (2003) destaca que a relação entre estados e municípios precisa ser modificada, considerando-se as estratégias políticas dos governadores para dividir os municípios e alcançar maior poder além da fragilidade dos governos locais antes aos governos estaduais.

De outro, Arretche e Schlegel (2014) em análise comparada sobre a autoridade dos estados brasileiros na federação com níveis de governo similar em outros países, discriminou duas dimensões de autoridade: autogoverno (*self-rule*), referente a autonomia na tomada de decisões sobre suas próprias políticas e de governo compartilhado (*shared-rule*), ou seja, a capacidade de influenciar decisões nas esferas centrais. Nesse estudo, comparados a outras federações (clássicas e cooperativas), os autores verificaram que é limitada a autoridade dos estados no que se refere a capacidade de influenciar a tomada de decisão no nível federal, mas também sobre suas próprias políticas. A análise realizada revelou que a fragilidade fiscal dos estados decorre exatamente dos limitados recursos com que contam para afetar decisões que atingem suas receitas na esfera central. Além disso, a percepção social dos governos estaduais como coadjuvantes na federação, vis-à-vis prefeitos e governo central, é outro elemento que, segundo os autores, expressam que suas preferências são consideradas menos importantes, sem que tenha sido encontrado entre seus entrevistados uma maioria que apoiasse a ampliação de poder deste ente na federação (Arretche e Schlegel, 2014, p. 5).

Logo, os referenciais apontam para a complexidade das relações intergovernamentais no processo político brasileiro. Em 2003, Abrucio sugeriu a formação de “*novas instancias regionais agregadoras das demandas locais, como ainda o estímulo ao consorciamento intermunicipal*” (2003, p. 262), estratégias essas que poderiam conferir melhores resultados face a essa complexidade e que não por acaso, foram incorporadas na narrativa da política nacional de saúde como dispositivos para favorecer a coordenação federativa e a regionalização no SUS.

2.2 A REGIONALIZAÇÃO E O ARRANJO ORGANIZATIVO DO SUS EM REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A ênfase inicial dada ao processo de municipalização, com transferência de responsabilidades na provisão de serviços, implicou o fortalecimento de relações bilaterais

entre os entes, principalmente entre a União e os municípios, favorecidas pelos mecanismos de transferência de recursos adotados (Viana *et al.*, 2008). Enquanto isso, os estados ficaram com papel indefinido e não se priorizou a institucionalização de instâncias com capacidade de coordenação que pudessem garantir a racionalidade sistêmica necessária a um sistema de saúde integrado (Dourado e Elias, 2011; Lima e Queiroz, 2012). Esses aspectos, dificultam relações intergovernamentais mais cooperativas, fundamentais para a implementação de políticas públicas num contexto federativo.

Assim, esforços para retomada do processo de regionalização começaram a ser empreendidos no âmbito do próprio governo federal, e identificados em documentos oficiais (leis, portarias) que buscaram resgatar esse direcionamento por meio de diretrizes, estratégias e instrumentos. Também começa a ter ênfase na narrativa da regionalização o entendimento sobre a importância da governança como um dispositivo importante para articular e coadunar os interesses em jogo e favorecer processos mais cooperativos entre os entes, dada sua relação de interdependência, com compartilhamento de competências e de recursos, (Lima, 2012, 2008).

Cabe destacar que os conceitos de região e redes sempre estiveram imbrincados e os modos como a regionalização foi concebida foi informada pelo entendimento desses conceitos (Albuquerque e Viana, 2015). As autoras identificaram três fases de indução ao processo de regionalização e conformação de redes na política de saúde brasileira relacionadas com as principais normativas do setor.

Nos anos 2000, com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS (2001/2002), a regionalização e integração do sistema adquiriu ênfase por meio da estruturação de redes regionalizadas de atenção. Com esta norma tinha-se por objetivo promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população, racionalizar a oferta, potencializar ganhos e maximizar o uso de recursos. Os instrumentos de ordenamento do processo de regionalização foram os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). A NOAS destacava a regionalização como estratégia de hierarquização de serviços com objetivo de organizar os sistemas de saúde em todos os níveis de atenção, buscando estimular o planejamento regional, conduzido pelos Estados.

Esta foi a primeira fase de indução a regionalização (2001-2005), com desenho normativo da região de saúde e proposta de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde mas, sem definição de um conceito específico, e cujo objetivo era regular fluxos assistenciais intermunicipais, por intermédio da PPI da assistência e centrais de regulação (Albuquerque e Viana, 2015, p. 33–34).

Contudo, a NOAS não conseguiu consolidar uma governança regional pois, de um lado, o papel antes relegado do gestor estadual na coordenação do planejamento regional, gerou resistências junto aos municípios frente à autonomia adquirida, identificando-se nessa estratégia, a possibilidade de um processo de (re)centralização. De outro, a NOAS acabou se tornando uma proposição técnica e normativa da reorganização dos serviços regionais, mostrando-se muitas vezes incoerente com as condições existentes em contextos locais (Viana *et al.*, 2008; Silva, 2011). A baixa capacidade de indução da regionalização pelo Ministério da Saúde (MS) e a falta de experiência no desenvolvimento de mecanismos de coordenação federativa contribuíram para a dificuldade na criação de espaços de negociação regional (Dourado e Elias, 2011).

Na segunda fase de indução (2006-2010), ganha relevo outra proposta, o Pacto pela Saúde, que reiterou a regionalização como diretriz constitucional e eixo estruturante, na orientação e organização do SUS, por meio de negociação e pactuação entre os gestores (Dourado e Elias, 2011; Silva, 2011).

Nesta fase, configura-se a região negociada, em que se busca fortalecer o papel da gestão estadual na coordenação intergovernamental, destacando-se que as regiões podem adquirir diferentes recortes, intra e interestaduais, na perspectiva de uma regionalização viva. A proposta de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde surge desacompanhada de definição específica e caracterizada pela diversidade de nomenclaturas, mas com publicação de portarias organizativas (Albuquerque e Viana, 2015, p. 33–34). A regionalização foi definida como "*a diretriz que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores*" (Brasil, 2006, p. 19).

Considera-se que o Pacto recuperou o conteúdo político da regionalização, exatamente por buscar fortalecer a pactuação política entre os entes e enfatizar a importância da esfera estadual na condução desse processo, além de propor a criação dos colegiados de gestão regional de acordo com as regiões de saúde definidas, admitindo que a organização do sistema deveria considerar a diversidade de elementos que caracterizam o território (Viana *et al.*, 2008; Lima *et al.*, 2012b).

Lima e Queiroz (2012) ao analisarem a implantação do Pacto pela Saúde, no período entre 2006-2010, buscaram caracterizar sua dinâmica, ritmos e graus de implantação e identificar os condicionantes para sua adesão. Observaram que apesar de ser possível reconhecer uma reconfiguração nas relações intergovernamentais, a adesão ao pacto não modificou o volume de recursos repassados, nem ampliou a autonomia no gasto descentralizado desses recursos. Quanto aos mecanismos de financiamento, houve unificação dos repasses com

vistas a superar a pulverização até então característica, em blocos de financiamento, mas estes continuaram condicionados aos programas específicos aos quais se referiam. Uma vez mantidos o poder regulatório e o de indução de políticas nacionais por meio das transferências federais, os distintos ritmos e graus de implantação do Pacto pela Saúde, refletiram o modo de condução da política em âmbito estadual e as diferenças no fortalecimento das relações federativas em cada estado. As autoras destacam que os CGR mantiveram correlação com processos de regionalização em curso, influenciados pela prática de revisão e atualização do desenho regional e em alguns deles, esteve presente a preocupação no alinhamento com as propostas contidas nos planos estaduais de saúde (Lima e Queiroz, 2012). Contudo, também houve situações de adesão sem revisão dos planos de regionalização, cujas instâncias apresentavam dificuldades em se constituir em espaço efetivo de negociação intergovernamental. Assim, as experiências analisadas apontaram avanços bastante limitados na formulação de estratégias e instrumentos de planejamento, na regulação e financiamento; no apoio ao aprimoramento do sistema em diferentes recortes regionais (como as regiões de fronteira, áreas indígenas), em ampliar a participação de atores e por fim, em promover relações cooperativas entre os distintos atores da região (Lima e Queiroz, 2012).

Em outro estudo, Viana, Lima e Ferreira (2010) apontam que a constituição dos CGR foi gradual e diferenciada entre os estados refletindo condicionantes estruturais tais como a trajetória histórica de conformação dos estados; escalas espaciais distintas das estabelecidas na definição das regiões e das linhas de integração dos serviços, predomínio do poder político eleitoral, heranças centralizadoras em alguns estados, concentração de recursos e serviços em determinadas regiões além da força da relação público-privado na oferta de serviços. Pode-se acrescentar que o CGR apresentava um modelo de gestão “frouxo” em termos da sua capacidade real de decisão. Ademais, problemas estruturais como as desigualdades territoriais para serem equacionadas exigem articulação entre os entes e uma atuação efetiva do governo federal em termos de esforço financeiro adicional que possibilite a diversificação de investimentos coadunadas as necessidades territoriais específicas (Lima e Queiroz, 2012, p. 249).

Em 2011, o Decreto 7.508 radicalizou a orientação para regionalização buscando garantir uma uniformidade conceitual na compreensão da política e instituir novos instrumentos para a gestão compartilhada e para organização de redes de atenção à saúde compreendida como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (Brasil, 2011).

A terceira fase (desde 2011) de indução assume a perspectiva da região negociada e contratualizada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), diferenciando-se nas concepções de região e redes que orientaram as normativas e o desenho das políticas (Albuquerque e Viana, 2015, p.36).

O decreto estabeleceu orientações para a (re) definição de regiões de saúde, com estímulo à elaboração e uso de mapa regional de saúde, que contemplasse não apenas a identificação da rede de serviços e estrutura existente, mas também fluxos, lacunas assistenciais frente às necessidades locais, a fim de orientar um planejamento regional integrado. Buscou também incentivar a formação de um contrato organizativo de ação pública (COAP), para definir e estabelecer responsabilidades individuais e solidárias entre os entes subnacionais de uma região de saúde delimitada e viabilizar melhor organização e integração do sistema de saúde⁴. Instituiu as comissões intergestores regionais (CIR) como instâncias de articulação e negociação a fim de fortalecer a governança regional.

No que se refere as CIR, pode-se dizer que houve avanços, considerando-se que esses espaços foram formalizados, regimentos construídos, e as discussões inicialmente foram orientadas pelas diretrizes do Decreto 7.508. Tal pôde ser observado nas regiões do Qualisus-Rede, mas também em diversas apresentações no último congresso da ABRASCO, por meio do relato dessas experiências, em curso no país. Esse processo foi acompanhado também, em alguns estados da federação, pela revisão das regiões de saúde, a luz dos parâmetros indicados no Decreto. Não obstante, atualmente faz-se a reflexão da atuação dessas CIR enquanto espaços de disputa de recursos, com uma atuação mais procedimental, que busca operar as propostas de indução do MS e menos estratégica e orientada para a regionalização e o desenvolvimento regional.

Santos e Giovanella (2014) ao analisarem o sistema de governança regional em saúde quanto a estratégias e disputas de gestão em uma região de saúde da Bahia, apontam que a CIR constituiu sua principal estratégia. Contudo, identificaram entre os principais problemas “*a rotatividade de secretários de saúde, baixa autonomia nas decisões executivas, a qualificação técnica insuficiente para exercício da função e o atravessamento das políticas partidárias na tomada de decisão*” (Santos e Giovanella, 2014, p. 622).

⁴ A estrutura formal desse instrumento contempla as responsabilidades organizativas, executivas, orçamentário-financeiras (inclusive formas de incentivo), de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria, acordados e pactuados pelos entes.

Ianni et al (2012) em pesquisa realizada numa região metropolitana do Estado de São Paulo apontam que os gestores consideram que a CIR ainda se caracterizava, na ocasião da pesquisa, como “um espaço meramente homologatório”. As câmaras técnicas dos colegiados foram identificadas como espaço de conflito e disputa. Os instrumentos de planejamento como a PPI e o PDR não eram utilizados a contento. Um aspecto interessante sinalizado por esse estudo relaciona-se as demandas municipais de alta complexidade, resolvidas na região, com base nas relações pessoais. Destacou-se ainda a dificuldade de estabelecer relações intersetoriais e agendas políticas mais horizontalizadas.

Esses estudos sugerem que a CIR enquanto colegiado de gestão e a governança regional, como modo de coordenação, estão em amadurecimento. Pode-se considerar maior aprendizagem institucional à medida em que a participação dos gestores nesse espaço promove o fortalecimento da gestão regional.

Uma possível explicação seria o peso que a as redes temáticas adquiriram na agenda federal. A Portaria 4.729/2010, publicada um ano antes do Decreto 7.508, que dispôs sobre a organização das redes de atenção à saúde (RAS) enquanto “novo” arranjo organizacional do SUS, pareceu preceder ao COAP como prioridade estratégica do governo federal. Apesar do Decreto 7.508/11 trazer novas perspectivas de região e de redes de atenção, a elaboração e institucionalização dessas duas estratégias (Portaria nº 4279) caminharam paralelamente e não se coadunaram (Albuquerque e Viana, 2015, p. 36). A portaria tinha por justificativa a necessidade de superar a fragmentação da atenção, por meio do estabelecimento de fundamentos conceituais e da criação de dispositivos operativos considerados essenciais, definido as RAS como “*arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*” (Brasil, 2010, p. 4).

A proposta de RAS no SUS surge num contexto de várias reflexões sobre a organização de sistemas integrados de saúde, empreendidas seja aqui quanto em outros países (Kuschnir e Chorny, 2010). Observa-se que esta definição ficou bastante “alinhada” à proposta de modelagem de RAS da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que ao propor a organização de redes integradas com base na atenção primária, buscou fornecer um marco teórico conceitual para os países da América Latina (Mendes, 2010; Mendes, 2011). Tais orientações evidenciam-se nas diretrizes, fundamentos e atributos de RAS descritos na Portaria nº 4279/2010.

De toda forma, a portaria materializou o posicionamento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), do MS, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) sobre as RAS, consolidando um consenso sobre essa estratégia, a partir de experiências em curso no país (Mendes, 2011). Definiram-se prioridades de cuidado, expressas em redes temáticas, componentes da rede, as ferramentas de gestão dos serviços, bem como seus atributos e diretrizes de implementação e buscou resgatar a intensificação de esforços para ampliar a integração do sistema de saúde por meio desse arranjo. O objetivo da rede temática seria o de fomentar a racionalidade sistêmica do SUS por meio da integração de ações e serviços de saúde. Sua configuração envolveria um modelo de atenção, preferencialmente orientado para as condições crônicas e agudas, privilegiando a atenção primária à saúde (APS) como seu centro de comunicação da rede de atenção. Os perfis assistenciais de uma região de saúde seriam caracterizados de acordo com as especificidades/necessidades territoriais, definindo-se os pontos de atenção (PA) existentes e necessários, num mapa de saúde regional. Os pontos de atenção, os sistemas de apoio, diagnóstico, terapêutico e logísticos deveriam ser organizados e integrados, coordenados por um sistema de governança com mecanismos de gestão, financiamento e avaliação (Brasil, 2010; Mendes, 2010, 2011).

O grau de idealização dessa proposta é inequívoco ao conceber um sistema de governança de redes de atenção sem considerar a dinâmica de poder entre os atores, os projetos em disputa, preferências e interesses, enfim o caráter político da política de saúde. Além disso a abrangência das redes temáticas não corresponde necessariamente ao recorte das regiões de saúde definidas das redes e boa parte dessas regiões dispõem de estrutura de serviços e recursos humanos insuficientes de modo a garantir objetivamente as ações pactuadas nos planos de ação regional. Adiciona-se a este contexto, a diversidade da oferta de serviços efetivamente existentes nas regiões, dificuldades de acessibilidade, peso do setor privado na provisão de serviços que buscam impor agenda própria e sobreposta aos interesses do SUS, resumizam aspectos que se expressam na realidade concreta dos diferentes arranjos e resultados encontrados na realidade nacional (Garnelo, Sousa e Silva, 2017; Reis *et al.*, 2017; Viana *et al.*, 2017).

A pesquisa avaliativa do Qualisus-Rede (Cruz *et al.*, 2015) apresenta claramente essa questão: inicialmente, um projeto voltado para qualificar a RAS, tornou-se, praticamente em todas as regiões, um fomentador *de e para* a estruturação dos serviços, exatamente porque esta era insuficiente e ou inexistente. Analisando-se os projetos, das quinze regiões, boa parte das ações previstas remeteram-se a qualificação profissional, aquisição de equipamentos, reforma de estrutura física de unidades, ficando bem longe das expectativas iniciais de inovação no arranjo de RAS, seja do BIRD quanto do próprio MS.

Além do que, a regionalização está sempre tensionada pela ausência de uma política clara de investimentos que associada ao subfinanciamento resulta em disputa de recursos. As motivações político-partidárias dos prefeitos, nem sempre coadunadas aos interesses do gestor municipal, a rotatividade de gestores, técnicos, médicos, e modificações na própria condução e prioridades do nível federal, são aspectos colocados nos estudos feitos sobre os limites da regionalização (Assis *et al.*, 2009; Ianni *et al.*, 2012; Santos e Giovanella, 2014; Silva, 2014; Barsaglini *et al.*, 2015; Carvalho *et al.*, 2017; Ouverney, Ribeiro e Moreira, 2017; Polati *et al.*, 2017; Moreira, Ribeiro e Ouverney, 2017).

De acordo com Mendes (2015) alguns desafios importantes precisam ser enfrentados: promover a integração das políticas nas regiões (intra e intersetoriais) com vistas a dar maior organicidade ao processo de regionalização; ausência de estratégias de financiamento de base regional, ainda que recursos sejam distribuídos entre os municípios; uma governança mais estratégica, preocupada com a direcionalidade das políticas na região e menos procedimental, subalterna e operadora das políticas cuja direção é dada em outras instâncias. A baixa capacidade institucional gestora, coloca a necessidade de apoio matricial regional e a instituição e o fortalecimento de câmaras técnicas no âmbito das CIR. Do ponto de vista dos valores, este autor assinala a importância do resgate do compromisso com o direito público, em detrimento da perspectiva restrita de administração pública que prevalece. Caberia preservar a autoridade sanitária no setor público, atualmente transferida para organizações sociais (OS) que não têm, necessariamente esse compromisso, e conseguir realizar a regulação efetiva do mercado, até o momento incipiente. Outro desafio da regionalização, refere-se aos problemas enfrentados na gestão do trabalho e fixação de profissionais. Por isso criar propostas de plano de carreira no SUS regional seria uma alternativa. Ademais, a busca por uma institucionalidade consorciativa entre os entes federados seria uma alternativa capaz de contribuir fortemente para que a regionalização consiga se efetivar, no sentido de fortalecer os entes federados em processos de negociação coletiva, compra de serviços, contratação etc., ao invés de ações individualizadas e fragmentadas dos municípios (Mendes, 2015). Esses aspectos aparecem em resultados de pesquisas sobre a regionalização, indicando que enquanto esses desafios não forem enfrentados objetivamente, as expectativas em relação a essa diretriz organizativa do SUS ficará longe de alcance nas regiões (Viana, Lima e Ferreira, 2010; Silva, 2011; Lima *et al.*, 2012a; Santos e Giovanella, 2014).

A regionalização e a implementação de redes de atenção à saúde implicam a organização do sistema de saúde em redes interdependentes e multiorientadas, modificando o perfil de atuação dos municípios e exigindo uma gestão política mais adequada à complexidade

da diversidade territorial que caracteriza uma região de saúde. Os condicionantes contextuais caracterizam e distinguem as regiões do país criando um diferencial importante na implementação de políticas de saúde em âmbito regional (Marques e Arretche, 2003; Viana, Lima e Ferreira, 2010; Lima *et al.*, 2012a; Lima *et al.*, 2012b).

As regiões de saúde selecionadas para este estudo vêm lidando com os desafios da implementação de redes temáticas e aparentemente tiveram sua capacidade institucional e a discussão sobre regionalização mais amadurecidas ao longo dos últimos cinco anos, apesar das mudanças na gestão decorrentes dos processos eleitorais. Neste projeto, consideramos que as RAS se inserem em territórios com outras redes sociais e de políticas, que se sobrepõem ou não ao seu nível de abrangência, cujos atores podem estar vinculados a um mesmo setor, público ou privado, a uma figura jurídica, ou a um conjunto de competências, produtos ou serviços. Sob essa perspectiva a governança regional implica movimentos e articulações que podem extrapolar o setor saúde devendo ser compreendida num marco mais amplo.

Como as propostas normativas de regionalização e de conformação de regiões de saúde não tem conseguido alcançar resultados favoráveis face a sua desarticulação com o território vivo, seria possível pensar de modo diferente a região de saúde e o processo de regionalização? Que outros aportes teóricos – metodológicos poderiam nos aproximar dessa perspectiva? O capítulo seguinte procura uma aproximação com referenciais, especialmente da geografia crítica, que nos permitam entender sob outras lentes as relações entre redes, região e regionalização⁵.

⁵ Oriundos das referências sugeridas e discussões promovidas pela disciplina “Território, Federalismo e Políticas de Saúde no Brasil” deste programa de pós graduação em saúde pública.

2.3 REDES, REGIONALIZAÇÃO E TERRITÓRIO USADO: APORTES CONCEITUAIS PARA A QUESTÃO REGIONAL NA SAÚDE

A proliferação da produção acadêmica no que se refere ao conceito de rede é inequívoca, utilizado em diversos campos disciplinares, com distintas representações, propostas e abordagens. A intensidade e difusão desse conceito nos últimos anos, ocorre no contexto de aceleração de quatro grandes fluxos (migratórios, informacional, financeiro e mercadorias) que atravessam os espaços geográficos (Dias, 2005).

Fluxos de toda ordem tornaram-se mais espessos, ampliando as necessidades de circulação e exigindo técnicas cada vez mais eficazes. Isso explica em parte o fato de a *representação do mundo social* integrar crescentemente a noção de rede, numa perspectiva que procura chamar a atenção sobre as relações e a complexidade das interações entre os nós (Dias, 2005, p. 12).

As redes são uma representação da realidade contemporânea de modo a destacar as relações e complexidades das interações entre os nós. No campo das ciências humanas tem sido interpretada como: forma de organização social; de organização urbana; transacional – econômica – política, e *principalmente técnica*. A rede técnica tem sido fruto de muitas representações, de modo geral, associada a ideais que atribuem causalidade entre desenvolvimento técnico e mudanças sociais e superestimam o poder das mudanças técnicas, principalmente decorrentes do desenvolvimento tecnológico das redes de transporte e telecomunicação, interpretada “*como sujeito capaz de criar condições sociais inéditas e de estruturar os territórios*” (Dias, 2005, p. 13). O conceito de rede, portanto, não é novo nem original na tentativa de representar a realidade, apenas se reatualiza a cada inovação técnica e no presente, tornou-se uma ideia onipresente.

A rede, compreendida como construção social, expressa ou define a escala das ações sociais, constituindo objeto e arena de conflitos. Ao conectar distintos pontos ou locais, mais ou menos distantes, a rede possibilita a ampliação da escala de ação humana para além do espaço geográfico onde foi gerada. A noção de rede sinaliza assim a complexidade das interações sociais e espaciais, que resultam do conjunto de ações desencadeadas em lugares mais ou menos longínquos.

A região expressa a articulação entre verticalidades (normas e ações, comandos, ordens) e horizontalidades (o espaço de vivência de todos - empresas, instituições, caracterizado por conflitos, cooperação, cotidiano). Desse modo, se o território para as verticalidades pode ser considerado **um recurso**, nas horizontalidades, constitui o espaço da possível ação solidária, o “espaço banal”, onde se recria a ideia e o fato da política, cujo exercício é fundamental para

confrontar a racionalidade hegemônica, constituindo portanto **um abrigo** para novas formas de existência, ainda que sejam readaptadas, readequadas, às singularidades do local (Santos, 2000).

Por isso é preciso integrar a lógica de redes com a lógica do território a fim de não se reproduzir interpretações que retire do espaço sua própria história. No espaço geográfico, o mundo banal convive com a rede, com as verticalidades, que sobre ele intervém e com ele interage, pois ele é território vivo, dinâmico e singular, onde coexistem simultaneamente distintas temporalidades e espacialidades.

É a ordem sempre diversa, com que objetos técnicos e as formas de organização chegam a cada lugar e nele criam um arranjo singular que define as situações, permitindo entender as tendências e singularidades do espaço geográfico (Silveira, 1999, p. 22).

O conceito de “situações geográficas” apresentado por Silveira (1999) busca sintetizar a complexidade de relações que se estabelece no espaço geográfico. Essa ideia articula-se com a noção de *evento*, veículo das possibilidades existentes no mundo na formação sócio espacial que se geografizam nos lugares e criam uma continuidade temporal e uma coerência espacial, dado pelo sistema de eventos de um lugar.

A **situação** decorreria de um conjunto de forças, isto é, de um conjunto de eventos geografizados, porque tornados materialidade e norma. Muda, paralelamente, o valor dos lugares porque muda a situação, criando uma nova geografia. Assim, ao longo do tempo, os eventos constroem situações geográficas que podem ser demarcadas em períodos e analisadas na sua coerência (Silveira, 1999:22).

Do mesmo modo, a regionalização pode ser compreendida sob múltiplas vertentes teóricas. A questão regional pode revelar um tipo específico de regionalização, enquanto espaço projetado de intervenção do Estado sobre um território ou, outros regionalismos, expressão dos ajustes deste com a sociedade que nele habita e intervém. Não está referida, portanto, à existência de regiões, mas implica a capacidade de sua produção, pressupondo ideologias, valores e critérios político científicos, com vistas a legitimar limites e fronteiras.

Ribeiro (2000) coloca em debate uma diferenciação crucial no modo de concebê-la: regionalização como fato e regionalização como ferramenta. A regionalização como fato refere-se à gênese e estruturação das regiões, remetendo-nos a reconstrução histórica dos processos oriundos da ação hegemônica – conduzida por forças políticas e econômicas que dominam o território.

Trata-se da reflexão simultânea da estrutura espacial e da dinâmica socioeconômica e político – jurídica da formação social brasileira. As práticas sociais dependem das circunstâncias e das condições materiais e imateriais que enfrentam. (...) Da mesma forma, estas práticas encontram limites associados à dinâmica da totalidade, em contínua e instável configuração (Ribeiro, 2000, p. 160).

Egler (1995) destaca que no Brasil, o planejamento regional enquanto instância de ajuste entre políticas públicas e interesses territorializados foi alijado de suas determinações sociais e políticas privilegiando o papel da regionalização como ferramenta, ou seja, como instrumento de ordenação do território. Esta ênfase na regionalização como ferramenta teve como consequência o esvaziamento paulatino do conceito de região, enquanto categoria de análise e de intervenção. A regionalização como ferramenta remete-nos ao agir instrumental e estratégico e acabou adquirindo grande destaque e utilização pelo Estado e outros agentes econômicos hegemônicos, como modo de intervenção sobre o território.

O termo território, corrente na formulação de políticas públicas e na saúde, muitas vezes associado à noção de *nível local*, é uma categoria que, tal como a regionalização, pode ter significados distintos e implicações importantes nas análises que envolvam algum tipo de preocupação com o espaço geográfico. Milton Santos (2005) aponta para a distinção entre os conceitos de *território político* e *território usado*.

O “território político” interpreta o espaço geográfico como um espaço demarcado e circundado por fronteiras e sobre o qual se exerce o poder, um receptáculo das ações de atores hegemônicos. Um “palco” jamais um ator, encobrendo o caráter histórico do território, resultado de um processo de formação territorial, cujo conteúdo ideológico busca reverter o território apenas a uma forma, inerte, vazia, negando historicamente seu uso pela sociedade, como se houvesse uma cisão entre território e política, entre sua materialidade e as ações sociais (Egler, 1995; Cataia, 2013).

O “território usado”, sinônimo de espaço geográfico, é uma categoria que incorpora a noção de totalidade, integrando materialidades e imaterialidades, constituídas pela configuração territorial e pelas ações políticas, de todos os atores, instituições e organizações, e não somente dos agentes hegemônicos da política e da economia. Constitui um conjunto indissociável de sistemas de objetos (materialidades) que condiciona os sistemas de ações e que, ao mesmo tempo, fruto das ações, é reconfigurado, um “condicionante condicionado” que expressa a dialética entre forma e conteúdo na evolução do espaço.

O território usado (...) é uma categoria analítica que coloca lado a lado ações políticas e espaço. As ações dinamizam as formas — objetos técnicos e naturais e grandes obras de engenharia — e estas em revanche condicionam

as ações sociais, ou seja, o espaço é um condicionante social desde que se considere sua animação pelas forças sociais (Gallo, 2014, p. 28).

O conceito *território usado* pode ser bastante robusto na análise da regionalização e das relações intergovernamentais. Ao incorporar a perspectiva do espaço geográfico como condicionante condicionado, os entes da federação não apenas são condicionados pelo conjunto de normas, regras e instituições políticas que regulam as relações federalistas, assim como modulam o próprio federalismo.

Franzese e Abrúcio (2013) ao estudarem as interações entre federalismo e políticas públicas, sinalizam que por meio da sua descentralização para os municípios, produziu-se uma nova burocracia local e ampliou-se a clientela por serviços, fatores que contribuem para o fortalecimento paulatino dos municípios e que gera constrangimentos a possibilidade de uma ação federal unilateral, que aspire alterações no desenho da política, mesmo que a assimetria entre os entes seja reconhecida.

Os entes federados deixam de ser entendidos apenas em termos dos limites geográficos e político-administrativos que os definem, uma base sobre o qual incide a ação política dos atores, as regras e normas que a orientam, um território subordinado a ação do Estado para serem concebidos em termos do seu caráter histórico e político, da dinâmica das relações sociais que nele circulam, e do uso social que dele fazem, os distintos atores (Ribeiro, 2000).

A implementação da política de saúde pelos municípios precisa ser pensada em termos da mobilização desses outros atores e forças que nele se estabelecem, e não ficar centrada nas estruturas do governo e da administração local. Considerar as múltiplas escalas nas quais um município, um ente federado, pode estar inserido e analisar suas interfaces parece fundamental para o empreendimento da regionalização. Poderia inclusive favorecer uma melhor (re) definição do que constituiria a região de saúde, fortalecendo a regionalização como fato e não apenas como ferramenta (Viana *et al.*, 2008).

A descentralização da política de saúde poderia ser orientada não apenas em termos do conjunto de regras, normas e parâmetros para a ação, mas na perspectiva de como garantir a cidadania, em face do sistema de objetos e ações que interagem no território-usado, uma vez que é na relação entre igualdade jurídica e desigualdade material, que o Estado tem a função de garantir as condições necessárias para que todos possam exercer igualmente seus direitos (Cataia, 2013).

O exercício da cidadania é condicionado pelo fato essencial de que os municípios não são iguais. A desigual distribuição regional do aparato infraestrutural afeta o exercício das atividades cotidianas. É por isso que o cidadão não vale só por sua localização na escala social, mas também por sua

localização no espaço e mesmo que de um ponto de vista legal os direitos sejam assegurados, eles não podem ser plenamente usufruídos sem uma forte base infraestrutural estatal (Cataia, 2013, p. 1143).

A regionalização em saúde pode ser pensada sobre outras bases, uma *regionalização lugarizada*, de modo que os lugares pudessem compartilhar uma solidariedade orgânica, uma outra compartimentação do território, fundamentando a emergência de um nível político territorial que favoreceria o enfrentamento da multiplicidade de usos que se faz do território e nele coexistem.

O poder de organização da vida local muitas vezes está em outra parte, ou em coalizões de forças mais amplas, em que o governo e a administração locais desempenham apenas papel facilitador e coordenador. [...], o que se passa nos lugares está, em boa medida, condicionado por processos que não são locais. Especialmente nos municípios (...) a solução de vários problemas extrapola as suas fronteiras jurídico-administrativas (Cataia, 2013, p. 1142).

No âmbito das políticas públicas de saúde, a definição de regiões de saúde foi considerado prioritário com vistas a estabelecer um sistema de saúde mais cooperativo e interdependente entre os municípios. Contudo, o desenho dessas regiões ocorre sem que se leve em consideração o uso do território, as redes que nele se superpõem e interagem, a escala das ações, nem também os arranjos anteriores, as valorizações dadas aos sistemas técnicos nesses lugares, que irão construir singularizações no acontecer de cada lugar.

Os objetos e ações que participam da construção e reconstrução da situação tem raramente a mesma idade e a mesma intencionalidade. [...] Se, de um lado, **os lugares** participam de um comando e de um ritmo unificados, graças às técnicas que permitem um maior conhecimento [...], de outro lado, eles **não se homogeneízam graças aos seus arranjos anteriores e à multiplicidade de intencionalidades e ações**. As normas também participam da tendência à unificação dos lugares porque convidam à repetição. Todavia, as situações nos lugares são diferentes e sua abordagem permitiria captar o diverso (Silveira, 1999:25. Grifo meu).

As regiões de saúde são escalas territoriais que pressupõem a espacialização de processos, de ações para implementação da política de saúde, mas acabam por se restringir, no ato de regionalização, aos limites dos entes federados. Com isso, desconsideram-se aspectos estruturantes para a conformação da região de saúde, pertencente inclusive a outras escalas e sob a influência de outros atores, para além dos agentes governamentais. Vários são os relatos empíricos sobre a dificuldade de se identificar um discurso regional, de municípios que não têm sentimento de pertencimento à região no qual estão designados, de moradores que estabelecem suas referências de acordo com outra racionalidade e não de acordo com o que está definido, planejado. Além disso, atuam sobre o território outras forças, econômicas, políticas, ainda que

não estejam nele situado, e muitas vezes com poder para redefinir a própria região, com transformações nos usos do território e a formação de outras redes de políticas. Essa complexidade precisa ser considerada ao se buscar promover a regionalização da saúde.

3. GOVERNANÇA DE POLÍTICAS PÚBLICAS: A POLISSEMIA DE UM CONCEITO.

Os usos atuais do conceito de redes expressam a aquisição de novos conteúdos decorrentes do novo sistema técnico e sistema de ação do mundo contemporâneo.

Os padrões e dinâmicas de uma sociedade em rede vêm sendo analisados em face das transformações, sociais, econômicas, tecnológicas e nos meios de produção, e do desenvolvimento e difusão, ainda que de forma desigual, das tecnologias de informação e comunicação. Antes, as redes eram percebidas como formas de organização da vida social, específicas do domínio privado, pessoal, local. Para o estado e a produção concebiam-se organizações verticais, com objetivos definidos e hierárquicos, até que a perspectiva de uma sociedade em rede foi paulatinamente sendo incorporada (Castells e Cardozo, 2015).

Com isso, caminhou para referir-se as relações de mediação entre materialidade e ação social, para novas formas de interação entre as pessoas, redimensionamento das funções e dos papéis sociais, decorrentes das novas tecnologias de informação e comunicação (TIC). Outra tendência bastante presente é a utilização desse termo para indicar *“uma espécie de supra sistema de ação, isto é, os vínculos, mais ou menos circunstanciais, que unem formas mais estáveis de organização social”* (Ribeiro, 2000) como os movimentos sociais e formas de ação empresarial. Desse modo, o conteúdo do conceito de rede “migra” daquele concernente a noção de rede social, baseada na socialidade primária, a família, os amigos, as amizades, as pequenas associações, deixando de expressar o conteúdo das interações sociais profundas para o de rede (sócio) técnica, da socialidade secundária, da administração das empresas, que funciona segundo relações teoricamente impessoais, onde a função e a eficácia, são mais importantes que o conteúdo das relações. Nesse contexto, o conceito de redes como nova forma de organização social, alternativa ao estado e ao mercado, aparece amalgamado ao conceito de governança.

A literatura sobre o tema da governança é ampla e extensa, com definições e correntes diversas, atravessando os campos da administração pública, ciência política, sociologia, comunicação e saúde, entre outros. A busca sobre o tema pode nos levar a uma diversidade de conceitos e abordagens: governança e governabilidade, redes de governança (network governance), governança corporativa ou empresarial, governança de políticas públicas, governança global.

Neste capítulo, buscou-se compreender as principais ideias em torno desse conceito na literatura internacional e nacional, sem contudo, a pretensão de realizar uma revisão exaustiva,

já empreendida por outros autores (Rhodes, 2006; Schneider, 2006; Calmon e Costa, 2013; Marques, 2013; Schneider, 2016; Lima, Albuquerque e Scatena, 2016). Considerou-se necessário realizar esse mapeamento sobre modo como o conceito de governança tem sido utilizado na implementação de políticas públicas a fim de se definir aquele com o qual se trabalhará nesse estudo.

3.1 GOVERNANÇA E GOVERNABILIDADE

Na administração pública, destaca-se que os termos governança e governabilidade se confundem em virtude de não possuírem uma definição muito clara, que varia segundo o autor, nacionalidade, orientação ideológica e na ênfase atribuída a elementos mais técnicos e ou políticos. No Brasil, o entendimento sobre o conceito de governança foi articulado ao papel do Estado e sua capacidade de implementação de políticas.

Diniz (1998) destaca a importância de utilizar as categorias governança e governabilidade na compreensão da ação estatal, pois ainda que contenham aspectos distintos, são complementares. A governabilidade consiste em analisar as condições mais gerais sobre as quais se dá o exercício do poder, como o sistema político, a forma de governo, as relações entre os poderes, o sistema partidário e de administração de interesses entre outros aspectos. A governança estaria relacionada com a capacidade governativa em sentido amplo. A capacidade de ação do Estado em implementar políticas e alcançar metas coletivas. A governança constitui o conjunto de mecanismos e procedimentos para cuidar e atender a dimensão participativa e plural da sociedade, incorporando visões dos seus vários segmentos. Envolve ainda o reforço de mecanismos formais de prestação de contas. Implica ainda a capacidade de administrar o jogo de interesses e aperfeiçoar os meios de interlocução. Pressupõe um Estado presente, porém mais flexível, capaz de descentralizar funções e responsabilidades e ampliar o envolvimento de atores, sem abrir mão de seu papel na coordenação e execução (Diniz, 1998).

Para Bresser Pereira (1997), a governabilidade consiste na autoridade política ou legitimidade possuída pelo Estado para apresentar à sociedade civil e ao mercado, o seu projeto. É *“a capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar”* (Pereira, 1997, p. 50). A governança é compreendida como a capacidade financeira, administrativa e gerencial de implementar as decisões tomadas pelo Governo. Bresser Pereira dá maior ênfase à governança (em especial no PDRAE) em virtude da sua relação orgânica com a reforma do Estado e da compreensão de que, na ocasião, já teriam sido garantidas as condições

mínimas necessárias para a governabilidade, dada a relativa estabilidade político-institucional atravessada pelo Brasil.

Assim, a temática da governabilidade/governança no Brasil esteve relacionada inicialmente com as discussões acerca da reforma do Estado (Diniz, 1998; Pereira, 1997; Santos, 1997).

Matus (1993) propõe que o processo de governar envolve a articulação de três variáveis, num sistema triangular em que cada uma depende das demais. Pode-se dizer que as perspectivas anteriores incorporam duas, das três variáveis do triângulo de governo estabelecidas pelo autor: a capacidade de governo (sistema de direção e planejamento) e a governabilidade do sistema (sistema social). Contudo parece ficar de fora um elemento crucial: o projeto de governo, que contém as proposições dos atores para o alcance de seus objetivos: *“a discussão sobre o projeto de governo versa sobre as reformas políticas, o estilo de desenvolvimento, a política econômica, etc, que parecem pertinentes ao caso e ao grau de governabilidade do sistema”* (Matus, 1993, p. 59).

Esse conteúdo propositivo não diz respeito apenas as intenções dos atores, mas também à sua capacidade de formular explicações sobre a realidade e antecipar respostas. Para este autor, a governabilidade é condicionada por variáveis controladas e não controladas pelos atores e que são ponderadas de acordo com o seu peso para o ator: *“quanto mais variáveis decisivas ele controla, maior é sua liberdade de ação e maior é para ele a governabilidade do sistema”*. Nesta abordagem, destaca-se o poder dos atores para efetivar os projetos, uma vez que este é relativo ao controle de diferentes proporções de variáveis do sistema. Ao mesmo tempo, a governabilidade é influenciada pela capacidade de governo, maior ou menor, dos atores. A interação e condicionamento mútuo dessas variáveis vai configurar o sistema de ações:

O projeto de governo é um conjunto de propostas de ação, a governabilidade do sistema refere-se à possibilidade de ação e ao controle de seus efeitos; a capacidade de governo pode ser definida como capacidade de gerar e controlar ações (Matus, 1993, p.61)

Na saúde, isto fica claro quando pensamos a influência e o peso que essas variáveis têm na relação entre os entes federados e que condicionam o processo de governança. Esta tem sido concebida sob distintos matizes teóricos e ideológicos e não parece ocasional o fato do conceito começar a se disseminar num contexto de reforma do papel do Estado, que implicou em reformas de políticas públicas. Entre elas, a perspectiva neoliberal na saúde é um exemplo

importante, defendendo-se a restrição do grau de intervenção do Estado e ampliação de um papel regulador.

3.2 ESTADO, MERCADO E REDES COMO MODOS DE GOVERNANÇA

O termo governança desponta no contexto de novas prioridades que são prescritas para as agendas públicas dos países periféricos, com vistas a maximizar a eficácia do papel estatal, influenciadas pela crise e estruturação de uma nova ordem mundial (Diniz, 1998; Majone, 1999). Assim países desenvolvidos e organismos multilaterais buscam influenciar os países periféricos sobre o modo de pensar um “bom governo”, dotado de “boas instituições”, com diagnósticos, argumentos e recomendações sustentados pelo consenso neoliberal, considerado então a “melhor” ou “única” resposta para o enfrentamento dos problemas decorrentes da crise (Diniz, 1998). Nessa cartilha encontram-se propostas de políticas macroeconômicas restritivas, liberalização comercial e financeira, privatização e desregulamentação como elementos das “boas políticas” (Diniz, 1998; Majone, 1999). As “boas instituições” deveriam ser constituídas por uma moderna burocracia que respondesse a padrões gerenciais, instituindo uma governança orientada para o mercado e fundada na transparência (Diniz, 2011, p. 499).

Em síntese, pode-se dizer que um dos principais usos do termo governança inicia-se com as mudanças na natureza e no papel do Estado, seguindo as propostas de reformas do setor público ocorridas nos anos 1980 e 90, que teriam levado a uma transformação da burocracia hierárquica e centralizada do Estado em direção a uma maior utilização dos mercados, quase-mercados e redes, especialmente na prestação de serviços públicos (Dijk e Beek, 2008; Rethemeyer, 2005).

Autores filiados a corrente anglo-saxã compreendem a governança como os diversos modos institucionalizados de coordenação na produção e implementação de regras partilhadas coletivamente ou no fornecimento de bens coletivos. Sua direção pode ser dada pelo Estado – “governança por parte do governo”, por meio redes de cooperação de atores públicos e privados - “governança com governo”, bem como por processos decisórios via atores não-estatais ou de auto-regulação pela sociedade civil - “governança sem governo” (Börzel, 2010; Börzel e Risse, 2010; Risse, 2010).

Em todos os casos, a governança abrange duas dimensões: uma estrutural e uma processual. A dimensão estrutural refere-se às instituições e a constelação de atores. Difere em três tipos ideais, de acordo com os atores envolvidos e o grau de relacionamento entre eles:

relações de hierarquia (sistema de cooperação), de mercado (sistemas de competição e lucro) ou redes (sistemas de negociação envolvendo cooperação e competição).

Enquanto processo, a governança expressaria os modos de coordenação social pelos quais os atores buscam alcançar mudanças em comportamento mútuo. A coordenação de tipo hierárquico toma forma em decisões de autoridade política e administrativa, orientadas por rotinas, aos quais os atores devem seguir. O controle é vertical, a relação entre os atores é de dependência, baseadas em cooperação, e o seu objetivo é a prestação de serviços (Dijk, 2006; Börzel, 2010). A coordenação não hierárquica baseia-se em compromissos voluntários estabelecidos por meio de acordos, negociações, concessões e argumentações dos atores mediante conflitos de interesse. Os atores podem diferir no que diz respeito ao seu poder de negociação, mas nenhum ator está sujeito às ordens de outros. A coordenação não-hierárquica pode ser formalizado em sistemas de negociação ou pode ser organizadas em redes informais, sendo as parcerias público-privadas (PPP) um exemplo típico das instituições de governança baseadas em coordenação não hierárquica (Börzel, 2010).

Um entendimento comum, na base das concepções da governança em redes é que estas envolveriam relações relativamente estáveis, sem hierarquia, conectando uma diversidade de atores, que partilham interesses comuns em referência a uma política. Esses atores compartilham recursos para conseguir o alcance de seus objetivos, tendo na cooperação o melhor modo de se alcançá-los (Börzel, 2010). Esta concepção mais geral estaria associada à ideia das redes de governança como um modo de coordenação alternativo ao mercado e ao Estado (Fleury e Ouverney, 2007, Börzel, 2010). Aqui observa-se uma das ficções em torno deste conceito apontado por Marques (2013): de que esse arranjo de governança produz necessariamente horizontalidades.

Risse (2010) destaca que os casos de coordenação não hierárquica exigiriam a criação e condução de incentivos positivos e de busca de melhores práticas (benchmarking), com vistas a garantir melhor desempenho. Por outro lado, sanções destinadas a afetar os cálculos custo-benefício das partes envolvidas também seriam necessárias, com vistas a induzir o comportamento desejado.

Em estruturas hierárquicas, por exemplo, os modos hierárquicos e não-hierárquico de coordenação podem ser usados. Instituições conferem ao governo o poder de impor decisões unilateralmente, mas pode abster-se de invocar sua autoridade hierárquica quando negociam ou discutem com outros atores. Sistemas de negociação e de concorrência, ao contrário, só podem contar com a negociação e discussão. O modo dos atores escolherem dentro de limites institucionais é, novamente, influenciado por instituições que tornam determinados modos mais apropriados ou aceitáveis socialmente que outras. As instituições também influenciam as constelações de atores de

governança, uma vez que regulam os recursos que podem utilizar na provisão de bens comuns (Börzel, 2010, p. 7. Tradução própria).

Assim, as instituições são consideradas fundamentais seja determinando o grau de vinculação entre os atores, definindo suas relações e a alocação de recursos como estabelecendo o framework para os modos de coordenação em que os atores agem.

Risse (2010) considera que no debate atual sobre governança encontra-se, implícita ou explicitamente, um tipo ideal de Estado Moderno, com soberania nacional e capacidade de elaborar, implementar e fazer cumprir suas decisões. Contudo, em seu entendimento, numa perspectiva histórica e global, essa é uma imagem objetivo que constitui uma exceção e não a regra. Argumenta que em diversas realidades são onipresentes áreas de “soberania limitada”⁶, em que as instituições políticas são fracas demais para que se possa adotar e aplicar regras coletivas, vinculadas a um padrão hierárquico. Tratam-se de situações no qual o Estado não tem autoridade e / ou controle efetivo e por esta razão requerem a inclusão de atores não-estatais para a oferta de bens coletivos e regulamentação de questões sociais e políticas.

O discurso de governança ocidental não é apenas fortemente influenciado pela teoria da modernização. Ele também assume o estado moderno e um estado plenamente funcional como uma condição de fundo, se for apenas para fornecer uma "sombra da hierarquia" (Risse, 2010, p. 2).

Risse (2010) destaca que a soberania limitada não representa o fim do governo, mas que as regras, bens e serviços coletivos são fornecidos por várias combinações de atores estatais e não-estatais, que utilizam predominantemente os modos não-hierárquicas de direção. Nesse sentido, constitui-se "novos" modos de governança, considerados muitas vezes eficazes, mesmo na ausência de um Estado consolidado. Este arranjo caracteriza uma governança multinível (Multilevel Governance), que liga atores, do global ao local, em uma variedade de regras e estruturas de autoridade. De acordo com o autor, a ênfase nesse tipo de governança, ao invés da centralidade na figura do Estado, nos permitiria perguntar, em condições de soberania limitada, quem fornece que estrutura de regras e quais os bens públicos produzidos nessas condições.

Uma forma de se contornar os problemas de um contexto cujo governo é fraco ou ausente, em que a governança sem governo constitui muitas vezes a única maneira de fornecer bens comuns seria considerar as sombras de hierarquia (“Shadow of Hierarchy”) (Börzel,

⁶ Áreas de soberania limitada caracterizam-se por um Estado com fraca capacidade para aplicar e implementar regras e regulamentos.

2010). A autora argumenta que as várias estruturas de regras institucionalizadas (seja por um sistema hierárquico, de negociação ou de concorrência) com modos dominantes de coordenação são tipos ideais que quase não existem na realidade. Em vez disso, o que encontramos são combinações dessas relações, tanto dentro como fora do estado. A existência de “sombras de hierarquia” é considerada importante, portanto, seja para a governança com, ou sem governo, uma vez que gera incentivos para cooperação entre atores governamentais e não governamentais, bem como para o engajamento de atores numa coordenação não hierárquica (Borzel, 2010).

Os mesmos autores assumem, contudo, que tal pressuposto implicaria, para os estudos de governança, um paradoxo, uma vez que quanto menor a eficácia do governo, maior a necessidade de governança, cuja eficácia (e legitimidade) depende, no entanto, da presença de governo (Borzel, 2010; Borzel e Risse, 2010, Risse, 2010).

Governance without a state then depends on particular scope conditions as well as on both incentive structures and norms inducing non-state actors such as firms or even warlords and rebel groups to contribute to governance (Borzel, 2010).

A discussão sobre a necessidade ou não de governo para garantir a governança, qualquer que seja o modelo adotado, está presente na literatura, sem que haja consenso e com vários autores inclinados a acreditar que sem governo não é possível garantir as decisões, acordos e cooperação estabelecidos.

Dijk (2006) partindo da tipologia – hierarquia, mercado e rede, discutem que essas formas de coordenação na verdade interagem em distintos modos de governo, não os substituindo: o governo tradicional, baseia-se principalmente no tipo hierárquico, mas não somente, já que mesmo ele pode chegar a forma de redes nas e entre as estruturas governamentais. O governo em transformação (“turning government”) indicaria inclinações para modos mais horizontais de governança do mercado e redes, expresso pelo processo de privatização e reformas, bem como de descentralização decisória e instituição de instâncias intermediárias de governo (Dijk, 2006). As ações requerem complementariedade, cooperação contínua e ao mesmo tempo, alguma autonomia para serem executadas. Contudo, esses autores destacam que é preciso direção da hierarquia oficial porque senão, corre-se o risco de que não adquiram status oficial e possam ser realizadas. Para eles a principal característica das redes como modo de governança é justamente a possibilidade de coordenação e controle vertical e horizontal, de modo a se trabalhar com um mix de estruturas centralizadas e descentralizadas.

O segredo da sua potencialidade estaria posto justamente nessa flexibilidade que nem o modo hierárquico ou o mercado teriam.

The popular view of networks as a flat, horizontal mode of organization is very one-sided. Networks are only flat in comparison with hierarchies. Networks also have centres and central modes of steering and governance. In case they don't have them, network as forms of cooperation in government will easily fall apart (Dijk e Winters-van Beek, 2008, p. 10)

Em síntese pode-se dizer que um dos modos de compreender a governança ocorre na perspectiva de que o Estado depende cada vez mais de outros atores para executar o seu papel, principalmente no que se refere as políticas públicas. Ademais a discussão está permeada pelo entendimento acerca de sua finalidade, capacidade e funções. A articulação necessária e inequívoca entre Estado e mercado na provisão de serviços e bens públicos está presente no debate, especialmente quando a ênfase recai na necessidade de articulação desses distintos atores e no estabelecimento de regras que regulem sua interação e nas potencialidades de uma governança em rede.

3.3 GOVERNANÇA E REDES DE POLÍTICAS

Em virtude do caráter mais flexível e aberto de compartilhamento de informações, interesses, objetivos das redes em relações de interdependência, a partir dos anos 90, a rede como modo de pensar a organização da vida social, passou a ser incorporada de forma mais intensiva no campo das políticas públicas (Fleury e Ouverney, 2007).

De acordo com Castells e Cardoso (2015) as redes são formas de organização mais flexíveis e adaptáveis em função da capacidade de descentralização de funções para os seus componentes e de coordenação com a partilha na tomada de decisões. Outra “virtude” da rede seria sua capacidade de potencializar a atuação dos atores no processo mesmo de interação, promovendo maior capacidade de mobilização, cidadania e democratização.

A rede de governança passa a ser compreendida em termos de conformar redes de políticas. Fleury (2008) assinala que nos EUA, as redes de políticas começaram a ser concebidas no âmbito da intermediação de interesses de grupos e do Estado, indicando suas relações de dependência e o intercâmbio de recursos.

Na Grã-Bretanha, o debate sobre as redes de políticas surgiu no âmbito das comunidades políticas que delimitariam a agenda e influenciariam os resultados das políticas. Com a intensificação e multiplicação de relações no âmbito intergovernamental, seja entre os níveis de governo, mas também com a sociedade, o modelo de gestão das políticas públicas foi

modificado, com o deslocamento da posição central dos governos nacionais para a conformação de redes intergovernamentais e organizacionais, que envolvem múltiplos atores, com crescentes capacidades de ação e pressão.

Para Rhodes (2006), as redes são a característica definidora da governança, diferindo das noções mais amplamente compreendidas como mercados e burocracias. Os contratos são caracterizados por preços e concorrência e burocracias por autoridade e regras, enquanto as redes são caracterizadas pela confiança e pela diplomacia. Os valores e normas compartilhados são o eixo que mantém vinculado o complexo conjunto de relacionamentos. Nesse caso, a confiança é essencial para garantir o comportamento cooperativo e, portanto, a existência da rede, enquanto contratos por exemplo são baixos na confiança.

Uma das perspectivas sobre a governança enquanto rede de políticas é a de que elas se caracterizam por relações de interdependência que envolvem a diversidade de organizações e ou atores, em situação de autonomia, sem que haja uma subordinação formal entre eles (ou um modo de controle predominante), onde cada unidade da rede atua de acordo com seu grau de influência. A cooperação entre os atores seria o meio ideal pelo qual estas redes de políticas conseguiriam lidar com as pressões externas em relação à eficiência e efetividade das ações e serviços oferecidos, reduzindo incertezas. De acordo com Schneider (Schneider, 2006, 2016) essa escola de pensamento caracteriza-se por uma ênfase em aspectos tecnocráticos e de eficiência, despolitizando os problemas e desconsiderando a dinâmica política dos conflitos societários. Para o autor,

Redes de políticas tipicamente lidam com problemas de políticas que envolvem tarefas políticas, econômicas e técnicas complexas e interdependência de recursos e, portanto, pressupõem uma quantidade significativa de expertise e outros recursos políticos especializados e dispersos. Redes de políticas são mecanismos de mobilização de recursos políticos em situações em que a capacidade de tomada de decisão, formulação e implementação de programas é amplamente distribuída ou dispersa entre atores públicos e privados” (Schneider 2016 apud Kenis & Schneider, 1991:41).

Pode-se dizer que o reconhecimento acerca da necessidade de mudanças nos modelos de gestão das políticas públicas tem suscitado e norteado diversas perspectivas de redes de políticas. Como novo modelo de governança, envolvendo o local e o global, sugerindo a substituição da centralidade do papel do Estado na oferta de bens e serviços públicos e enquanto modelo estratégico de gestão de políticas com base no paradigma de que a gestão em rede é reticular, aberta a diferentes centros de decisão, de criação e de controle, social ou organizacional (Fleury, 2008).

Duas abordagens de rede de políticas são descritas: uma que aborda aspectos às redes para elaboração de uma estratégia analítica e outra, que adota o mesmo conceito para caracterizar uma estrutura de governança específica, cada vez mais adotada tanto no setor público quanto no setor privado. Para Calmon e Costa (2013) o conceito de redes de políticas públicas tem um caráter inovador, porque articula combina conhecimentos oriundos de distintas áreas do conhecimento. Assim, tanto a tradição “analítica” quanto a perspectiva da “governança” são incorporadas no estudo de redes de políticas públicas.

A rede de política como análise de práticas de governança, é defendida por alguns autores por fornecer bases teórico-conceituais para o entendimento mais objetivo dos aspectos processuais e estruturais na implementação de políticas em contextos institucionais cada vez mais fluídos e

permite apreender relações empiricamente observáveis e, a partir disso, representar agrupamentos (*clusters*), processos de intercâmbio de recursos, fluxos de influências, interdependências de metas e objetivos; e, finalmente, analisá-los sob as diferentes perspectivas dos atores envolvidos. (Procopiuck e Frey, 2009, p. 65).

A análise de redes de políticas públicas tem subjacente como aspecto comum os problemas de ação coletiva relacionados a um conjunto de atores heterogêneos em situação de interdependência para sua resolução (Calmon e Costa, 2013).

Em síntese, na literatura sobre políticas públicas o conceito de governança se apresenta sob os seguintes matizes: um novo processo de governo; um novo método pelo qual a sociedade é governada (Rhodes, 1997), padrão de “bom” governo com diretrizes de gestão estabelecidas por organismos multilaterais; como ampliação da participação social (decorrente de maior democratização), associada a ideia de incorporação de novos agentes (mercado e sociedade) na implementação de políticas e redução do Estado, decorrente de reformas (Rhodes, 2006; Börzel, 2010; Hufty, 2010; Risse, 2010) articulado ao conceito de *rede de políticas*, interpretada como modo de gestão de políticas públicas, em contextos de relação de interdependência entre os atores (Rovere, 1999; Fleury e Ouverney, 2007; Fleury, 2008; Calmon e Costa, 2013; Marques, 2013; Schneider, 2016); *método de análise* do processo de ação coletiva envolvendo atores diversos na implementação de políticas (Hufty, 2010) ou ainda, *dimensão de análise do processo político da regionalização* em saúde (Lima, Albuquerque e Scatena, 2016; Viana e Lima, 2011).

3.4 GOVERNANÇA EM SAÚDE

Diversas perspectivas e imbricamentos da conceptualização de governança e redes de políticas são encontradas nas abordagens no campo da saúde.

Flores (2010) aponta para três possíveis correntes, onde agrupar a diversidade de concepções e classificações desse tema no campo da saúde: primeiro, a “boa” governança, indicada por organismos internacionais de cooperação financeira, pela capacidade do Estado de realizar reformas institucionais, liberalização da economia e redução do estado. Essa parece ser a forma de compreender a governança no âmbito das redes de atenção à saúde, concebida como

arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita (Mendes, 2011).

A governança das redes de atenção à saúde teria por objetivo viabilizar arranjos cooperativos e solidários e, por meio de processos participativos, gerar e assegurar a consistência da missão, visão e objetivos estratégicos nas organizações que compõem a região de saúde, definindo objetivos e metas, cumpridos no curto, médio e longo prazo. Deve ser capaz de articular as políticas institucionais, a coordenação das ações gerenciais e assistenciais e desenvolver uma capacidade de gestão com competência para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e organizações. Em que pese o que está proposto em termos da coordenação e organização de redes, essa perspectiva não deixa de apontar para uma concepção normativa.

Hufty et al (2006) também tecem uma crítica à concepção de “boa governança”, afirmando que sob as suas bases encontra-se um aporte para solucionar os problemas de crise de governabilidade dos Estados. Uma norma e uma prescrição que busca direcionar um determinado tipo de resposta com vistas a equacionar o aumento de demandas sociais frente as dificuldades do Estado e ao fracasso da regulação centralizada. Acrescenta ainda que sob essa concepção está implícito o fortalecimento de uma governança com base em redes público – privadas, em que se atribui ao Estado um papel moderador (ou facilitador).

De acordo com Freire⁷ a governança é um conceito abstrato que se refere às estruturas, aos processos de decisão, a interação e a tomada de decisões e envolve estruturas de governo e de gestão, incluindo órgãos colegiados. Para Repullo e Freire (2016) a experiência internacional demonstra que os elementos atribuídos à “boa governança” carregam valor importante na

⁷ Informação pessoal em encontro de orientação (2017).

administração pública, mas não é fácil encontrar padrões de referência de modelos organizacionais, já que tem um papel instrumental diante de valores e preferências sociais e de saúde que conformam os distintos sistemas de saúde. De toda forma, no seu entendimento, propostas de boa governança podem (e devem) ser melhoradas através da vinculação de estratégias com agentes, tomando como referência níveis de sistema (macro, meso e micro) além de adicionarem o ambiente sistêmico, apresentando uma série de estratégias para qualificação da governança no sistema de saúde espanhol. Sua argumentação consiste em que uma vez que se trata da gestão de políticas financiadas eminentemente com recursos públicos, padrões de boa governança são não apenas aceitáveis como esperados já que *“problemas do mau governo afetam as políticas de saúde pública, tanto as realizadas pelo sistema de saúde como as mais específicas dos serviços de saúde pública e também por ações não relacionadas à saúde com importantes efeitos sobre a saúde da população”* (Repullo e Freire, 2016)

Outra corrente refere-se à associação da governança relacionada com processos de descentralização política e administrativa, enquanto ferramentas administrativas para a gestão pública, considerada um processo técnico e apolítico. Acrescenta, por fim, a concepção de governança cuja ênfase recai sobre o processo político de tomada de decisão, ainda que não exclua os aspectos técnicos. O poder é central nessa terceira definição, uma vez que pode explicar os processos que influenciam os aspectos e temas que são decididos, sendo importante compreendê-lo de forma dinâmica, uma capacidade em latência, e a influência é o exercício desse poder. Qualquer grupo pode decidir num determinado momento exercer esse poder em potência-latência de modo que essas relações não são mecânicas e a correlação de forças pode mudar rapidamente, incluindo como ator estratégico, aqueles que usualmente não o são (Flores, 2010).

Identifica-se dois enfoques principais de investigação sobre a governança na saúde: normativo e analítico. No enfoque normativo, a análise concentra-se na perspectiva da “boa governança”, um novo modelo de gestão pública ao qual se busca incentivar, com vistas a garantir maior eficiência no emprego de recursos e efetividade das ações. O enfoque analítico, busca entender os processos de mudança, sem especificar se estes são desejáveis ou justos, no alcance dos objetivos sociais que se propõem as organizações, tendo como exemplo as propostas de Court e a de Hufty (Flores, 2010). Para Flores (2010) ao invés de excludentes, ambos os enfoques são vertentes necessárias e complementares para as investigações sobre governança no setor saúde.

Um grupo de pesquisadores sobre governança em sistemas de saúde (Hufty, Báscolo e Bazzani, 2006; Hufty, 2010; Báscolo, 2010; Báscolo e Yavich, 2010) consideram que a

governança se refere às muitas formas que sujeitos e instituições interagem interesses diversos e ou conflitantes que podem, ou não, conduzir a uma ação cooperativa rumo a resolução de uma situação problema. Propõem a utilização do conceito de governança enquanto *categoria analítica ou método de análise* (MAG) com vistas a descrever e explicar, por meio de seus componentes principais atores, processos, regras do jogo e espaços decisórios, as distintas formas de interação e o processo decisório. Assumem a perspectiva de que existem diversos modos pelos qual ocorre a governança, que representam a síntese das muitas maneiras como indivíduos e instituições manejam seus interesses.

Autores brasileiros (Marques, 2012, 2013; Lima, Albuquerque e Scatena, 2016) realizaram revisão crítica sobre as distintas interpretações e usos do conceito de governança, principalmente no Brasil, apontando alguns riscos implícitos nas diversas abordagens correntes, em se adotar um posicionamento prescritivo e ou normativo. De acordo com Marques (2013), duas formas diferentes de compreensão do Estado: uma narrativa associada a necessidade de reforma e redução do Estado e padrões para uma nova (e melhor) administração pública e alcance de maior eficiência e outra, associada a processos de democratização, envolvendo maior participação social, controle social e inserção movimentos sociais em diversas áreas políticas. Em ambos os casos, o autor adverte que estão associadas a uma forte suspeita quanto a eficiência das ações do Estado. Ainda assim, as duas revisões apontam para as possibilidades de uso do conceito na análise dos processos políticos na produção de políticas. Um deles refere-se a sua adoção como dimensão de análise do processo político da regionalização em saúde. Nesse sentido, Lima et al (2016) sugerem que o conceito de governança seja utilizado para analisar como ocorre “a ação de governar” em um processo que envolve atores diversos com seus interesses, em contextos institucionais específicos, em que o poder e a condução da política encontram-se diretamente articulados.

Para efeitos desse estudo, entendemos que face ao dever do Estado Brasileiro na garantia do direito à saúde, a governança em saúde não pode prescindir do seu papel preponderante. Com base nas duas definições (Marques, 2013; Lima et al, 2016), considera-se neste estudo, que a governança regional em saúde pode se processar em arranjos de redes de políticas, permeável à participação e à influência de outros atores, mas cujos principais atores, governamentais, apesar de sua autonomia, encontram-se em relação de interdependência para garantir o direito à saúde e a integralidade da atenção e utilizamos a metodologia de análise de governança (MAG) de Hufty e colaboradores (Hufty, Báscolo e Bazzani, 2006; Hufty, 2010; Báscolo, 2010; Báscolo e Yavich, 2010).

Na figura 1, apresentamos uma sistematização das principais abordagens de governança, desde o ponto de vista das redes de políticas, como modelo de gestão e especificamente, no âmbito do setor saúde no Brasil.

Figura 1 - Conceitos e abordagens de governança

Concepções de Governança				
Elementos em comum: Modo de coordenação em relações de Interdependência entre atores autônomos				
<p>Papel inequívoco do Estado</p> <p>Capacidade do governo – (DINIZ, 1998; MATUS, 1993; PEREIRA, 1997)</p> <p>Regionalização</p> <p>Modo de coordenação e condução política, intergovernamental, no âmbito do SUS (ênfase nas instancias de cogestão: CIR, CIB)</p> <p>Reconhece a importância de outros atores (corporações profissionais, prestadores privados e filantrópicos, representantes da sociedade civil e o segmento acadêmico) (LIMA et al., 2012c; VIANA; LIMA, 2011)</p>	<p>Governança – Estado, Mercado, Redes</p> <p>Modos de coordenação social na produção e implementação de regras partilhadas coletivamente no fornecimento de bens coletivos.</p> <p>seja com direção dada pelo Estado ("governança por parte do governo"), por meio redes de cooperação de atores públicos e privados ("governança com governo"), ou por processos decisórios via atores não-estatais ou de auto-regulação pela sociedade civil ("governança sem governo"). (BÖRZEL, 2010; BÖRZEL; RISSE, 2010; RISSE, 2010)</p>	<p>Boa Governança - Perspectiva normativa</p> <p>No âmbito das RAS, “arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita”¹⁶</p> <p>Ênfase nos arranjos institucional, gerencial e de financiamento e visão estratégica que favoreçam uma “boa governança”.</p> <p>(MENDES, 2011; MS, 2014) (Repullo e Freire, 2016)</p>	<p>Método de análise.</p> <p>Formas com que sujeitos e instituições interagem interesses diversos e ou conflitantes que podem, <i>ou não</i>, conduzir a uma ação cooperativa rumo a resolução de uma situação problema.</p> <p>Perspectiva → distintos modos de governança que representam a síntese das diversas maneiras pelas quais indivíduos e instituições manejam seus interesses</p> <p>(BÁSCOLO, 2010; BÁSCOLO; YAVICH, 2010; HUFTY, 2010; HUFTY; BÁSCOLO; BAZZANI, 2006)</p>	<p>Redes de políticas</p> <p>modelo de governança envolvendo o local e o global, modelo estratégico de gestão de políticas ou ferramenta de análise de novas práticas de governança</p> <p>Relações de interdependência, envolvendo múltiplas organizações ou atores, sem subordinação formal, ou controle predominante, cada unidade da rede atuando de forma semiautônoma, a depender do grau de influência de uns sobre outros.</p> <p>(DIJK; BEEK, 2008; FLEURY, 2008; FLEURY; OUVÉNEY, 2007; MARTINS; FONTES, 2004; PROCOPIUCK; FREY, 2009; ROVÉRE, 1999)</p>

Fonte: Elaboração própria.

4. METODOLOGIA

A metodologia inclui a articulação entre a teoria, os métodos e as técnicas empregados na investigação e a sua combinação é uma tarefa importante para o desenvolvimento de qualquer pesquisa com vistas a responder as questões de estudo e alcançar os objetivos almejados (Minayo, 2007). Ademais, a escolha sobre a abordagem metodológica deve ser orientada de acordo com as exigências do objeto em investigação (Flick, 2009). O objetivo deste capítulo é apresentar os referenciais e etapas que orientaram esta investigação para pensar e interpretar a realidade pesquisada.

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, em que se usa o texto como material empírico, a ênfase recai sobre construção social da realidade, norteada pela perspectiva dos atores, suas práticas e compreensão própria da questão em estudo (Flick, 2009).

Para esta investigação utilizou-se a abordagem dos estudos de caso múltiplos, buscando-se combinar fontes de informações primárias e secundárias, com plano de análise regional.

O estudo de caso uma investigação empírica que analisa um fenômeno contemporâneo em profundidade e dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando não são evidentes os limites entre o fenômeno e o contexto estudados (2009). Para tanto, é necessário reunir múltiplas fontes de evidência, triangular informações e beneficiar-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas que orientarão a coleta e a análise dos dados. Os estudos de caso costumam ser aplicados em situações quando as questões de investigação são do tipo “**como**” e “**por que**”, em que o fenômeno de interesse é complexo e altamente contextualizado, com múltiplas variáveis sobre as quais há pouco controle (Yin, 2009). Este autor destaca que a necessidade de um estudo de casos múltiplos advém da intenção de se compreender fenômenos sociais complexos, implicando alguma variação geográfica, étnica, de tamanho entre os casos selecionados (Yin, 2009).

A necessidade de um estudo de casos múltiplos emerge da intenção de se compreender fenômenos sociais complexos, implicando, entre os casos selecionados, alguma variação geográfica, étnica, de tamanho. Os casos podem ser selecionados para prever resultados semelhantes, denominados casos típicos (onde um fenômeno é presumido), ou resultados contrastantes por razões antecipáveis, casos teoricamente diferentes. A análise dos casos pode ser feita considerando-se cada caso integralmente (análise holística) ou por meio de unidades de análise para relacionar os casos (análise imbrincada) (Yin, 2009). Neste estudo, considerou-

se que a situação geográfica de cada região de saúde selecionada contribui para conformações diferenciadas de redes de política na governança regional, caracterizando um estudo de casos múltiplos contrastante. No tratamento analítico, cada região foi considerada como um caso específico, analisado em sua totalidade (caso holístico). Para o imbricamento dos dois casos, definiu-se como unidade de análise a implementação das redes temáticas tendo como fenômeno de interesse a governança.

4.1 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS CASOS

As duas regiões selecionadas como casos de estudo localizam-se na Amazônia Legal, conceito que designa, sob uma área, nove estados da federação e cuja definição baseou-se em análises estruturais e conjunturais, considerando aspectos sociais, econômicos e políticos que os unem, e não apenas geográficos, com a finalidade de promover seu desenvolvimento. A possibilidade de desenvolvimento regional implica a integração de interesses relacionados à manutenção de sua biodiversidade e qualificação de atividades econômicas tradicionais, com os que estão conexos à expansão de atividades agroeconômicas, entre outros. Nessa correlação de forças, observam-se importantes e permanentes dificuldades de estrutura logística e infraestrutura. A existência de diversos projetos de desenvolvimento econômico, social e, recentemente, de ciência, tecnologia e inovação, para a região, coloca em articulação atores e instituições em prol de objetivos não necessariamente coordenados e complementares (CGEE, 2013).

O primeiro critério para a seleção das regiões de saúde foi terem sido abrangidas pelo Projeto Qualisus-Rede. Outro critério considerou a *situação geográfica* das regiões, conceito que nos permite compreender o território usado, em termos das suas heranças históricas e do seu desenvolvimento futuro (Silveira, 1999).

Viana et al (2009) realizaram a caracterização das situações geográficas em regiões da Amazônia Legal. Estas características implicam especificidades aos processos de regionalização e apresentam dificuldades à conformação de redes, razão pela qual optou-se por realizar essa investigação nessas regiões. As duas regiões caracterizam-se por dinâmicas singulares em virtude da complexidade das situações sócio espaciais existentes e da sua herança no que se refere à direção da ação do estado e uso do território. A região do Alto Solimões corresponde a situação geográfica designada de área de fronteira internacional e a região metropolitana de Belém, corresponde a uma situação de metropolização.

- Região do Alto Solimões (área de fronteira internacional):

Caracteriza-se por vasta extensão de fronteiras com o Peru e a Colômbia, alta concentração de povos indígenas de etnias diversas, população ribeirinha, áreas de instabilidade e conflitos. A região concentra estratégias de controle militar e geopolítico, contando com a presença das Forças Armadas. Viana et al (2007) destacam que as regiões de fronteira internacional se caracterizam pela incidência de um conjunto de normas com a finalidade de garantir a segurança nacional e que são somadas, às normas federais e estaduais, além de legislação ambiental especial, o que implica em restrição no uso do território mediante diversas escalas normativas. Ao mesmo tempo, enfatizam que a condição de fronteira implica zonas de contato entre distintos territórios, com fluxos e circulação, de pessoas e coisas, legais e ilegais (Viana *et al.*, 2007).

- Região Metropolitana de Belém (metropolização):

Essa região caracteriza-se por heranças do processo de urbanização brasileira; maior densidade: populacional, de infraestruturas, serviços e indústrias e de instituições (centros de pesquisa, ONGs, instituições financeiras e hospitais); atração populacional; nós de fluidez na região; mercado interno mais desenvolvido, segmentado, diferenciado e hierarquizado; maior especialização na divisão do trabalho e importância política frente a novos projetos governamentais e intenso processo de precarização das condições de vida pelo aumento das desigualdades socioespaciais nas metrópoles. Toda a região vem enfrentando as consequências das ocupações desordenadas, fruto do processo migratório, essencialmente de pessoas/famílias oriundas dos municípios mais distantes dos centros urbanizados (Viana *et al.*, 2007; Viana, Ibañez e Elias, 2009).

Entende-se que a análise das especificidades de cada região pode contribuir para uma compreensão mais ampliada sobre os elementos que condicionam os processos de governança regional e identificar arranjos diversificados, considerando-se a inter-relação entre atores, processos, normas e projetos em contextos específicos. No capítulo 4, as regiões de estudo serão mais amplamente descritas em termos de sua situação socioeconômica, condições de saúde, aspectos demográficos e estrutura assistencial existente.

4.2 CONSTRUÇÃO DO MARCO ANALÍTICO

Em virtude da polissemia em torno dos estudos sobre governança, no campo das políticas públicas, a primeira etapa do projeto envolveu o aprofundamento da revisão bibliográfica para construção do corpo teórico e sistematização metodológica com vistas a integrar abordagens de redes de políticas e estudos sobre governança. A revisão bibliográfica realizada permitiu distinguir aspectos centrais da discussão sobre o tema e favoreceu uma delimitação prévia sobre como a governança seria compreendida e analisada.

Nesse estudo, parte-se da concepção de que as “redes de políticas são concebidas como uma forma particular de governança dos sistemas políticos modernos, centrando-se nas estruturas e processos, através dos quais as políticas públicas se estruturam” (Fleury, 2005, p.79) e que a governança em saúde se caracteriza por uma crescente interdependência entre atores públicos e entre estes e atores privados, na implantação das políticas. Esse aspecto pode ou não favorecer a mobilização de recursos dispersos e interesses distintos com vistas ao alcance de maior efetividade das respostas necessárias, frente aos problemas enfrentados e demandas colocadas pela população.

Buscamos combinar dois referenciais: a proposta da MAG, enquanto método com dimensões propostas por Fleury e Ouverney (2007) para análise do grau de interdependência e nível de institucionalidade da rede de política, apresentado a seguir. A matriz de análise buscou combinar as unidades analíticas de cada marco teórico, conforme discutido mais adiante.

4.2.1 Metodologia de Análise da Governança (MAG)

A MAG constitui uma ferramenta analítica da governança, entendida enquanto processos de ação coletiva que organizam as dinâmicas de atores e normas (Hufty, Báscolo e Bazzani, 2006; Hufty, 2010). Mediante a existência e definição de um problema (variável dependente), analisa como ocorre a governança (variável intermediária), num contexto (variável independente), por meio de quatro unidades analíticas, ou dimensões observáveis:

- Os atores: todos os que participam do espaço de governança;
- Os pontos nodais: lugares ou espaços onde se observa a governança.

A partir da identificação dos pontos nodais, busca-se compreender:

- As normas sociais, ou seja, as regras do jogo, sejam elas formais ou informais;
- Os processos: a dinâmica dos atores no tempo.

Os atores são indivíduos ou grupos com interesse sobre o problema que contam com recursos - econômicos, motivações, visões de mundo, interesses distintos, discursos explícitos ou implícitos - e interagem entre eles por meio de acordos, pactos, arranjos conformando redes, com lugares e modos de ação específicos, utilizando-os em uma relação de poder de modo a influenciar o processo de governança. Assim, cabe caracterizar os atores bem como os recursos mobilizados e a natureza das relações estabelecidas entre eles para o alcance de objetivos e ou resolução de problemas.

A análise dos pontos nodais refere-se à localização dos pontos onde convergem atores, processos e normas, que produzem efeito isoladamente ou na interação com outros nodos, podendo constituir-se em espaços físicos ou virtuais. Busca identificar como vários nodos interatuam em torno da resolução de um problema.

As normas sociais constituem o conjunto de regras formais e informais, consideradas apropriadas ou não, com valores inerentes acerca do que seja bom ou não. Possuem um valor e uma prescrição. A capacidade de modificar as normas ademais constitui objeto da ação dos atores que podem tornar uma norma informal numa regra formal. Ao mesmo tempo, diversas normas podem coexistir, inclusive de forma contraditória. Elas podem ser classificadas em:

- Metanormas: princípios gerais de uma política, como integralidade, equidade, participação social;
- Normas constitutivas: marco organizacional que regula os papéis formais, como a estrutura de hierarquia de uma organização (um hospital, uma unidade de saúde) e
- Normas regulatórias: que regulam os comportamentos dentro de uma organização. São regras prescritivas, definindo direitos, deveres e sanções

As regras que orientam as ações dos atores foram identificadas por meio de análise documental e entrevistas, buscando-se compreender como esse conjunto de normas se relaciona e interage de modo a favorecer ou dificultar os processos de governança regional.

Os processos referem-se a mudanças na dinâmica da relação entre os atores. Os autores da MAG utilizam o conceito de transação, que se relaciona as trocas materiais e ou simbólicas que ocorrem no processo de interação entre os atores por meio do compartilhamento de recursos, estratégias, informação, alterando arranjos, normas, regras (Hufty, Báscolo e Bazzani, 2006; Báscolo, 2010; Báscolo e Yavich, 2010). No presente estudo, as unidades analíticas da MAG foram combinadas com categorias e componentes de análise utilizadas por Fleury e Ouverney (2007) ao construírem uma tipologia para identificação e análise do padrão de interdependência e institucionalidade da rede de políticas.

4.2.2 Interdependência e Institucionalidade da Rede

O grau de interdependência de uma rede depende de relações de coordenação e de um grau mínimo de institucionalidade para potencializar as múltiplas capacidades de seus atores (Fleury e Ouverney, 2007). A fim de caracterizar o padrão de interdependência de uma rede, os autores propõem a análise dos seguintes componentes relacionados à coordenação da rede:

- Atores: quem participa na condução das atividades da rede e quais aqueles com maior capacidade decisória. Quanto maior a capacidade decisória, maior o poder de mobilizar recursos na defesa de seus interesses e influenciar o resultado das políticas;
- Grau de formalização: o papel das regras como condição essencial para institucionalização da rede, em que o equilíbrio esteja entre uma base mínima de parâmetros de orientação para sustentar o trabalho coletivo e favorecer a flexibilidade da rede;
- Distribuição de recursos: a institucionalidade da rede se constitui e consolida em função da distribuição de recursos que compõem sua base estrutural – nível onde se organiza o processo político que fornece legitimidade as decisões sobre alocação de recursos;
- Foco gerencial: qual o conjunto de atividades a ser coordenado pela rede, considerando-se que uma estrutura em rede se forma com base em atividades complementares;
- Foco de poder: a distribuição de recursos influencia o padrão de interdependência entre os atores, orientando a distribuição de poder dentro da rede. A amplitude de esforços e maior intensidade dos vínculos necessita formas de compartilhamento de poder e de recursos capazes de sustentar a institucionalidade da rede.
- Foco de controle: refere-se à necessidade de monitorar o trabalho coletivo a fim de garantir que os resultados sejam alcançados (plena realização de metas coletivas) e haja prestação de contas relativas aos recursos empregados (accountability). A questão central é determinar quem possui legitimidade suficiente para controlar os demais atores envolvidos.
- Objetivos: uma estrutura de rede envolve a percepção de que objetivos compartilhados devem ser perseguidos por meio do engajamento integrados dos atores, de modo a convergir para um objetivo maior que é comum a todos, aprofundando a interdependência.

Como bases de suporte institucional que se articulam na estrutura da rede e impulsionam o planejamento e ação coletivos, os autores apontam espaços de articulação e negociação:

- Instâncias de estratégia: de suporte técnico e operacional, promovem a articulação e integração da base de recurso e acompanham a evolução da política. Buscam criar elementos de suporte decisório e promover racionalidade na alocação de recursos;
- Espaços internos de pactuação: Suporte político. Formular estratégias para ampliar a representatividade e de compartilhamento decisório. Inclui interesses plurais e busca reduzir assimetrias de poder.
- Canais externos de articulação: demandas e interesses da rede de governança em áreas decisórias externas que tem influência na rede. Busca-se mobilizar recursos externos e inserir a rede nos processos de definição de parâmetros da política pública.

Nesta investigação, fizemos a análise dos pontos nodais, utilizando como categorias **instâncias estratégicas** (câmaras técnicas, grupos condutores de redes temáticas) **espaços internos de negociação**, neste caso considerados os espaços decisórios (colegiados intergestores – CIR, CIB e Consórcio) e **canais externos de articulação**, que extrapolam as relações entre os gestores dos municípios e entre estes e o gestor estadual (CONASS, CONASEMS, mesa de negociação etc).

A ideia é analisar cada um desses elementos em termos do grau de institucionalidade adquirido. As variáveis propostas para análise do padrão de institucionalidade da rede são: - **alta institucionalidade**: relacionada com maior grau de formalização e hierarquização – formações burocráticas e centralizadas); **interdependência da rede**: considera o planejamento e ações coletivas, processos horizontalmente estabelecidos e consensuados, decisões compartilhadas e **baixa institucionalidade**: articulação e coordenação coletivas incipientes ou ausentes, baixo potencial de trabalho coletivo, orientação por interesses individuais, pouca capacidade de mobilização de recursos e composição de objetivos coletivos (Fleury e Ouverney, 2007). O padrão de interdependência pode ser considerado um continuum que vai desde o baixo grau de coordenação até a coordenação interorganizacional.

Para este estudo, foi feita uma adaptação dos componentes propostos para análise da institucionalidade da rede e dos critérios para comparação de padrões de interdependência, apresentados pelos autores, criando-se uma terceira categoria, denominada coordenação hierárquica, considerando-se que no setor saúde, a governança regional ainda é fortemente induzida por diretrizes e formulações da União, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Padrões de interdependência da rede de governança

Crítérios	Baixo grau de coordenação	Coordenação intergovernamental e em rede	Coordenação hierárquica
Formulação de Políticas, Projetos	Formulação incipiente.	Considerações estratégicas para a região,	Adesão às prerrogativas nacionais e ou estaduais;
	Interrupção por questões político partidárias	Formulação própria e adequação frente as demandas do MS	
			Construção conjunta da agenda regional
Regras e formalidade	Sem regras formais. Acordos informais	Construção coletiva de regras formais	Regras formais rigidamente estabelecidas – padrões burocráticos de regulação
Metas e atividades enfatizadas	Ênfase nas ações e objetivos individuais	Ênfase nas ações e objetivos conjuntos	Ênfase nas ações e objetivos do Estado ou União
			OU
			Definição de parâmetros e regras em arenas externas
Nível de recursos envolvidos	Baixo nível de intercambio	Alto nível de intercambio	Definição previa quanto ao intercâmbio de recursos
Atores diretos	Presença dos atores de nível operacional e tático (pouco frequente)	Envolvimento dos atores tático e estratégico	Atuação predominante de atores governamentais
Compartilhamento de poder (responsabilidade)	Pouco	Processos políticos partilhados (parcerias intergovernamentais).	Responsabilidade previamente definida
		Maior grau de compartilhamento de responsabilidades	

Fonte: Adaptado de Fleury e Ouverney (2007)

4.2.3 Implementação de redes de atenção à saúde

No Brasil, o conceito de redes de atenção formalizado pela Portaria 4.279/2010 foi definido como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010). Esta portaria estabelece fundamentos conceituais e operativos considerados essenciais a esse processo (ferramentas de gestão dos serviços, atributos das redes) assim como diretrizes e estratégias para sua implementação.

Para compreender a situação da implantação das redes de atenção temáticas foram considerados inicialmente os seguintes aspectos: oferta de serviços e organização da atenção;

formas de relacionamento e divisão de funções; integração / fragmentação da rede e contribuição para a regionalização (COAP).

No processo de análise das informações, buscou-se identificar o nível de integração das redes temáticas e para isso foram utilizados alguns de seus atributos. população e territórios definidos; oferta de serviços; primeiro nível de atenção; atenção especializada; recursos humanos; sistema de informação, sistema de regulação, financiamento; investimentos e governança do sistema. Adotou-se como variáveis, os estágios apresentados por Mendes (2011): fragmentado, parcialmente integrado e integrado, considerando-se que não se tratam de etapas dicotômicas, mas níveis que circulam de um estágio ao outro. As redes temáticas priorizadas nesta pesquisa foram:

- Região do Alto Solimões - RUE e Rede Cegonha;
- Região Metropolitana de Belém – RUE, Rede Cegonha e Rede de Atenção ao Controle do Câncer;

A caracterização da governança das redes foi desmembrada nas dimensões: governança institucional, governança gerencial e governança financeira (Mendes, 2010) tendo como ponto de partida o referencial incorporado nas estratégias de implementação de redes temáticas (Brasil, 2014).

4.2.4 Abordagem de redes

Foi realizado o mapeamento da rede social pessoal com gestores e técnicos, acionada no seu cotidiano, a fim de delimitar outras possíveis redes de políticas nas regiões de estudo, que não aquelas estabelecidas institucionalmente, no âmbito do SUS

A abordagem de redes tem sido considerada potente para análise dos padrões de relações de indivíduos e instituições que cercam as situações sociais, bem como nos estudos relacionados ao poder político, institucionalizado ou não, em função de sua natureza relacional intrínseca (Marques, 1999).

A análise de redes sociais pessoais dos entrevistados foi realizada buscando-se combinar a **natureza e tipos de vínculos**, que podem ser pessoais, familiares, organizacionais, institucionais, políticos ou de negócios, configurando redes afetivas, técnicas ou institucionais (Acioli, 2007; Marques, 1999, 2000; Martins e Fontes, 2004) com a **estrutura da rede** que delimita a lógica da interação entre seus membros, em termos de recursos materiais e imateriais intercambiados e das regras que afetam o processo político, apresentado no quadro 2.

Quadro 2 - Categorias de Análise de Redes de Políticas: variáveis relacionais e estruturais.

Natureza dos vínculos (Rovere, 1999)	Tipos de Vínculos (Marques, 2000)	Estrutura da rede (Klijn, 1995)	Motivo do vínculo
Reconhecimento: requer e gera aceitação. Pode-se evidenciar a frequência com que alguns atores sequer são reconhecidos como pares ou interlocutores.	Institucional: Relações estritamente de trabalho	Recursos: poder, status, legitimidade, conhecimento, informação e dinheiro;	Questão regional
Conhecimento: conhecer quem o outro é bem como o que faz requer e gera interesse.	Pessoal: as relações pessoais e de amizade que não os familiares	Percepções que orientam como atores interpretam e avaliam seu curso de ação e o dos outros atores	Gestão Municipal
Colaboração: requer e gera reciprocidade. Esse “nível” de aprofundamento dos vínculos impõe ações concretas e é um caminho relevante para a geração de redes.	Familiares: os vínculos de família (incluindo os adquiridos)	Regras prevaletentes e mutáveis, fruto das interações e que regulam o comportamento dos atores;	Gestão Estadual
Cooperação: compartilhar atividades ou recursos exige e gera solidariedade, mesmo que os atores em relação mantenham interesses específicos.	Político: relações político partidárias e de alinhamento ideológico		Demanda político-partidária
Associação: Desenvolver projetos comuns requer e gera confiança. Esse nível de aprofundamento dos vínculos permite observar como a confiança favorece projetos comuns, que nenhum ator poderia ter desenvolvido isoladamente. A confiança é ao mesmo tempo pré-requisito e produto da ação.	Negócios: Relações envolvendo dinheiro		Interesse privado (pessoal)

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Rovere, 1999; Marques, 2000, Klijn 1995.

4.2.5 Matriz de análise da governança regional

Nesta investigação, foram utilizados diversos referenciais teóricos e metodológico de modo a fundamentar a proposta de análise. Isso foi feito por intermédio da combinação e adaptação das unidades analíticas de cada marco teórico, buscando-se identificar categorias (ou dimensões) e variáveis que poderiam ser utilizadas na análise de redes e de governança aqui proposta. O Quadro 3, consolida o plano de análise adotado no estudo.

Quadro 3 - Matriz de análise da governança regional

Região de saúde – Situações geográficas			
Dimensões da governança em saúde			Padrões de interdependência
ATORES	NORMAS	PROCESSOS	
Diversidade;	Arcabouço normativo	Conteúdo e natureza das negociações	Baixo grau de coordenação; Coordenação em rede; Coordenação hierárquica
Objetivos/Interesses;	Grau de formalização	Recursos e capacidade decisória	
Capacidade de atuação.	Regras formais e informais	Coordenação	
		Foco de Gestão Participação social	
PONTOS NODAIS			
Instâncias de estratégia			
Espaços internos de pactuação:			
Canais externos de articulação			
Implementação de Redes de Atenção à Saúde			

Fonte: Elaboração própria. Inspirado em Hufty, 2010; Marques, 2000; Rovere, 1999; Viana et al., 2007, 2009; Mendes, 2011.

4.3 ETAPAS E TÉCNICAS DE PESQUISA

A primeira etapa abrangeu uma aproximação com os processos de governança em curso nas regiões do estudo, realizada com base nas informações (entrevistas e documentos) levantadas para o Projeto de Avaliação de Implementação do Qualisus-Rede (Cruz *et al.*, 2015), cuja coleta de dados ocorreu no segundo semestre 2014. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com de acordo com atores nas regiões (Gestores estaduais, grupo condutor, apoiadores, gestores de municípios não participantes do GC) e com representantes do MS e/ou BIRD, envolvidos com a gestão nacional do projeto. Foram realizadas oficinas e análise documental, com vistas a avaliar o grau de implementação do projeto Qualisus-Rede em cada região de saúde. Esta primeira análise propiciou o primeiro produto da tese: o artigo “*A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: Uma análise do Projeto QualiSUS-Rede*” (Casanova *et al.*, 2017). Para elaboração deste artigo, considerou-se o conjunto de dimensões avaliativas adotadas na pesquisa Qualisus-Rede, adaptadas e conjugadas em novas categorias para análise do processo de investimento na governança regional, apresentada na metodologia do artigo.

A segunda etapa da pesquisa envolveu a revisão da literatura sobre redes, regionalização, federalismo e governança, com vistas à elaboração do arcabouço teórico e analítico, sistematizados nos quadros 1 e 3.

A terceira etapa do estudo consistiu na investigação com o marco teórico analítico construído com retorno às regiões de saúde, para pesquisa de campo, realizada em outubro/2016 (região metropolitana de Belém) e janeiro/2017 (região do Alto Solimões), com a realização de entrevistas, levantamento documental e em bases de dados secundários para caracterização das regiões. Por fim, procedeu-se a análise do conjunto da base de informações levantadas, organizando sua apresentação e discussão no capítulo resultados.

4.4 FONTES DE INFORMAÇÃO

A seguir apresentamos as fontes de informação utilizadas e os parâmetros de formulação dos instrumentos de pesquisa.

4.4.1 Entrevistas semiestruturadas

A entrevista é uma técnica em que se estabelece uma conversa intencional entre duas ou mais pessoas com o objetivo de fornecer informações pertinentes ao objeto de pesquisa,

permitindo a captação imediata da informação desejada com diferentes tipos de informantes e sobre variados tópicos. A entrevista semiestruturada parte de um roteiro básico, porém sem rigidez na sua aplicação, estando aberta a adaptações, sendo esta a opção utilizada nesta investigação (Britten, 2009). O roteiro de entrevista (apêndice A) contemplou perguntas abertas relacionadas com os seguintes eixos temáticos:

- Bloco I: Atores – Orientação, objetivos e interesses
- Bloco II: Espaços de negociação e articulação
- Bloco III: Coordenação, gestão e processos decisórios
- Bloco IV: Implementação de Redes de Atenção à Saúde
- Bloco V: Região de Saúde – Território

As questões buscaram abranger o conjunto de atores envolvidos com a regionalização e implementação de redes de atenção, seus modos de intervenção e atuação, acordos e a natureza das relações; participação, envolvimento e responsabilidades compartilhadas entre os atores; processo de planejamento regional; os principais espaços de articulação e negociação e a interlocução entre eles; poder decisório e autonomia na definição de prioridades e tomada de decisão, o processo de implementação de redes temáticas nas regiões e aspectos relacionados a região de saúde. Apesar dos eixos prévios que nortearam a elaboração do roteiro, no processo de entrevista, buscou-se respeitar o modo de produção da reflexão e discurso dos sujeitos. Como critério de seleção dos entrevistados foram considerados atores estratégicos para a governança regional de acordo com o sugerido em estudos empíricos realizados anteriormente (BRASIL *et al.*, 2016; Machado *et al.*, 2014). Inicialmente optou-se pelos integrantes da comissão intergestora regional (CIR) de cada região. Em ambas as regiões foram incluídos outros atores indicados nas entrevistas iniciais por sua atuação em outros espaços de articulação da saúde nos Estados. A pesquisa de campo propiciou a realização de 27 entrevistas, que foram gravadas e transcritas. A apresentação dos atores entrevistados por região encontra-se no quadro 4 – fontes de informação e o seu perfil é apresentado no quadro 5.

Quadro 4 - Fontes de informações

Entrevistas		
Atuação	Região Metropolitana	Região de Fronteira
Gestor Estadual	2*	1
Gestão Municipal	1**	5***
Área técnica –SES	6	2****
CIR	4	1
DSEI	nsa	1
COSEMS	-	1
Outros	2 (Universidade)	-
Consórcio Público de Saúde	nsa	1
TOTAL	15	12
Fontes documentais		
Atas da CIR	2015 – 2016 (13 atas)	2015-2016 (05 atas)
Atas da CIB	2015-2017 (15 atas)	2015-2017 (21 atas)
Atas/resoluções do Consórcio	Nsa	2012-2014 (09 atas) 2016-2017 (02 atas)
Plano Estadual de Saúde	2016-2019	2016-2019
Plano de Redes de Atenção	Câncer, RUE e Cegonha – planos estaduais com componente regional	Cegonha e RUE - Regional
Projeto Implantação CIES	2015	Nsa
Relatório técnicos	IPEA - Governança Regiões Metropolitanas – Caso Belém. 2016	Relatório final PRODERAM - 2015
Instrumentos de planejamento e gestão (RAG, PAS, PMS)	Todos os municípios - 2016	Desde 2013 (municípios com relatórios entregues em anos variados)

Fonte: Elaboração própria.

* Entrevista com Secretário estadual de saúde atual e anterior.

** Entrevista coletiva com subsecretário e seis coordenadores de áreas técnicas.

*** No município-sede foram entrevistados gestor atual e gestor anterior.

**** Um dos entrevistados ocupa a função de gerência regional do Alto Solimões.

Quadro 5 - Perfil dos entrevistados: função, formação, gênero, idade, escolaridade e vínculo. Regiões Metropolitana de Belém e Alto Solimões

Órgão de atuação	Função	Formação	Gênero	Idade	Escolaridade	Vínculo
Região Metropolitana de Belém						
Instância regional	Assessoria	Serviço social	Feminino	57	Nível superior	Servidor
Instância regional	Assessoria	Ciências sociais	Feminino	46	Nível superior	Servidor
Área técnica	Assessoria	Outro	Masculino	61	Especialização	Servidor
Área técnica	Assessoria	Psicologia	Feminino	44	Stricto sensu	Servidor
Gestão estadual	Assessoria	Medicina	Masculino	66	Nível superior	Servidor
Universidade	Ensino/formação	Enfermagem	Feminino	59	Stricto sensu	Servidor
Área técnica	Assessoria, técnico	Enfermagem	Feminino	55	Especialização	Servidor
Gestão estadual	Gestão, assessoria	Enfermagem	Feminino	52	Nível superior	Servidor
Gestão estadual	Gestão, assessoria	Psicologia	Feminino	50	Nível superior	Servidor
Universidade	Ensino/formação	Economia	Masculino	51	Stricto sensu	Servidor
Instância regional	Técnico	Odontologia	Feminino	44	Nível superior	Servidor
Instância regional	Assessoria	Engenharia	Masculino	39	Nível superior	Contratado
Gestão municipal	Gestão, assessoria	Serviço social	Feminino	50	Especialização	Servidor
Gestão estadual	Gestão	Medicina	Masculino	57	Nível superior	Servidor

Região do Alto Solimões						
Cosems	Apoiador	Enfermagem	Feminino	45	Nível superior	Contratado
Área técnica	Assessoria	Enfermagem	Feminino	32	Especialização	Servidor
Gestão estadual	Assessoria	Administração	Feminino	52	Nível superior	Servidor
Instância regional	Coordenação	Serviço social	Feminino	57	Stricto sensu	Servidor
Gestão municipal	Gestão	Enfermagem	Masculino	34	Nível superior	Outro
Gestão municipal	Gestão	Serviço social	Feminino	37	Nível superior	Contratado
Gestão municipal	Gestão	Enfermagem	Feminino	39	Nível superior	Contratado
Gestão municipal	Gestão	Biologia	Masculino	45	Especialização	Servidor
Gestão municipal	Gestão	Administração	Masculino	30	Nível superior	Contratado
DSEI	Gestão	Biologia	Masculino	35	Nível superior	Contratado
Gestão estadual	Gestão	Odontologia	Masculino	40	Especialização	Servidor

Fonte: Elaboração própria.

4.4.2 Mapeamento de redes sociais dos gestores

Além das entrevistas, solicitou-se aos entrevistados a realização do mapeamento de sua própria rede social, indicando atores, organizações ou outras redes com as quais interage no processo de gestão. Essa etapa foi realizada com aqueles que aceitaram fazê-la ao final da entrevista. Este pode ter sido um limite, já que alguns entrevistados não tiveram tempo para as duas abordagens (entrevista e mapeamento de rede). Das 27 entrevistas realizadas foi possível realizar esse mapeamento com 13 entrevistados, da gestão estadual e municipal, incluindo as duas regiões.

Foi elaborado um instrumento próprio para o mapeamento da rede social dos entrevistados (apêndice B). Solicitou-se a eles que indicassem, do seu ponto de vista: quem eram os principais atores com os quais estabeleciam contato para viabilizar a gestão no seu cotidiano e qual a natureza dos vínculos e o tipo de relações estabelecidas entre eles. Solicitou-se que indicassem que tipo de recursos costumavam ser mobilizados, frequência e motivo do contato e que atores (ou aspectos) dificultavam a gestão.

A análise da rede proposta foi feita considerando a natureza dos vínculos, para identificar e interpretar as redes sociais como uma construção coletiva, com a estrutura da rede, em termos do que circula entre os atores, buscando um valor explicativo nos diferentes tipos de redes de governança.

4.4.3 Fontes documentais

As atas da CIR e CIB constituíram as principais fontes documentais da pesquisa. Na análise das atas, foram mapeados os atores envolvidos com a governança nas regiões do estudo, analisou-se o conteúdo das reuniões, principais pautas, elementos de conflitos e processos para realização de acordos e o papel do gestor estadual na coordenação regional, elementos da implementação e organização das redes de atenção, estratégias / abordagem adotados no enfrentamento de questões. Embora inicialmente não estivesse previsto no horizonte desta análise, o papel do Ministério da Saúde foi um elemento que surgiu do material empírico de forma importante e por isso incluído na análise desses documentos.

Especificamente em relação aos estados, foram priorizados os seguintes documentos: planejamento estadual de saúde e planos de ação das redes temáticas em que se buscou identificar seus projetos, objetivos, recursos envolvidos, estratégias e resultados esperados para as regiões de saúde. Quanto aos municípios, foram analisados de forma complementar

instrumentos de planejamento e de gestão (planos municipais de saúde, relatórios anuais de gestão e a programação anual do ano de 2016). O recorte regional foi buscado por meio de relatórios de pesquisa ou de projetos desenvolvidos nas regiões e no componente regional dos planos de ação das redes temáticas. O conjunto de fontes documentais acessadas em cada região encontra-se sistematizado no quadro 4.

Nesta pesquisa, a investigação documental foi realizada para análise das discussões, normas, prioridades, estratégias, orientação e papel dos atores envolvidos na governança regional, por meio de um roteiro com critérios de verificação previamente estabelecidos (apêndice c). Pretendeu-se igualmente identificar elementos que contribuam para a compreensão do papel do gestor estadual nesse processo.

4.4.4 Dados secundários

Foram utilizados dados secundários oriundos de sítios governamentais para caracterização dos dois casos selecionados, considerando-se:

- Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS) – levantamento dos instrumentos de planejamento e gestão dos municípios;
- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – informações sobre despesas em saúde;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – capacidade física instalada, serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde e equipes de saúde da família;
- Informações de saúde do sítio Datasus – indicadores epidemiológicos e demográficas;
- IBGE - Brasil em Síntese - sistema agregador de informações econômicas, sociais e de saúde sobre os municípios e estados do Brasil (<https://cidades.ibge.gov.br>).
- Região e Redes – Banco de indicadores regionais (<http://www.resbr.net.br/indicadores/view>)

Foi realizada a triangulação de informações, que permite perspectivas diferentes sobre um mesmo tema e desse modo contribui para conferir maior precisão no processo de análise em pesquisas sociais, já que erros de interpretação podem ser cometidos pelo pesquisador, informantes podem não ser coerentes ou ter viés de memória, entre outros aspectos já discutidos na literatura, que podem interferir em investigações de natureza qualitativa (Gibbs, 2009). Assim, a primeira etapa no processamento dos dados, buscou a organização prévia no manejo das distintas fontes de informação de acordo com o plano de análise inicial, aonde identificou-se para cada uma das dimensões do plano de análise (Quadro 3) quais seriam as fontes de

informação utilizadas, sistematizadas em uma matriz de informação, conforme abaixo (Quadro 6).

Quadro 6 - Matriz de informação: Dimensões da análise da governança regional e fontes de informação utilizadas

Dimensões	Subdimensões	Fontes de informação	
		Entrevistas	Documentos
Atores	Diversidade de atores	1. Quem são os principais atores envolvidos com a regionalização na região (saúde - financiamento, gestão e prestação de ações e serviços; outros)? 8. Existem outros atores ou grupos que influenciem as questões de saúde na região? (Organizações profissionais, movimentos sociais, associações de portadores de agravos, empresas – seguradoras de saúde, universidades, ONGs, BM). Como?	Atas da CIR Atas da CIB Atas do Consórcio Público PES / PMS
	Objetivos / Interesses / Orientações	2. Que tipo de objetivos costumam ser consensuados na Região com mais facilidade? 3. Quais os objetivos que geram maiores conflitos e disputas? 4. De que forma os interesses político-partidários interferem nas negociações?	Atas da CIR e da CIB
	Capacidade de atuação e Dinâmica das relações	5. Como se tem atuado (estratégias) para lidar com os diferentes interesses / conflitos? Quem se destaca na mediação desses interesses? 6. Existem prestadores privados de saúde na região? Quais são? Eles atendem apenas ao município ou a toda região? 7. Como são feitos os acordos com esses prestadores? Qual o peso e influência deles para a região de saúde?	Atas da CIR e da CIB Base de Dados Datasus
Espaços de articulação e negociação	Espaços internos de pactuação Canais externos de articulação Instâncias de estratégia	9. Quais são os espaços de articulação e negociação mais importantes para a região? 10. Como tem sido a atuação da CIR? Existem dificuldades para sua atuação? Quais? 11. Como a CIR está conduzindo a regionalização? 12. Como e quem define a pauta de discussão das reuniões CIR/GC? 13. Que pautas / prioridades costumam predominar nas reuniões? 14. Como você descreve a sua participação nesse espaço da CIR? 15. Como você analisa a interlocução da região com outros espaços decisórios? 16. Há alguma forma de participação dos Conselhos de Saúde nas decisões regionais? Como ocorre a atuação dos conselhos de saúde nas decisões pactuadas na região? 17. Existem outros espaços de articulação/negociação além dos já instituídos com influência na região de saúde, que considera importantes? Quais? Por que? Costuma haver redefinições a partir dessas discussões?	
Regras e normas	Arcabouço normativo e grau de formalização	31. Como tem sido definida as responsabilidades das RTAS? Existe algum instrumento/dispositivo legal que confira institucionalidade aos compromissos assumidos? 32. Como tem sido definido o cofinanciamento das	Atas da CIR Atas da CIB

Dimensões	Fontes de informação		
	Subdimensões	Entrevistas	Documentos
		RTAS? Existe algum instrumento/dispositivo legal que confira institucionalidade aos compromissos assumidos? 33. Como os aspectos normativos influenciam as ações e compromissos firmados?	
Processos	Mecanismos de coordenação e modos de intervenção.	24. Como a gestão estadual da saúde tem atuado na região na implementação das políticas de saúde na Região? 26. Quais os limites para atuação do Estado na coordenação desse processo na RMB? O que tem feito para lidar com eles? 27. Como você considera o papel do MS na implementação de políticas de saúde na região? Existe convergência com as necessidades regionais?	PES PAS Atas da CIB Atas da CIR
	Gestão	20. Como tem ocorrido o planejamento regional na região? 21. Que instrumentos tem sido formulados/utilizados? 22. Como eles tem sido utilizados? 25. Existe convergência da política de saúde com outras políticas públicas do governo estadual?	PES PAS Atas dos colegiados
	Participação social	18. Como ocorre a comunicação na região entre os atores envolvidos? 19. Há alguma forma de comunicação ou espaço de discussão com a população da região para dar maior transparência aos processos e decisões no âmbito da Região	Atas dos colegiados Redes sociais
Região	Desenho da região, perfil social, demográfico e epidemiológico; Rede de serviços.	41. A definição da região de saúde está compatível com o que você conhece dela? Haveria algum outro desenho possível/desejável?	Relatórios de pesquisa; Base de dados Região e Redes; Sítios Datasus; IBGE; IPEA.
	Diferenciação e diversidade socioespacial. Articulação de políticas e Desenvolvimento regional	37. Que características a região apresenta que dificultam o funcionamento do sistema de saúde? (Usos do território, cultura, migração, populações específicas, especialização produtiva). 38. Quais seriam suas potencialidades? 39. Você tem conhecimento de outras políticas do governo federal para a região? Qual a sua articulação com a saúde? 40. Existem outros projetos / políticas sociais ou de desenvolvimento regional ocorrendo na região?	Relatórios de pesquisa Relatórios de gestão e PES
Implementação de Redes de Atenção	Oferta de serviços e organização da atenção	28. Foram implementadas Redes temáticas na região? Quais?	Atas da CIR e CIB; Plano de ação de redes
	Integração / Fragmentação da rede;	29. Em sua avaliação, qual a situação de cada Rede temática na região? 30. Como essa opção está contribuindo para a regionalização na região?	Atas da CIB e da CIR Relatório de gestão, PES, PAS.
	Governança das redes de atenção e regionalização.	36. Como se encontra a discussão do COAP na Região? Por que não anda / não avançou?	Planos de Saúde
		42. No seu entendimento, qual o objetivo da regionalização? 43. Quais as principais dificuldades / obstáculos da regionalização?	Plano de ação de redes

Dimensões	Fontes de informação		
	Subdimensões	Entrevistas	Documentos
	Formas de relacionamento e divisão de funções	31. Como tem sido definida as responsabilidades das RTAS? 32. Como tem sido definido o cofinanciamento das RTAS? Existe algum instrumento/dispositivo legal que confira institucionalidade aos compromissos assumidos?	Plano de Saúde Planos das RAS Atas das CIB e CIR

Fonte: Elaboração própria

ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, parecer n.º 1.627.880, estando de acordo com as normas relativas a investigações envolvendo seres humanos, procurando atender todos os requisitos éticos da Resolução CNS/MS n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa de campo na região do Alto Solimões foi parcialmente financiada com recursos do Edital Proex/Capes.

Todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa, foram informados dos objetivos da mesma e da liberdade de decidir sobre sua participação por meio da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), conforme apêndice d. As entrevistas só foram iniciadas mediante anuência e assinatura do TCLE. A fim de garantir a confidencialidade, o sigilo das informações coletadas e preservar o anonimato dos participantes, seus dados foram modificados. Ainda assim, destaca-se que todos os sujeitos foram previamente orientados sobre o risco de identificação indireta em razão de sua inserção institucional.

4.5 A PESQUISA DE CAMPO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Após a aprovação do Comitê de Ética da Ensp/Fiocruz para a realização da pesquisa, inicialmente foi feito contato com as secretarias executivas das CIR das duas regiões por e-mail e telefone. Encaminhou-se uma síntese do projeto e o termo de consentimento livre esclarecido. Foi solicitado a inclusão da apresentação do projeto como ponto de pauta em reunião da CIR a fim de fazer o primeiro contato pessoal com os gestores e esclarecer os objetivos da pesquisa. Contudo, apesar da boa receptividade das secretarias executivas, os cancelamentos e a falta de precisão na agenda das reuniões no segundo semestre de 2016, inviabilizaram a adoção dessa estratégia.

Foram encaminhados a síntese do projeto e TCLE para os e-mails dos secretários e outros atores que se buscava entrevistar. Foi uma boa abordagem de aproximação, principalmente na esfera estadual das duas regiões, mas com menor resposta entre os gestores dos municípios.

A utilização de redes sociais virtuais⁸ para o envio dos documentos propiciou bom retorno dos gestores do Alto Solimões e a possibilidade de agendamento. Nesta região, os aspectos que mais dificultaram a realização das entrevistas foram o tempo de percurso entre os municípios (anexo 1), condições de deslocamento e o custo do transporte local, já que recursos inicialmente previstos para a pesquisa de campo não foram garantidos, com as mudanças de prioridade do MS⁹.

Por isso optou-se por realizar as entrevistas com gestores nos municípios mais próximos a Tabatinga como Benjamin Constant e Atalaia do Norte. De Tabatinga, o acesso mais fácil, para Benjamin Constant, ocorre de barco, com duração de 40 minutos a depender das condições climáticas. De Benjamin Constant parte-se por estrada de terra para Atalaia do Norte, já que não existe linha de barco oficial para travessia por rio. Os municípios não possuem transporte público oficial e o deslocamento internamente se dá por meio de mototaxi ou carro, na modalidade “lotada”. Assim, a utilização dessas modalidades de transporte permitiu-nos observar *in locu* razões para o alto índice de acidentes com motos, problemas de saneamento ambiental (um lixão que invade a estrada entre os municípios) e a livre circulação entre fronteiras, de pessoas e coisas lícitas e ilícitas.

⁸ Facebook, messenger e whatsapp.

⁹ A proposta desta pesquisa foi apresentada e aprovada em Edital de Pesquisa do SCTIE em 2015. Depois de um ano sem notícias sobre a liberação dos recursos, foi informado que os mesmos foram reorientados para pesquisas no âmbito do Zika vírus (comunicação pessoal).

Destaca-se que o acesso para o município de Letícia, Colômbia, pode ser feito a pé com uma única rua principal, ligando os dois países, sem que haja, visivelmente, qualquer medida de controle de circulação entre as fronteiras. Essa região da Colômbia é bem desenvolvida, com ampla oferta de comércio e serviços e importante polo para o turismo Amazônico. Pode-se acessar o Peru, do outro lado da margem do Rio Solimões, em 15/20 minutos de barco. A localidade é bastante precária, pobre e sem saneamento algum, mas com muitas barracas em palafita ofertando atividades de lazer. Podem ser observadas balsas sobre o rio, transformadas em mercados ou “postos de gasolina”.

Na visita a esta região, foram realizadas entrevistas com a ex-secretária e o então subsecretário do município sede, Tabatinga, com os secretários de Benjamin Constant e Atalaia do Norte, e o ex-secretário de São Paulo de Olivença, que havia assumido o cargo de diretor da UPA/Maternidade da região.

Por telefone, realizou-se duas entrevistas com a secretária executiva do Consórcio Público de Saúde, pois na ocasião da pesquisa de campo ela não se encontrava na região. Tentou-se entrevistar uma professora da Universidade do Amazonas, que respondeu com boa receptividade, mas que não foi possível pois a mesma encontrava-se de férias.

Realizou-se entrevista com o coordenador de um DSEI e por intermédio dele, foi possível visitar um dos polo-base localizados em Tabatinga (Umariacú1), com a finalidade de conhecer a unidade de saúde indígena e equipe. Foi possível conversar com o coordenador da unidade básica de saúde, um enfermeiro, e com um ACS indígena de etnia Tikuna (bilingue) que me levou para a tribo a fim de conhecer alguns processos dessa etnia, como a produção de farinha e de artesanato, visitar a escola da tribo e seu professor/diretor além de conversar com uma parteira tradicional.

Em Manaus, foram entrevistados o secretário executivo de atenção especializada do interior (SEA Interior), ex-coordenador da CIR do Alto Solimões, a gerente da região do Alto Solimões, a atual coordenadora da CIR e a gerente da Atenção Básica. Foi feito contato com o presidente do COSEMS, mas na impossibilidade de conceder-me a entrevista, foi indicado a apoiadora para a região do Alto Solimões, que aceitou prontamente a realização da mesma. Viabilizou-se a observação de uma reunião do Conselho Estadual de Saúde, no momento de despedida do então secretário de saúde do estado que acabara de se exonerar do cargo. Alguns contatos posteriores por e-mail e ou telefone com informantes-chave foram realizados ao longo de 2017 para atualização / confirmação de algumas informações.

Na região metropolitana de Belém, o acesso à coordenação da CIR foi difícil, desde a definição de uma resposta quanto a possibilidade de participação em uma de suas reuniões, até

a liberação de e-mails dos secretários, e ainda das atas. O apoio de um informante-chave na Secretaria de Estado do Pará foi fundamental para garantir a realização da pesquisa nesta região. Dias antes da ida para Belém e entrada no campo, apenas uma entrevista havia sido confirmada. Com o retorno das férias desta informante, em um dia ela conseguiu confirmar as entrevistas com o atual gestor estadual e o seu antecessor e com a secretaria de saúde municipal da capital. Foram entrevistados então: o secretário de estado, dois membros do colegiado gestor (o ex-secretário de saúde e a coordenadora SESPÁ da CIR metropolitana); diretorias de regionalização e redes e do setor de planejamento; coordenação da rede temática do câncer e da educação permanente e da comissão integração ensino serviços (CIES) do Estado, com atuação na CIR da região.

No município de Belém foi realizada uma entrevista coletiva com a vice-secretária e seis diretorias: Atenção básica; Regulação; Planejamento; Programa da Mulher, Assistência etc). Um dos maiores limites da pesquisa foi a dificuldade de acesso aos demais secretários municipais de saúde, comprometida em virtude do processo eleitoral municipal, caracterizada por situações de recusa em participar da pesquisa (justificada “pelo pouco tempo na pasta”), falta de retorno e desmarcação sem prévio aviso e chance de novo agendamento.

Como cada região de saúde do estado do Pará contém uma estrutura regional, com recursos humanos e materiais para coordenar e apoiar as CIR e os municípios, denominados Centros Regionais de Saúde (CRS), buscamos entrevistar alguns de seus membros na região metropolitana. Na CRS entrevistei os diretores de vigilância em saúde e de controle e avaliação. Fiz uma entrevista coletiva com as duas responsáveis pela Educação e Saúde. A diretora de atenção básica preferiu me entregar o roteiro com as respostas anotadas e a coordenadora da CRS, então presidente da CIR, postergou a entrevista para o último dia do campo e desmarcou sem prévio aviso. Tentou-se entrevistar o presidente do Cosems que envolvido com as eleições, indicou o secretário de Ananindeua por fazer parte de sua composição. Contudo este secretário também desmarcou a entrevista, e na segunda tentativa, a subsecretária designada não apareceu.

Entrevistei dois professores com assento no conselho de integração ensino-serviço das universidades estadual e federal e participei como observadora de uma reunião do CIES com diversas instituições e representações da região metropolitana.

A experiência da pesquisa de campo propiciou muitos aprendizados: o primeiro, referente à valorização das relações pessoais nas instituições. O conhecimento *personal* de informantes chave foi fundamental para gerar confiança nos atores quanto ao trabalho da pesquisa e conseguir agendar os encontros iniciais. A realização de entrevista com o gestor estadual foi fundamental para conseguir acesso aos demais membros diretivos da secretaria

estadual; a relação proximal com a coordenação da CIR foi decisiva para facilitar o contato junto aos gestores municipais. Outro, foi que a realização da pesquisa de campo dentro do período eleitoral foi elemento que dificultou bastante o acesso aos atores, principalmente gestores municipais. A realização da pesquisa no período pós-eleitoral e início de mandato dos gestores, acabou sendo elemento facilitador seja pela manutenção de alguns secretários na pasta, pelo retorno de outros, ou pela vontade de falar sobre suas propostas de gestão. Em regiões com dificuldades logísticas de conexão, o contato por redes sociais virtuais propiciou retorno mais rápido e positivo do que por meios tradicionais como e-mail e telefone.

O acesso aos documentos oficiais só foi dificultado em relação as atas da CIR de uma das regiões, para o qual foi necessário acionar membro do diretivo da secretaria de estado para consegui-las. Na região de fronteira todas as atas dos colegiados são de acesso público (CIR, CIB e CES) e os instrumentos de planejamento e gestão do Estado, disponibilizados para download no próprio sitio da secretaria de saúde. As atas do Consórcio Público estão disponíveis no sitio da Secretaria de Planejamento. No Pará, existe um sitio para solicitação de documentos por meio de um cadastro com identificação e descrição de finalidade de uso, que respondeu em duas semanas enviando todas as atas da CIB solicitadas. As atas do CES foram solicitadas diretamente ao presidente do conselho e imediatamente encaminhadas. Os instrumentos de gestão do Estado estão disponíveis no sitio da própria secretaria assim como informações sobre convênios, contratos e etc. A CRS não disponibiliza as atas da CIR em sitio, sendo necessário pedido formal e autorização de seu membro diretivo. Praticamente em todos os municípios, com exceção de Belém, a informação era restrita e desatualizada no momento da coleta de dados, sem registro da carteira de serviços oferecidas no município, referências, fluxos, recursos humanos existentes etc. Em 2016 a desatualização das informações chegava ao nível de erros na divulgação de telefones e endereços para contato. Os planos, programações e relatórios de gestão municipais estão disponíveis no sitio do Sargsus e o acesso por município ficou condicionado à atualização do próprio município.

4.6 PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES E ANÁLISE

Esta investigação adotou como método a análise temática, que de acordo com Minayo (2007) consiste em descobrir os núcleos de sentido em uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico do estudo.

A análise temática trabalha com a identificação de temas, o contexto da frase, que progressivamente são transformados em categorias analíticas. Categorias são classes que reúnem um grupo de unidades de registro. Essas categorias podem ser derivadas dos dados ou de uma teoria, de modo que a análise qualitativa se caracteriza exatamente pelo movimento entre indução e dedução (Pope, Mays e Fajardo, 2006)

Para análise temática das entrevistas e documentos foi utilizado o Software NVivo (Versão Pró) que permite o trabalho com fontes de informação de diversos formatos, por meio de etapas de agrupamento (casos), categorização (criação de nodos, ou codes, e atributos), codificação aberta, memos, relatórios resumo de codificação de acordo com nodos ou fontes, e a construção de modelos e mapas mentais, de codificação, e até mesmo, do projeto de pesquisa.

Para o processamento das informações, as entrevistas foram transcritas e as principais fontes de informação, entrevistas e documentos, foram designadas em pastas específicas por região de saúde. Informações obtidas em sítios de internet, redes sociais etc, foram agregadas como “informações externas” para uso complementar.

Inicialmente foi realizada uma leitura flutuante das entrevistas de modo a proceder a organização inicial das falas de acordo com os temas surgidos. A fonte de dados utilizada nessa primeira etapa foram parte das entrevistas da região metropolitana. A codificação aberta dos temas foi realizada tendo como norte principal as dimensões e subdimensões da matriz de análise previamente construída (Quadro 2) e, no processo, foram incluídas categorias emergentes do material empírico. Posteriormente o mesmo método foi aplicado às fontes documentais desta região, gerando outra árvore de codificação, com 39 nodos temáticos, incluindo algumas categorias distintas daquelas produzidas na análise das entrevistas. A proposta de se realizar a análise separadamente ocorreu exatamente em virtude de buscar-se identificar aspectos específicos em cada fonte de dados e para verificar a emergência de alguma categoria específica. No entanto, o processo de aproximação do material empírico em sua totalidade implicou numa multiplicidade de unidades de registro (temas) categorizadas, de modo que as duas árvores de codificação temática geradas, de acordo com o tipo de fonte (entrevistas e documentos), totalizaram 102 unidades de registro (temas).

A primeira estratégia para lidar com a amplitude de temas registrados, foi realizar uma análise da similaridade da codificação, buscando-se unificar categorias de acordo com o maior grau de semelhança encontrado, uma ferramenta disponível no NVivo Pró. As duas árvores foram reagrupadas gerando uma terceira, base para recodificação. Os temas foram novamente cotejados com as dimensões e categorias da matriz de análise, chegando-se a 44 nodos. Foi utilizada a análise de cluster do NVIVO Pró para análise da codificação por similaridade de palavras, e enfim, ficar mais próximo ao desenho final de uma matriz de categorias excludentes entre si, composta de quatorze (nodos) principais, representando as categorias da matriz de análise previamente elaborada (theory-driven) e incluindo àquelas geradas a partir dos dados (data-driven). Com a continuidade do processo de análise do restante da base de dados das regiões, processo exaustivo que envolveu mais etapas de inclusão, exclusão e ou reclassificação de temas em torno dessas categorias, para que se chegasse ao desenho final da matriz de análise. Na análise documental, as atas da CIR e da CIB das duas regiões, sofreram ainda outro tipo de tratamento, tendo sido analisadas de acordo com a regularidade das reuniões, participação dos atores e outras representações, as principais pautas, o conteúdo das discussões, encaminhamentos / propostas, decisões acordadas, conflitos e/ou consensos. Por fim, as pautas das reuniões foram classificadas de acordo com as principais atribuições dos gestores do SUS: prestação de serviços, financiamento, regulação e formulação de políticas e planejamento (Noronha, Lima e Machado, 2012). Foi incluída uma quinta categoria, denominada *gestão*, para aspectos específicos da gestão municipal e estadual do SUS oriundos do material empírico.

Os planos municipais de saúde, relatórios de gestão, programação anual dos municípios e planos estadual de saúde foram analisados no NVIVO, mas com outra estratégia: busca inicial de palavras-chave, por frequência de citação nos documentos, para identificação de temas específicos principalmente relacionados à dimensão implementação das redes de atenção. Uma segunda busca foi feita considerando-se as categorias e subcategorias desta dimensão como palavras-chave. Foi definido como critério de correspondência de busca “palavras derivadas” selecionadas dentro do contexto amplo do documento, o que significa a seleção do termo no parágrafo em que se encontrava, para não se perder o contexto de produção do texto. Os planos de ação das redes temáticas foram lidos na íntegra e categorizados de acordo com uma matriz final elaborada com base na árvore de codificação de dimensões e categorias.

Figura 2 - Cluster de nodos por similaridade de palavra



A organização dos resultados foi realizada em torno das dimensões principais da matriz de análise: o primeiro capítulo apresenta o contexto das regiões de saúde a partir da dimensão região e seus componentes. O segundo capítulo, foi organizado principalmente em torno das dimensões atores e espaços, com destaque para o mapeamento da rede social e de políticas. O terceiro capítulo de resultados, foi elaborado considerando-se a dimensão implementação das redes temáticas e suas subdimensões, articulada a dimensão regionalização e sua subdimensão, o COAP. No segundo e terceiro capítulos, as dimensões processos e regras foram acionadas e incluídas já que se considerou serem transversais ao processo de interação entre os atores.

5. AS REGIÕES DE SAÚDE DA AMAZÔNIA LEGAL: DISTINTOS RECORTES, MÚLTIPLAS E PERMANENTES REALIDADES

Este capítulo tem por objetivo realizar uma apresentação das regiões estudadas. Inicialmente apresentamos o referencial utilizado para compreender do ponto de vista geográfico social, a conformação dessas regiões de saúde. Nesse sentido, aborda-se os ciclos de desenvolvimento da Amazônia legal, demarcação que engloba as duas regiões de saúde desta pesquisa: Alto Solimões e Metropolitana de Belém I.

Em seguida, realiza-se a caracterização das regiões separadamente, tendo como dimensões principais: perfil demográfico e situação socioeconômica, abrangendo especificidades do seu processo de ocupação / habitação e o perfil epidemiológico e da rede de serviços disponíveis, buscando propiciar uma comparação entre as regiões que a despeito de estarem localizadas na região norte do país e compartilharem algumas realidades, possuem especificidades com as quais os gestores precisam lidar no seu cotidiano.

5.1 A AMAZÔNIA LEGAL: BREVE HISTÓRICO

A pesquisa foi realizada em duas regiões de saúde da Amazônia Legal (AL), conceito que designa, sob uma área, nove estados da federação. Essa definição, ocorrida em 1966, baseou-se em análises estruturais e conjunturais e não apenas geográficos, considerando aspectos sociais, econômicos e políticos com a finalidade de promover seu desenvolvimento.

Bertha Becker, conhecida e renomada pesquisadora do campo da geografia estudou com profundidade a geopolítica da Amazônia e contribuiu de forma importante como referencial na análise das regiões aqui empreendida (Becker, 2005, 2015). De acordo com esta autora, desde o período colonial o povoamento da Amazônia teve por base as relações entre poder e espaço geográfico, em que se buscou mantê-lo e até mesmo expandi-lo em estratégias orientadas para ocupação e controle, permanecendo a margem de estímulos econômicos. Os processos de ocupação da Amazônia caracterizaram-se por momentos pontuais face a demandas externas e outros, bem maiores, de inércia e declínio.

Após o predomínio do modelo centro-periferia adotado na formação sócio espacial do país entre 1930-1960, em que vários tipos de regiões foram configurados, o território amazônico tornou-se prioridade, por meio de políticas de desenvolvimento e integração nacional e continental. Entre as décadas de 60 e 80, face aos projetos de desenvolvimento, novos modos de uso e apropriação dos territórios na região amazônica ocorreram gerando, para o bem e para

o mal, efeitos sociais e ambientais, que contribuíram de forma importante para as transformações ocorridas ao final do século XX (Becker, 2005, 2015). O espaço é produtor e produto de relações sociais, da ação política, e como o poder é divisível existem outras formas de poder organizados em outras escalas para além do Estado-nação, mas que são exercidas no território, daí os conflitos no espaço e pelo espaço (garimpo, índios, estrangeiros). Apesar disso, Becker assinala que já se observam na região amazônica formas de resistência “*à apropriação indiscriminada de seus recursos e atores que lutam pelos seus direitos. Esse é um fato novo porque, até então, as forças exógenas ocupavam a região livremente, embora com sérios conflitos.*” A autora ressalta a importância das relações entre espaço e tempo para compreensão das dinâmicas territoriais e a relevância dos fluxos e das redes técnico-científicas que atravessam os espaços geográficos de distintas maneiras, formando espaços-tempos diferenciados.

Além disso, sob a designação “Amazônia legal”, subsistem regiões com diferenciação territorial importante, caracterizada por realidades diversas, ou *situações geográficas* específicas. No estudo sobre a política federal de saúde para a Amazônia Legal empreendido por Viana et al (2009) este conceito foi utilizado para caracterização socioespacial dessa região a fim de viabilizar a compreensão das dinâmicas territoriais existentes. As variáveis utilizadas para a identificação das situações geográficas e classificação dos municípios no estudo foram: fluidez territorial – seletiva; especialização produtiva dos lugares; mobilidade populacional; regulação – normas; urbanização e (des)metropolização e conflitos de interesse, destacando-se que as três primeiras tiveram maior relevância no processo de definição (Viana *et al.*, 2007, 2009). Como mencionado, as regiões selecionadas para esta pesquisa foram caracterizadas como áreas de fronteira internacional e situação de metropolização.

Considerando-se que o uso desse conceito teve por finalidade ilustrar os distintos modos de apropriação e uso dos territórios, seis situações foram identificadas expressando distintas dinâmicas sócio espaciais e acentuada desigualdade existentes na Amazônia Legal, expressas em indicadores econômicos, sociais e de saúde. Nesse sentido, Viana et al (2009) sinalizam que tais aspectos impõem grandes desafios ao processo de integração nacional e internacional, considerando-se a enorme extensão de fronteiras e a diversidade de interesses que recaem sobre toda a região.

A possibilidade de desenvolvimento regional da Amazônia Legal implica a integração de interesses relacionados à manutenção de sua biodiversidade e qualificação de atividades econômicas tradicionais, com os que estão conexos à expansão de atividades agro econômicas, entre outros. Nessa correlação de forças, observam-se importantes e permanentes dificuldades

de estrutura logística e infraestrutura que até hoje não conseguiram ser equacionados. A existência de diversos projetos de desenvolvimento econômico, social e, recentemente, de ciência, tecnologia e inovação, para a região, colocou em articulação atores e instituições em prol de objetivos, não necessariamente coordenados e complementares (CGEE, 2013).

Utilizando-se das informações obtidas na pesquisa de campo, nos projetos regionais do Qualisus-Rede, na base de dados do sítio Redes e Região e do DATASUS, assim como em fontes documentais (como planos de saúde e relatórios de gestão) buscamos descrever neste capítulo, as regiões selecionadas de acordo com suas especificidades.

5.2 REGIÃO DO ALTO SOLIMÕES

A região de saúde do Alto Solimões situa-se no extremo sudoeste do estado do Amazonas e caracteriza-se por constituir com os outros dois maiores países amazônicos, Peru e Colômbia, uma região de tríplice fronteira. Dotada de uma localização estratégica em relação ao Arco Norte da Faixa de Fronteira, a região é considerada “*a principal porta de entrada da parte ocidental da Bacia Amazônica, constituindo-se num dos principais corredores de integração sul-americano, o do Rio Marañon-Solimões Amazonas*” (Ministério da Defesa, 2001).

De acordo com Viana et al (2009) as áreas de fronteira internacional se caracterizam enquanto situação-geográfica pelo uso de estratégias de controle territorial, militar e geopolítico; dificuldades de acesso; diversidade e sobreposição de normas (áreas e esferas governamentais distintas); fluxos (e redes) internacionais (pessoas, materiais, simbólicos – lícitos e ilícitos); instabilidades e conflitos; atores e redes distintos com interesses diversos (*desafio a soberania do Estado*); interações transfronteiriças distintas (p. 234). A pesquisa empírica de doutorado realizada na região do Alto Solimões revelou a presença de todas essas variáveis. A região de saúde é formada por nove municípios – Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Tabatinga, São Paulo de Olivença, Amaturá, Santo Antônio do Içá, Tonantins, Jutai e Fonte Boa, que constituem a mesorregião do Alto Solimões, distribuídos em três microrregiões de saúde: Microrregião 1 (Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Tabatinga e São Paulo de Olivença), Microrregião 2 (Santo Antonio do Içá, Amaturá e Tonantins), Microrregião 3 (Jutai e Fonte Boa). Apenas o município de Fonte Boa não se encontra na faixa de fronteira.

Com exceção de Atalaia do Norte (Rio Jutai), os demais municípios estão localizados às margens do Rio Solimões, seu principal meio de conexão e acessibilidade, o que significa

que entre a maior parte dos municípios a única forma de acesso é feita pelo rio¹⁰. De Tabatinga, o município sede da região de saúde, até a capital, Manaus, são 1.108km e a distância entre o primeiro e o último município da região ultrapassa 500 km em linha reta, o que significa vários dias de viagem de barco. O acesso aéreo é possível por intermédio do aeroporto de Tabatinga ou de Letícia (cidade da fronteira colombiana). Os municípios de Fonte Boa e Jutai tem mais facilidade em acessar, mesmo de barco, a capital Manaus, do que o município sede da região de saúde.

Figura 3 - Região do Alto Solimões e seus municípios



Fonte: Elaboração própria, com uso da ferramenta Google Earth.

Viana et al (2009) apontam que as regiões na faixa de fronteira caracterizam-se exatamente pela incidência de um conjunto de normas com a finalidade de garantir a segurança nacional somadas as normas federais e estaduais, à legislação ambiental especial que, no seu conjunto, implicam em restrições ao uso do território face as diversas escalas normativas que o atravessam. Em Tabatinga, o processo de crescimento desordenado por exemplo, agora se vê restrito e concentrado em face dos limites do município com áreas de proteção ambiental, reservas indígenas e a fronteira com Letícia (Colômbia).

A posição geográfica de Tabatinga é considerada estratégica, já que consiste na principal porta de entrada da bacia do rio Amazonas em território brasileiro e ponto de

¹⁰ Exceto entre Benjamin Constant e Atalaia do Norte, onde o acesso é feito de modo geral através de uma estrada que atravessa a selva, embora também seja possível a circulação em barco próprio, dificultada pela ausência de uma linha oficial.

comunicação entre Brasil, Colômbia e Peru. Desse modo, os interesses de povoamento da região como um todo tem registros desde o século XVIII, inicialmente por integrantes da Igreja católica e depois pelo governo de então, por intermédio de comissões para delimitação de fronteiras. Assim, a divisão territorial na região sofreu diversas modificações, ora englobando ora separando-se das áreas hoje definidas como municípios¹¹.

Cabe destacar que Tabatinga e Letícia são denominadas “cidades-gêmeas” e a circulação entre elas se dá livremente por intermédio de uma avenida principal, denominada “avenida da amizade” sem que haja controle de fronteira¹². A conurbação entre as duas cidades situa-se no ponto conhecido como “Trapézio Amazônico”, que inclui o Peru, tendo como suporte os rios Javari e Solimões (Peiter, 2005).

Especialmente no triângulo fronteiriço as esferas de articulação ocorrem desde o nível internacional ao loco-regional. A condição de fronteira implica em zonas de contato entre distintos territórios, com fluxo e mobilidade de coisas e pessoas, envolvendo transações formais, informais, legais e ilegais (Viana *et al.*, 2007).

A conurbação com a cidade de Letícia, e a proximidade com outros pequenos aglomerados urbanos brasileiros e países vizinhos, como Santa Rosa (Peru), Benjamin Constant (BR) e Islândia (Peru), gera efeitos de complementaridade, com importantes reflexos na economia dessas cidades. Os “efeitos da fronteira” se evidenciam em Tabatinga, pelo constante fluxo transfronteiriço de pessoas, dinamizados pelas oportunidades que as diferenças econômicas, políticas e sociais proporcionam, seja para a realização de atividades legais, quanto para as atividades ilegais (Peiter, 2005, p. 267).

11 Detalhes sobre o processo de povoamento da região podem ser encontrados no sítio do Cosems/AM, por intermédio do histórico de cada município.

12 Observado em duas visitas ao campo e reiterado nas entrevistas.

Figura 4 - Mapa do Triângulo transfronteiriço



Fonte: Elaboração própria, com uso da ferramenta Google Earth.

A interação cultural é intensa envolvendo música, língua, hábitos alimentares e de consumo, um aspecto que ilumina possibilidades e potencialidades da região e desvia nossa atenção, apenas, do conjunto de problemas e sua expressão para a gestão da saúde (Peiter, 2005).

O Alto Solimões possui proporção importante de população rural, com alta concentração de povos indígenas distribuídas em várias etnias e contingentes de populações ribeirinhas e extrativistas. Assim é uma área fortemente marcada pela diversidade ambiental, cultural, étnica e de convivência de três nacionalidades (brasileira, peruana e colombiana), em que se inter cruzam territórios indígenas, áreas de conservação ambiental e de uso militar, o que lhe confere diversos recortes espaciais.

Caracterizada pelas especificidades dos povos da floresta (ribeirinhos, indígenas, seringueiros e garimpeiros), as formas de uso e apropriação do território na região ocorrem de acordo com distintos atores e interesses, como se observou nos casos de conflitos entre seringueiros e populações indígenas, recentemente veiculados na mídia. Nesta situação, observou-se a atuação de uma gama de atores (IBAMA, Ministério da Defesa, Ministério Público, Polícia Militar e federal, FUNAI, gestão estadual, federal e municipal de saúde entre outros) orientados por normas e regulações diversas, configurando verticalidades que atravessam esse território-região nem sempre de forma integrada.

A região concentra 43% da população indígena do Estado do Amazonas, o que corresponde a 73.758 pessoas. A etnia Tikuna constitui o maior grupo, contando com 48.246

peças no Alto Solimões (FUNAI, 2012). Na região foram reconhecidos pelo menos 07 grupos isolados e em seu conjunto a população indígena de toda a região representa 13 dos 66 grupos étnicos do Estado do Amazonas (Governo do Estado do Amazonas, Proderam/PDPI, s/d). Em toda a região foram localizadas e reconhecidas oficialmente 26 terras indígenas (entre demarcadas, registradas, homologadas e em demarcação) que no conjunto somam 9.871.383,96 hectares (FUNAI, 2012).

Figura 5 - Índios da tribo Tikuna



Fonte: Registro próprio

O cuidado a saúde da população indígena é feito por área específica do MS, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que coordena a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e organiza a atenção por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), executada em nível local por intermédio de distritos sanitários especiais indígenas (DSEI)¹³. Os DSEI possuem uma delimitação de área de atuação distinta, de modo

13 A Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAÍ, foi criada e regulamentada pelos Decretos 7.335 e 7.336, ambos de 19/10/2010, quando foram transferidas as ações da saúde indígena da FUNASA para o MS. A SESAÍ tem por objetivo coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Saúde Indígena (SASI) no âmbito do SUS em todo o território nacional com a finalidade de exercer a gestão da saúde indígena, orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral e de educação em saúde, em consonância com as políticas e programas do SUS, além de promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuem interface com a atenção à saúde indígena (Governo do Amazonas/SUSAM/PES Amazonas 2016-2019).

que na região de saúde do Alto Solimões, os nove municípios, são abrangidos por três distritos: DSEI Alto Rio Solimões, DSEI Médio Solimões e afluentes e DSEI Vale do Rio Javari (específico para a população indígena do município de Atalaia do Norte, com extensão territorial que vai até o Estado do Acre e possui índios isolados).

Essa regionalização dos DSEI adota critérios próprios, relacionados a distribuição da população indígena no território. Os DSEI têm como instância regional polos-bases que contem equipes multidisciplinares de saúde indígena, composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde. Nos moldes da estratégia saúde da família, essas equipes são responsáveis pela atenção básica e devem se integrar aos demais níveis de complexidade do SUS para garantir a integralidade da atenção, tendo como referência a rede de serviços de média e alta complexidade do Estado.

Figura 6 - Polo de saúde Umariacu I - DSEI Alto Solimões



Fonte: Registro próprio

Dado esse conjunto de características, essa região conta com a presença de diversos atores/instituições com intervenções que podem ou não estar articulados com a política de saúde loco-regional, como unidades das Forças Armadas (através do Batalhão de Fronteira de Tabatinga e o Hospital da Guarnição de Tabatinga), a Igreja Católica, por intermédio da Diocese do Alto Solimões que lá se instalou no século XIX, projetos dos Ministérios da Integração nacional e Ministério de relações exteriores, instituições de proteção a população indígena,

Ongs e organismos internacionais multilaterais, além de outras redes institucionalizadas na região, mas de funcionamento ilegal como o narcotráfico.

Perfil demográfico e socioeconômico da região

A região de saúde possui 250.657 habitantes (projeção 2017) distribuída num território de grande extensão territorial (213.235.038 km²), o que lhe confere como características uma baixa densidade demográfica (1,05 hab/km²) e população bastante dispersa no território. Seis municípios têm menos de 25.000 habitantes com densidade demográfica abaixo de 02 hab/km² e três tiveram crescimento populacional negativo entre 2000/2010.

Tabatinga, o município sede da região, é o único com população superior a 50.000 habitantes e maior densidade demográfica (16,21hab/km²), seguido respectivamente por Benjamin Constant e São Paulo de Olivença. Os municípios de Atalaia do Norte e Jutáí são os mais extensos em termos territoriais e possuem, junto com Amaturá, as menores populações. Atalaia do Norte é o único município da região que faz parte da fronteira com o Estado do Acre, tem a sexta menor densidade demográfica do país, a maior taxa de analfabetismo da região e conta com população indígena sem contato.

Figura 7 - Característica da Região do Alto Solimões

UF	Nº Mun	População (2017)	Área	Densidade demográfica (2010)	Situação Geográfica	Características regionais	Tipologia das regiões de saúde
AM	9	250.657 (30% Indígena)	214.217,80 Km ²	1,05 hab/km ²	Fronteira internacional	Imigração (Haiti) Tráfico de drogas Violência (sexual, homicídios) População flutuante. Dificuldades logísticas. Acesso exclusivo por rio Falta de especialistas médicos	Baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços 76,21% população coberta por médico de família

Fonte: Elaboração própria, utilizando a base de dados “Região e Redes” e informações coletadas na pesquisa de campo.

O percentual de pessoas com ocupação formal é baixo e o salário médio mensal não chega a 2 salários mínimos em praticamente toda a região. Embora o maior empregador na região seja o setor público, o tráfico de drogas tem importância na economia local empregando a população local para prestação de serviços, desde “aviões” para o transporte de droga entre os municípios e fronteiras, até o fornecimento informal de alimentação (Ministério da Defesa, 2001; Peiter, 2005).

O desenvolvimento humano nos municípios é baixo ($< 0,600$), e a análise de seus componentes revelou que o IDHM educação é muito baixo em todos os municípios, assim como a renda média mensal (IDHM renda), caracterizando um baixo poder aquisitivo, de modo que o resultado geral foi influenciado para melhor pela contribuição do indicador esperança de vida ao nascer (IDHM longevidade). Apenas Tabatinga apresentou melhor desempenho nos três componentes, o que contribuiu para posicioná-lo no nível médio de desenvolvimento humano e reflete uma situação sócio econômica um pouco melhor em relação aos demais municípios¹⁴.

Peiter (2005) refere a fragilidade das condições de infraestrutura, particularmente no que se refere a educação, saneamento (inclusive água potável) e comunicação (com telefonia e internet funcionando de forma irregular e incipiente), como uma regra para toda a região, tornando-a extremamente precária em termos de condições de vida e favorecendo a permanência de doenças de veiculação hídrica. Em consulta realizada a base de dados do sítio Região e Redes verificou-se que em sete municípios da região, não chega a 10% o total de domicílios com esgotamento sanitário e em seis municípios, menos de 40% tem coleta de lixo. Por isso, não surpreende que os lixões constituam um problema importante na região. Na ocasião da pesquisa de campo, foi possível observar o destino inadequado de resíduos sólidos, que não só são dispostos a céu aberto como chegavam a atravessar o meio da estrada que liga os municípios de Benjamin Constant e Atalaia do Norte.

Os municípios da região têm baixíssimo dinamismo econômico, no que se refere a atividades legais, condicionado pelas grandes dificuldades logísticas, estruturais e estruturantes, já que tais aspectos criam uma espiral que inviabilizam ou mesmo desestimulam investimentos do setor privado na região. O setor primário concentra as principais atividades econômicas da região - extrativismo, pesca, agricultura e pecuária familiar, ainda que alguns municípios possuam usinas de beneficiamento, marcenarias, serrarias e um pequeno comércio. Contudo, algumas das atividades econômicas principais, como o extrativismo e pesca, tem encontrado

¹⁴ Parâmetros de análise utilizados de acordo com o site <http://www.atlasbrasil.org.br>

dificuldades em obter investimentos para melhor e maior inserção no próprio mercado interno do Estado. Boa parte da produção agrícola local é para consumo próprio das famílias, possuindo pequenas produções avícolas. O setor de serviços vem apresentando algum crescimento, mas apenas em alguns municípios, como Tabatinga. Assim, não é de se estranhar a alta dependência de fontes externas para composição das receitas municipais, acima de 90% em seis dos nove municípios, de acordo com dados do IBGE para 2015. A população, de baixa renda e baixa escolaridade, tem limitadas possibilidades de estudo e inserção profissional.

As características socioeconômicas da região conformam o conjunto de determinantes sociais enfrentados pelos gestores que se agregam as dificuldades enfrentadas pelos municípios para arrecadação própria.

Tabela 1- Perfil econômico social da Região do Alto Solimões

Município	Nº População estimada (2017)	Área da unidade territorial km ²	IDHM 2010	Renda per capita - R\$ (2010)	Salário médio mensal dos trab. formais salários mínimos (2015)	% de pessoas ocupadas, com carteira de trabalho assinada ou militares/func. Públicos estatutários (2010)	Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade (2010)
Amaturá	11.242	4.754.109	0,560	178,69	1,7	13,71	22,4
Atalaia do Norte	19.054	76.435.093	0,450	159,21	1,6	12,21	35,5
Benjamin Constant	41.329	8.695.392	0,574	211,1	1,8	12,56	21,89
Fonte Boa	19.669	12.155.427	0,530	200,4	1,4	9,68	24,69
Jutaí	15.824	69.457.416	0,516	214,36	1,3	1,59	28,06
Santo Antônio do Içá	23.075	12.366.143	0,490	122,21	1,6	8,46	21,31
São Paulo de Olivença	38.047	19.658.502	0,521	150,28	2	7,59	22,91
Tabatinga	63.635	3.266.062	0,616	338,4	1,8	23,65	14,38
Tonantins	18.782	6.446.894	0,548	189,15	1,7	16,61	19,82

Fonte: Cidades e Estados IBGE. Acesso em 24/11/2017.

A análise das receitas oriundas de fontes externas (transferências legais e constitucionais) demonstra que os municípios da região contam com poucos recursos próprios para a execução da política de saúde e refletem a falta total de autonomia financeira dos municípios para sua implementação, tornando os gestores altamente dependentes dos recursos das transferências constitucionais do governo federal e estadual.

Por outro lado, a maioria dos municípios da região estão destinando mais de 15% dos recursos oriundos das transferências legais, constitucionais e de impostos diretos conforme definido pela Emenda Constitucional 29 (2000). Além disso, observa-se um ligeiro aumento na participação percentual das transferências para o SUS no total dos recursos transferidos em cinco municípios. Contudo, quando analisamos a contribuição da União em termos da sua participação nas transferências para a saúde, houve aumento entre 2015-2016 apenas em dois municípios, o que pode significar algum incremento das transferências diretas do Estado para o SUS no gasto em saúde dos demais municípios. Na região, entre 2015-2016, aumentou o gasto total do SUS por habitante, assim como aquele realizado com receita disponível pelos municípios. Quanto a direção do gasto do SUS, cinco municípios da região possuem maior percentual na subfunção vinculada atenção básica e a outra metade na assistência hospitalar e ambulatorial, incluindo municípios não habilitados em gestão plena do sistema, mas todos com hospitais de pequeno porte.

Tabela 2 - Capacidade de receita municipal, transferências SUS e dimensão do gasto em saúde na Região do Alto Solimões nos anos 2015 – 2016.

Anos	% das receitas públicas oriundas de fontes externas	Participação % da Receita de impostos na Receita total do Município, excluídas as Deduções		Percentual de Transf para a Saúde (SUS) no tot de rec transf		% Transf União p/ Saúde no tot de rec transf para a saúde no município		% R.Próprios em Saúde - EC 29	
		2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Municípios		2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Amaturá	96,3	1,92	1,81	4,75	6,25	96,36	83,86	17,85	18,51
Atalaia do Norte	-	3,34	3,09	8,62	7,31	100	100	15,75	15,04
Benjamin Constant	88,3	2,52	2,15	9,59	8,67	87,63	87,33	17,13	17,76
Fonte Boa	92,1	2,37	1,56	11,32	12,5	94,35	84,5	25,79	15,11
Jutaí	97	1,81	1,81	8,24	9,57	98,34	96,71	15,02	17,37
Santo Antônio do Içá	97,4	2,13	1,49	10,55	10,96	98,77	93,97	17,19	17,28
São Paulo de Olivença	96,6	1,6	0,46	10,14	8,89	98,46	99,32	16,93	15,52
Tabatinga	-	5,19	s/i	13,25	s/i	100	s/i	15,03	s/i
Tonantins	96,5	1,37	1,53	9,26	10,39	87,46	94,65	20,31	23,81
Total		2,76	1,66	96,11	92,31	17,55	17,41	324,29	391,75

Fonte: DATASUS. Sistema de Informações Orçamentarias (SIOPS) Consulta em 11.2017

Perfil epidemiológico e rede de serviços

O perfil de morbimortalidade na região é caracterizado pela alta incidência de doenças transmissíveis e infecciosas, entre elas as doenças diarreicas agudas (DDA), parasitoses, além de hepatites, malária e doenças sexualmente transmissíveis (principalmente AIDS).

Tabela 3 - Incidência e mortalidade proporcional por doenças transmissíveis na Região do Alto Solimões.

Município	Taxa de incidência de AIDS por 100 mil hab. (2012-2014)	Taxa de incidência de Hepatites por 100 mil hab (2015)	Taxa de incidência de Tuberculose / de 100 mil hab (2011-2013)	Mortalidade proporcional por Doença Diarréica Aguda em < de 5 anos (%) (2011-2013)
Amaturá	9,58	8,90	85,09	8,33
Atalaia do Norte	3,88	115,46	117,22	19,15
Benjamin Constant	18,63	9,68	42,92	17,24
Fonte Boa	10,67	137,27	43,11	2,78
Jutaí	3,84	25,28	36,44	7,69
Santo Antônio do Içá	9,59	8,67	21,43	0
São Paulo de Olivença	15,25	2,63	37,74	9,57
Tabatinga	36,01	7,86	87,56	14,29
Tonantins	5,51	0,00	57,75	0
Região Alto Solimões	17,21	18,18	57,89	11,49
Amazonas	27,45	19,00	81,80	5,29
Brasil	15,8	3,18	46,11	1,81

Fonte: Base de dados Região e Redes e Datasus.

As hepatites constituem importante problema de saúde pública em toda a região, com circulação viral de todos os sorotipos de vírus, inclusive Delta. Mais de 50% dos casos notificados em 2015 foram do tipo B, cuja transmissão se dá por via sanguínea e ou sexual. Ainda que os municípios do triangulo fronteiroço (Atalaia, Benjamin e Tabatinga) sejam considerados de grande relevância para a transmissão do vírus, observou-se uma brusca redução nas taxas de incidência em Benjamin Constant e em Tabatinga comparativamente ao ano de 2014 (Incidências de 215 e de 36 por 100.000 hab respectivamente), situação que não se modificou em relação a Fonte Boa. De um lado, isso pode estar relacionado com problemas

nos sistemas de vigilância municipais, mas de outro pode ser resultante da prioridade dada a região ao incluir os municípios de Tabatinga e Benjamin Constant no INTERFAM, um acordo de cooperação interfederativo, firmado entre o Governo do Amazonas, o MS (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais) e a Aids Healthcare Foundation (AHF). O objetivo desta cooperação foi priorizar ações de prevenção e cuidado desses agravos para populações vulneráveis¹⁵, envolvendo qualificação de serviços e capacitação profissional. Cabe destacar que em relação a AIDS, ambos os municípios totalizaram o maior número de casos entre 2001 e 2014, respectivamente, assim como maior número de óbitos por essa causa básica de morte. Quanto a malária, apesar de ser endêmica na região amazônica e bastante referida nas regiões de faixa de fronteira, não foi encontrado o registro do número de casos na base de dados do Datasus.

Peiter (2005) ao analisar a distribuição de quatro doenças transmissíveis na faixa de fronteira continental do Brasil (malária, AIDS, tuberculose hanseníase) identificou como determinantes¹⁶ principais: a intensa mobilidade da população, atividades de impacto ambiental, ocupação desordenada do território, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, as condições de vida, o grau de acessibilidade à fronteira e a intensidade das interações transfronteiriças, constituindo o Alto Solimões uma das regiões críticas em relação a essas doenças.

A taxa de mortalidade infantil que estima o risco de morte dos nascidos vivos (n.v.) durante o seu primeiro ano de vida na região encontra-se no nível médio (20 - 49 óbitos/1.000 n.v.) em sete municípios e podem ser consideradas altas frente ao parâmetro da Organização Mundial de Saúde de 10 óbitos por mil nascidos vivos. A análise desagregada dessa taxa revelou a importância do componente neonatal relacionado à atenção à saúde, ainda que o peso do componente pósneonatal permaneça alto em alguns municípios, refletindo os problemas de infraestrutura da região, que atuam enquanto determinantes do processo saúde-doença.

Contudo o perfil epidemiológico na região inclui outros agravos / doenças como pode ser observado nas altas taxas de mortalidade por causas externas (violências e acidentes de trânsito - motos), doenças do aparelho circulatório, cerebrovascular e neoplasias.

¹⁵ De acordo com sítio do MS “a cooperação foi estabelecida em 2014 entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado e Secretarias de Saúde dos municípios de Manaus, Tabatinga, Benjamim Constant e Parintins”.

¹⁶ Compreendidos como elementos que contribuem para um determinado estado de saúde (Peiter, *op cit*, p. 38)

Tabela 4 Mortalidade por causa básica no Alto Solimões

Município	Tx de Mortalidade Infantil / 1.000 NV (2011-2013)	Taxa de mortalidade por causas externas ¹ (2011-2013)	Tx de mortalidade doenças do aparelho circulatório ¹ (2011-2013)	Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares ¹ (2011-2013)	Taxa de mortalidade por neoplasias malignas ¹ (2011-2013)
Amaturá	30,87	64,67	61,26	27,23	13,61
Atalaia do Norte	33,14	43,96	23,03	10,47	33,49
Benjamin Constant	25,28	54,36	50,55	16,21	29,57
Fonte Boa	21,26	27,3	40,23	11,5	24,43
Jutaí	15,71	30,98	34,62	9,11	16,4
Santo Antônio do Içá	22,71	22,77	22,77	8,04	10,71
São Paulo de Olivença	30,83	51	19,38	9,18	18,36
Tabatinga	21,8	88,17	74,09	30,61	26,94
Tonantins	10,26	15,4	28,88	5,78	7,7
Região Alto Solimões	23,65	50,69	43,34	15,98	21,74
Amazonas	16,5	72,41	72,91	47,96	86,49
Brasil	13,51	77,26	173,27	51,73	98,47

¹ Taxas de mortalidade calculadas com base em 100.000hab.

Fonte: Base de dados Sítio Região e Redes.

Problemas relacionados ao consumo abusivo de álcool e drogas associados ou não a violência compõe o mosaico epidemiológico da região, com o qual a gestão local de saúde precisa lidar. Em relação as violências, destacaram-se a violência física, doméstica e ou sexual, por enforcamento, uso de perfuro-cortantes, envenenamento entre outros. Dos 635 casos notificados de violência na região entre 2013-2014, 58% teve registro de suspeita de uso de álcool e/ou drogas pela pessoa atendida¹⁷. Do total de casos de negligências e ou abandono, 42% ocorreu entre indígenas. Esta situação foi relatada por um gestor municipal em entrevista, que descreveu o abandono de recém-nascidos por aspectos culturais de determinadas etnias, como em casos de nascimento de gemelares. Um panorama bastante diverso elementos do contexto geográfico, econômico e sociocultural se apresenta e como influenciam o padrão de adoecimento e morte da população na região, dificultando a atuação do setor saúde, já que

¹⁷ Dados obtidos em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violeam.def>. Acesso realizado em 27/12/2017.

exigem, para sua solução, uma forte articulação com outros atores / instituições inter e extra setoriais, o que sabidamente tem sido uma dificuldade no âmbito das políticas públicas.

Rede de Serviços

Um problema conhecido em toda a região Norte refere-se à insuficiência de estrutura de serviços de saúde e principalmente de recursos humanos disponíveis para o setor saúde, principalmente nas áreas mais remotas e de difícil acesso.

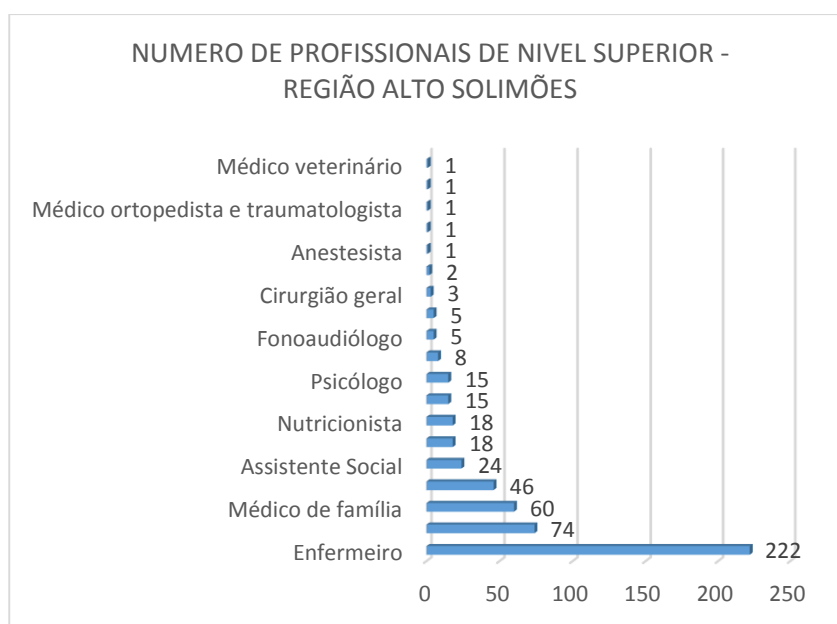
Observa-se em todos os municípios que de modo geral a rede de serviços resume-se a um hospital geral, unidades de saúde de atenção básica (em diversas modalidades) e que apenas Tabatinga conta com hospital especializado (Hospital de Guarnição do Exército), uma unidade de pronto atendimento (UPA) e uma maternidade. Os hospitais gerais contam com leitos obstétricos, de clínica e cirurgia geral e pediátricos. Apenas um município tem centro de atenção psicossocial (CAPS) implantado.

Todos os municípios dispõem de unidades de atendimento móvel de urgência (SAMU) terrestres e 4 municípios não possuem ainda ambulâncias fluviais (“ambulanchas”). Apenas Tabatinga e Jutai possuem clínica/ambulatório especializado. Atalaia do Norte e Benjamin Constant concentram o maior número de unidades de saúde indígena. Apenas três municípios possuem laboratórios de saúde pública – Tabatinga (estadual), Benjamin Constant e São Paulo de Olivença (municipal). Tabatinga e São Paulo de Olivença são os únicos com unidade de apoio diagnóstico e terapêutico instalados nas cidades. A região conta ainda com uma central de regulação e uma específica para urgências, ambas situadas em Tabatinga. Do total de serviços cadastrados no CNES (n=137). 14 são de gestão dupla, 10 estão sob gestão estadual e 113 sob gestão municipal, sendo que a gestão dos hospitais é feita majoritariamente por gestão dupla ou apenas estadual (apenas um município assume a gestão exclusiva). Boa parte dos servidores dos hospitais regionais possuem vínculo efetivo com a Secretaria de Estado.

A consulta ao CNES revelou que apenas dois municípios têm alguns poucos e limitados serviços privados cadastrados, de modo que, mesmo em condições de, não existe possibilidade de contratação de serviços pela maioria absoluta dos municípios. Essa situação se reverte em Tabatinga, ao se cruzar a fronteira, já que Letícia é a capital da região colombiana e por isso conta com uma rede ampla de especialidades médicas e de apoio diagnóstico. Desse modo, a própria equipe de saúde recomenda, para quem pode pagar, a realização de exames no país de fronteira com vistas a agilizar seu atendimento e não ficar na dependência de sua ida para Manaus.

Os recursos humanos em saúde são bastante escassos, situação particularmente dramática quando analisamos a proporção de profissionais médicos e especialistas. Do total de profissionais de nível superior cadastrados, apenas 119 (22%) são médicos, correspondendo a uma razão de 0,4/1000hab, que corresponde aquela encontrada para toda a região Norte, expressando as profundas desigualdades sanitárias presentes nesta região, caracterizada pelo restrito número de médicos nos municípios do interior e maior concentração nas capitais (Garnelo, Sousa e Silva, 2017). Para além do número de profissionais médicos, o quadro se agrava quando observamos que 89% referem-se a clínico geral ou médico de família, a região contando apenas com 11% do total de médicos distribuídos em algumas poucas especialidades.

Gráfico 1 - Recursos humanos na região do Alto Solimões que atende SUS - 2017



Fonte: CNES. Acesso em dezembro/2017. Sítio <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02am.def>

Desse modo, não espanta a importância que teve para a região a proposta do Programa Mais Médicos, que favoreceu a expansão da oferta da atenção básica nos municípios ao integrarem equipes com profissional médico, tão escasso na região. A análise da proporção de médicos deste programa governamental em relação ao total de médicos SUS na região demonstrou que em cinco municípios corresponde a mais de 50%, um município correspondeu a 46% e apenas em três municípios esse valor foi igual ou menor que 30%. A referência a importância desse programa não apenas para a região, mas para todo o Estado do Amazonas foi amplamente referida nas entrevistas e nas discussões da CIB.

A análise da cobertura de equipes de atenção básica ao longo de 2010-2015 revelou um aumento importante com municípios saindo de 25% (em média) para mais de 90% de cobertura. Apenas dois municípios, apresentaram redução neste indicador, mas ainda assim a região como um todo possuía em 2015, acima de 85% de cobertura.

Contudo, mesmo que a estratégia saúde da família tenha contribuído de forma importante para ampliação do acesso, a falta de médicos permanece um problema. A desigualdade na distribuição de médicos entre as macrorregiões do país são bastante conhecidas e não representam um problema novo para a gestão em saúde (Seixas *et al.*, 2015). Dentre as dificuldades com recursos humanos nas áreas remotas encontram-se: a rotatividade do profissional médico, a precariedade dos vínculos, condições de trabalho inadequadas e a competição por esses profissionais que favorece a elevação dos valores por eles cobrados para prestação de serviço.

A proposta de formação de regiões de saúde teve como finalidade favorecer a regionalização e promover maior justiça na distribuição de recursos. Em determinado momento, os gestores municipais e estadual da região do Alto Solimões compreenderam a necessidade desta região em particular unir esforços para tentar equacionar problemas comuns e identificaram no Consórcio público uma estratégia possível, mas que por falta de adesão dos próprios prefeitos não foi adiante. Em 2017, houve nova tentativa de “reavivar” o consórcio público na região, reorientando sua atuação justamente para a questão dos recursos humanos, sobretudo a contratação de especialista médicos, mas as dificuldades em se definir os processos e caminhos necessários para tal apontam que mais uma vez, a proposta do consórcio regional fique apenas no discurso.

O contexto socioeconômico da região, associado as suas características de situação de fronteira, ao mosaico epidemiológico atual e a estrutura de serviços e profissionais disponíveis, conformam o conjunto de determinantes e condicionantes em saúde com os quais o gestor municipal e estadual precisa lidar. A esse conjunto se adicionam os problemas de infraestrutura logística e de comunicação, internamente e entre a região e a capital, principal referência para média e principalmente para a alta complexidade. Não se pode esquecer o importante contingente indígena que se encontra sob a responsabilidade desses gestores, independentemente de haver um subsistema que organiza a atenção básica para essa população. Esses aspectos precisam ser enfrentados sem que os municípios vislumbrem possibilidades de maior dinamismo econômico e, portanto, sem que o quadro de alta dependência de recursos oriundos de fontes externas venha a se alterar, pelo menos no médio prazo.

Ademais, qualquer conquista para a região em termos de obtenção de recursos tem grande repercussão social, mas também política, alcançando todos os meios de comunicações locais como rádio, blogs e redes sociais favorecendo o uso político de programas e projetos, o que na atual conjuntura de emendas parlamentares como moeda de troca para aprovação de reformas tem reverberado mesmo nessa longínqua região.

O setor econômico (ou privado) seleciona os espaços geográficos de acordo com seus próprios interesses. As empresas buscam os territórios mais lucrativos, ou seja, de acordo com os conjuntos de recursos (sistemas técnicos e normativos) que podem oferecer (Viana *et al.*, 2009). Essa seletividade gera uma hierarquia e uma desigualdade entre os lugares, implicando em uma desintegração competitiva dos territórios. Por esta razão, o papel do Estado é fundamental, no sentido de priorizar políticas públicas que incidam sobre os lugares “esquecidos”, territórios desprovidos de condições capazes de garantir a cidadania real, propiciando seu desenvolvimento (Viana, *op. cit.*).

5.3 REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM

A região de saúde de Belém encontra-se na situação geográfica denominada metropolização, caracterizada por heranças do processo de urbanização brasileira, maior densidade populacional, melhor infraestrutura, serviços, indústrias e outras instituições (centros de pesquisa, ONGs, instituições financeiras e hospitais), atração populacional, nós de fluidez na região, mercado interno mais desenvolvido e diferenciado com maior especialização na divisão do trabalho e importância política frente a projetos governamentais acompanhado de intenso processo de precarização das condições de vida pelo aumento das desigualdades socioespaciais nas metrópoles (Viana *et al.*, 2007, 2009).

A história da cidade de Belém confunde-se com a do próprio Estado e da Amazônia, tal sua importância em toda a região considerando-se ter sido a primeira capital da região Norte. Foi elevada a categoria de município em 1616 e sofreu diversas modificações na sua composição territorial, ora agregando territórios ora desmembrando-se destes, tornados municípios, o que veio a configurar mais recentemente o desenho da região metropolitana de Belém (IBGE, 2017). Historicamente, a cidade, com uma posição geográfica privilegiada, exerceu um papel fundamental no contexto amazônico tendo em vista a conquista e ocupação desse território e as articulações comerciais com a Europa, constituindo a principal via de entrada na região norte do Brasil (IPEA, 2015).

Desde a década de 60, diversos processos e projetos de desenvolvimento foram vivenciados pelas regiões metropolitanas em geral, ainda que com especificidades que as diferenciaram em virtude dos objetivos estabelecidos para cada uma no projeto geral de desenvolvimento nacional. Em 1973 as regiões metropolitanas foram instituídas, entre elas a região de Belém que vivenciou dois períodos específicos nesse momento inicial: o de institucionalização da região com elaboração de estudos técnicos e plano de gestão da região (1973-1982) e um segundo, voltado para obras de melhoria viária, reorganização do tráfego e das áreas de baixadas com recursos do tesouro e do Bird (1983-1988).

Este período de 1973 a 1988 foi marcado pela centralização das decisões pelo governo federal, que detinha praticamente a totalidade das origens de recursos públicos para investimento em infraestrutura. Com esta política, o governo federal pretendia ter o controle máximo do território, tendo as RMs funções importantes na prestação de serviços e concentração das instituições governamentais, hierarquizando e criando, portanto, redes urbanas no Brasil (IPEA, 2015).

A região sofreu modificações importantes com os projetos de integração nacional, com abertura de estradas federais, principalmente a Rodovia Belém-Brasília, inserindo-a numa dinâmica de urbanização configurada por uma rede urbana complexa, cujos fluxos passam a se voltar para a capital por intermédio dos eixos rodoviários e não mais apenas pelas vias fluviais caracterizando um novo processo de urbanização e metropolização com a inclusão de vilas e cidades do entorno (Becker, 2015b).

A região metropolitana, inicialmente incorporava apenas os municípios de Belém e Ananindeua. Vários planos para o desenvolvimento da região foram elaborados, mas sua implantação não foi bem-sucedida dado o grau de centralização decisória no Estado, a falta de integração com Ananindeua e pouca escuta às demandas sociais (IPEA, 2015). Contudo, diretrizes desses planos vieram a ser implantados depois, mesmo com modificações, tais como o sistema de transporte público por ônibus; a urbanização das margens de rio da capital; conjuntos habitacionais para as camadas populares; criação de subcentros na RM de Belém, como a Rodovia Augusto Montenegro e o conjunto Cidade Nova, em Ananindeua (IPEA, 2015). Em 1995, foram inseridos os municípios de Marituba, Benevides e Santa Bárbara do Pará.

Figura 8 - Municípios da Região de Saúde Metropolitana de Belém



Fonte: Elaboração própria, com uso da ferramenta Google Earth.

O conjunto Cidade Nova contribuiu fortemente para o crescimento de Ananindeua, o segundo maior município da região, que conta como os demais, com populações ribeirinhas em regiões insulares, ilhas habitadas, aonde o rio constitui a principal via de acesso e os “pô-pô-pô” o meio de transporte. Marituba é terceiro município com processo acelerado e desordenado de ocupação urbana, contendo uma das maiores áreas de invasão da América Latina. Benevides, por sua vez, é um município com boas expectativas de desenvolvimento, apresentando-se como alternativa para indústrias e centros logísticos ao longo de uma rodovia federal (“Proposta do Subprojeto QualiSUS – Rede para a Região Metropolitana de Belém.”, 2012).

O grupo condutor do Projeto Qualisus na região acreditava que a mesma estava para iniciar novo ciclo de desenvolvimento com a revitalização de distritos industriais, implantação de uma hidrovía e a ferrovia norte-sul. Nas entrevistas, quando perguntado sobre iniciativas de desenvolvimento regional, foi destacado um projeto do governo do Estado que para a região tinha como prioridade o setor de comércio e serviços (turismo). Na região destaca-se o Círio de Nazaré, um evento religioso cristão que movimenta milhares de pessoas de todo o Estado e do país, dinamizando a economia local.

Figura 9 - "Pô-pô-pô" em travessia de município - Região metropolitana de Belém



Fonte: Registro próprio.

Quanto ao papel atual de Belém, alguns autores vêm destacando que a cidade perdeu sua influência em relação a outras metrópoles, com o aparecimento de outras cidades de importância média ou capitais estaduais, que passam a desempenhar a função de centro regional (IPEA, 2015). Ainda assim, a cidade continua sendo uma intermediadora principalmente dentro da rede urbana amazônica, podendo ser considerada em termos de sua influência regional, ainda que não mais como metrópole nacional.

Portanto, Belém exerce funções ainda tradicionais por ser um centro metropolitano que oferece bens e serviços para uma determinada porção da região, o que não configura como uma perda de influência, e sim que agora as relações geográficas ocorrem em múltiplas escalas (IPEA, 2015).

Perfil demográfico e socioeconômico da região

A Região de Saúde Metropolitana I (Belém) é formada por cinco municípios (Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara do Pará) e possui uma população estimada de 2.177.672 (Projeção 2017) que corresponde a $\frac{1}{4}$ da população do Estado, distribuída numa área territorial de 1.994,145 Km², apresentando uma alta densidade demográfica (1.122,68/km²) comparativamente ao restante do Estado.

Figura 10 - Característica da Região Metropolitana de Belém

Municípios	Pop (hab)	Área (km ²)	Densidade demográfica (hab/km ²)	Situação Geográfica	Características	Tipologia das regiões de saúde
5	2.042.417	3 569,222	1.122,68	Metropolização	Migração; Alta densidade demográfica X população dispersa (ilhas) Violencia urbana; Concentração de serviços de referencia	Alto desenvolvimento socioeconómico e média oferta de serviços. Médico de família - 54% de cobertura da população

Fonte: Elaboração própria, utilizando a base de dados “Região e Redes” e informações coletadas na pesquisa de campo.

O espaço geográfico da região é desenhado por rios, igarapés e canais, que se espalham conformando um potencial hidrográfico com posição privilegiada. Em que pesem as belezas e riquezas naturais, a geografia regional contribui para dificultar o acesso de parcelas da população aos serviços de saúde. Existem áreas cujo acesso é feito apenas por via fluvial, outras dependem de meios de transporte distintos e ainda existem aquelas em que mesmo sendo realizada exclusivamente por via terrestre, tem trechos de difícil circulação. A presença de populações ribeirinhas e áreas de exclusivo acesso fluvial aponta para a importância das “ambulanchas” também na região metropolitana, ainda que em menor escala que no Alto Solimões.

O município de Belém, é sede da região de saúde e capital do Estado e figura como a segunda maior cidade da Amazônia brasileira. Sua área geográfica de 1.065 Km² distribui-se em área continental (25%) que concentra indústrias, serviços (inclusive os do setor saúde) e órgãos públicos que suprem a necessidade da região e do próprio Estado e 65% de área insular, tendo como característica a existência de população ribeirinha distribuída em 39 ilhas. Esta condição geográfica em especial constitui uma das dificuldades de acesso aos serviços de saúde pela população. O município igualmente é formado por áreas planas e algumas áreas de baixadas suscetíveis de enchentes em épocas chuvas fortes (Belém, 2016). O município de Belém, conta com 8 Distritos Administrativos, alguns dele, como Mosqueiro, correspondem a uma das ilhas do município.

Figura 11 - Área do Município de Belém



Fonte: Elaboração própria, com uso da ferramenta Google Earth.

De acordo com o IPEA (2015), o processo de urbanização tem sido intenso na região, com uma taxa que ficou superior a 90% nos dois últimos censos realizados e crescimento populacional positivo (de 1.973.259 hab em 2000 para 2.275.032 hab em 2010). O município da capital concentra sozinho em torno de 1/3 da população de todo o Estado, caracterizando-se como o seu principal centro urbano. Na região, Belém teve o maior crescimento em número de domicílios no decênio 2000-2010, concentrando 66,42% dos domicílios, seguida por Ananindeua (22,65%), que por sua vez, apresenta a maior taxa de densidade populacional (2.476,29hab/km²), dado que Belém inclui também uma população insular mais dispersa, o que interfere na densidade bruta (IPEA, 2015). O padrão de ocupação de Ananindeua similarmente é mais denso, em território mais compacto que se distribui em alguns núcleos principais. Da mesma forma, os demais municípios da região observaram aumento da densidade demográfica (IPEA, 2015).

Nos últimos anos, observou-se um crescimento do mercado imobiliário em torno dos dois principais eixos viários (Rodovia Augusto Montenegro e BR-316) reforçando a conexão entre os seus principais municípios (Belém, Ananindeua e Marituba). Apesar de seu crescimento e acelerado adensamento populacional ao longo dos últimos anos, tal não foi acompanhado de uma extensão de equipamentos públicos, de modo que a precariedade de infraestrutura continua nos dias atuais.

Toda a região vem enfrentando as consequências das ocupações desordenadas, fruto do processo migratório interno, essencialmente de pessoas/famílias oriundas dos municípios mais distantes dos centros urbanizados. Um reflexo do impacto desse processo para a região é que mais da metade da população da região vive em comunidades carentes (aglomerados subnormais), menos de 40% da população residente em Marituba e Ananindeua vive em domicílio com abastecimento de água e em três municípios da região (Marituba, Santa Bárbara do Pará e Benevides) menos de 20% da população tem acesso a esgotamento sanitário no domicílio¹⁸.

A economia da região baseia-se em atividades agropecuárias, indústria, comércio, serviços e turismo, sendo o setor terciário mais evidente na capital paraense e o que mais se destaca na composição do Produto interno bruto da região. O PIB da região metropolitana (R\$ 48.5221.92) em 2015 foi trinta vezes superior ao da região de fronteira (R\$ 1.647.299). A atividade industrial é correspondente aos produtos alimentícios, navais, metalúrgicos, químicos, beneficiamento de madeira e processamento do pescado. Os municípios de Belém e Santa Bárbara do Pará contam ainda com áreas de assentamento rural (IPEA, 2015).

O desenvolvimento humano na região é alto (IDH 0,729), elevado principalmente pelos resultados de Belém e Ananindeua. O componente longevidade foi a dimensão que mais contribuiu para esse desempenho na região, ainda que comparativamente ao ano 2000, o componente educação foi o que teve maior melhoria, saindo de 0,474 para 0,656 (em 2010). Este indicador, ao tentar sintetizar a situação da educação, renda e longevidade (saúde) expressa as diferenças marcantes entre as duas regiões dessa pesquisa. Ao mesmo tempo, considerando-se apenas as regiões metropolitanas, a região de Belém encontra-se em penúltimo lugar em termos desse indicador. Tais aspectos revelam que a desigualdade social e econômica se apresenta em distintas escalas e que apesar de ter havido um crescimento entre 2000-2010, muito ainda precisa ser investido para promover maior equilíbrio entre as regiões.

¹⁸ Baseado na análise dos indicadores de infraestrutura urbana disponibilizados no sítio região e redes. <http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php> (Acesso em dezembro/2017).

Tabela 5 - Perfil econômico social da região metropolitana de Belém

Município	População estimada (2017)	Área da unidade territorial - km ²	IDHM 2010	Renda per capita - R\$ (2010)	Salário médio mensal dos trabalhadores formais - salários mínimos (2015)	% de pessoas ocupadas, com carteira assinada ou militares/funcionários públicos estatutários (2010)
Ananindeua	516.057	190.451	0.718	476	1.9	44,69
Belém	1.452.275	1.059.458	0.746	697	3.7	46,13
Benevides	60.990	187.826	0.665	338	2.0	38,13
Marituba	127.858	103.343	0.676	324	2.2	48,43
Santa Bárbara do Pará	20.492	278.154	0.627	279	1.4	28,61

Fonte: Cidades e Estados IBGE. Acesso em 24/11/2017.

Quando analisamos as receitas oriundas de fontes externas observamos maior independência dos municípios de Belém e Ananindeua, comparado aos demais municípios da região e uma capacidade bem maior de arrecadação comparativamente aos da região de fronteira. Ainda assim, o peso das transferências para o SUS no total realizado para os municípios é importante, representando em torno de 31% em toda a região, destacando-se a importância da União nessas transferências, representando 90% ou mais dos recursos transferidos para a saúde nos municípios. Da mesma forma que na região de fronteira, os percentuais aplicados com recursos próprios estão acima do estipulado legalmente, alcançando mais de 20% em três municípios da região. A despesa total em saúde por habitante diminuiu de forma importante na capital e em Marituba, o único município da região em que se encontrou redução das despesas com recursos próprios.

Tabela 6 - Capacidade de receita municipal, transferências SUS e dimensão do gasto em saúde na Região Metropolitana de Belém - 2015 - 2016

Anos	% das receitas públicas oriundas de fontes externas	Participação % da receita total do município, excluídas deduções	% da receita total do município, excluídas deduções	Percentual de Transf para a Saúde (SUS) no tot de rec transf	de Transf para a Saúde (SUS) no tot de rec transf	% Transf União p/ Saúde no tot de rec transf para a saúde no município	% R.Próprios em Saúde - EC 29	em	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Municípios									
Ananindeua	77.2	11,13	9,36	29,94	27,48	100	90,98	15,24	15,33
Belém	58.8	21,38	19,34	34,84	24,88	90,34	93,95	20,51	24,37
Benevides	86.5	7,33	7,02	17,22	14,8	96,49	100	15,31	15,88
Marituba	89.7	7,02	6,74	20,77	17,94	94,66	89,87	29,1	17,41
Santa Bárbara do Pará	-	2,61	2,59	10,19	10,67	89,36	78,03	23,67	23,77
Total		18,53	16,59	31,89	24,37	92,4	93,08	20,07	22,58

Fonte: DATASUS. Sistema de Informações Orçamentarias (SIOPS) Consulta em 11.2017

Perfil epidemiológico e rede de serviços

Do ponto de vista da morbidade, o Estado caracteriza-se por constituir área de risco e transmissão de doenças de chagas e a região metropolitana, entre 2012-2014 notificou e confirmou 93 casos, o que corresponde a 53% do total e outras doenças transmitidas por vetores, como a dengue. O padrão de adoecimento da população da região metropolitana não parece ser muito diferente do encontrado na região de fronteira. As doenças infecciosas continuam a ter magnitude importante, relacionadas as condições de saneamento básico, o HIV/Aids, com altas incidências de tuberculose, o que torna a região prioritária para atuação deste programa específico. As hepatites virais se apresentam como importante problema de saúde pública e acompanham de perto o padrão nacional em termos de sua distribuição viral, com 34% do tipo B, 29% tipo C, e 27% do tipo A.

Tabela 7 - Incidência por doenças transmissíveis na Região metropolitana de Belém

Município	Taxa de incidência de AIDS por 100 mil hab. (2012-2014)	Taxa de incidência de Hepatite A por 100 mil hab (2015)	Taxa de incidência de Tuberculose por 100 mil hab (2011-2013)	Mortalidade proporcional por Doença Diarréica Aguda em < de 5 anos (%) (2011-2013)
Ananindeua	27,26	3,71	94,87	1,67
Belém	33,05	2,15	116,61	1,57
Benevides	15,45	12,48	71,5	0
Marituba	34,58	3,97	103,51	1,04
Santa Bárbara do Pará	12,45	1,78	83,28	0
Região Metropolitana de Belém	31,13	2,89	109,37	1,51
Pará	17,3	9,3	55,4	2,37
Brasil	15,8	3,18	46,11	1,81

Fonte: Base de dados Região e Redes e Datasus.

Assim como na região de fronteira, o padrão de mortalidade aponta para importância das doenças não transmissíveis. As doenças do aparelho circulatório são as responsáveis pela maior taxa de mortalidade nos municípios da região, seguida pelas causas externas, principalmente decorrentes do uso de armas e acidentes de trânsito e neoplasias malignas. O padrão de incidência de neoplasias malignas é similar ao padrão nacional (próstata em homens e mama e cólio do útero em mulheres), com crescimento em números absolutos de óbitos em mais de 60% entre 2005 - 2014.

Tabela 8 - Mortalidade por causa básica na Região Metropolitana de Belém

Municípios	Tx de Mortalidade Infantil / 1.000 NV (2011-2013)	Taxa de mortalidade por causas externas ¹ (2011-2013)	Tx de mortalidade doenças do aparelho circulatório ¹ (2011-2013)	Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares ¹ (2011-2013)	Taxa de mortalidade neoplasias malignas ¹ (2011-2013)
Ananindeua	16,71	103,9	104,38	37,07	65,8
Belém	17,35	85,65	145,42	52,82	97,61
Benevides	10,6	94,92	109,71	38,21	62,87
Marituba	15,08	122,04	93,81	39,4	53,52
Santa Bárbara do Pará	18,09	61,07	109,19	42,56	49,97
Região Metropolitana de Belém	16,87	91,9	131,81	47,96	86,49
Pará	16,97	78,83	97,9	36	49,88
Brasil	13,51	77,26	173,27	51,73	98,47

Fonte: Base de dados Região e Redes.

A emergência de doenças como Zika e Chihungunya, associadas as dificuldades de controle de doenças infecciosas reemergentes e ao quadro de agravos decorrentes do processo de urbanização, maior adensamento demográfico e estilo de vida, sumarizam os riscos para a saúde humana num mesmo território. Também expressam o modelo polarizado prolongado, pensado para explicar a transição epidemiológica no Brasil, caracterizado pela sobreposição de etapas, contra-transição e transição prolongada, aspectos encontrados na análise das duas regiões de saúde (Luna, 2002).

Rede de serviços

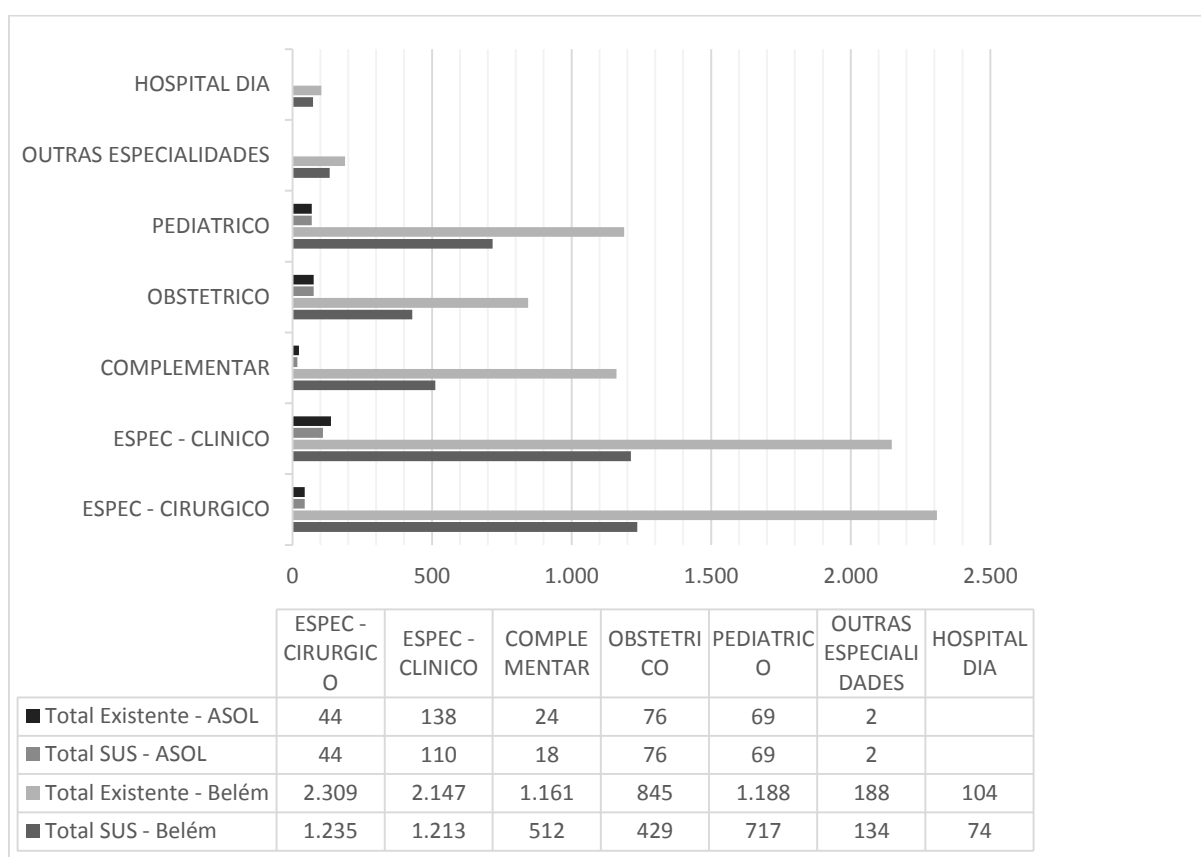
A capital Belém tem uma grande concentração de equipamentos urbanos em relação aos demais municípios da região, o que se reflete no setor saúde com maior implantação de serviços. A rede assistencial do município de Belém é composta 205 (duzentos e cinco) estabelecimentos de saúde, distribuídos em gestão municipal (97), estadual (27) de dupla gestão Federal (6) e privado (75).

A rede de serviços sob gestão municipal engloba dois prontos socorros, um hospital geral (Mosqueiro), 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, 01 Unidades de Pronto Atendimento; 70 Unidades Básicas de Saúde; 10 (dez) Casas Especializadas; 66 equipes de saúde da família e 06 equipes de Saúde Bucal. Além disso, no municípios estão instalados 07 unidades de referencias especializadas, além de cinco hospitais (incluindo referencias de alta

complexidade para todo o estado) de natureza pública e privada, que atendem a demanda da região metropolitana e de todo o Estado do Pará.

Ainda assim, a cobertura de atenção básica em Belém é a mais baixa da região (44% em 2015) seguida de Marituba, com 63% para o mesmo ano enquanto os demais municípios possuem mais de 80%. Na região, entre 2015-2015, essa cobertura aumentou cerca de 5% e em 2015 chegou a 55%. Talvez por esta razão, a realização de determinados exames, como o citopatológico seja inferior à média da região do Alto Solimões, apesar dos municípios da região metropolitana terem menos dificuldade de encaminhamento das amostras para o laboratório central. Na região metropolitana o total de leitos de internação é muito superior ao da região do alto solimões, mas essa situação praticamente se equaliza quando consideramos a taxa de leitos por habitante.

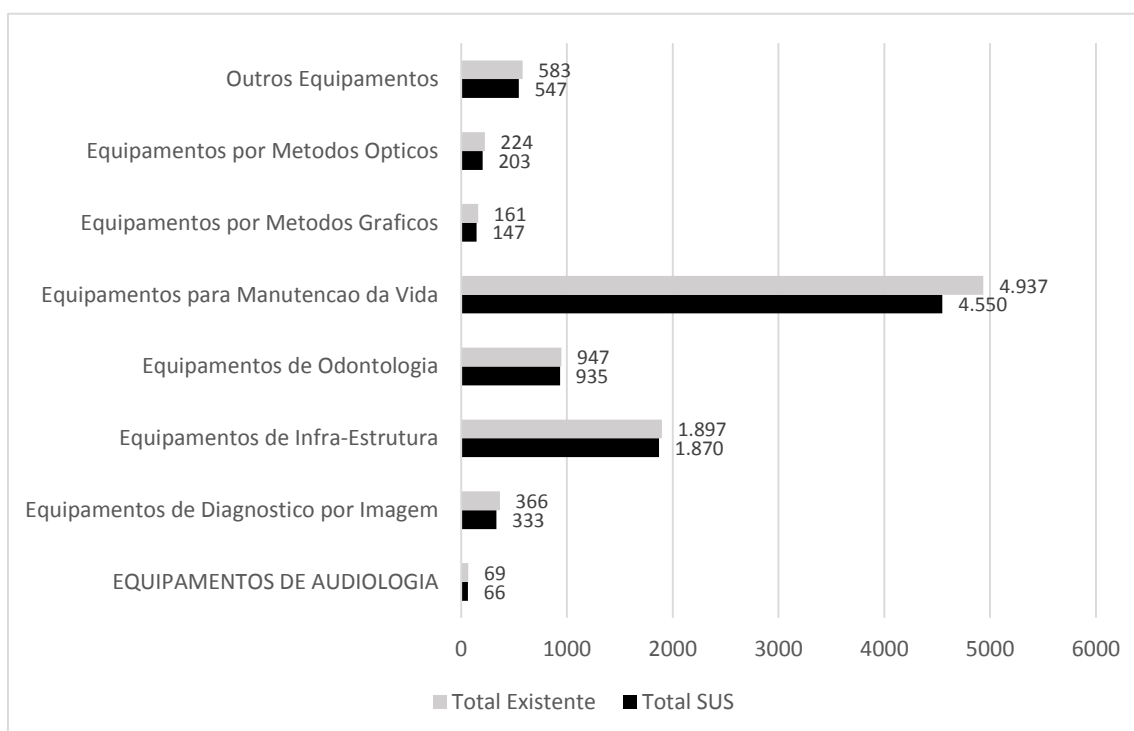
Gráfico 2 - Leitos por especialidade nas regiões de saúde



Fonte: Elaboração própria. Dados obtidos em sage.saude.gov.br

Quando considerados os leitos SUS, a região do Alto Solimões apresenta 100% em todos os municípios, diferentemente da região metropolitana com uma representatividade importante de leitos privados, principalmente nos municípios de Belém, Marituba e Ananindeua. O acesso aos meios diagnósticos aos municípios da região metropolitana, tais como ressonância magnética, tomógrafo, mamógrafo, entre outros, é garantido na própria região.

Gráfico 3 - Total de equipamentos - Região metropolitana de Belém



Fonte: Elaboração própria. Dados obtidos em sage.saude.gov.br

A elevada razão capital / interior na disponibilidade de serviços de média e alta complexidade se confirma assim como na razão de médicos que na região metropolitana chega a 1,6/1000 hab e quando consideramos a razão de outros profissionais de saúde com nível superior, esse indicador é três vezes superior (1,79) ao da região do Alto Solimões (0,61).

Um problema para a região está relacionado com a disponibilidade de serviços privados que podem ser contratados pelo SUS. Dois entrevistados da gestão estadual afirmaram que os municípios, principalmente a capital, não investiram em rede própria, acomodando-se a contratualização de serviços e ou a existencia de rede própria mantida pelo governo estadual na região.

Do mesmo modo, foi relatado que apesar de ser uma região com numero relativamente pequeno de município, é uma das mais difíceis em termos de articulação interna e onde se

encontram os maiores nós críticos. Primeiro, a percepção de que Belém é uma “capital-estado” por parte do prefeito e gestor, já que o município possui os melhores serviços de referência da rede estadual e explicitada no discurso “*nós vamos atender Belém e os municípios*”.

Segundo porque, culturalmente, a população do Estado quando pode prefere e procura o atendimento na capital não apenas pela rede existente, mas por associação religiosa com a região, que é onde se encontra o Sítio de Nazaré e para quem muitos convertem sua fé.

“[...] porque é aquela história: “eu prefiro [ir para] Belém.”. Por muito tempo eu acho que esse foi o maior desafio: reorganizar o que era cultural, entendeu? Então mesmo instalando a sala de parto em outras regiões, unidades mistas, hospitais de pequeno porte ... esse foi o maior desafio que vem sendo vencido, devido a diversos aspectos, até do caráter religioso. Porque a maior procissão que o país tem, o Sítio, é aqui e por conta da sua religiosidade, da sua dimensão [...] é como se a grande mãe dos paraenses residisse neste lugar, nesta região. Quando eu quero pedir a benção, quando eu tenho que agradecer pelas benções, eu posso fazer em qualquer outro lugar, mas aonde que eu venho? Eu venho para cá. Para onde que eu tenho que fazer minha oferta, para onde que eu tenho que fazer meu sacrifício? É aqui!” (E3.CG.RMB)

Essa cultura de demanda por serviços na região metropolitana, especialmente no município de Belém, tem sido modificada ao longo dos últimos oito anos, em virtude do processo paulatino de implantação de hospitais regionais para descentralização de assistência e de diversos componentes de apoio diagnóstico para as demais regiões de saúde, pelo governo do Estado.

Assim como Belém constitui uma referência principalmente na média e alta complexidade para os demais, essa concentração de serviços, ao extrapolar a própria região de saúde, gera uma complexidade na organização do sistema de saúde, considerando-se difícil a articulação entre os cinco municípios. A gestão municipal de Belém considera que alguns municípios dentro da região de saúde ainda não conseguiram organizar minimamente seu próprio sistema municipal. A gestão estadual, por seu turno, observa que alguns municípios da região têm conseguido se organizar melhor.

Ao mesmo tempo reconhece-se que, pela concentração de serviços e população e atendimento com mais facilidade as normativas federais, a região metropolitana acabou sendo uma das grandes contempladas nas políticas e ou estratégias indutoras e organizativas do sistema de saúde, inclusive as voltadas para a regionalização.

A caracterização das duas regiões de saúde favorece uma compreensão de elementos comuns, assim como lacunas e problemas específicos dado sua configuração histórica, geográfica e política. Nesse sentido pode de forma complementar nos ajudar a entender como ocorre o processo de governança regional, considerando-se os principais atores envolvidos, sua

rede social pessoal, e os espaços de articulação e negociação nos quais atuam e interagem. Ademais, pode contribuir para iluminar como o conjunto de regras e normas que intervém sobre o território, particularmente no caso da região do Alto Solimões, influenciam a tomada de decisão em saúde, todos temas que serão discutidos no próximo capítulo.

6. ATORES E ESPAÇOS: QUEM INTEGRA E ONDE SE CONFORMAM AS REDES DE POLÍTICAS NA GOVERNANÇA REGIONAL EM SAÚDE?

Neste estudo discutimos como o processo de descentralização da política de saúde brasileira ocorreu de forma fragmentada, sem estar acoplada a uma perspectiva regional, fundamental para garantir a integralidade da assistência. Os entes federativos sozinhos, especialmente os municípios, não tem condições de assegurá-la, em virtude da insuficiente estrutura existente de rede de serviços, recursos humanos e financeiros disponíveis, com raríssimas exceções. A capacidade de resposta da gestão em saúde está acoplada às condições de articulação interfederativa, no âmbito setorial, bem como com outros setores do governo e da sociedade. O aperfeiçoamento da política pública de saúde e a qualificação do SUS enquanto sistema de saúde público e universal dependem de estratégias de integração e regionalização.

A conformação de um sistema integrado de saúde no Brasil requer o fortalecimento de mecanismos de coordenação e o entendimento entre uma diversidade de atores, e interesses, com autonomia relativa, envolvendo relações cooperação e ou competição em processos de negociação permanente. Essa dinâmica relacional entre os gestores municipais e estaduais de saúde é fundamental para a consolidação da regionalização. De acordo com Lima et al (2016)

A governança em saúde expressa relações de dependência, interação e acordos estabelecidos entre diversos atores (...) cujo interesses, embora muitas vezes divergentes podem ser organizados e direcionados segundo objetivos comum (negociados) de modo a assegurar, ou não, o direito ao acesso universal à saúde. Entretanto, os fatores que condicionam esses processos não se expressam de modo homogêneo no território nacional sendo a diversidade regional bastante significativa (Lima, Albuquerque e Scatena, 2016, p 9)

A regionalização em saúde constitui uma imagem-objeto bastante propagada no âmbito setorial e acadêmico, mas, na prática, ou melhor, no mundo real, tem sido de difícil consolidação no país. Implica, entre outros aspectos, a capacidade de governança interfederativa nas regiões de saúde, ou seja, de coordenar uma rede de políticas, constituída por atores governamentais autônomos, do ponto de vista jurídico-político, em situação de interdependência, em interação com outros atores, cujos interesses necessariamente não convergem, e que negociam, compartilham e disputam recursos, para o alcance de objetivos coletivos, em contextos bastante diversos.

Fleury e Ouverney (2007) discutem que sob a perspectiva de uma rede de política, a literatura define que é fundamental aprofundar a interdependência da rede por meio de arranjos que lhe confirmam institucionalidade, já que seu arranjo policêntrico é condição necessária, mas não suficiente para garantir sua estrutura. A institucionalidade ocorre com trabalho coletivo

orientado pela capacidade de planejamento e divisão de responsabilidades. Assim, de acordo com as argumentações apresentadas na literatura, as capacidades especiais da rede somente poderão ser exploradas se houver uma institucionalidade mínima para combinar, explorar e potencializar as múltiplas capacidades dos atores ou organizações que dela fazem parte.

Por meio da matriz de análise inicialmente proposta¹⁹ buscou-se identificar os principais atores da governança regional e os espaços de articulação (pontos nodais) nas duas regiões da pesquisa, adotando como categorias temáticas, os elementos estabelecidos para análise do padrão de interdependência da rede (Fleury e Ouverney, 2007) articulados com as principais categorias de análise da MAG (Hufty, 2010).

Outra etapa foi o mapeamento da rede social de gestores estaduais e municipais. A análise foi realizada objetivando identificar que redes os atores envolvidos com a política de saúde em âmbito regional constituem no seu cotidiano, que não necessariamente corresponde a rede de política mais institucionalizada no arranjo do SUS, de estabelecendo vínculos e intercambiando recursos. Considerou-se a natureza e os tipos de vínculos, a função do ator/organização na região, a frequência e os tipos de contato bem como os recursos mobilizados, a partir de referenciais da análise de redes sociais (Klijn, Koppenjan e Termeer, 1995; Marques, 2000; Rovere, 1999).

Não obstante a abordagem inicial, com base no referencial adotado, a realidade mostra-se mais complexa e pode não se ajustar aos limites dos conceitos previamente elaborados. A principal observação nesse sentido referiu-se às categorias atores e espaços, que se atravessaram seja no discurso – entendimento – dos entrevistados, seja na análise realizada, revelando que a depender da circunstância pode-se considerar um espaço institucional como ator e vice-versa.

Considerando-se que são nesses espaços (pontos nodais) que ocorrem a dinâmica entre os atores, ambas categorias acabaram ficando imbrincadas, uma vez que são atravessadas pelos processos interativos, matéria prima das relações sociais. Epistemologicamente a abordagem da MAG pode ser associada a uma perspectiva interacionista (Hufty, 2010), em que a sociedade é interpretada como uma rede de ações e é na relação entre forma e conteúdo que os processos interativos ocorrem (Simmel, 1998). A luz das analogias para explicar a interação social, compreende-se que os espaços de articulação (ou pontos nodais) possuem uma dupla significação: constituem lócus da interação social de determinado conjunto de atores, mas também tem a função de estabelecer relações com o mundo exterior. Nesse caso, os espaços

¹⁹ Quadro 3 – Metodologia.

podem constituir-se inclusive enquanto *um ator* que representa os interesses pactuados e originadas nos seus processos interativos internos junto a outros pontos nodais ou com outros atores. Assim os conceitos “espaços” e “atores” podem existir separadamente e um no outro (Simmel, 1998; 2006).

Neste capítulo, discute-se primeiramente quem são e como atuam os atores, os problemas enfrentados e estratégias adotadas pela gestão estadual e municipal do sistema de saúde e sua dinâmica relacional nos pontos nodais, principalmente os espaços de cogestão e em outros identificados pelos entrevistados. Neste tópico buscamos verificar ainda de que maneira o conjunto de regras institucionais e normas sociais intervêm sobre os modos de interação e processos de gestão em saúde. Apresentamos a síntese desses resultados para as duas regiões, organizado de acordo com as categorias dos referenciais utilizados para análise do processo de governança regional. Em seguida, analisa-se o modo de coordenação e o padrão de interdependência da governança em saúde nas regiões da pesquisa, de acordo com as três esferas de governo, responsáveis pela condução do sistema de saúde, considerando a tipologia apresentada por Fleury e Ouverney (2007), adaptada neste estudo. O terceiro tópico deste capítulo refere-se ao mapeamento da rede social dos entrevistados, destacando-se que o limite para esta abordagem foi o tempo disponível de cada entrevistado, etapa realizada com 13 do total de entrevistados. Busca-se distinguir as parcerias feitas pelos gestores no processo de gestão a fim de tentar reconhecer quem compõe a rede pessoal (sócio institucional) desses atores no cotidiano da ação social e identificar se existem padrões de conformação de redes diferenciados entre atores e ou entre regiões.

6.1 DIVERSIDADE DE ATORES E DINÂMICA DAS RELAÇÕES NA GOVERNANÇA EM SAÚDE

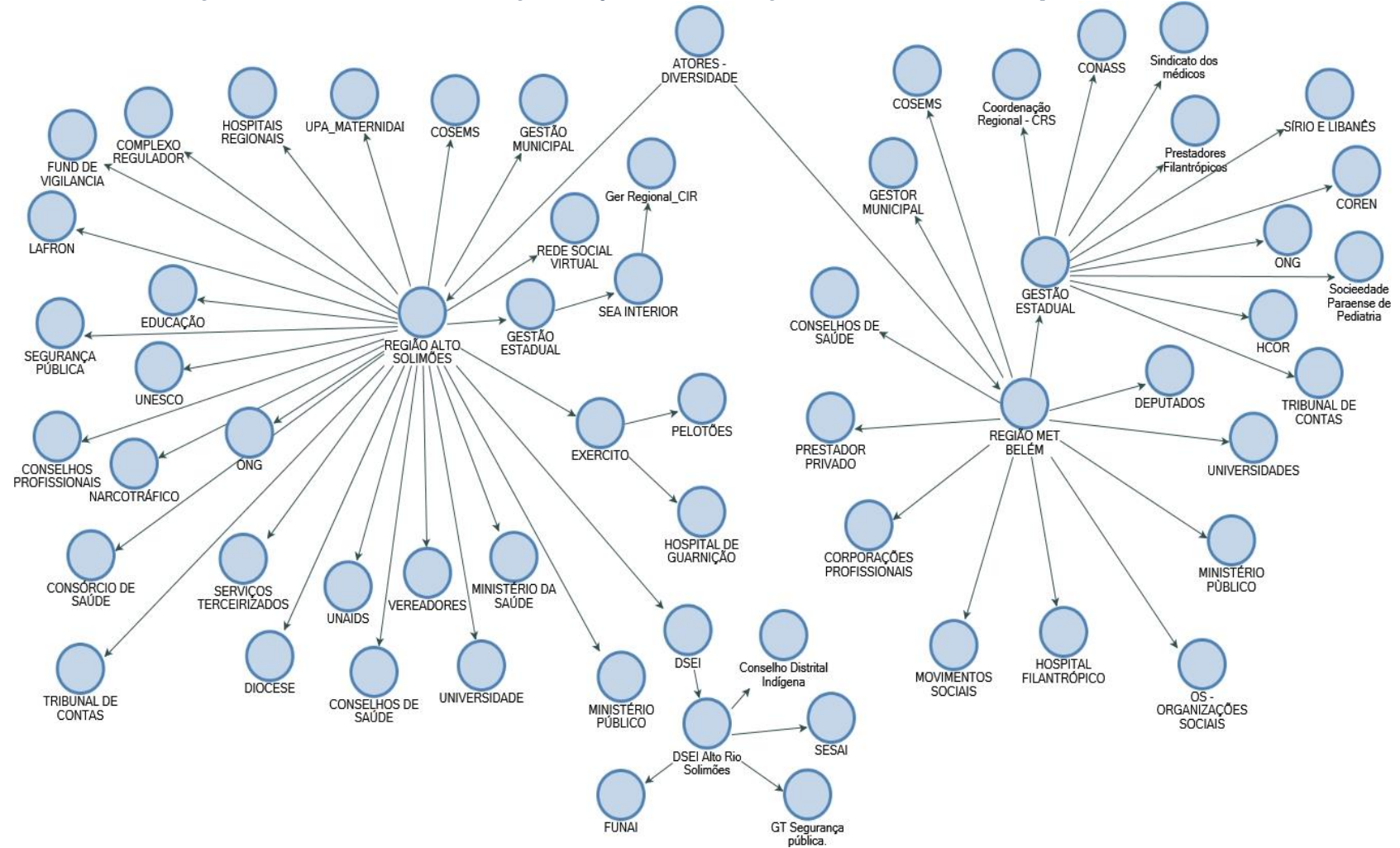
Nesse item discute-se o papel das autoridades sanitárias na condução da política de saúde. Foi perguntado aos entrevistados quem são os principais atores para governança regional (figura 1) e quais são os seus principais espaços de articulação/decisão (figura2). Buscou-se conhecer o modelo de intervenção do MS e do gestor estadual na perspectiva dos entrevistados e as relações estabelecidas entre os espaços de cogestão (CIR, CIB e conselhos de saúde). Com cada entrevistado buscou-se ainda identificar outros atores e ou espaços, que sob seu ponto de vista teriam envolvimento com a governança regional, bem como seu conhecimento sobre a existência de políticas extra setoriais nas regiões do estudo e sua integração com o setor saúde. A análise das entrevistas foi cotejada com a análise documental baseada principalmente nas atas disponibilizadas da CIR e da CIB correspondentes as regiões de estudo, referentes aos anos

2015 e 2016. Complementarmente buscou-se aferir ou confirmar algumas informações junto a sítios da Web e em redes sociais dos atores entrevistados ou das instituições envolvidas (Facebook e Twitter).

Entre os entrevistados foi unânime a identificação dos gestores de saúde, dos municípios e Estados, junto com Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e o Ministério da Saúde (MS). Todos participam em graus diferenciados dos espaços institucionalizados de cogestão (CIR, CIB). Isso porque enquanto autoridades sanitárias reconhecem que são aqueles com a responsabilidade máxima com o Sistema de Saúde, precisando lidar com aspectos políticos, econômicos, normativos e administrativos, na prestação do cuidado aos cidadãos. Seu papel central na tomada de decisão os aproxima do sistema político interno e externo ao setor saúde (Rasga Moreira, Mendes Ribeiro e Ouverney, 2017).

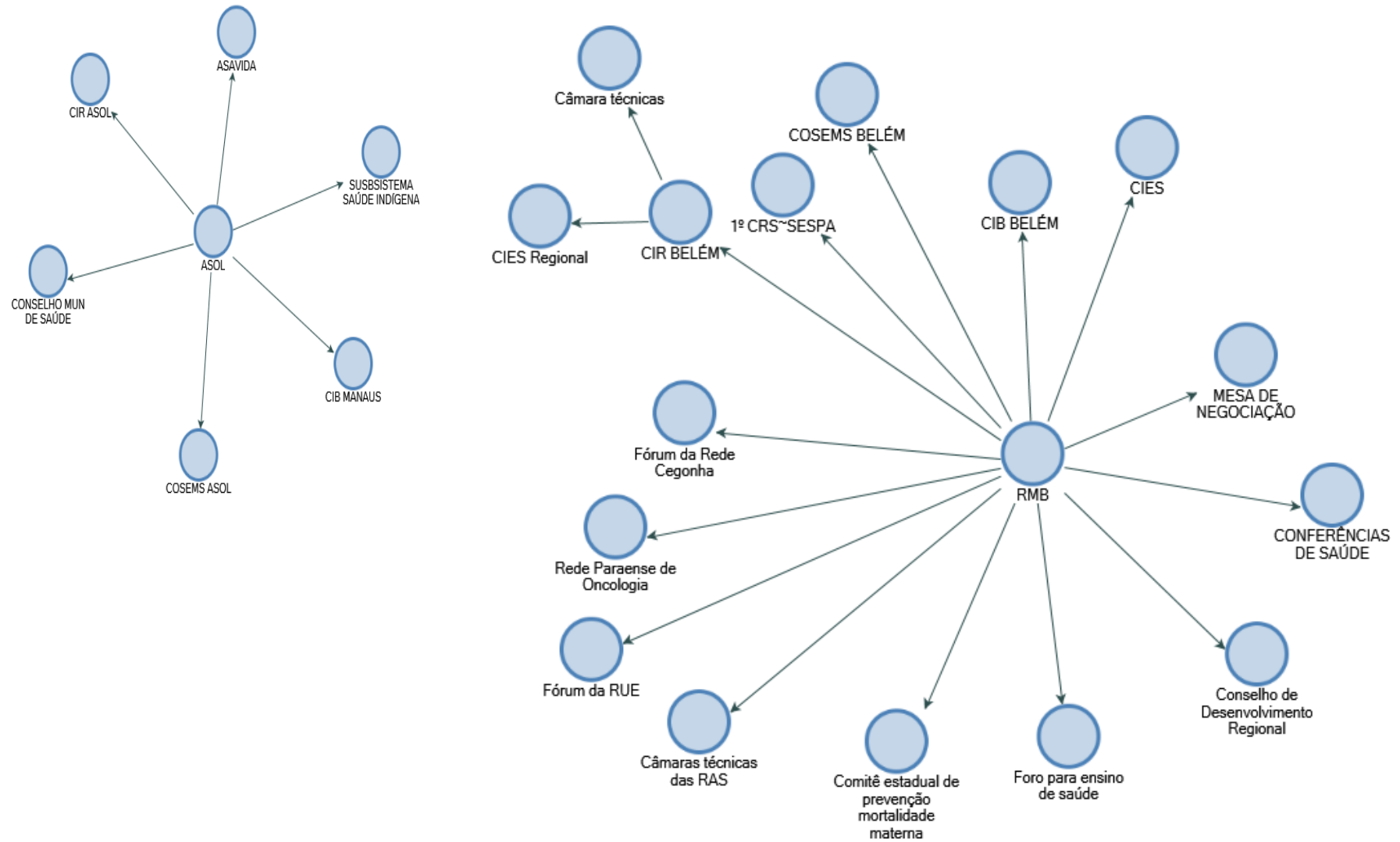
Aspectos da diferenciação regional implicam a inclusão de outros atores, como prestadores públicos, conveniados ou privados, fortemente na região metropolitana, e as forças armadas e o subsistema de saúde indígena (Distritos sanitários indígenas – DSEI), Organizações não governamentais e organismos internacionais, na região de fronteira, conforme pode ser visualizado na Figura 1. Atores e instâncias do legislativo (Vereadores, deputados, senadores), dos órgãos de controle externo (Tribunal de Contas e Ministério Público) estão em relação direta com os gestores, ainda que não participem dos espaços formais de cogestão. O narcotráfico foi identificado como uma importante rede na região de fronteira, em termos das consequências de sua atuação para o setor saúde. Os conselhos de saúde são espaços de deliberação que também foram identificados como atores na intermediação de interesses junto a gestão, ainda que com ressalvas e críticas à sua atuação.

Figura 12 - Diversidade de atores na governança em saúde nas regiões do Alto solimões e Metropolitana de Belém



Fonte: Elaboração própria.

Figura 13 - Principais espaços na governança em saúde nas regiões do Alto solimões (ASOL) e Metropolitana de Belém (RMB)



Fonte: Elaboração própria.

6.1.1 Ministério da Saúde: indutor ou constrangedor da gestão local?

Nesse tópico analisamos o papel da atuação federal na saúde nos anos 2015-2016 com base na observação empírica decorrente da pesquisa de campo realizado, e a peculiaridade do seu papel no âmbito das relações intergovernamentais (Machado, 2007).

O MS tem papel preponderante na indução das agendas da política de saúde junto aos demais níveis de governo, tanto na formulação quanto no estabelecimento de parâmetros e regras para a implementação e definição de fontes de recursos. Cabe ao MS propugnar a efetivação dos princípios do SUS em todo território nacional e reduzir a desigualdade do acesso em saúde.

Arretche (2004) ao analisar a distribuição federativa da autoridade política nas políticas sociais brasileiras identificou que no caso da política de saúde o gestor federal tem disponibilidade de recursos institucionais variados o que lhe confere grande capacidade de influenciar a gestão local e afetar sua própria agenda. Esses recursos seriam precisamente as regras e as transferências governamentais aos quais os demais entes da federação são fortemente dependentes. Apesar do reconhecimento pelos entrevistados sobre sua importância para a condução do SUS no país, uma série de limites foram destacados quanto ao modo de atuação do MS junto aos demais entes da federação, com consequências importantes para o pacto federativo.

Os eixos de investimentos definidos no nível central muitas vezes não se articulam com as necessidades das regiões. Vários entrevistados reconheceram que a atuação das áreas técnicas do MS nem sempre são articuladas internamente e consideraram que existe pouca flexibilidade frente às especificidades territoriais de Estados e municípios²⁰. Machado (2007) ao analisar o modelo de intervenção do Ministério da Saúde entre 1990-2000, sinalizou que uma das principais características encontradas foi a fragmentação no processo de condução da política de saúde e o baixo grau de integração entre as áreas, impedindo a identificação de um projeto nacional para o sistema de saúde. Apesar das mudanças de dirigentes e equipes ao longo dos anos (Machado, Lima e Baptista, 2017), essa foi uma característica reiterada entre os entrevistados, nas duas regiões estudadas.

Verificou-se ainda que a ênfase do MS no período de 2015-2016 concentrou-se no papel de organizar o sistema de saúde em âmbito nacional. Machado (2007) em pesquisa

²⁰ Entrevistados da gestão estadual (1,2,3) e municipal.

realizada com dirigentes do MS verificou, nas respostas obtidas, dois planos explicativos quanto ao âmbito de atuação do MS: um plano substantivo-finalístico, relacionado com respostas orientadas pelos princípios doutrinários do SUS e outro, normativo-descritivo, com referência a finalidade de atuação considerando a legislação, a gestão do sistema e aspectos do federalismo. No que se refere ao papel de gestão do sistema, as funções mais citadas entre os dirigentes que a autora entrevistou foram: planejamento, financiamento, regulação, organização do sistema e produção direta de serviços. Contudo, no âmbito do MS, as três primeiras funções adquiriram maior destaque com posicionamentos divergentes quanto ao papel do gestor federal na organização do sistema, função defendida por aqueles que consideram importante seu papel indutor e normativo (Machado, 2007, p. 154).

Este estudo demonstrou que quanto ao papel de gestão do sistema (Machado, 2007), algumas funções, como a de planejamento, perderam vigor no período do estudo, o que pode estar relacionado com as contingências da crise política do governo federal e suas implicações na condução e direção de prioridades desta pasta (Machado, Lima e Baptista, 2017b). A análise sinalizou uma fragilização na agenda de indução à regionalização, permanecendo a prioridade na organização do sistema por redes temáticas (Carvalho *et al.*, 2017), no período entre 2015-2016.

Foi mencionado que em várias situações o MS acaba tentando induzir propostas em regiões em estágio mais avançado num tema específico, baseado na capacidade de oferta e estrutura existente, em detrimento daquelas que necessitariam maior investimento para alcançarem os padrões estabelecidos e poderem receber o aporte de recursos oferecido, em caso de adesão. Um gestor estadual afirmou que busca reorientar essa indução para outras regiões, com mais defasagem e ainda não contempladas, mas considera que não é algo fácil de manejar (E1.GE.RM).

A estrutura organizacional do MS é considerada pouco flexível e a atuação de sua burocracia acaba restringindo-se às áreas específicas, mesmo que a necessidade local demande mais apoio para outras áreas. A baixa coordenação de atividades e contatos estabelecidos diretamente entre as áreas técnicas do MS com as secretarias de saúde estaduais e municipais for outro aspecto encontrado no estudo de Machado (2007, p. 151)

Um aspecto que constrange a gestão nos demais níveis de organização do sistema de saúde é que o MS, no decorrer do tempo e de acordo com as prioridades do governo e gestão federal, modifica instrumentos e diretrizes dos programas cujos demais entes da federação são induzidos a aderir. As mudanças nas “regras do jogo”, implicam processos de “idas e vindas”

gerando desgaste e retrabalho para gestores municipais, estaduais, e equipes técnicas, bem como suscita incertezas e certa falta de credibilidade.

“Nós tivemos o plano estadual de atenção oncológica aprovado pela CIB no ano passado. No final do ano, o MS chamou todas as coordenações e apresentou um novo formato. Nós tivemos que nos adequar. Na verdade, nós fizemos complementações, de acordo com esse novo modelo que o ministério vinha trazendo e aí o plano foi novamente submetido... foi novamente apresentado ao MS e agora, ele vai ser submetido novamente à CIB.” (E4.CG.RM).

“Eu diria que a realidade hoje que você se encontra, não tem muita saída. Nós temos muitas necessidades sem resposta do nível federal. A nível dos estados e municípios isso hoje tem sido um grande tensionador, tem fragilizado a capacidade gestora e interferido no processo de governança. Porque eu não posso estar sempre lá acompanhado o processo... ele caminhou nesse âmbito, tudo que você tinha pactuado foi feito, o plano e tudo mais, mas eles ficam na dependência de uma outra esfera que não habilita o serviço, que não autoriza, não repassa o recurso e não sei o que, e tudo que você tinha pactuado se vai.” (E3.CG.RM).

A diferenciação regional versus regras gerais definidas pelo MS para garantir alguma “uniformidade” nos objetivos e na implementação da política, acabam entrando em conflito. As prioridades de financiamento são definidas de acordo com sua análise técnica, de modo que são reais as situações em que as regras estabelecidas nas normativas federais constroem a gestão. Primeiro porque não se coadunam com as especificidades regionais: demanda x capacidade de oferta; infraestrutura existente; recursos humanos (médicos) disponíveis, população dispersa, aspectos logísticos, etc, restringindo as possibilidades de adesão.

“Não querem saber se naquela região só chega o tijolo de balsa, o cimento, sabe? Pensam que é como em qualquer lugar que o acesso é fácil. [...] então, não observar as especificidades regionais e o tipo de unidade que precisa ter. Outra coisa, só liberaram estruturas assistências baseado no critério de população e não de acessibilidade. Aí eu tenho Marajó que nunca vai ter um CER 3, nunca vai ter um CAPS ED3, porque não tem população para ter direito a essa estrutura assistencial. Então, não me interessa se para ter uma reabilitação em neurologia o paciente do Marajó tem que pegar a barca e vir fazer em Belém, porque ele não pode ter lá, porque a população dele não cabe no que está definido na portaria. [...] A história é que não dá para padronizar.” (E5.CG.RM).

O custo amazônico é outro aspecto que afeta a coordenação e o planejamento da organização de serviços e, de acordo com os entrevistados, não tem sido considerado pelo MS no desenho das políticas. Foram referidos uma série de elementos: as dificuldades de deslocamento não apenas na região de fronteira, mas dentro da região metropolitana, elevando sobremaneira o custo e o tempo necessário para deslocamento de equipes, entrega de materiais e insumos, tipo de transporte necessário, custo do combustível, preços e condições praticados por prestadores e fornecedores, são situações cotidianas com os quais a gestão estadual e local precisam lidar, com recursos padronizados para todo o país. A escassez de recursos humanos é

generalizada e dramática no que se refere aos médicos especialistas, sobrevalorizando os custos de contratação desses profissionais.

A necessidade de adequação das ambulâncias para lanchas (“ambulanchas”) já havia sido discutida com o MS no início da implantação do Qualisus-Rede (2011) e até o momento da pesquisa (2016) era uma questão ainda não resolvida no âmbito normativo. Em 2017, o Estado do Pará, assim como o Estado do Amazonas havia feito alguns anos antes, aparentemente irá conseguir viabilizá-las por intermédio de emenda parlamentar. As especificidades da região Norte consistem um importante diferenciador em termos de sobrepreço no custo de implementação das políticas e programas e as emendas parlamentares têm sido utilizadas como forma de “driblar” critérios estabelecidos na normativa federal.

“O custo do transporte aeroviário é muito alto, mas aqui não tem jeito. Porque tem outro problema grave que o MS não reconhece. Por exemplo, no Marajó, as estradas e as ruas são rios e não se habilita as ambulanchas! As portarias não levam em conta o custo amazônico. Tem um município que é bem aqui, daqui são 150 km em linha reta, mas se você vai levar insumo, oxigênio, medicamento e tudo o mais, leva 3 dias para chegar de barco. (...) E os insumos vem tudo do sul e sudeste. A coisa aqui é muito mais cara e você tem essa dificuldade de deslocamento.” (E2.CG.RM).

Alguns entrevistados da gestão estadual consideraram que os custos operacionais diferenciados na região norte, mais caros que no restante do país, tem implicações que envolvem desde a fixação de profissionais até a expansão da oferta da média e alta complexidade.

“Então para a nossa região, na nossa capital, onde nós temos o menor per capita, onde o valor da nossa tabela de AIH é o segundo menor do Brasil e aonde a gente tem uma série de dificuldades com o ICMS mais alto que você tem que pagar... E aí tem a discrepância... a gente paga muito caro para o equipamento poder chegar aqui.” (CO6.GM.RM).

A questão regional, não se acopla ao desenho de região de saúde, enquanto espaço projetado de intervenção do Estado. O enfoque regional ainda que incorporado na narrativa da política de saúde, parece não apreender que a região de saúde como território vivo, é lugar de outros regionalismos, expressão dos ajustes deste com as determinações sociais e históricas e modos de apropriação social (Ribeiro, 2000). O MS como ator, em seu modo de intervenção, parece privilegiar a perspectiva da regionalização como ferramenta, um instrumento de ordenação do território, esvaziando o próprio conceito de região (Egler, 1995).

Tais aspectos relacionam-se com a discussão sobre as relações intergovernamentais e o pacto federativo. Apesar da relativa autonomia dos demais entes, o viés da coordenação hierárquica permanece na atuação do MS, ao definir prioridades, prazos e condições desconsiderando a capacidade de análise e definição dos Estados, a infraestrutura existente e

disponibilidade para execução, com pouca margem para readequação pelos municípios e estados. No caso das campanhas, por exemplo, o MS define recursos, estratégias e prazos, abrindo alguma possibilidade de modificação/adequação aos demais entes quando ele próprio não consegue cumprir seus prazos.

“Um exemplo foi o caso dos stents farmacológicos. Saiu a portaria, você é obrigado a fazer! “Está aqui, eu (MS) vou te dar mil reais.” Mas quanto custa um stent farmacológico aqui para o gestor comprar? R\$ 2.800,00!” (CO6.GM.RM).

O membro do COSEMS diz que no meio do ano passado fez um levantamento junto com a área técnica da SUSAM acerca das necessidades dos municípios pelo compromisso do gestor estadual em auxiliar a implantação do E-sus no AM. Esse levantamento nos trouxe a certeza da impossibilidade da implantação no ano passado e esse ano foram informados que o MS não vai mudar o plano de implantação, o que o deixa muito preocupado porque a maioria dos municípios não está preparada para informar pelo E-sus e será complicado porque acarretará perda de recursos. (Ata da CIB Amazonas - 210ª reunião ordinária - Fev/2015).

A crise política e as mudanças na coalizão política vivenciados no segundo mandato de Dilma Roussef, com redução do apoio de sua principal base, o PMDB, teve como consequência a estratégia de mudança do alto escalão da pasta para um nome desse partido. Certamente isso influenciou o modo de atuação do MS entre 2015-2016, com mudanças importantes na sua orientação (ou agenda) (Machado, Lima e Baptista, 2017).

Contudo, apesar de se ter reconhecido a conjuntura político-econômica do país, como um dos possíveis contingenciamentos no modo de atuação do MS, as inconsistências nos acordos estabelecidos, por pendências não resolvidas, a demora na aprovação das propostas, descumprimento dos prazos acordados para repasse de recursos financeiros, geraram para os gestores locais, dificuldades para manutenção e continuidade de serviços sejam da gestão pública (como no caso da região de fronteira) ou contratados (mais recorrente na região metropolitana), levando os gestores a buscarem alternativas de realocação de recursos entre blocos de financiamento, como pode ser visualizado nas diversas narrativas abaixo:

“Eu acho que, vamos dizer assim, a gente entende as limitações que houveram pelos cortes, nós também estamos vivendo cortes, contingenciamentos, mas para o nosso estado em particular, nós temos sido muito maltratados. Nós temos pendências de habilitações, de credenciamento de serviços, de uma série de outras coisas, e inclusive de repasse de recursos de uma ordem inigualável, e nós temos uma disparidade porque nós somos o menor per capita do país.” (E3.CG.RM).

O Secretário Municipal considerou que a questão do SAMU precisaria ser toda rediscutida, pois não adiantava resolver o problema do médico, já que estava "bancando" o SAMU sozinho na região. Apesar do município ter regularizado o SAMU em junho de 2013, até o momento não tinha recebido o dinheiro nem do Estado e nem do Governo Federal. Disse ser muito difícil acreditar em mudanças. A cada dia estava desestimulado a fazer as coisas. No seu entender, a partir do momento que o gestor implanta serviços, não tem como voltar atrás, mas fica difícil manter sozinho.

Chegará um momento que o gestor municipal não vai querer fazer nada mais além do básico (Ata de reunião ordinária de março 2015 – CIB Pará).

O secretário de saúde do município diz que vai completar 8 (oito) meses que ele está operando e se não sair o recurso até essa data a equipe vai parar o serviço. Diz que enquanto gestor não tem mais a quem recorrer [...] outra secretária de saúde registra que está mantendo o SAMU com recursos do Piso de Atenção Básica Fixo - PAB FIXO (Ata de reunião ordinária de abril de 2015 - CIR Região de Fronteira).

A baixa responsabilização quanto aos acordos firmados e a incapacidade dos colegiados de gestão exercerem funções de regulação das pactuações realizadas fragilizam a confiança entre os entes e promovem uma insegurança nas relações estabelecidas, notadamente dos municípios, mesmo que reconheçam o papel crucial do MS na indução, principalmente financeira, da política de saúde no nível local.

É preciso ver a questão do SAMU porque o Estado já fez a parte dele, já fez a aquisição das ambulâncias, o Município já fez a parte dele, fez a contratação da mão de obra, fez a construção das Unidades Base, fez o fardamento entre outras coisas, e agora está faltando o Ministério que está colocando um monte de dificuldades para liberar esta Portaria. (...) porque já está funcionando no município há um ano com financiamento do município e daqui a pouco vai falir (Ata CIB Amazonas_216ª reunião ordinária_Setembro_2015).

A função preponderante do MS na formulação da política de saúde em âmbito nacional foi um consenso, mas a análise do processo de formulação e condução das pautas em dois anos de reuniões da CIB e da CIR sinaliza uma fragilização na agenda de indução quanto ao planejamento e à regionalização, permanecendo a prioridade na organização do sistema por redes temáticas (Carvalho *et al.*, 2017). O SISPACTO perdeu fôlego considerando-se os atrasos na liberação dos parâmetros para pactuação dos objetivos, diretrizes e metas. Em 2016, estas diretrizes foram liberadas em Outubro e discutidas em CIB no final do ano. Os próprios gestores questionaram o caráter cartorial do SISPACTO, cujo prazo final seria Março/2017, ano de modificação de boa parte dos quadros das secretarias municipais decorrentes das eleições.

Sistemas de informação descontinuados, contatos diretos entre MS e equipes técnicas dos municípios que contornam a gestão estadual e a deixa desinformada de algumas pactuações, dificuldades no cumprimento de metas estabelecidas com base em parâmetros populacionais, sem consulta às equipes técnicas do Estado e municípios e sem relação com a realidade local, foram outros elementos destacados sobre os constrangimentos criados pelo MS no processo de coordenação e gestão do sistema de saúde em nível local.

Quadro 7 - Modo de intervenção do MS nas regiões do Alto Solimões e Metropolitana de Belém 2015-2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE	Região de Fronteira	Região Metropolitana de Belém
Contexto	Dificuldades na aprovação do orçamento federal com dificuldades de garantir compromissos firmados no âmbito das relações intergovernamentais. Crise no apoio da base política do governo federal. Impedimento da presidente. Novo governo com agenda liberal.	Conjuntura de crise política com modificação na condução da pasta e reorientação de objetivos.
Capacidade de atuação	Modelo de intervenção hierárquico. Atuação "top-down" no estabelecimento de regras, formas de atuação e prazos de execução.	Indução fortemente normativa e regulação por meio de transferências vinculadas.
	Transferências de recursos com peso importantíssimo para a região, representando em média mais de 90% do que é gasto em saúde nos municípios.	Transferências de recursos para MAC com base em normativas das Redes Temáticas. Ausência de política para atenção especializada.
	Falta de integração interna e demora em feedback: desgaste da gestão estadual e municipal, que precisam ficar continuamente acompanhando como se encontra os processos, razões para não formalização, etc	Necessidade de investimento dos municípios superior ao estabelecido no pacto federativo.
	Formulação de múltiplas regras e normas, sistemas de informação diversos, descontinuidades de processos, que precisam ser discutidas e absorvidas pelos gestores, tomando boa parte do tempo das reuniões das CIB;	Dificuldades para gestão municipal garantir o funcionamento dos serviços. Pressão sobre a gestão estadual
	Normas e regras de implementação incompatíveis com contexto amazônico e especificidades das regiões de saúde. Gestão municipal com dificuldades de adequação as normativas. Falta de flexibilidade que contribui para a judicialização.	Parâmetros nacionais desconsideram especificidades regionais como custos operacionais de implantação, extensão territorial e dispersão populacional.
	Demora (ou atraso) na garantia de acordos de adesão / habilitação de projetos, componentes ou serviços (ex: SAMU 192). Atraso no repasse dos recursos com repercussões para sua continuidade.	Descumprimento de acordos de adesão / habilitação de serviços ou programas com os municípios, com atrasos recorrentes no repasse de recursos.
	Apoiadores descentralizados para o Estado em algumas áreas temáticas como Mais médicos e redes temáticas	Apoiadores por redes temáticas e organização de grupos condutores.
Objetivos e interesses	Induzir e apoiar adesão da Gestão municipal e estadual as Redes temáticas e outras políticas prioritárias.	Ênfase na habilitação de serviços e implantação de componentes das Redes Temáticas.
	Implementar uma série de programas, por intermédio da emissão de diversas portarias. Descontinuidade da agenda de prioridades.	Divergente da perspectiva dos gestores locais quanto sua autonomia para organização do sistema e execução da política.
	Ênfase na atuação sobre a organização de serviços. Enfraquecimento na agenda em torno do Planejamento regional, inexistência de discussão sobre COAP.	Perspectiva universal, sem incorporação do enfoque regional na formulação de políticas

6.1.2 Gestor Estadual: mediador da regionalização?

A gestão estadual tem papel decisivo no fortalecimento da capacidade de coordenação regional (Reis *et al.*, 2017). A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) foi designada como foro privilegiado de decisão e negociação para o SUS Estadual, sendo um dos principais espaços de atuação do ente estadual. Desse modo, apresentamos os resultados conjugando o papel desse ator político para as regiões e a dinâmica de interação entre os atores nesse importante espaço de negociação que é a CIB.

6.1.2.1 Gestão estadual, CIB e a região de fronteira

A coordenação das regiões do interior pela gestão estadual é realizada por uma estrutura organizacional que contempla uma secretaria de atenção específica (SEA Interior) e gerências regionais que fornece importante apoio técnico e político para as regiões, para gestores municipais, e ainda para outros atores como prefeitos e vereadores, que a utilizam como referência para obtenção de informações sobre repasse de recursos, formulação de emendas parlamentares na área, entre outros.

“Eles [vereadores] vêm aqui quando querem saber das notícias do município, quando eles querem saber dos problemas que estão acontecendo. Por exemplo: porque o ultrassom não está funcionando, se pode pedir por Emenda Parlamentar, se não pode, entendeu?! É, se tem a Emenda Parlamentar, se o dinheiro está na conta, porque é que ainda não compramos os equipamentos entendeu? Eles vêm aqui para isso. [...] Eu acho que é um controle mais político, né? Ou então ele [vereador] quer saber sobre o valor do recurso, quanto é o recurso do hospital, porque o diretor não recebeu...para essas coisas que eles procuram a gente, a gente atende direto aqui.” (E3.GR.RF).

A conjuntura de crise fiscal e político-institucional vivenciada no governo estadual afetou fortemente a atuação da gestão estadual e seu papel de coordenação da regionalização. O processo de investigação por fraude e desvio de recursos de uma das principais organizações sociais (OSS) contratadas, sem licitação, para prestação de serviços, foi um deles. Essa OSS estava responsável também pela gestão da UPA e maternidade do município-sede da região de fronteira, exigindo com a suspensão do contrato, um rearranjo no posicionamento de atores importantes para a região e que pode ter contribuído para esfriar o próprio espaço da CIR. Ademais, no momento da pesquisa de campo (outubro/2016) ocorreu a exoneração do gestor de saúde do Estado, posição que já havia sido modificada entre 2015/2016. O governador do Amazonas, José Melo, na ocasião declarou que não nomearia outro nome para a pasta,

acumulando as funções. Eleito em 2016 pelo PROS, com vice governador do Solidariedade²¹, teve o mandato da chapa cassado por compra de votos pelo Tribunal Superior Eleitoral, que decidiu por eleições diretas, formalizada no segundo semestre de 2017, com a eleição de Amazonino Mendes (PDT), ocupando o cargo pela quarta vez no Estado. Nesse interim, o cargo de gestor de saúde foi ocupado por três pessoas diferentes.

Em face a esse contexto, a gestão estadual de saúde não conseguiu viabilizar diversas estratégias programadas e orçadas para apoio aos municípios, incluindo os da região de fronteira (conforme PPA 2015 e 2016). Foi consenso entre os entrevistados que a atuação da gestão estadual na região de fronteira foi mais forte entre os anos 2011-2015. A função de coordenação da regionalização ficou comprometida em virtude da impossibilidade de garantir financeiramente a periodicidade das reuniões da CIR, principalmente o deslocamento do grupo gestor e técnicos. Os cortes sofridos pela pasta da saúde e as diversas modificações na composição da gestão estadual ocorridas entre 2016-2017, foram elementos que contribuíram para o esvaziamento da CIR, tendo ocorrido apenas 3 reuniões na região de fronteira nesse mesmo período. Em algumas reuniões da CIB, foi salientado a necessidade de fortalecimento das CIR pelo Estado e do resgate do seu papel para as regiões.

O Membro [secretário de saúde municipal] diz que, primeiramente quer abordar em relação à CIR/Alto Solimões, a qual sempre foi uma das mais atuantes, como todos sabem, e hoje o que está acontecendo é que essa CIR está ficando de lado. Em 2016 só tivemos duas reuniões, em 2017, até agora nenhuma e não tem nem previsão. Com isso, os municípios estão perdendo a capacidade de negociação e pactuação, porque o ambiente que a gente tem de pactuar, trocar ideias é a nossa CIR. Quando nós íamos à reunião o Estado não ia e vice-versa, por conta de não haver certeza. Há muitos assuntos que ainda estão pendentes na região do Alto Solimões e que precisamos deliberar (Ata da CIB Amazonas_227ª reunião ordinária_março_2017).

Apesar das dificuldades em coordenar a regionalização, identificou-se o esforço em organizar uma agenda para apoio ao planejamento com ênfase na atenção básica, priorizando-se inicialmente a realização de visitas e oficinas em alguns municípios, entre eles, cinco da região de fronteira. Em 2016, a articulação com o CONASS para realização de oficinas sobre contratualização em alguns municípios foi outra estratégia adotada pela gestão. Em abril/2017 a CIB conseguiu aprovar a pactuação de metas e indicadores do SISPACTO 2017 (Resolução CIB/AM nº 20/2017).

²¹ (Coligação “FAZENDO MAIS POR NOSSA GENTE” (PROS / DEM / PSL / PTN / PSC / PR / PRTB / PHS / PTC / PV / PRP / PSDB / PEN / PSD / SD / PT do B))

A análise das atas da CIB evidenciou a força dessa arena em termos de discussão e negociações gestoras, com considerações sobre o contexto político nacional, reflexos da política econômica para a saúde pública e para o Estado, como a demora na aprovação do orçamento federal e contingenciamento para os ministérios e cortes sofridos. Destacaram-se na condução das discussões, os secretários adjuntos e o presidente do COSEMS além de secretários municipais que participaram de todas as reuniões, conforme atas analisadas nesse período. A CIB constituiu espaço para qualificação/formação, por intermédio de discussões conduzidas por áreas técnicas da Secretaria Estadual. Uma estratégia foi a composição de três câmaras técnicas para apoiar o processamento das pautas e fundamentar tecnicamente as decisões gestoras, mas não se observou um reflexo quanto a sua atuação. Ocorreram nove reuniões da CIB Amazonas em 2015 e sete em 2016, com maior presença do gestor estadual na coordenação neste último ano, em relação a 2015 em que foi alternada com outros membros.

Foi possível identificar a existência de pautas fixas em todas as reuniões da CIB. Uma delas referiu-se ao acompanhamento mensal da equipe técnica de Planejamento quanto ao envio e à regularidade dos instrumentos de planejamento e gestão dos municípios, bem como a alimentação do sistema de informações orçamentárias (SIOPS). Observou-se grande esforço da equipe técnica de planejamento da SUSAM e do COSEMS em destacar a importância de elaboração/atualização dos instrumentos de planejamento e gestão e a necessidade de regularização da situação dos municípios em atraso, vis-à-vis a alta probabilidade de problemas com os órgãos de controle externo e interrupção no repasse de recursos. Apesar disso, surpreendeu o quantitativo de municípios em situação irregular na elaboração desses instrumentos ao final de cada ano.

Verificou-se que esse debate não ocorreu na região de fronteira. O enfraquecimento da condução das CIR pelo Estado nas regiões de saúde e a realização aleatória e irregular de suas reuniões, podem ter contribuído de forma importante para tal. Considerando-se a perpetuação dessa situação no decorrer dos anos, pode-se afirmar que para boa parte dos gestores, esses instrumentos permanecem sendo considerados uma obrigatoriedade cartorial sem qualquer relação com o processo de gestão. A análise das discussões em torno do SISPACTO reforça a evidência de atuação frágil das CIR no processo de planejamento regional:

O que está faltando aqui no Estado para que possamos avançar nesse processo de Planejamento Integrado é de fato as Comissões Intergestores Regionais fazerem essa discussão. Inclusive para não ter somente a Meta Municipal e Estadual, mas também ter a Meta Regional e essas discussões cabem muito nesse fórum. Esse avanço da Pactuação Regional precisa também ser qualificado tanto as Comissões Intergestores, como os Técnicos que apoiam para ter subsídios para fazer essas

deliberações. Sugiro a CIB encaminhar ou fazer uma pauta para qualificar as CIR'S para fazer as pactuações regionais a partir do próximo ano (Ata da CIB Amazonas _226ª reunião ordinária_novembro 2016).

Os sistemas de informação de alimentação obrigatória foi ponto de preocupação constante entre os gestores principalmente a questão do funcionamento on line (E-SUS), dada conhecidas dificuldades logísticas do Estado. Descontinuidades, mudanças e migração desses sistemas, falta de treinamento, caracterizaram situações de dúvida e estresse. O estabelecimento de metas por parte do MS, desconsiderando-se as análises das equipes estadual e municipais, incorrendo na dificuldade de alcance e, em alguns casos, interrupção no repasse de recursos, foi outro ponto abordado e bastante discutido no que se refere as relações intergovernamentais e as dificuldades em se estabelecer um planejamento ascendente.

As pautas giraram em torno de temas como vigilância em saúde (ações de prevenção e controle de doenças com destaque para as Arboviroses, Dengue, Zika e Chikungunya, Microcefalia, e HIV/AIDS e Hepatites), repasse de recursos financeiros e ou materiais, apoio da Fundação de Vigilância, problemas com a contratação / demissão de agentes), atenção básica (habilitação de unidades fluviais e/ou ribeirinhas, organização e planejamento do PMAQ, assistência farmacêutica (principalmente relativo ao atraso no repasse do fundo estadual de saúde, que perdurou em mais de um ano), planos para prevenção, controle e assistência para doenças prevalentes no Estado (Malária, DST/AIDS), ou priorizadas pelo MS (credenciamento de leitos de especialidades, organização para campanha de cirurgias eletivas).

Pactuações para o repasse de recursos fundo a fundo entre Estado e municípios foram identificadas em praticamente todas as reuniões da CIB, em geral para média complexidade com objetivo de pagamento de recursos humanos em unidades hospitalares do Estado, instaladas nos municípios. Contudo nem sempre com consenso sobre os critérios adotados nas prioridades e critérios de escolha dos municípios. A atenção primária, ou atenção básica foi ponto de discussão, abordando-se critérios para habilitação de equipes ribeirinhas e / ou unidades básicas fluviais, “Mais Médicos”, e a menção de que CONASS e CONASEMS não tinham um entendimento comum sobre o seu papel, nem sobre a integração ou não da vigilância em saúde, implicando em algumas indefinições para questões práticas como a migração do sistema de informação. A liberação pelo MS dos indicadores e metas para o SISPACTO ao final de 2016, para ser realizado e pactuado ainda no âmbito daquele ano foi bastante discutido em CIB e conduzido pela equipe de planejamento e Cosems juntos aos municípios, de modo que mesmo com as ressalvas e a pressa a pactuação conseguiu ocorrer. Outros pontos de pauta

estão sintetizados no Apêndice E - Conteúdos de discussão / negociação na CIB – Amazonas e Pará – 2015-2016.

A reeleição do presidente do COSEMS foi considerada pelos entrevistados e verificado nas atas como um aspecto importante dado o seu conhecimento, expertise na gestão municipal e apoio aos gestores, inclusive citado na região de fronteira. Tal ator não apenas participou de todas as reuniões da CIB analisadas, como parece ser um importante parceiro da gestão estadual, ainda que buscando defender os interesses dos municípios. Conflitos de interesses não foram identificados nessa relação, como parece ocorrer entre o Estado e o Conselho Estadual de Saúde, com divergências marcantes quanto ao papel e alcance da atuação de cada um.

Apesar das modificações ocorridas na condução da pasta da saúde no Estado, a CIB conseguiu levar adiante algumas propostas e resolver diversas situações pendentes que foram motivo de discussão e debate ao longo de 2015/2016. Dois exemplos referem-se a repasses para a Média e Alta complexidade. Em abril/2017, sob nova gestão estadual, foi publicada uma resolução para formalização de grupos de trabalho nas seguintes áreas: PPI da Assistência Interestadual; Proposta de financiamento do RH das unidades hospitalares do interior, revisão do teto da MAC dos municípios habilitados em plena (Resolução CIB 018/2017). Em junho de 2017, com outro gestor na pasta, o teto MAC já havia sido revisado, com publicação de resolução para ajuste nos valores transferidos para todos os municípios plenos, incluindo os dois da região de fronteira (Benjamin Constant e Fonte Boa), com aumento em sete vezes o valor do repasse, de 30.000,00 para 210.000,00 (Resolução CIB 044/2017) e outra, com a finalidade de transferência de recursos no bloco da MAC para cirurgias eletivas, para os municípios de gestão plena, para a capital e para o Estado com vistas o seu financiamento junto aos demais municípios (Resolução CIB 040/2017 e Portaria 1.294/2017/GM/MS).

As atas da CIB revelaram que mesmo no contexto de contenção, a região de fronteira permaneceu uma prioridade em termos de rateio de recursos e estratégias para implementação de políticas. Destaca-se que alguns atores da SEA interior exerceram forte influência na e para a região de fronteira, seja pelo histórico de atuação, reconhecimento de seu papel pelos gestores, e até mesmo por vínculos de amizade e ou origem familiar. Um dos principais avanços para a região foi a implementação do Complexo Regulador Regional, na unidade de pronto atendimento do município sede da região, além de investimentos em telemedicina para apoio diagnóstico. As atas da CIR registraram as fases da implantação do projeto do complexo regulador, incluindo apresentação para os gestores e discussão dos protocolos de

encaminhamento, considerado pelos entrevistados como um importante momento de qualificação da gestão municipal da região.

Diversos atores foram mencionados pelos entrevistados da gestão estadual em termos de sua importância na articulação de recursos e serviços para a região de fronteira. Um importante ator com o qual é preciso interagir no apoio à região de fronteira é o Exército, dado a existência de uma estrutura hospitalar - Hospital de Guarnição que funciona como referência para toda a região. O Estado, sem governabilidade sobre a gestão desse serviço, enfrenta alguns problemas nessa relação com necessidade de repactuação a cada mudança de direção. Marinha e Aeronáutica são considerados parceiros importantes para realização de campanhas, atendimento à população ribeirinha, entre outros. A Defesa Civil aparece como apoio forte para os gestores, principalmente em situações de vazante (seca) dos rios.

Foram identificados incentivos para processos de articulação política entre prefeitos, governador, secretários de saúde em outras instâncias (CONASS, CONASEMS, Ministro, Casa Civil, etc) e ou com deputados e senadores para defesa dos interesses do estado. O papel das emendas parlamentares (EP) nos investimentos em saúde teve importância no discurso dos gestores, com incentivos da gestão estadual para que secretários e prefeitos buscassem em sua base aliada apoio para a formulação. A justificativa encontrada, principalmente na análise das atas da CIB foram os contingenciamentos nos gastos e repasse de recursos que mal cobririam as despesas correntes. Em 2015, foram aprovados 18.628.144,00 milhões em EP para o Estado do AM, sendo destinados 82,15% deste valor ao setor saúde (78% oriundas de deputados federais) distribuídas nas seguintes áreas: 38% para estruturação da Rede de ABS, 38% para serviços de hematologia e hemoterapia, 22% para manutenção de unidades de saúde (administração geral) e em torno de 1% para estruturação de rede especializada²². Na análise das emendas individuais²³, observou-se que na região de fronteira, apenas dois dos 9 municípios foram contemplados (Benjamin Constant e São Paulo de Olivença), em ambos os casos para estruturação da rede de atenção básica (ABS)²⁴.

²² Informações obtidas em <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrazil> Acesso em 27/12/2017.

²³ A Câmara dos Deputados passou a disponibilizar na página “Orçamento Brasil” um banco de dados de consulta das emendas individuais impositivas (§ 11 do art. 166 da Constituição Federal) de parlamentares.

²⁴ Como será discutido no próximo tópico, esta não foi uma realidade encontrada apenas no Estado do Amazonas, mas também no Pará, que embora tenha apresentado menor peso proporcional das EP para o setor saúde, os valores absolutos foram bem superiores aos do Estado do AM, principalmente considerando-se as regiões estudadas em cada estado.

Assim, investimentos ocorreram na região de fronteira com financiamento do Estado, do Governo federal e por emendas parlamentares, viabilizando a ampliação de unidades básicas de saúde nas suas diferentes modalidades (ribeirinha e fluvial), aquisição de equipamentos (principalmente diagnósticos) em consonância com as necessidades dos municípios da região e com sua capacidade de se articular com membros do legislativo, reforma e estruturação de atenção especializada na capital.

Nossa hipótese é que em secretarias estaduais conformadas por um corpo técnico de servidores públicos efetivos fortemente vinculado às questões do estado e aos municípios e com longa trajetória de atuação, cria-se uma estabilidade capaz de “blindar” os possíveis e esperados reflexos oriundos dos momentos de “dança das cadeiras” decorrentes do ciclo político e/ou de situações imprevistas, como a cassação de chapa do mandato do executivo. Os momentos de interinidade vivenciados na gestão estadual representaram uma situação de transição que parece não ter comprometido muito o ciclo da política no Estado, ainda que os cortes na pasta oriundos da crise econômica tenham impedido uma atuação mais forte de gestores e corpo técnico nas regiões. A continuidade do mesmo ator na presidência do Cosems e de atores importantes para a região de fronteira em cargos de gestão na SUSAM podem ter colaborado para que, apesar da demora, problemas importantes tenham conseguido alguma solução, pelo menos do ponto de vista técnico e da prioridade política, ainda que fique no ar sua concretização em termos econômico e financeiro. Pode-se também atribuir à gestão mais personalista da SEA interior em acompanhar diretamente as diversas áreas da política e os interesses da região de fronteira. O quadro 08 sintetiza o modo de atuação da gestão estadual e os principais espaços e atores com os quais interage.

Quadro 8 - Modelo de atuação da Gestão Estadual do Amazonas, espaços de negociação, canais de articulação e outros atores.

Dimensões	Gestor Estadual do Amazonas
Contexto	<p>Conjuntura: Crise política e financeira do Estado e da União. Gestão contingenciada por uma agenda de corte de recursos para políticas sociais e atraso de repasses do Governo federal para Estados e municípios.</p> <p>Problemas com contratação e regulação de serviços por OSS - Operação "Maus Caminhos" (Apuração de Fraude da OSS com desvio de R\$ 112 milhões da verba destinada à saúde do estado).</p> <p>Cassação mandato Governador + Alternância na gestão estadual</p>
Capacidade de atuação	<p>Descumprimento de acordos; Atraso pagamento prestadores; atraso no repasse de recursos especialmente MAC e assistência farmacêutica.</p> <p>Descontinuidade na coordenação das CIR.</p> <p>Organograma com subsecretarias específicas para o interior e a capital. Formação de comitês assessores.</p> <p>Gestão de unidades hospitalares (MAC) na metrópole e nos municípios do interior. Transferência de recursos do Teto MAC para pagamento de RH.</p> <p>Garantir maior efetividade no processamento de temas debatidos em CIB.</p> <p>Incentivo a retomada das funções do Consórcio Público de Saúde da região de fronteira</p>
Objetivos e interesses	<p>Modelo de administração baseado em contratação de OSS para gestão de unidades hospitalares e contratação de RH. Interesses privatistas revistos. Necessário reestabelecer gestão pública das unidades.</p> <p>Objetivos de gestão diversificados a luz das prioridades de cada um dos que assumiram a pasta. De modo geral, a narrativa era agir para lidar com a crise.</p> <p>Discussões orientadas para a realidade das regiões. Região de fronteira permanece como prioridade na aplicação de recursos / implementação de políticas.</p> <p>Resgatar o planejamento juntos aos municípios.</p> <p>Questão regional e perspectiva municipalista. Busca garantir organização da região metropolitana e ao mesmo tempo manter olhar diferenciado para as regiões do interior.</p> <p>Tensões na relação Estado - municípios, mas com convergência em torno de estratégias para manter serviços implantados e articulação para viabilizar regularização de recursos e propor novos projetos.</p>
ESPAÇOS (PONTOS NODAIS)	
Espaços Internos de pactuação	
CIB	Início da atuação de Câmaras técnicas. Interação frequente e de alta qualidade (envolvimento de todos em todas as matérias relacionadas a política setorial)
COSEMS	<p>Forte apoio aos municípios. Organização com apoiadores regionais.</p> <p>Seminário para orientação de novos gestores.</p>

Conselho Estadual de Saúde	Conflito explícito com CIB - Problemas no entendimento sobre competências e âmbito de atuação. Seminário com recursos da SUSAM, mas sem condições de apoio in loco aos municípios por falta de recursos financeiros.
Comissão Integração Ensino Serviço (CIES)	Em fase inicial de discussão na CIB. Sem menção em CIR e ou por gestores.
Canais externos de articulação e outros atores setoriais e extra setoriais	
CONASS, CONASEMS, Gabinete Casa Civil	Articulação para obtenção / regularização de recursos; Articulação para compor equipe de revisão da PNAB.
Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hcor	Projetos de regionalização (sem abrangência nas regiões), gestão hospitalar e formação profissional
Legislativo	Articulação para investimentos no setor por meio de EP
Órgãos de controle	MP, Tribunal de contas - controle externo da gestão com modificação na condução de contratação de OSS.
Forças armadas / Defesa Civil	Parcerias para garantir a implementação das políticas, principalmente considerando-se especificidades (logística, fluxo por rios, populações ribeirinhas e dispersas, áreas de proteção ambiental e militar)

Fonte: Elaboração própria.

6.1.2.2 Gestão estadual e a região metropolitana

Na região metropolitana, o governador do estado do Pará, Simão Jatene, ocupa o cargo desde 2002. A alternância na gestão da secretaria de saúde (SESPA) ocorreu, mas dentro do seu próprio corpo de servidores. A gestão estadual é composta por um colegiado gestor, com a inclusão do ex-secretário estadual, uma vice-secretária, que ocupava presidência do CES e vice do CONASS e outros assessores, um dos quais com assento na CIR metropolitana. O corpo técnico da Secretaria é majoritariamente servidor público, boa parte dos que ocupam cargos dirigentes, com mais de dez anos de atuação. Isso significou o acesso a informantes-chave, com amplo conhecimento dos processos vivenciados pela secretaria de estado ao longo da implementação do SUS.

O processo de regionalização do Estado implicou a formação de treze regiões de saúde. A população do Estado é dispersa e se concentra na região metropolitana e no nordeste do Estado. A gestão estadual busca coordenar a regionalização por intermédio de estruturas denominadas centros regionais de saúde (CRS), tendo implementado um em cada região de saúde do estado. Considerado um espaço de supervisão administrativa da gestão estadual nas regiões de saúde, os CRS contêm diretorias técnicas e uma presidência, cuja finalidade é apoiar a gestão municipal e a CIR. As áreas técnicas desse centro regional são: vigilância em saúde, regulação, educação permanente e atenção básica. Outra estratégia para fortalecer a CIR foi a

designação de membros do colegiado de gestão, diretores e/ou coordenadores de áreas técnicas da SESPA, como seus representantes diretos junto as CIR. Desse modo, na região metropolitana, a CIR tinha uma coordenação conjunta feita pela presidência do CRS e pelo membro do colegiado gestor estadual.

A coordenação da CIB pelo gestor estadual favoreceu a continuidade das pautas, devoluções sobre demandas / processos iniciados, em forte parceria com os municípios em demandas para o MS. A análise das Atas da CIB do Pará evidenciou a força desse espaço para discussão e negociações gestoras bem como para sua qualificação/formação, por intermédio das discussões técnicas sempre conduzidas por áreas técnicas da Secretaria Estadual. Além disso, o gestor estadual conseguiu formar coalizões de poder, que mesmo temporárias, favoreceram sua forte atuação e indução de prioridades por meio de acordos e sinergias.

A capacidade técnica da burocracia da SESPA destaca-se em todos os fóruns, atuando como forte apoiador dos gestores, seja na CIR, na CIB, em câmaras técnicas da CIB ou em fóruns específicos. Sua presença nas reuniões da CIB tem uma conotação importante para os gestores municipais, não apenas por apresentar a situação dos municípios / região / estado no tema tratado como ao fornecer orientações sobre como proceder para habilitar serviços, regularizar o repasse de recursos, organizar campanhas e formular projetos/planos. Também são as áreas técnicas que ajudam os gestores municipais e equipes a solucionarem problemas relacionados aos inúmeros e desintegrados sistemas de informação de alimentação obrigatória.

As Câmaras técnicas da CIB são acionadas para resolução de aspectos técnicos e outros que suscitem dúvidas e ou falta de consenso. Outra estratégia utilizada são reuniões pré CIB feitas com o Cosems e as equipes técnicas da SESPA para processamento prévio dos temas a serem debatidos. Nesses espaços igualmente são formulados acordos, que em geral tem pouca resistência para aprovação quando apresentados na CIB. Foram estabelecidos pontos de pauta fixos como a atenção básica, média e alta complexidade, instrumentos de gestão e alimentação de sistemas de informação, vigilância em saúde, de modo que invariavelmente, em todas as reuniões, esses temas foram tratados. A partir do calendário da reunião ordinária, é que se solicita a inclusão de outras pautas. Ocorreram sete reuniões da CIB Pará em 2015 e em 2016, totalizando quatorze nos dois anos do estudo.

A região metropolitana encontrava-se bem representada na CIB com assento do secretário de saúde da capital e de outro município, além de dois membros diretivos do Estado, todos participando de ambos os espaços. Poder-se-ia supor que o processamento de temas da região metropolitana nas reuniões da CIB seria facilitado pela dupla inserção de diversos de seus membros, mas tal ocorreu especialmente para os dois maiores municípios. Observou-se

que diversas pendências discutidas e não equacionadas no âmbito da CIR tiveram dificuldades quanto aos encaminhamentos e prazos para resolução em CIB.

Em outros casos se observou a atuação de *veto players* cujos interesses seriam afetados, já que a sua rede de serviços abrange outras regiões de saúde. Um exemplo, foi a contratualização de um hospital feito pelo município da capital, para garantia de leitos de média e alta complexidade. A gestão municipal destacou a dificuldade em fazer a regulação e conseguir agir de modo mais efetivo mediante o não cumprimento do que foi acordado. Solicitou que parte do teto da MAC destinado ao hospital universitário retornasse ao fundo municipal de saúde, até que um novo contrato fosse realizado com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)²⁵, que acabara de iniciar a administração do hospital. Apesar da argumentação feita pela equipe de regulação municipal na CIB, por se tratar de serviço que atendia diversos municípios, a proposta foi ponto de dissenso e veto. Secretários de saúde de outros municípios manifestaram sua preocupação de que essa resolução poderia resultar em recusa no atendimento de seus munícipes, conforme ilustrado abaixo:

Outro secretário falou que a solicitação do município havia pego a CIB de surpresa, ao solicitar a retirada de teto de MAC do referido Hospital. Questionou quais seriam os serviços que sofreriam impactos com a retirada do recurso, porque para os municípios que referenciam para o hospital seria complicado essa retirada, já que o prestador poderia alegar que não poderia mais atender a referência. Falou que a CIB precisaria ter conhecimento mais detalhado de quais seriam esses serviços (Ata de reunião ordinária de novembro de 2015 – CIB Pará).

A gestão municipal da capital alegou ainda as notificações diárias recebidas pelo ministério público (MP) e acusação de improbidade administrativa, relacionadas à falta de garantia desses leitos. O encaminhamento dado foi a apreciação da situação em câmara técnica específica, além do COSEMS, para reapresentação de pauta e análise pelo plenário da CIB em outra reunião. O caso reflete as dificuldades enfrentadas pela gestão municipal, e principalmente da capital, em coordenar uma rede de serviços com distintos modelos de gestão, que atende não apenas a sua região de saúde, mas se estende a outras, mesmo no interesse de viabilizar uma relação de maior controle por parte do município e estabelecer novos parâmetros na contratualização. Desse modo, a regulação dos serviços conveniados/contratados enfrenta dificuldades para além da capacidade técnica da equipe municipal em realizá-la.

Apesar do peso do município da capital em termos de recursos, capacidade instalada e alinhamento político partidário com o governo do Estado, quando seu pleito envolveu aspectos

²⁵ Trata-se de empresa estatal criada pelo governo federal para, entre outros fins, fazer a administração e gestão dos hospitais universitários.

de serviços que prestam atendimento a outras regiões, sua capacidade de influenciar os demais atores em prol de seus objetivos ficou comprometida pelos distintos interesses dos atores que compõem a CIB e nem sempre os dissensos são facilmente contornados. Por outro lado, a capital também bloqueia intenções da gestão estadual, como por exemplo, a tentativa de (re) centralizar a gestão dos hospitais de alta complexidade e descentralizar alguns serviços de atenção primária (Entrevistados 2 e 3). Destacou-se inclusive que mesmo o governador e o prefeito sendo do mesmo partido (PSDB), as negociações entre os entes ficou mais difícil que anteriormente quando a prefeitura era de um partido de oposição (PT). Pode-se supor que a recusa em devolver para o estado a gestão dos hospitais de alta complexidade esteja associada com a possibilidade de perda de poder e recursos, já que nesse caso o secretário municipal de saúde perderia a capacidade de negociação e contratualização por OSS desses hospitais.

O COSEMS se revelou no estado do Pará um ator com participação ativa nas discussões, encaminhamentos, buscando atuar em parceria com a gestão estadual para resolver problemas e apoiar os municípios. Atua de modo a consolidar a CIB como o *locus* de deliberação e aprovação das questões estaduais do setor, questionando a competência de outros espaços para pactuação e ou tomada de decisão, mesmo quando essa condução é realizada pela gestão estadual.

Um dos membros do COSEMS disse que ficou surpreso com o que havia acabado de ser apresentado porque, outra instância [Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (CIRADS) tomou um espaço que é da CIB, ou seja, conduziu a determinação e pactuação de um protocolo, que é competência da CIB. (Ata de reunião ordinária de junho de 2016 – CIB Pará).

O espaço em que tensões ficam mais evidenciadas para alguns entrevistados foi o Conselho Estadual de Saúde (CES) na sua atuação como espaço de controle social ainda que em sua narrativa o gestor estadual o considere uma parte representativa importante do território da saúde, reconhecendo a importância de sua participação no que lhes cabe em termos de definição da base da rede de serviços, questões relacionadas a revisão da PPI da assistência²⁶ e aos instrumentos de gestão, por exemplo. Contudo, não houve consenso quanto a isso, já que o

²⁶ Apesar da proposta de substituição da PPI da Assistência pela Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde – PGASSA do MS, outro instrumento de gestão em saúde, que pretende englobar também a vigilância em saúde e assistência farmacêutica, entre outras modificações, com o objetivos de promover a negociação e pactuação intergestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, não mais no nível municipal mas no âmbito da região de saúde, conforme apresentação oficial da proposta obtida em sitio oficial do MS (2014), nenhuma referência a esse processo foi encontrado nas entrevistas e documentos analisados nas duas regiões estudadas no período de 2015-2016. Acesso em 12/01/2018. Disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/14/programacao.pdf>

representante de uma universidade pública com assento no CES considera que o mesmo foi cooptado pela gestão estadual, não atuando sobre questões consideradas mais relevantes para a organização do SUS no estado.

Um dos principais elementos de discussão na CIB nos dois anos analisados referiu-se a recursos para os distintos níveis de atenção: revisão da PPI da assistência, expansão da atenção básica, realocações no âmbito do teto da MAC, destinados a serviços de urgência e emergência e ou apoio diagnóstico (incluindo problemas de atraso no pagamento de prestadores), definições para transporte fora do domicílio (TFD) e habilitação de serviços. O debate sobre os graus de competência de cada esfera de governo na gestão da rede de serviços foi recorrente no âmbito da CIB desse Estado, como a alta complexidade por exemplo. Esta foi uma situação mencionada inclusive na entrevista com o gestor estadual que considera ser necessário ver que tipo de redesenho regional seria necessário para o Estado, informando que tal discussão também estava ocorrendo entre as áreas técnicas da SESP e o Cosems. O “quem é quem” na organização da rede de atenção ainda constituía ponto de dúvida entre os gestores e apesar de ser mencionado, sutilmente, a realização de planos regionais, enfatizou-se o nível municipal na organização da sua linha de cuidados.

As dificuldades enfrentadas por Estado e municípios pareceram dramáticas na análise das atas nos anos 2015-2016, decorrentes da insuficiência de recursos e, principalmente, em virtude dos permanentes atrasos no repasse pelo governo federal, sem que se pudesse contar com mecanismos eficientes de regulação capazes de garantir maior segurança aos acordos firmados nas relações intergovernamentais.

o Ministro da Saúde havia comunicado à Secretaria de Estado as seguintes informações de repasse aos municípios: ‘os processos de habilitação de serviços que já tem portaria publicada e que ainda não foram pagos, serão pagos retroativos, tão logo sejam publicado o decreto de orçamento de 2015; as habilitações de serviços que estão no Ministério para análise técnica e aguardando publicação de portaria, serão encaminhados a secretaria de saúde para que a CIB aponte as prioridades para pagamento; o Ministro assumiu o compromisso de garantir a previsibilidade de pagamento e de apresentar a CIT um cronograma dos pagamentos das prioridades apontadas pelas CIB estaduais’ (Ata da reunião ordinária de maio de 2015 – CIB Pará)

Sete meses depois, o Cosems e o gestor estadual se pronunciaram em uma reunião da CIB quanto ao não cumprimento desses compromissos:

O Secretário de Estado comunicou que havia recebido ofício assinado pelos presidentes do CONASS, CONASEMS e Conselho Nacional de Saúde que comunicava que: devido ao (des)financiamento do Sistema Único de Saúde, agravada pela atual crise econômica, que levou ao contingenciamento de recursos do Ministério da Saúde afetando os investimentos na rede física e comprometendo a assistência à saúde da população brasileira (...) havia a possibilidade concreta de paralisação de serviços essenciais de saúde (Ata da CIB Pará - Reunião Ordinária de Dezembro 2015)

O representante do COSEMS comentou que o Ministério da Saúde não havia repassado nem metade do valor do MAC (Média e Alta Complexidade), assim como o valor do PAB (Piso de Atenção Básica), o valor do décimo terceiro de incentivo dos agentes comunitários e estava há 3 (três) meses sem repassar o recurso de vigilância em saúde, o que estava provocando uma situação de caos nos municípios. Diante exposto, pediu ao Secretário Estadual que apoiasse os municípios junto ao governador e juntos aos setores de orçamento do Estado, e fazer todo esforço possível para liberação de qualquer valor para os municípios (Ata de reunião ordinária de dezembro de 2015 - CIB Pará).

Diante do exposto, processos desencadeados em outras esferas, contingenciam a atuação dos gestores, apontando para as relações macro-micro que incidem sobre a gestão local expressando o âmbito multinível da governança. As consequências para a gestão de políticas públicas, decorrentes da conjuntura de crise política vivenciada pelo governo federal ficaram evidentes. Várias foram as tentativas de articulação para viabilizar a liberação das verbas atrasadas, envolvendo Conasems, Conass, Conselho Nacional de Saúde, Casa Civil, entre outros. Além disso, para a gestão estadual, as regras estabelecidas para cofinanciamento do SUS (15% Estado e 12% municípios) não apenas ferem os princípios federativos (considerando-se as regras estabelecidas para União) como estão fora da realidade para o estado do Pará. Nesse contexto, foi incentivado que os gestores tentassem conseguir aportes oriundos de outros canais, como as emendas parlamentares.

Em 2015 foram apresentadas 18 emendas parlamentares (EP) para a saúde do Estado do Pará (71% de deputados federais e 29% de senadores). Dos 30,1 milhões executados em 2016 (57,3% do total das EP para o estado), 75% foi destinado a estruturação da Rede de ABS e 25% destinados à Rede de Atenção Especializada (assistência hospitalar e ambulatorial). Na região metropolitana, 4 dos cinco municípios tiveram EP específicas (exceto Santa Barbara do Pará), principalmente para a estruturação da Rede de ABS, sendo que a capital concentrou 11 milhões em EP, 55% dos quais destinados à atenção especializada²⁷.

A hipótese levantada na pesquisa de Viana et al (2009) de que em parte as EP poderiam estar servindo como modo de captação de recursos, face as dificuldades de as regiões adequarem-se as normativas federais para transferências de recursos e como elemento que

²⁷ Informação obtida em <http://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/loa/2015/relatorios-de-execucao>

favorece a governabilidade, confirmou-se com a análise das atas da CIB e entrevistas realizadas nos Estados do Pará e do Amazonas²⁸.

Por outro lado, na relação com o legislativo, a gestão estadual busca orientar vereadores e deputados sobre diretrizes da política de saúde a fim de evitar emendas parlamentares descoladas das necessidades do SUS em nível estadual e municipal²⁹.

“Tem outro problema que a gente ente enfrenta que é a questão das emendas parlamentares. Por exemplo, o sujeito, o deputado, quer aplicar o recurso em determinado curral eleitoral dele. Então a gente tem que trabalhar muito isso para mostrar que: ‘Olha, não precisa botar tomógrafo aqui não porque já tem um que atende a 200 e tantas mil pessoas aqui na região’. Mas às vezes eles querem botar! Então é um trabalho de convencimento, a gente mostra a legislação, o decreto 7508 que regulamenta a lei 8080.” (E2.CG.RMB).

No espaço da CIB, a gestão estadual buscou induzir a organização da atenção e o planejamento de ações para áreas / programas / redes específicas: vigilância em saúde, com pauta fixa, atenção as DST/Aids, Sífilis congênita, saúde materno-infantil, além de muitas discussões em torno da contratação e habilitação de serviços em torno de algumas linhas de cuidado, com destaque para a Rede do Câncer. Aspectos da regulação de serviços contratualizados, diferentemente do que foi encontrado nas atas da CIR, foram temas debatidos. No âmbito do planejamento regional, foi realizado uma avaliação com discussão dos efeitos do cofinanciamento para atenção básica para todos os municípios, estratégias do departamento de planejamento como a criação de uma base de dados própria para avaliação de indicadores e dos instrumentos de gestão a fim de fundamentar o apoio aos municípios para o próximo ciclo da gestão municipal.

O gestor estadual buscou se articular com outros atores como entidades e corporações profissionais (ora vistas como parceiras, ora como “veto players”), organizações não governamentais e diversas associações de portadores de agravo/doença. Na região metropolitana foi destacada a articulação com a Cruz Vermelha, entidades que trabalham na prevenção de DST/AIDS e Hepatites, e com certo orgulho pela gestão estadual, a associação de apoio às escalpeladas (Organização Não Governamental dos Ribeirinhos Vítimas de Acidente de Motor - ORVAM) que atenderiam a todo o Estado. Contudo, em agosto/2016 uma notícia

²⁸ Na região de fronteira, tal qual para todo o Estado do Amazonas prevaleceram EP mais coletivas enquanto que no Estado do Pará, a destinação de recursos para municípios específicos, como os da região metropolitana e capital ficou mais evidente.

²⁹ No período pré-eleitoral de 2016 uma estratégia adotada por membro do colegiado de gestão estadual foi elaborar uma carta para os candidatos a prefeitos e vereadores com as diretrizes organizativas do SUS a fim de apoiar a elaboração de projetos e planos de governo e evitar propostas desalinhadas.

veiculada na imprensa informava que a ORVAM poderia encerrar a assistência às mulheres vítimas de escarpelamento, devido à crise econômica, uma vez que a falta de doações e incentivos estava impedindo a ONG de manter suas atividades.

No momento da pesquisa de campo (outubro/2016), foi mencionado uma arena denominada “*mesa de negociação*” coordenado pelo Estado, constituída por gestores, prestadores e profissionais (sindicatos e conselhos), para resolver problemas como por exemplo, pendências financeiras, decorrentes de atrasos de pagamento e ameaças de interrupção na prestação de serviços. Os prestadores e corporações profissionais exercem constante pressão junto aos gestores, mas, de acordo com os entrevistados, ao final sempre se conseguiu chegar a um acordo.

“De vez em quando a gente chama, mas às vezes as reuniões acabam acontecendo por pressão deles mesmo por atraso de pagamento, essa coisa toda, diz que não quer prestar serviço, aí tem que reunir, conversar, até que chega num acordo para parcelar alguma coisa. Basicamente é interesse mais deles, dos municípios lá deles. E: Mas isso não é na CIR? R: Não, não é. Na CIR é muito raro (E2.CG.RMB)

“Além dos executores, ou seja, dentro das secretarias, eu também tenho os prestadores dentro desse espaço, e eu tenho também representantes das entidades profissionais do tipo ginecologia, obstetrícia, Sociedade Paranaense de Pediatria, que compõem esses foros para ter uma visão mais alargada sobre questões que venham a ser discutidas, de importância para contribuir para a normatização dessas discussões” (E1.GE.RMB)

No segundo semestre de 2017, tentamos obter maiores informações sobre o “andamento” da mesa de negociação com um dos entrevistados e nos foi informado por email que a mesma acabou não tendo continuidade, permanecendo os conselhos e colegiados de gestão como espaços de discussão e negociação.

A utilização de organizações sociais (OSS) para gestão e provisão de serviços é uma marca do governo e da gestão do Pará. De acordo com Negrão (2014) o modelo de administração com apoio de organizações sociais de saúde por meio de contratos vige desde 1996, independentemente da vinculação política do executivo estadual. Assim, as entidades que se estruturam juridicamente, dentro das denominadas “organizações sociais”, têm sido convidadas e incentivadas para a realização de termos de cooperação / fomento.

O gestor estadual afirmou haver uma nova lógica nessa relação, o das necessidades do SUS³⁰, destacando sua preocupação em rever o que preconiza a legislação sobre as organizações sociais para entender melhor de que forma esses termos podem ser estabelecidos. O quadro 09 sumariza o modo de atuação da gestão estadual e os principais espaços e atores com os quais interage.

Quadro 9 - Modelo de atuação da Gestão Estadual do Pará, espaços de negociação, canais de articulação e outros atores.

Dimensões	Gestor Estadual do Pará
Contexto	Contingenciada por Conjuntura de crise política e financeira da União
Capacidade de atuação	Manteve cofinanciamento da Atenção Básica. Sem interferência de demanda político partidária
	Permanência do Gestor - ampliou capacidade estratégica na articulação com outros atores e continuidade da agenda estadual.
	Câmaras técnicas e fórum específicos organizados por área temática.
	Mesa de negociações com gestores, prestadores e organizações profissionais - interesses privados ou corporativos X interesses do SUS. (Descontinuada em 2017)
	Centros regionais de saúde para apoio as CIR e a gestão municipal.
	Organização da média e alta complexidade em nível regional, porém com atraso no repasse de recursos e no pagamento de prestadores.
	Forte envolvimento para viabilizar articulação interfederativa com demais Estados da AL
	Incentivo a formulação de consórcios públicos nas regiões
Objetivos e interesses	Modelo de administração com apoio de organizações sociais de saúde: gestão e contratação de prestação de serviços.
	OSS com termos orientados para interesses do SUS
	Perspectiva oficial regional, contudo, atuação fortemente orientada para interesses municipais. Orientação político partidária na definição de diretoria técnicas das diretorias técnicas dos CRS.
	Reforço em relações bilaterais: Estado-Municípios, Estado-prestadores, Estado- entidades profissionais.
	Objetivos compartilhados com a gestão municipal. Convergência de interesses em garantir minimamente os serviços implantados e articulação para viabilizar regularização de recursos para o Estado e municípios e propor novos projetos (incluindo EP)

³⁰ No momento da pesquisa foram identificados três organizações sociais responsáveis pela administração da rede hospitalar do Estado: Instituto de Saúde Santa Maria – IDESMA (administração de um hospital); Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar – PRÓ-SAÚDE (contratos celebrados para administração de 9 hospitais no Estado, sendo três na capital) e Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH (responsável pela administração de quatro hospitais no Estado e mais um na capital (Fonte: sites das OSS. Consulta atualizada em 29/11/2017)

ESPAÇOS DE ARTICULAÇÃO	
Espaços internos de articulação	
CIB	Reuniões prévias agilizam o processamento de temas e aprovação das resoluções. Possui câmaras técnicas além de ser fortemente apoiada por áreas técnicas da SESPA. Interação frequente e envolvimento de todos nas matérias relacionadas a política setorial. Tratamento de questões regionais e municipais.
COSEMS	Forte atuação na CIB e na CIR da região metropolitana. Apoio aos municípios. Participação em câmaras técnicas. Regula atuação da gestão estadual. Priorização de questões da gestão municipal.
CES	Citado como arena de conflito de interesses internos dos distintos atores (inclusive prestadores privados). Boa relação aparente com a Gestão Estadual, mas com possibilidade de cooptação.
CIES	Agenda de gestão estadual. Composta por gestores municipais de saúde e de educação, instituições de ensino técnico e superior (públicas e privadas), hospitais de ensino, sindicatos de profissionais, movimentos sociais, associações de portadores de doenças crônicas e transplantados, Ong AIDS, Conselhos municipais de saúde (segmento usuários de 4 municípios da região metropolitana). Fortemente orientada para a regionalização
Canais externos de articulação e outros atores setoriais e extrasetoriais	
CONASS, CONASEMS, Gabinete Casa Civil	Articulação para obtenção / regularização de recursos. Proposta de flexibilização dos fundos municipais (blocos de financiamento) encaminhados para análise do MS e órgãos de controle.
Prestadores privados / conveniados	(OSS gestoras de unidades hospitalares do Estado: IDESMA, PRÓ SAÚDE, INDSH). Pressão para aumento da tabela SUS; renegociações em face no atraso de pagamento.
Entidades profissionais	Sindicato dos médicos, CRM, COREN, cooperativa de especialistas. Perspectiva corporativas. Pressão para reajustes da Tabela SUS; organização em bloco; migração para as cidades que pagam mais.
Câmaras técnicas, comitês de mortalidade, fóruns técnicos.	Articulação intersetorial com uma diversidade de atores (secretarias de saúde, de educação, universidade, sindicatos, conselhos profissionais, associações voluntárias, Ministério Público etc.)
Órgãos de controle externo	Comitê interinstitucional de resolução administrativa de demandas da saúde CIRADS (Gestão Estadual e Instituições de controle externo e judiciário)
Legislativo / Judiciário	Articulação para Emendas Parlamentares / Judicialização
Hospital Oswaldo Cruz	Projetos de regionalização (sem abrangência nas regiões), gestão hospitalar e formação profissional
Sociedade civil	Associação de portadores de doenças – Renais crônicos, Associação de Mulheres Escalpeladas.

Fonte: elaboração própria.

6.1.2.3 Importância do ator gestor estadual para a regionalização e variantes

No estudo de ambas as regiões se observou que os secretários de saúde dos estados buscam influenciar e mediar interesses junto a outros atores e espaços.

Foi mencionada a articulação dos gestores junto ao MS para inclusão do Pará e do Amazonas em projetos de qualificação da atenção hospitalar, no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), uma ação do Ministério da Saúde em parceria com hospitais filantrópicos dirigida ao fortalecimento do SUS. Nesse caso, o Hospital do Coração (HCor) e Hospital Alemão Oswaldo Cruz tiveram projetos que contemplaram os estados do AM e PA.

A interlocução dos gestores estaduais com os demais estados da Amazônia legal na composição de uma mesa de negociação para articulação interfederativa, a fim de lidar com referências dentro da Amazônia legal e discutir estratégias conjuntas para otimizar recursos (economia de escala) e ou lidar com problemas da gestão estadual e local. No momento da pesquisa de campo (outubro/2016), o gestor estadual do Pará pareceu pessoalmente envolvido em buscar efetivar essa articulação interfederativa, considerada por ele de importância estratégica para toda a região amazônica.

O conselho nacional de secretários de saúde (CONASS) foi bastante referido como canal de articulação da gestão estadual. Cabe destacar que entre (2012-2015) a presidência e vice-presidência, pela região norte, deste conselho eram realizadas pelo secretário do Amazonas e pela vice do Pará, respectivamente. Na última eleição (2017-2018) a vice-presidência, representando a região norte, continuou delegada à gestão do Pará. Um reflexo importante dessa influência foi a designação de representantes do Estado do Amazonas para a composição da câmara técnica da atenção primária do CONASS para o processo de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A expectativa dos membros da CIB era que essa representação poderia influenciar a adequação da PNAB, considerando as características da região amazônica e suas especificidades com a finalidade de garantir maior cobertura da Atenção básica (Atas da CIB Amazonas 2015/2016).

Em nossa análise ambas as gestões estaduais podem ser consideradas como um ator estratégico pelos recursos que possuem, políticos e financeiros, sua relação direta com governadores, membros do legislativo e do executivo, sendo requerida e visualizada pelos secretários municipais como caminhos alternativos a resolução de problemas. Incentivos para que os gestores municipais acionassem os atores da política partidária e apresentassem projetos para emendas parlamentares como outro meio de obtenção de recursos foram identificados nas

atas em ambos os estados. No início de 2017, 30 ambulâncias serão adquiridas com recursos do orçamento estadual do Amazonas em função das emendas apresentadas pelos deputados estaduais, por meio do orçamento impositivo³¹, praticado pela primeira vez no estado. Por outro lado, o Estado do Pará, em setembro de 2016 recebeu a promessa do governo federal de repasse de montante de recursos oriundos do tesouro nacional e por emendas parlamentares para custeio de UPA, pagamento de novos serviços em Santas Casas e instituições filantrópicas, bem como para compra de medicamentos, sinalizando a capacidade de ambos os gestores em influenciar outros atores e mediar interesses do Estado em outros fóruns.

A influência da política partidária não ficou clara na relação Estado – Municípios, pois a análise das atas da CIB nos dois Estados identificou a tentativa de contemplar os municípios em projetos de acordo com as análises feitas pelas áreas técnicas. Contudo, mesmo sem a participação dos gestores municipais da região de fronteira nas reuniões da CIB, observou-se que a região não apenas constituía uma das prioridades em termos de propostas e ações, como tinha seus interesses defendidos por atores estratégicos com relação na região. No caso da região metropolitana, a gestão estadual e seus representantes afirmaram que sua condução não era orientada pela política partidária de modo que, uma vez aprovado o montante para acerto no repasse de recursos, todos os municípios seriam contemplados igualmente, tal como ocorre no cofinanciamento da atenção básica e no uso de critérios técnicos na aprovação de propostas. De toda forma, reconheceu-se que para novos projetos busca-se influenciar a CIB no sentido de priorizar regiões menos contempladas, condução que foi verificada nas atas da CIB analisadas.

A base da composição partidária na região metropolitana era aliada do governo Estadual, os dois principais municípios (incluindo a capital) sendo do mesmo partido, o que pode explicar o porquê de nenhum entrevistado identificar a política partidária como elemento de veto as propostas feitas³². Ao contrário, um professor universitário com assento em diversos fóruns salientou um certo alinhamento dos municípios com as propostas do governo do Estado e a captura dos conselheiros estaduais e municipais pela gestão.

As duas gestões foram consideradas atores táticos pelo apoio decisivo exercido pela burocracia estatal aos municípios quanto a implementação das políticas. Por fim, os Estados

³¹ Emenda parlamentar impositiva é aquela em que os parlamentares indicam onde um determinado valor será gasto e o governo estadual é obrigado a cumprir a ação sugerida.

³² A base da composição partidária na região metropolitana de Belém na ocasião da pesquisa de campo era: Estado, municípios de Belém e Ananindeua – PSDB, município de Benevides – PMDB, municípios de Marituba e Santa Bárbara do Pará – PRB.

figuram também como atores operacionais dado a dependência de muitos municípios da prestação de serviços, ofertada/financiada pelo Estado, inclusive e, excepcionalmente, para a capital da região metropolitana, no âmbito da atenção básica.

Em síntese, apesar de esforços relatados e identificados em atas para mediar a regionalização, na região de fronteira, o papel de coordenação do Estado ficou altamente comprometido pela conjuntura política estadual. Por outro lado, na região metropolitana, mesmo que discussões de temas comuns sobre as distintas regiões ocorram na CIB e na CIR, a estratégia de coordenação da regionalização por intermédio de centros regionais revelou uma relação acentuadamente bilateral entre Estado-Município, com menos importância da perspectiva regional na agenda, em ambos os fóruns (CIB e CIR). Na região de fronteira, observou-se uma direcionalidade maior para o enfoque regional, principalmente em 2015, e tentativa de recuperação em 2016, ainda que na CIB, as discussões priorizassem a ênfase municipalista. De todo modo, reconhece-se que o papel da gestão estadual pareceu ter sido fundamental para fomentar e mesmo viabilizar a política de saúde, apesar dos contratemplos vivenciados nos anos estudados, constituindo-se uma importante base-referência para os gestores municipais.

O Planejamento regional integrado não estava sendo realizado em nenhuma das regiões de estudo, de acordo com os entrevistados e o mapa da saúde sequer foi mencionado. A análise das atas da CIB revelou que se existe um entendimento sobre sua importância para as regiões e sua potencialidade para a própria gestão, essa percepção não se expressou em ações objetivas dos municípios nesse sentido.

De um lado, o MS pode ser questionado quanto a um modelo de intervenção mais hierárquico na indução da organização do SUS junto aos demais entes da federação, mas, por outro, verificamos a força de sua influência para os demais níveis gestores, principalmente os municípios, que sem essa indução, muitas vezes não conseguem sozinhos estabelecer suas próprias prioridades. Quando o planejamento regional, por exemplo, perdeu importância na pauta de prioridades do MS, esse aspecto teve como consequência menor valorização na agenda de discussões das demais esferas de governo. Logo a implementação da política de saúde em nível local movimentou-se de acordo com o pêndulo centralização / descentralização adotado pelo governo federal.

6.1.3 Gestor municipal: reveses cotidianos X planejamento regional

Os gestores do sistema de saúde municipal enfrentam no seu cotidiano uma série de reveses, sem contar muitas vezes com recursos e meios necessários para gestão. Como seria de se esperar, algumas dificuldades são comuns aos gestores das duas regiões considerando-se os aspectos políticos, institucionais, de financiamento e o desenho de políticas universais de organização de redes integradas de atenção. As especificidades de cada região, contudo, impõem da mesma maneira um leque de desafios diversificados com os quais esses gestores precisam lidar. Desse modo, interagem com atores distintos com a finalidade de buscar apoio e ou recursos.

Nos tópicos seguintes, apresenta-se os principais problemas enfrentados pelos gestores municipais no seu cotidiano, de acordo com os entrevistados e o papel da Comissão Intergestores Regional (CIR) para a organização do sistema na região e para a regionalização. Em cada região buscou-se destacar atores cuja atuação tenha reconhecida implicação para a implementação da política de saúde no nível local e identificar outros pontos nodais (espaços) nos quais os gestores interajam.

6.1.3.1 A gestão municipal na região de fronteira

A região de fronteira possui uma população estimada em torno de 250 mil habitantes, com dispersão populacional importante em um território bastante extenso. Dos nove municípios, apenas dois estão habilitados na média complexidade e a maior parte das referências continuam sendo realizadas para Manaus, há mais de 1000km de distância.

Quatro aspectos sintetizam as principais características dessa região: a mobilidade transfronteiriça em função de parentesco, escambo, ou mesmo grupo étnico – cultural, o que leva ao estímulo da continuidade das reservas, superpondo-se aos países; a invasão das áreas indígenas por frentes madeireiras, mineradoras ou agrícolas; a utilização das terras indígenas pelo narcotráfico colombiano; visões sociais divergentes e entre as distintas áreas e esferas de governo sobre o direito à terra e sua extensão territorial pelos grupos indígenas e crise de identidade de muitos grupos resultando em hostilidade, alcoolismo, entre outros.

- Exército, narcotráfico e fronteiras internacionais

Mediante a ampla área de fronteira internacional, as forças armadas (Ministério da Defesa), particularmente o exército, assim como a marinha e aeronáutica são instituições

importantes na região. O exército tem forte presença na região com pelotões especiais de fronteira, forças especiais e o Hospital de Guarnição constituindo um leque de atores com os quais os gestores de saúde precisam interagir. A principal articulação ocorre com o hospital de Guarnição, estabelecido como referência para os nove municípios da região, e que fica situado no município-sede. Sua relação com os gestores é caracterizada por relações que oscilam entre cooperação-conflito, a depender do entendimento do diretor de ocasião da unidade quanto ao papel do Hospital na rede de atenção regional.

“[...] ele funcionava muito bem há um tempo atrás. Depois da criação da UPA, ela passou a ser a nossa primeira referência. Aí depois, a UPA encaminha para o Hospital de Guarnição. Em alguns casos, como consulta com especialidades, a gente precisa marcar direto lá, assim... tem um funcionário que vai lá de madrugada e agenda. Eles [Hospital] não dão prioridade para civil, apesar de ter um recurso para eles, né?!” (E6.GM.RF).

“Tem sim, diversos problemas sobretudo com o Hospital de Guarnição porque ele é de uma outra esfera do governo, ele é do Ministério da Defesa, aí o município-sede tem um problema muito grande, porque nós temos convênio com o Hospital, mas nós não temos gestão alguma.” (E8.GM.RF).

“O Hospital de Guarnição, ele atende o SUS, mas assim, depende muito do gestor que está lá [...] e as dificuldades são grandes, por conta de que tudo é encaminhado para ele também.... Teria que fazer toda aquela rede.... Ele tem uma UE que diminuiu muito por conta da UPA, e tem a internação. Lá ele interna todo mundo. E ele tem uma semi-intensiva com 5 leitos para toda a região. E aí você começa a enfrentar aqueles problemas: falta de leito, de gente, de medicação, falta tudo!” (E10.GM.RF).

Com os comandantes dos batalhões essa relação é menos tensa e mais orientada pela colaboração e ainda que possa ser atravessada por alguns problemas, é fortemente condicionada pela capacidade de articulação do gestor municipal e de sua rede social.

“Quem me dava apoio em relação a saúde e para algumas coisas que eu queria fazer, era o exército... o Batalhão. Aqui, ele dá um apoio muito grande. Eu preciso de carro, ele me ajuda. Eu preciso de uma ambulância, ele vai e me ajuda. O Exército me apoia mais que o Hospital.” (E10.GM.RF).

“A gente já faz essa articulação com os dois pelotões que a gente tem aqui (...) e assim, a coordenadora de lá me liga dizendo: ‘Secretária, eu estou precisando de medicamento XX’ Eu mando. Então, sempre que eu posso ajudar, eu ajudo, porque lá também é dividido militar e civil, né? [...] Mas lá [O Pelotão] é difícil também. Por quê? É o médico. A gente recebe muita denúncia e a gente já está passando para o Coronel essa situação. Eu já convidei o prefeito para sentar para conversar. Porque eu penso que se o pelotão está lá é para servir, independentemente de ser civil ou militar. Está para servir a comunidade e acontece por vezes de o médico militar não querer atender o civil. Aí a pessoa tem que vir de lá para cá, que são 1.200 Km! Como é um problema bem delicado e a gente tem um bom relacionamento com o Coronel, a gente vai procurá-lo para tentar ver, que de repente o problema pode ser resumido à uma pessoa, né?!” (E6.GM.RF).

Além disso foram mencionadas as diversas ações de saúde e assistência social empreendidas pela marinha e aeronáutica na região e em todo o Estado.

O narcotráfico é uma importante rede existente em toda a região de fronteira, incluindo os três países. O fácil acesso entre os países e o precário controle do fluxo de mercadorias e pessoas favorecem para manutenção e expansão de suas atividades³³. Para todos os gestores, a natureza de suas atividades implica uma miríade de problemas que precisam enfrentar (violência, dependência no uso de drogas, alta incidência de Dst/Aids e outras doenças transmissíveis) com impacto para organização da assistência ou mesmo para ações de vigilância.

“Agora mesmo, eu estou com uma super população de morcegos em algumas comunidades ribeirinhas e a atenção está toda voltada para cá, por quê? Porque aqui no Peru, já teve sinais, casos de raiva humana. Então está todo mundo apavorado. [...] então assim, tem toda uma preocupação e enquanto à questão das DSTs. O maior número de HIV meu aqui, é de peruano, que mora aqui. Como nós somos Sistema único e lá tudo é privatizado, no Peru, então o que é que acontece: ele vai para o programa de lá e se for diagnosticado, ele vai ter que comprar o remédio, vai ter que pagar a consulta, e para cá não. Então ele vem aqui, ele tem o remédio, ele tem o acompanhamento.” (E6.GM.RF).

A coordenação de saúde indígena enfrenta problemas referentes ao uso de índios para o transporte ilegal de drogas por dentro das áreas demarcadas, enfrentando dificuldades inclusive relacionadas a definição de papéis das polícias.

“nossas aldeias elas são utilizadas por rotas [do tráfico de drogas]. A gente não tem polícia, então tem que dizer que o problema existe. Ministério Público, Justiça Federal, Polícia Federal, PM, a gente ia para as reuniões e um ficava jogando para o outro. “Ah, esse problema é da Polícia Federal!” Porque era da União. “Não...é a PM!” Hoje a gente já sabe, pela determinação da Justiça Federal que o responsável é o Estado, a Polícia Militar.” (E5.DSEI.RF).

O gestor dessa região precisa lidar cotidianamente com problemas decorrentes do desenho dos sistemas de saúde dos países fronteiriços, com acesso e coberturas limitados, já que não havendo dificuldade de circulação entre os países, peruanos e colombianos buscam atendimento na rede pública de saúde brasileira usando distintas estratégias para garantir o acesso. A facilidade de conseguir um registro de identificação como brasileiro é algo que, ao mesmo tempo, assombra os gestores e reforça essa dificuldade.

“Mas aqui, o que acontece é que o peruano e o colombiano tem mais facilidade de tirar um documento como brasileiro do que o próprio brasileiro... Eu digo isso por experiência. Aqui é muito comum acontecer de a gente perguntar: ‘qual a sua nacionalidade?’ e a pessoa responder ‘Soy brasileiro, mira mi cédula!’

³³ De Tabatinga para Leticia (Colômbia) o acesso é terrestre, por uma avenida principal que liga os dois países com um pequeno posto de verificação na fronteira. Nas duas visitas feitas a região, a circulação entre os países foi feita livremente sem se observar qualquer ação de identificação. Quanto ao Peru, o acesso foi feito de barco, com nenhuma restrição ou controle de entrada e saída de passageiros. Observou-se a comercialização ilegal de combustível entre os países bem como pequenos comércios não regulados nas margens dos três países.

Principalmente em época de eleição...era comum os estrangeiros conseguirem tirar toda a documentação, justamente para quê? Para eleição... para tirar o título e poder votar.” (E10.GM.RF).

Além da ampla circulação de coisas e pessoas, existe uma população flutuante estimada em torno de 100 mil estrangeiros, onerando a programação físico/financeira do setor saúde nos municípios³⁴.

Alguns entrevistados mencionaram ações em torno de um acordo de cooperação bilateral entre os países (Brasil-Colômbia e Brasil-Peru) para a questão da saúde, contudo nenhum dos entrevistados soube determinar algum tipo de resultado, referindo que até o momento tais encontros não concretizaram nenhuma medida formalizada para atuação conjunta dos gestores de saúde dos municípios das três fronteiras.

“o próprio Itamaraty nunca deu resposta daquele plano. Foi construído um plano Brasil-Colômbia e foi construído um plano Brasil- Peru que também incluiu o Acre (tem a área que é do Acre que faz fronteira com o Peru), mas até hoje o Itamaraty não nos deu qualquer resposta.” (E2.GE.RF).

Vários gestores entendem que essa articulação poderia ser estratégica para a região de saúde, por favorecer a coordenação de esforços para lidar com a demanda espontânea, articular ações de prevenção e vigilância ou até poder contar com as especialidades médicas existentes nos países de fronteira, cujo acesso seria inegavelmente facilitado, ao invés de terem que enviar os pacientes para a capital Manaus. Um dos entrevistados disse que do seu ponto de vista essa articulação, caso ocorresse, poderia ser um diferencial para gestão de saúde de toda a região:

“Pelo fato de nós sermos uma região fronteira, se nós conseguíssemos avançar na negociação com o Ministério das Relações Exteriores, nós conseguiríamos fazer muita coisa por conta de Letícia. Por que Letícia tem excelentes profissionais e tem excelentes serviços. Inclusive a maioria dos nossos profissionais, os profissionais que atuam aqui dentro do serviço de saúde são colombianos, então, se nós conseguíssemos fazer uma articulação do ponto de vista legal, seria bem interessante para a região.” (E8.GM.RF).

Alguns gestores relataram iniciativas individuais de cooperação internacional, não formalizadas, por intermédio da relação pessoal entre os secretários de saúde dos países, principalmente em colaboração para situações como Dengue, Malária e Hepatite.

Consenso entre os entrevistados foi a dificuldade de a região atrair e fixar profissionais médicos, principalmente especialistas. Um gestor afirmou ter problemas com os conselhos profissionais por contratar médicos dos países de fronteira. Disse que se não fizesse isso, ficaria sem alternativa para garantir atendimento nos serviços de saúde já que não consegue atrair e

³⁴ Dados obtidos no Plano Estadual da Rede Cegonha/Estado do Amazonas.

fixar médicos no município. Complementarmente, esse gestor auxilia esses profissionais no processo de validação de diploma, sem ter garantias de que ao final, o profissional irá permanecer trabalhando no município.

- Gestores, prefeitos e política partidária

A relação entre prefeitos e secretários de saúde nem sempre costuma ser muito fácil. Um dos principais problemas relatados referiu-se a falta de autonomia dos gestores municipais em fazer a gestão dos recursos da saúde seja daqueles transferidos pelo governo federal e estado, incluindo os destinados aos blocos de financiamento, seja em relação a contrapartida do município. Uma entrevistada afirmou que do que conhece na região apenas três secretários conseguiram estabelecer relação de parceria e apoio, com capacidade de indução junto ao prefeito sobre a necessidade e a forma de gasto. Outra, ex-secretária de saúde, apesar de reconhecer alguma interlocução com o prefeito, afirmou que tinha muito mais autonomia quando o recurso era oriundo das transferências do MS, principalmente relativos a projetos específicos, e que via essas fontes como as únicas capazes de dar estabilidade as ações desenvolvidas, sem que houvesse interrupção, descontinuidade e ou intervenção de interesses políticos do prefeito ou da base aliada.

O ciclo político, dado a mudança dos prefeitos e por conseguinte dos secretários, exige esforço adicional da equipe da secretaria estadual e do próprio COSEMS para, de um lado, orientar e reforçar junto aos secretários que estão de saída quanto a necessidade de regularização no envio dos relatórios de gestão (RAG) e instrumentos de planejamento (PPA), afim de evitar problemas com os órgãos de controle externo e, ao mesmo tempo, orientar aqueles que iniciam a gestão municipal sem experiência prévia. De acordo com o COSEMS/AM em 2016 essa mudança ocorreu em 70% dos municípios do Estado.

“Agora nós vamos ter um determinado problema porque são Secretários novos que nunca assumiram essa parte, que não tem conhecimento, entendeu? Então a gente vai ter que trabalhar isso né, essa conscientização deles, do que é a CIR, qual o papel da CIR, mas nós já estamos nesse processo nós já estamos trabalhando, estamos nos planejando, entendeu?!” (E3.GR.RF).

“Esse é um ano ímpar, porque é um ano de mudança de gestores, né. O nosso estado teve 45 gestores novos [em 63] e, dentre esses, 42 não tem experiência anterior como gestor. É a primeira vez que eles assumem uma Secretaria de Saúde. Então, esse ano, nós estamos, assim, com trabalho a mais, porque a gente tem que fazer todo um passo a passo para que o gestor entenda todos os sistemas que são muitos. Então é muita coisa para esses Secretários que estão iniciando no Sistema de Gestão do SUS e aprender em um ou dois dias tudo o que ele precisa, pelo menos ter uma ideia, né?! Então, todos os dias pela manhã ou pela tarde nós temos recebido aqui no COSEMS Secretários de municípios variados buscando essa informação. [...] também estamos

recebendo os prefeitos. Os prefeitos também estão vindo, porque tem prefeitos que é a primeira vez, então está sendo um trabalho muito bom, e a gente está buscando passar essas informações que eles precisam ter.” (E12.Cosems.RF).

Embora tenha se reconhecido que as relações de conflitos sejam mais acentuadas entre gestão municipal e gestão estadual, foi sinalizado que entre os secretários municipais esses momentos ocorriam especialmente no momento de pactuação, dado que os parâmetros da PPI da Assistência foram estabelecidos há 12 anos atrás, sem que houvesse revisão³⁵.

“Eu acho que há mais disputa na questão da pactuação. Porque, por exemplo, Tabatinga recebe os nove municípios, mas o que eles pactuaram em 2005, eles praticamente esqueceram, entendeu?! Esqueceram e os municípios mandam o paciente, mas Tabatinga não cobra o serviço além do que foi pactuado, não cobra deles. Porque isso devia ser tudo pactuado, né, e a última pactuação foi em 2005. Aí, vamos dizer que vá uma cesárea para lá e, uma hipótese, foi pactuado 20 cesáreas/mês e chegou a 30... Então o que excedeu fica como despesa para Tabatinga” (E11.GM.RF).

Quando questionados quanto aos interesses político-partidários na gestão, foi unânime que eles não interferem na relação entre os secretários, mesmo quando o partido do executivo municipal é divergente. Isso se deve, na compreensão de alguns, ao histórico desses gestores na região, que mesmo quando saem da pasta, continuam ocupando outras posições, com manutenção de relações pessoais e vínculos de amizade entre alguns deles. Contudo, foi sinalizado que a política partidária no interior dos municípios é muito mais forte, impactando inclusive a permanência dos gestores.

“Sempre tem né [Interesses políticos], mas eu nunca vi entre o Estado e municípios. Sempre via nos municípios, porque os interesses da política no município...ele é maior, ele é mais forte e às vezes por esses interesses você acaba não tendo uma boa gestão. A política em si, quando se mete, ela atrapalha tudo. Eu sofri muito a situação política como gestora. E saí como gestora por conta da situação política” (E10.GM.RF).

Ainda que com as eleições haja alternância na gestão municipal, a permanência de alguns atores que participaram das discussões sobre a regionalização, a conformação da região de saúde, as necessidades regionais para o desenho das redes de atenção, foi mencionado como um dos pontos fortes da região. Esse legado intelectual permaneceu, mesmo que em outras funções ou serviços do setor saúde, de modo que alguns atores com acúmulo da trajetória dessas discussões, continuaram a atuar na região.

“O nosso principal potencial eu acredito que seja tudo o que já foi discutido, que ficou como legado intelectual. Nós temos pessoas extremamente capacitadas para

³⁵ Na verdade esse é um ponto de tensão nas duas regiões, pois na metropolitana a necessidade de revisão apareceu em praticamente todas as atas analisadas da CIR e da CIB.

discutir a saúde para a nossa região, especificamente, que tem que ser visto de uma maneira ...ela tem que ser vista dentro da nossa realidade” (E8.GM.RF).

Na ocasião da pesquisa de campo (janeiro/2017), observou-se em alguns municípios uma alternância entre prefeitos e gestores, que saíram na eleição anterior e voltaram em 2016, sinalizando a existência de redutos eleitorais, o que foi confirmado em entrevista. Nos municípios de Tabatinga e Benjamin Constant, por exemplo, dois irmãos ganharam as eleições para prefeitura. Assim alguns gestores que estavam presentes no momento do Qualisus-Rede, como nesses dois municípios, voltaram a pasta. Ao mesmo tempo, em alguns municípios não houve mudança daqueles que já estavam na gestão. Poder-se-ia supor um novo fortalecimento da CIR já que muitos dos gestores se conhecem desde o Qualisus-Rede, senão antes, tendo participado das reuniões, formulação do projeto, discussões sobre a região. Contudo, em setembro de 2017, o contato feito com o antigo secretário executivo adjunto revelou só ter ocorrido uma reunião até então. Uma possibilidade é que o grupo criado em rede social tenha de fato substituído esse espaço para discussões e acordos entre eles.

- DSEI: a convivência de dois sistemas de saúde no território.

Como o contingente indígena é significativo e distribuído em distintas etnias, essa região abrange três distritos sanitários especiais indígenas (DSEI). Apesar de recortes territoriais diferenciados daquele adotado para o desenho das regiões de saúde, os três DSEI cobrem todos os municípios da região de fronteira analisada.

O subsistema de saúde indígena tradicionalmente funciona descolado da gestão local do sistema de saúde, com financiamento, modo de organização e gestão distintos. Por isso as relações entre os gestores de ambos os “sistemas” costumam ser caracterizadas por tensões e conflitos, principalmente no tocante as atribuições de cada um na atenção à saúde dessa população específica.

“Por exemplo: eu estou tentando, desde o início da CIR, começar a discutir o transporte fora do domicílio [TFD], e é responsabilidade do município, não é?! Porque o TFD quem faz hoje aqui somos nós! O DSEI que fornece. (...) eu tinha que somente referenciá-lo ao município, o município é que tinha que dar todo o andamento da média complexidade e alta, então isso sempre quis discutir na CIR: o TFD e toda a vez que ia começar a discutir, ah, corria um para um lado, um para o outro, não é?!” (E5.DSEI.RF).

Os DSEI possuem financiamento próprio e de acordo com um dos gestores entrevistados, maior do que todo o orçamento que ele dispunha para o setor saúde em seu município, aspecto que gerava ponto de conflito. Foi possível observar diferentes

entendimentos sobre a definição de responsabilidades, papéis, e fluxos para ambos os gestores e como os dois sistemas se integram (ou deveriam). Envolve questões desde a atenção básica até as referências de média e alta complexidade. Outro ponto de dissenso é com quem fica a responsabilidade pelo índio que não é mais aldeado e vive na cidade (sic, em torno de 20%). A gestão da saúde indígena, a despeito de possuir recursos, também tem sua atuação constrangida por regras que a dificultam ou impedem sem que, por outro lado, haja uma definição clara sobre sua retaguarda. O caso da RENAME e as restrições para aquisição de medicamentos especiais, fora do escopo da atenção básica apareceu como importante problema para os dois lados: gestão do DSEI e gestão municipal. Algumas vezes o DSEI dispõe de recursos para compra de medicamentos especiais, mas não pode por ser habilitado como atenção básica. Aparentemente o município seria sua retaguarda, mas também habilitado como atenção básica não pode fazer a aquisição. Decorre que na prática, o índio fica sem o medicamento e os gestores como baratas-tontas no processo.

“Na verdade, é muito visível (conflitos), nessa questão, entre DSEI e Secretaria de Saúde Municipal. Por exemplo, eu me preocupo muito com esses gestores porque as pessoas que entram (...) tem que ter uma experiência, ela tem que ter uma base do que é Política Pública em saúde. O DSEI manda para mim um documento dizendo: “Solicito a medicação “fulano de tal” porque eu sou Atenção Básica e eu não posso comprar.” Mas, eu também sou Atenção Básica! Então ele não tem o discernimento do que é Atenção Básica, o que é média complexidade, e aí... não fez, vai para o Ministério Público!” (E6.GM.RF).

“Eu acho que antes [...] tem que ver os papéis. Qual o papel do DSEI, qual o papel da Secretaria de saúde municipal e da SUSAM nisso tudo aí? [...]Para gente está muito bem definido [seu papel no SUS], para eles que não está bem definido ainda. Então tem algumas coisas que a gente precisa melhorar. [...]Nós fazemos Atenção Básica, o município é a nossa retaguarda como SUS, e o Estado na alta complexidade. Só que aqui é tudo invertido. Por exemplo, eu às vezes faço um processo para aquisição de medicamentos que estão fora da RENAME, medicamento especializado, e aí a assessoria jurídica e a área técnica negam apontando que eu sou Atenção Básica. [...] Mas eu tenho um contrato para atender com UTI, o que seria papel do Estado. Então tem hora que eu não entendo muito bem” (E5.DSEI.RF).

Vários entrevistados reconheceram que essa relação, historicamente mais tensionada, começou a atenuar com a integração oficial dos coordenadores dos DSEI na composição da CIR da região de fronteira. Em diversos momentos das reuniões da CIR foi destacado que o bom relacionamento estabelecido com os secretários municipais de saúde da região e a integração na CIR são uma exceção em relação a outras realidades do estado (entrevistas e atas da CIR). De toda forma, foi observado pela coordenação de um dos três DSEI que o consenso era mais facilmente obtido quando se tratava de um tema – aspecto que incluía benefícios para ambos os sistemas (SASI e SUS municipal), situação que mudava quando a pauta se referia exclusivamente a saúde indígena.

“A CIR ela foi importante para a gente tentar agregar no QUALISUS, o Município com atuação do DSEI, né? A gente não se falava bem, não tinha uma interação. Era cada um correndo para um lado, então, depois da CIR a gente começou a falar a mesma língua, mas a questão consensual era mais fácil na época, quando se começava a falar, por exemplo do QUALISUS. Começou a se falar em organizar as UBS, comprar material, equipamento. Se é uma coisa que vai atender todo mundo, tanto o DSEI quanto a Secretaria de Saúde, era um consenso rápido. Agora, por exemplo, se é uma pauta somente da saúde indígena, já tinha um pouco de restrição” (E5.DSEI.RF).

A incorporação do subsistema de saúde indígena na regulação regional favoreceu maior integração e melhorou a comunicação entre os dois “sistemas” de saúde, sendo considerada um grande avanço. Isso porque o DSEI adquiriu autonomia para realizar a marcação do serviço e diminuiu o tempo de permanência do índio fora da aldeia.

Apesar disso, ainda persistem problemas na integração dos níveis de atenção para a população indígena, por diferenças culturais (entre os médicos da rede municipal e os índios), e ainda, de comunicação e compartilhamento de recursos num contexto de escassez.

O coordenador do DSEI ressalta a necessidade de aproximação da SESAI com a coordenação da atenção básica do município, pois existem pacientes indígenas que são referenciados para Manaus, que o município encaminha via aérea e a SESAI não toma conhecimento. [...] O Secretário de saúde diz que em seu município existe um polo base com mais de 5 mil pessoas e 1 médico que atende 3 tardes por semana. Essa demanda [reprimida] vem para as UBS que ficam próximas ao território indígena e para o setor de urgência do hospital, com procura de vários serviços. [...] O município vem tentando de várias formas apoiar a SESAI e esse apoio acaba não tendo visibilidade, porque não se quantifica os atendimentos da área indígena na atenção básica. (Ata de reunião ordinária de abril de 2015 - CIR Região de Fronteira).

Os problemas enfrentados pelos DSEI estão relacionados com a indefinição dos fluxos para a média e alta complexidade, dificuldades em integrar a lógica biomédica com aspectos culturais no entendimento do processo saúde-doença das distintas etnias, problemas com o envolvimento de índios no tráfico de drogas, estrangeiros que se casam com índias e passam a integrar as tribos e que, uma vez reconhecidos como “índios”, passam a exigir sua inclusão no subsistema de saúde indígena. Acrescenta-se ainda a logística necessária para deslocamento dos índios e de insumos e materiais para as equipes de saúde dos polos. Portanto não foi de se estranhar que o Coordenador do DSEI tenha uma rede social própria, de atores com os quais interage para encaminhar e ou equacionar os problemas decorrentes da sua função gestora: no âmbito setorial a SESAI, o CONDISI (os conselhos de saúde indígenas que atuam como controle social) e no externo, articulação com a FUNAI, segurança pública (polícia militar), Ministério Público, capitania da Marinha (para habilitação das lanchas) entre outros.

- CIR da região de fronteira

Além dos gestores municipais de saúde, a CIR da região era composta pelo Secretário e gerência regional da SEA Interior, os coordenadores dos 3 DSEI da região, secretaria executiva e contava ainda com a participação de gerentes de unidades e técnicos dos municípios e do Estado. O perfil dos envolvidos revelou pessoas com bastante experiência, que circulam na região ao longo do tempo em distintas posições / ocupações a depender da coloração política municipal como por exemplo, de secretário de saúde, para assessor da SUSAM e depois para a direção da UPA do município-sede. Outro ator que de diretor de hospital local, tornou-se deputado estadual e depois, vice-secretário de saúde; uma secretária de saúde que foi para uma coordenação da UPA/Maternidade; uma apoiadora de DSEI que se tornou secretária municipal de saúde, além do retorno de alguns atores a pasta da saúde, com a alternância do ciclo político local.

A proximidade da gestão estadual com a região ficou nítida. O SEA interior é um ator estratégico para a CIR da região de fronteira, principalmente pela inserção e reconhecimento de quem ocupou essa função até 2016. A análise das atas no ano de 2015 sinaliza um alto nível de discussões nas reuniões, incorporando a perspectiva técnica e política no tratamento das questões, coordenada e induzida por esse ator. Foi possível observar uma forte orientação para a organização regional do sistema de saúde. Contudo, a saída do secretário da coordenação da CIR associado aos problemas enfrentados pelo Estado em garantir o deslocamento dos membros teve como reflexo a realização de duas reuniões no segundo semestre de 2015 e duas em 2016. Na reunião de maio de 2016 o colegiado reconheceu que o Estado precisa voltar a ser mais presente na região e demanda-se maior participação. Depois disso, ocorreu apenas mais um encontro, os demais cancelados por falta de quórum, totalizando 05 no ano de 2015 e uma em 2016. No início de 2017, um dos secretários de saúde da região que passou a compor a CIB alerta o esvaziamento desse espaço e reclama a importância de sua reativação pelo Estado, inclusive para resolver questões importantes que estão há muito pendentes. Contudo, até o final do 1º semestre desse ano apenas um encontro foi realizado, mas a ata não se estava disponível.

Apesar das dificuldades da equipe de Gestão do Estado em coordenar a regionalização, identificou-se o esforço em organizar uma agenda para apoio ao planejamento de alguns municípios, entre eles, cinco da região de fronteira. Não se sabe se os encontros ocorreram dado as poucas reuniões realizadas, mas no segundo semestre deste ano, observou-se uma atualização dos instrumentos de planejamento e gestão por diversos municípios, tendo como referência a primeira consulta feita no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) no 1º.

Semestre de 2016, o que pode sugerir uma reorganização interna de apoio aos municípios a despeito da realização das reuniões da CIR, conforme pode ser visualizado no Apêndice F - Situação dos Municípios em Relação aos Instrumentos de Gestão. Quando questionados quanto ao processo de planejamento, os gestores entrevistados não os mencionaram como instrumentos utilizados para a gestão. No início deste ano, o município-sede da região de fronteira foi um dos que teve o repasse dos recursos fundo a fundo suspensos pela inadimplência na alimentação do SIOPS e irregularidades nos instrumentos de gestão.

Nos anos analisados, o teor das discussões da CIR versou sobre problemas no atendimento médico hospitalar à população indígena, problemas decorrentes da baixa qualidade e ou inadequação de equipamentos adquiridos (ambulâncias e lanchas, principalmente) e com as empresas privadas contratadas para prestação de serviços de manutenção, fornecimento de peças etc.

O secretário de saúde diz que teve problemas na lancha do SAMU e que ao sair do município em viagem, a lancha apresentou problemas quase que indo para o fundo do rio. O ocorrido foi comunicado a Central de Regulação. Diante desta situação o SAMU (192) fluvial do município está parado, passando por uma reforma emergencial, porém foi informado pelo responsável do serviço de manutenção que a lancha precisa ser enviada para Manaus e provavelmente irá ficar em reforma por mais 30 (trinta) dias. (Ata da CIR – Reunião ordinária 28 – Abril de 2015 – Região de Fronteira)

Compraram a ambulância para o SAMU na Bahia e trouxeram para cá. [...] Se ela andou um mês, foi muito e quando você ia buscar ajuda, porque você não tem mão de obra especializada aqui, o combustível não é de boa qualidade, as peças não vêm para cá [...] eu não tinha o apoio de ninguém. [...] tem mais de um ano e ela continua assim. Quando eu ligava, diziam "Ah faz o seguinte, manda pra cá", como se fosse barato e fácil. Eu vou colocar nas minhas costas e sair nadando pelo rio até Manaus. (E10.GM.RF).

As dificuldades dos gestores municipais em garantir o financiamento do SAMU foi um problema comum verificado nas atas da CIR e CIB das duas regiões estudadas. Alguns secretários conseguiram negociar mais prazos de custeio próprio do serviço com os respectivos prefeitos, mas isso não foi uma característica geral, principalmente nessa região. A situação desse serviço nos municípios é dramática em abril de 2015 e em maio de 2016 ainda se discutia que tipo de retaguarda oficial.

Menciona que a base do SAMU (192) do município de Tonantins paralisou o serviço por conta do atraso de pagamento, a equipe está trabalhando há 7 (sete) meses sem remuneração [...] a preocupação é que, se não sair o recurso do Ministério da saúde, o município vai paralisar novamente o serviço. Acrescenta que o município de São Paulo de Olivença e Santo Antônio do Iça estão com o SAMU inaugurados e não tem mais o que dizer e nem justificar para os profissionais que prestam serviço neles. (Ata da CIR – Reunião ordinária 28 - Abril de 2015 – Região de fronteira)

O membro fala que no município de Santo Antônio do Iça houve um entendimento em relação ao SAMU (192), que no dia 11/4/2015 vai completar 8 (oito) meses que o

SAMU está operando, se não sair o recurso até essa data a equipe vai parar o serviço. Diz que enquanto gestor não tem mais a quem recorrer, já recorreu ao Consultor Técnico do Ministério da Saúde o Sr. Rodrigo de Souza, ao Secretário de Estado da Saúde o Dr. Wilson Duarte Alecrim e não vê alternativa a não ser parar o serviço. As despesas aumentam, além dos recursos humanos, tem o combustível, alimentação e as diárias e a dívida está em quase R\$ 500.000,00 (quinhentos mil) reais, isso é real. [...] A secretária de saúde do município registra que está mantendo o SAMU (192) com recursos do Piso de Atenção Básica Fixo - PAB FIXO. (Ata da CIR – Reunião ordinária 28 - Abril de 2015 – Região de fronteira. Grifo nosso).

Nesta reunião mencionou-se o esforço feito pelo governo estadual em articular-se com os prefeitos, levantando a real situação dos recursos do SAMU e depois com o MS para o acerto dos repasses, e que o acordo de regularização havia sido firmado, o que fez com que o Estado sinalizasse formalmente para os gestores municipais que tal ocorreria. Foi apresentada a proposta da Gestão Estadual (SEA Interior, FVS e DAB) de realizar oficinas de planejamento municipal a fim de discutir com as equipes técnicas e gestores a pactuação de indicadores e o processo de planejamento, contemplando num primeiro momento os municípios de Tabatinga, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Iça, Atalaia do Norte e Benjamin Constant. Contudo não se apresentou nenhuma proposta para discussão / revisão do planejamento regional. Nesta reunião a coordenação reforçou a organização dos encontros da CIR com discussão regional de manhã e pactuação à tarde e com local de realização itinerante. Observou-se bom grau de participação com a presença de praticamente todos os gestores, coordenadores de DSEI e diretores de unidades hospitalares da região.

A falta de médicos, principalmente especialistas na região, e de capacitação para os existentes, faz com que os gestores busquem outras estratégias para contratação (nem sempre condizentes com a regulamentação da profissão médica no país) e para poder oferecer serviços diagnósticos básicos, como ultrassonografia. As dificuldades de compatibilizar recursos disponíveis com as necessidades da região foram evidenciadas no debate. Verificou-se numa única situação, o leque de atores que atuam sobre a política de saúde no nível local, como coordenação estadual e nacional do programa, conselho profissional, ministério público, de modo que o tempo exigido para a resolução de conflitos entre as distintas regras que orientam as ações dificultam a efetividade da gestão. Ademais, vale ressaltar nesse mesmo exemplo, como normas originadas em escalas distintas que a do território atuam como verticalidades intervindo sobre ele sem que necessariamente haja confluência entre elas.

O Secretário de saúde do município explica que em 2014 começou a trabalhar para resolver essa situação [...] O médico do Programa Mais Médico chegou a fazer procedimentos de ultrassonografia na unidade de saúde São João, no entanto aconteceu uma denúncia e houve um impasse com a Coordenação Estadual e com a Coordenação Nacional do referido programa, os quais informaram que os médicos do Programa Mais Médico não podem trabalhar com esse tipo de apoio. O município

está tentando há 6 (seis) meses contratar um especialista e não consegue. As propostas que aconteceram para contratação desse profissional estão fora da realidade. O ministério público queria intervir no CRM que entende que o serviço de ultrassonografia puxa para a especialidade, então o Programa Nacional não autorizou e o município paralisou o serviço. (Ata da CIR – Reunião ordinária 29 – Maio de 2015 – Região de fronteira).

Foram discutidos aspectos de imunização, do alcance da cobertura vacinal e estratégias para lidar com a insuficiência de doses liberadas pelo MS. O recebimento de equipamentos de comunicação e informática além da inauguração de unidades básicas, inclusive fluviais (Requalifica UBS), equipes de saúde da família (ribeirinhas), de NASF e de antenas e computadores para todas as unidades em área urbana (E-SUS) foram bastante comemorados pelos membros da CIR, dado sua carência em termos de recursos.

A CIR da região de fronteira teve momentos de discussão técnica sobre o papel do CAPS na rede de atenção, sua integração com o NASF e a atenção básica. Houve incentivo da coordenação para construção de projetos conjuntos para posterior apresentação no consórcio. Destacou-se a importância do consórcio público em viabilizar o financiamento conjunto da Rede Atenção Psicossocial (RAPS) e evitar que o município arcasse sozinho com os custos. Nesse sentido, com uma perspectiva mais regional, foi feita a discussão de projeto de implantação de 03 CAPS-Ad regionalizados de acordo com o recorte microrregional com o consenso do colegiado que o desenho da rede de serviços não se acopla necessariamente ao da Região de Saúde, principalmente considerando-se o deslocamento interno.

Tabatinga tem uma demanda grande, se instalar um CAPS vai começar a absorver a demanda dos municípios de Benjamin Constant e Atalaia do Norte, então ele vai ficar sozinho arcando com os 3 (três) municípios. Então (...) é tentar montar a proposta com os outros municípios. Começar a se organizar como a microrregião Santo Antônio do Iça, para atender a demanda daquela região. Tabatinga é outra microrregião que se configura bem forte. Se montar um CAPS Ad III, pelo tamanho da população só poderia ter 1 (um) para toda região, quem iria se beneficiar mais seria Benjamin Constant e Atalaia do Norte, porque estão em menor distância de Tabatinga. (Ata da cir - 31ª. reunião ordinária – Maio 2016 – Região de fronteira).

Outro tópico foi a situação do complexo regulador regional, com discussão sobre protocolo de regulação e redefinição de critérios para pedido médico de exames diagnósticos, laudos realizados via Telessaúde, treinamento em Teledermatologia e agenda regional de marcação. Um tema de pauta importante da CIB também foi discutido na CIR: a pactuação de recursos oriundos do tesouro estadual para contratação de médicos pelas unidades hospitalares dos municípios, a fim de aumentar o número de profissionais e responder as demandas do Ministério público. Um tema comum nesta CIR e na CIB refere-se aos problemas com recursos humanos vinculados ao Estado ou ao MS, pois a autorização para transferência desses funcionários acaba sendo feita à revelia dos gestores municipais que se veem sem alternativa

de substituição. Ao mesmo tempo, são relatados problemas enfrentados por Estado e municípios decorrentes de processos de judicialização na contratação de profissionais.

De modo geral, a análise das atas demonstrou que apesar de pouco encontros desse colegiado gestor nos anos 2015-2016, o espaço de discussão foi aproveitado para se debater problemas não apenas dos municípios, mas da região, com elaboração de estratégias e tentativas de enfrentamento, numa perspectiva menos ritualista. Apesar disso, algumas decisões não tiveram continuidade, seja pelo não processamento do tema na CIB, por descontinuidade de outro espaço importante para a gestão: o consórcio; por mudança na coordenação de programas do MS e, portanto, recondução de acordos firmados informalmente; ou ainda pela mudança de posição de atores estratégicos na região e que compõem esse colegiado.

- O Consórcio de Saúde da Região de Fronteira

O Consórcio ASAVIDA foi a primeira experiência de consórcio em saúde no Estado e tinha por objetivo:

- I. A gestão associada de serviços públicos;
- II. A prestação de serviços de saúde, bem como a possibilidade do fornecimento de bens à administração direta ou indireta dos entes consorciados;
- III. O compartilhamento ou o uso em comum de instrumentos e equipamentos, inclusive de gestão, de manutenção, de informática, de pessoal técnico e de procedimentos de licitação e de admissão de pessoal;
- IV. A produção de informações ou de estudos técnicos;
- V. O apoio e o fomento do intercâmbio de experiências e de informações entre os entes consorciados (Amazonas, 2011).

Contudo, observou-se que ele não contribuiu para o processo de regionalização conforme o esperado. Diante dos diversos objetivos propostos, inicialmente o colegiado do consórcio decidiu que o mesmo ficaria responsável pela compra de medicamentos para todos os municípios a fim de viabilizar economia de escala na assistência farmacêutica. Para tanto acordou-se o repasse dos recursos fundo a fundo da assistência farmacêutica (dos municípios e do Estado) diretamente para conta do consórcio e contrapartida de recursos próprios de ambos os entes da federação.

Do ponto de vista dos entrevistados, não foi feito investimento na proposta nem pelo Estado nem pelos municípios. A estrutura de funcionamento era uma sala emprestada, a profissional cedida pelo Estado para secretaria executiva constituiu toda a “equipe” e não tinha apoio das prefeituras. Estas, por sua vez, nem sempre cumpriram com o repasse de recursos

acordados para o fundo do consórcio, de maneira que as condições objetivas para seu funcionamento ficaram muito aquém da euforia inicial quando da sua formalização.

Em termos práticos, vários fatores impediram que tal ocorresse da forma planejada: atrasos de repasse do Estado e da União; descumprimento no repasse de recursos próprios de alguns municípios; ausência de prioridade pelos prefeitos para garantir as condições do seu funcionamento (gestão e administração); equipe técnica reduzida; além de atraso na entrega pelos fornecedores.

Os problemas na aquisição e distribuição de medicamentos, destituiu a legitimidade do Consórcio frente aos gestores municipais, que ficaram sem contar com a transferência fundo a fundo dos recursos da assistência farmacêutica e ao mesmo tempo sem os medicamentos. Desse modo, em 2016 pactuou-se em CIR a revisão de resolução anterior para retorno do repasse diretamente aos fundos de saúde municipais. Em julho de 2016, foi formalizada a aprovação da Proposta de alteração do componente Básico de Assistência Farmacêutica para a Regional do Alto Solimões/AM em que foi acertado o repasse dos recursos financeiros diretamente para o fundo municipal de saúde dos municípios (Ata CIB Amazonas – 223ª reunião ordinária). Contudo, no início de 2017, em duas reuniões da CIB foi destacado por secretário de saúde da região que esta situação ainda não havia sido regularizada e os municípios continuavam sem receber os recursos.

O Consórcio estava em vias de se dissolver quando feita a pesquisa de campo, mas em 2017, uma nova tentativa junto aos prefeitos e secretários foi realizada. De acordo com informações coletadas, ficou acordado que o Consórcio passaria a atuar para a contratação de médicos e especialistas da região, certamente um gargalo identificado por todos os gestores em entrevistas. Contudo, nessa reunião, os prefeitos não definiram como, quem e com que recurso tal estratégia seria realizada.

Curiosamente, essa não foi a primeira experiência de consórcio na região. Anteriormente havia sido constituído o Consórcio de Desenvolvimento Integrado e Sustentável da Mesorregião do Alto Solimões, mas que teve a suspensão de contratos com empreiteira para a realização de obras e serviços de engenharia e urbanização no sistema viário, de acordo com órgão de controle externo, por fraude e suspeita de improbidade administrativa. As instalações deste consórcio na ocasião da pesquisa encontravam-se totalmente abandonadas e poucos entrevistados o mencionaram.

Quadro 10 - Modelo de atuação do gestor municipal na Região do Alto Solimões, espaços de negociação, canais de articulação e outros atores

Dimensão	Atuação da Gestão Municipal da Região do Alto Solimões
Contexto	Alta dependência de recursos oriundos de transferências constitucionais federais.
	Região de fronteira: alta e livre circulação de coisas e pessoas.
	Serviços de saúde prioritariamente públicos. Dois municípios são gestão plena de sistema, demais são gestão da atenção básica.
	Dependência importante de condições climáticas - cheia e vazante das marés - para execução de ações de saúde
	Aspectos estruturantes na região, como logística, distância, e falta de infraestrutura, condicionam fortemente gestão do sistema em nível local e garantia da integralidade da atenção.
Capacidade de atuação	Tático e Operacional. Capacidade estratégica reduzida: alternância na gestão municipal, capacidade institucional, recursos disponíveis, adversidade de demandas, enfraquecimento da CIR, falta de efetividade do Consórcio e dificuldade com Prefeitos
	Instrumentos de gestão - desatualizados e pro forme. Sem referência a articulação intergestores para retomar planejamento regional.
	Compartilhamento de recursos entre municípios de acordo com a rede social pessoal do gestor
	Dificuldades para contenção de acesso ao sistema de saúde por estrangeiros que vivem nos municípios da fronteira. Acesso de estrangeiros ao Sistema Público de Saúde não contabilizado e decorrente de limites de cobertura no desenho dos sistemas de saúde dos países de fronteira.
	Convencimento de profissionais quanto a necessidade de respeito aos aspectos culturais das etnias indígenas e ao mesmo tempo, elaboração de estratégias para contornar limitações aos atendimentos decorrentes desses aspectos.
	Falta de transparência quanto ao conjunto de ações oferecidos e referências regionais. Sítios de internet oficiais das secretarias desatualizados e com pouca informação.
Objetivos e interesses	Interesses político partidários influenciando a definição de diretorias hospitalares e de secretários de saúde. Interesses divergentes
	Prefeitos com baixo nível de escolaridade e dificuldades de entendimento sobre a dinâmica do setor saúde.
	Atenção à saúde indígena. Gestão Municipal e DSEI: Grau variado de convergência quanto ao âmbito de atuação, mas com compreensão de aspectos culturais. Perspectiva divergente de médicos dos sistemas de saúde municipal.
ESPAÇOS (PONTOS NODAIS)	
Espaços Internos de pactuação	
CIR	Apoiado por Secretaria executiva do Interior e gerencia regional. Tentativa de elaboração de projetos regionais e apoio do Consórcio. Sem câmaras técnicas.

	<p>Dinâmica das relações:</p> <p>2015 - INTERACAO DE ALTA QUALIDADE, FREQUENTE (interação de todos em todas as matérias relacionadas a política setorial) /</p> <p>2016-2017 - INFREQUENTE (contatos variaram em frequência e intensidade).</p> <p>Mudança na coordenação e contingências da gestão estadual enfraqueceram o espaço como fórum de negociação. Possível substituição das discussões por formação de grupo em rede social (mais rápida e sem as dificuldades de deslocamento entre os gestores). Orientação para questões regionais, ainda que presentes pautas para habilitação de serviços ou aprovação de projetos. Oscila entre orientação para questões regionais e gestão municipal</p>
CIB	Participação de ex coordenação da CIR neste espaço garantiu que interesses da região permanecessem representados neste espaço. Demora no processo decisório quanto a questões deliberadas em CIR.
COSEMS	Forte apoio aos municípios estabelecidos por relações diretas entre COSEMS e gestores municipais. Reconhecimento da importante atuação da presidência (reeleita) e do apoiador na orientação aos gestores e condução de processos.
Conselhos municipais de saúde	Permanência longa no quadro levando a defesa de interesses corporativos ou clientelistas. Dificuldades a atuação gestora
Consórcio ASAVIDA	Incapacidade de indução dos prefeitos a dar prioridade ao Consórcio. Sem resolutividade para a compra regional de medicamentos da atenção básica, perdeu importância. Em início de 2017, tentativa de retomada e ao final do primeiro semestre foi decidido que o mesmo atuaria para contratação regional de especialistas, contudo sem elaboração de um plano de ação ou mesmo prazo e equipe para isso.
DSEI	Relação forte, com variado grau de conflito, com Subsistema Saúde Indígena.
Canais Externos de Articulação e Outros Atores Setoriais e Extra Setoriais	
Coordenação Interfederativa de HIV / AIDS	Mencionado por alguns gestores da região. Sem referência na CIR. Trata-se de cooperação Interfederativa, instituída pelo MS para construção de agenda entre as 3 esferas governamentais a fim de dar respostas à situação epidemiológica das IST, do HIV/aids e das hepatites virais. Foco nas ações de prevenção para populações vulneráveis, aumento da capacidade e eficiência dos serviços de saúde, expansão da oportunidade de acesso ao diagnóstico rápido e aprimoramento da gestão.
Ministério da defesa - Batalhões do Exército	Articulação com batalhões das Forças Armadas para ações de prevenção e controle de doenças.
Ministério da defesa - Hospital de guarnição	Dificuldades para garantir referência a hospital vinculado ao Ministério da Defesa

Secretarias de saúde de municípios da fronteira	Articulação pessoal de alguns gestores especialmente para ações de vigilância, prevenção e controle.
Setoriais não governamentais: Organizações profissionais (especialmente conselhos de medicina e enfermagem)	Dificuldades com organizações profissionais (exigências corporativas quanto a formação, titulação e atuação - médicos e enfermeiros). Fiscalização na contratação e âmbito de atuação de médicos e enfermeiros

Fonte: Elaboração própria.

6.1.3.2 A gestão municipal e a região metropolitana

A região metropolitana é constituída por cinco municípios, dentre eles a capital do Estado, o município de Belém. A região concentra em torno de 25% da população do Estado equivalente a 2 milhões de habitantes. A maioria da população vive em área urbana e a região possui uma rede de serviços de saúde de média e alta complexidade que servem de referência para diversas regiões de saúde e em alguns casos para todo o Estado. Todos os municípios são habilitados em gestão plena do sistema.

Esta região caracteriza-se por relações entre município e prestadores privados, que compõem de forma importante a rede de serviços disponíveis, por intermédio de parcerias com entidades filantrópicas (Santa Casa, fundação estatal) e/ou hospitais (parceria público-privada por meio de organizações sociais) com gestão municipal e ou estadual, reguladas por contratos de gestão firmados entre o ente e o prestador. Quatro hospitais, da gestão estadual, dentro da região funcionam nessa situação. Na programação anual de saúde de Belém, de 2016, o município apresentou como um de seus objetivos a “*contratualização de serviços de média e alta complexidade, através de Chamamento Público, para a Rede SUS Municipal*” (PAS Belém, 2016).

A capital do estado, como era de se esperar, possui a maior concentração de serviços, hospitais e instituições de ensino em saúde. Sua rede física de saúde é composta por 205 estabelecimentos (97 de gestão pública municipal, 27 de gestão estadual, 6 de dupla gestão e 75 privados). No entendimento de entrevistados da secretaria estadual parte dessas unidades deveriam ser administradas pelo município, que por sua vez, não deseja a transferência da

gestão³⁶. A regulação dos serviços é feita principalmente por Belém e a regulação do Estado ocorre apenas para as unidades sob sua gestão. A equipe de coordenação vem buscando discutir a questão da regulação junto aos demais municípios, mas reconhece que para dar certo seria preciso que estes tivessem seus sistemas internos articulados e com fluxos organizados.

O município de Belém possui uma regionalização interna e tem buscado analisar indicadores dentro desse recorte para direcionar esforços nas áreas mais frágeis. Contudo, a baixa cobertura da atenção básica no município restringe a capacidade de articulação com os demais serviços que compõem a rede municipal. Ademais, de acordo com entrevista realizada com a equipe de gestão do município, a capital precisa funcionar como “porta aberta” em face a demanda espontânea dos outros municípios inclusive dos que estão situados em outras regiões de saúde. Foi informado que diversas tentativas foram feitas junto a prefeitos e secretários de outros municípios, para que não encaminhassem usuários sem regulação, mas que não tiveram muito eco. Além disso, os parâmetros da PPI da assistência foram determinados em 2010 e há anos a equipe da gestão municipal vinha tentando fazer a revisão, junto aos demais gestores, porém sem sucesso.

A alegação da capital de que recebe demanda de todo o estado é rebatida por alguns entrevistados da gestão estadual que alegam haver agora outras unidades que atuam como referência para algumas regiões.

“[...] por exemplo, em Belém ainda tem o discurso falacioso, que diz: “Ah, tem que ver quanto vem para Belém”. Não é verdade. Se você for no hospital estadual daqui.... Você não vai encontrar ninguém do sul, sudeste e oeste do estado, ninguém! Inclusive no Metropolitana. A não ser queimado que aí tem que vir para cá. Mas até câncer, por exemplo, o oeste do estado hoje resolve praticamente tudo lá, não vem mais para Belém, mas eles têm esse discurso. Na verdade, o que vem muito para Belém é a região nordeste do estado, na estrada, que agora até já diminuiu [...] E aí a gente está terminando um em Castanhal que é aqui próximo também, 67km, e isso vai ser um filtro muito grande, porque vai ter oncologia, hemodiálise, esse monte de coisas que vão parar de vir para Belém.” (E1.GE.RMB)

Alguns entrevistados do CRS e da gestão estadual referiram que os municípios são em geral solícitos, disponíveis e “abertos para conversa”. Contudo, no entendimento dos mesmos entrevistados, o município de Belém se posiciona de forma autossuficiente, conduzindo suas ações de acordo com entendimento próprio, mais “fechado” a atuação de atores externos e acaba induzindo de alguma forma processos dentro da região. Ainda assim,

³⁶ Uma unidade básica; 05 CAPS, 06 Unidades de referência especializada e 04 Residências terapêuticas, vinculados aos CAPS.

alguns entrevistados observaram que ao longo do tempo, outros municípios têm conseguido se organizar.

“Isso tudo está sendo revisto, inclusive tetos. Está havendo novas pactuações porque se identificou claramente alguns municípios já conseguiram se organizar melhor. Então tem municípios limítrofes que já têm trabalhado uma reorganização da sua rede assistencial de alguma forma.” (E3.CG.RMB).

Os diferenciais na oferta de serviços evidenciam que mesmo composta por um número pequeno de municípios, a região tem uma diversidade interna que os distancia, com municípios de menor protagonismo e menor capacidade instalada. Assim, de um lado, no início de 2015, o município de Belém apresentou projeto de expansão da sua central de regulação das urgências (SAMU) para mais quatro regiões de saúde (Ata da CIB de março de 2015) e de outro, encontrou-se referência as dificuldades com serviços diagnósticos em outro município, como por exemplo, a ausência de equipamento de Raio X no município de Santa Bárbara do Pará (Ata da CIR Metropolitana).

Os municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, referiram problemas relacionados a demanda espontânea que chega em suas unidades de saúde sem referência. Belém, tinha um gargalo na fila de espera de leitos de um lado e liminares judiciais para cumprir de outro enquanto Marituba, precisava lidar com demanda espontânea de emergência, principalmente em traumatologia sem recursos para viabilizar seu atendimento e sem acordo definido para contrapartida de outros municípios (Atas da CIR Metropolitana). Ananindeua, o segundo maior município da região, atendia em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) mais que o dobro de sua capacidade (450 pacientes/dia) nos finais de semana, com falta de material como combustível, medicamentos e material técnico, entre outros (Ata da CIB de novembro de 2016).

O peso e a influência da crise política enfrentada pelo governo federal, associada a problemas fiscais do próprio estado do Pará, tiveram como reflexo limitações importantes para a gestão do SUS com consequências para a qualidade da assistência prestada à população. A região, assim como o restante do estado, precisou enfrentar os contingenciamentos decorrentes no atraso do repasse de recursos do governo federal e do próprio estado. Relatos na reunião da CIB sinalizaram a situação enfrentada por muitos secretários municipais ao final da gestão, encontrando-se na encruzilhada de ausência de recursos para o cumprimento de suas responsabilidades e a atuação dos órgãos de controle.

O Secretário do município [...] disse que os gestores não estavam pedindo ajuda e sim socorro e que não achava justo que eles saíssem com nome sujo com fornecedor, tendo dinheiro para receber do Estado e do Governo Federal. O secretário do município [...] disse que estava vivendo um estado de caos por conta da falta de

recursos [...] solicitou, se possível, que a SESPÁ fizesse um esforço para repassar os valores referentes aos meses de outubro, novembro e dezembro ainda para a atual gestão, pois os secretários não poderiam deixar nada empenhado sem recurso em caixa. O secretário municipal pontuou que a dívida dos gestores atualmente era como fechar a folha [de pagamento] e pagar o décimo terceiro salário, as obrigações e os fornecedores. (Ata de reunião ordinária de novembro de 2016 – CIB Pará).

Por sua vez, o gestor estadual encontrava-se sem condições de estabelecer alguns compromissos, em face aos próprios cortes e atrasos enfrentados pelo estado.

“O secretário de estado disse que era preciso fazer um encaminhamento e informou que o Estado devia para todos os municípios um total de R\$ 42.000.000,00 (quarenta e dois milhões), referentes à 50% (cinquenta por cento) do total da dívida e que havia uma possibilidade de pagamento, mas que não havia se concretizado devido a não entrada de valores previstos na receita do Estado, como a redução dos recursos do FPE (Fundo de Participação dos Estados) repassados aos Estados, a diminuição do ICMS em 8% (oito por cento) e a não entrada da “taxa hídrica” nos cofres do Estado. Ele disse ainda, que diante dessa situação não tinha uma equação de proposta de pagar o restante da dívida (Ata de reunião ordinária de novembro de 2016 – CIB Pará).

De acordo com um entrevistado, o SUS na capital encontrava-se um “caos” em virtude da desestruturação dos serviços públicos de saúde que estava ocorrendo para valorização do setor privado e citou a abertura de clínicas populares por grupos de médicos no município o que, no seu entendimento, contribuía para gerar um sentimento de desconfiança em relação ao SUS (E6.Univ.RM). Esse entrevistado relatou diversas situações na região de tensão na relação entre o setor público e o setor privado de ensino, com disputas de espaços no setor público da saúde, constituindo uma fala dissonante na região quanto aos interesses da gestão municipal e estadual e o escopo do seu envolvimento com o setor privado da saúde e da educação.

- A CIR da região metropolitana

Os integrantes do colegiado regional são os secretários de saúde dos municípios, a presidência do CRS (braço regional do Estado) e um membro do colegiado de gestão estadual (coordenadoras da CIR), um representante do Cosems, e as diretorias técnicas do CRS, todos membros efetivos. Dois gestores municipais de saúde, o membro do colegiado gestor e do Cosems são membros da CIB. A CIR é composta também por câmaras técnicas, com representantes das regionais (CRS) e das secretarias de saúde dos municípios. Contudo observou-se que tais estratégias não estavam conseguindo coordenar / induzir uma perspectiva regional na região estudada, observando-se uma orientação mais municipalista no processo de atuação da CRS.

Alguns entrevistados das diretorias técnicas mencionaram dificuldades em realizar esse apoio principalmente relacionados a capacidade de reunir todos os envolvidos. Primeiro, porque alguns membros das diretorias trabalham em um turno e depois, a dificuldade de compatibilizar os encontros com os técnicos das secretarias de saúde.

“Porque muitas vezes algumas ações da CIR são para o município. Aí é definido um planejamento e quando chega lá no município tem que alterar, porque os horários dos profissionais do município não batem com aquele que foi definido.” (E7.CRS/CIR.RMB).

Outros entrevistados consideraram que a CIR metropolitana estava tendo uma atuação importante para a região, com discussões pertinentes para os municípios da região e mesmo sob a lógica da regionalização (o que não foi observado nas atas). Contudo, destacou-se que uma de suas fragilidades é a descontinuidade dos processos que são definidos nesse espaço, decorrentes de demora ou não resolução da CIB.

“Atualmente o que a gente percebe é que os secretários estão bastante entrosados no momento da política, empenhados na regionalização. Na CIR então, as reuniões, principalmente quando trata a nossa temática, a gente vai e observa o movimento dos atores, que a gente percebe que está funcionando e que está entrosado.” (E8.CRS/CIR.RMB).

“Eu diria que negociação hoje ainda... quem está fazendo esse exercício de incentivar e incrementar a questão da governança mesmo nessa perspectiva é realmente a CIR. (...) A fragilidade está em resoluções que são que tiradas nesses espaços de governança e acabam sendo fragilizadas quando... tem uma descontinuidade, entendeu? Por isso que a gente vai e volta para a mesma coisa.” (E3.CG.RMB).

A representação dos gestores dos municípios nessas reuniões foi alternada. A presença dos gestores vinculadas a pautas específicas dos municípios foi razão de discussão no âmbito da própria CIR, reconhecendo-se um certo esvaziamento do seu potencial e contribuindo para falta de quórum das reuniões. Por outro lado, alguns municípios destacaram-se por seus gestores estarem sempre presentes independente de pauta própria.

Embora tenha sido referida a participação de prestadores, trabalhadores e usuários nas reuniões, esta informação não foi confirmada quando se levantou os membros e tipo de representação em cada reunião nos dois anos estudados. A presença dos prestadores na região metropolitana ocorreu pontualmente, por gerentes de unidades hospitalares para apresentação de propostas de contrato/convenio, antes do processo de votação e homologação.

As reuniões da CIR são compostas por pautas fixas de acordo com suas diretorias técnicas. O conteúdo das discussões na região metropolitana concentrou-se em aspectos importantes da rede de serviços para o gestor municipal. A necessidade de estabelecer mais convênios em face da demanda reprimida e da insuficiência de rede própria de serviços foi tema

comum. Foram discutidas táticas para ampliação da oferta (da APS, Urgência e Emergência e habilitação de serviços de média e alta complexidade), mas em geral em âmbito municipal. Observaram-se poucos acordos em nível regional. Foram pactuados projetos de reforma de unidades, para ampliação da cobertura da atenção básica, e muitas queixas e desabafos quanto as consequências decorrentes do atraso nos repasses das contrapartidas estadual e não cumprimento de compromissos assumidos pelo Ministério da Saúde.

Diferentemente da região de fronteira, cuja prestação de serviços de saúde é de gestão eminentemente pública, a região metropolitana conta com importante mix público-privado na composição de sua rede de serviços. Portanto, uma das prioridades dos gestores municipais nesses encontros gira em torno da habilitação e ou contratualização de serviços hospitalares, média complexidade e apoio diagnóstico no âmbito da regulamentação das redes temáticas.

Os gestores sinalizaram a morosidade das câmaras técnicas da CIR e da CIB em apresentar uma proposta adequada (dois anos depois do primeiro pleito, sem resposta). Mesmo sob essa circunstância o espaço não foi utilizado para discussão de critérios para a contrapartida dos municípios nem se apresentou alguma proposta para estudo da demanda espontânea recebida pelos municípios da região, seja pelos gestores seja pela equipe da coordenação regional.

Quanto a projetos e políticas, foram apresentados e discutidos os Planos das Redes temáticas Cegonha e RUE e de Educação Permanente.

No caso do plano regional de educação permanente, apesar de algumas estratégias interessantes, como a formalização das representações na composição do grupo técnico em resolução CIR, assento da equipe de coordenação na CIR, apresentação e tratamento do tema com os secretários, não se observaram registros referentes a discussões sobre as demandas de formação da região e as possíveis articulações com a proposta apresentada pela Secretaria de Estado. Na CIR, o plano foi apresentado sem que se discutisse e formalizasse proposições para a região, assim como não se encontrou proposta de agenda para tal. De toda forma, a tentativa de institucionalização de um espaço de discussão específico pode ter propiciado que estratégias tenham sido desenhadas e executadas para a região no decorrer de 2016/2017.

Os planos de RAS discutidos concentraram-se na apresentação de resultados até então obtidos e novas regras para habilitação (portarias), sem que detalhes do plano de ação e dos projetos de reestruturação fossem abordados. Foram apresentadas atividades de monitoramento na APS (PMAQ), indicadores para avaliação da CIR (formulada pela CIB) e o SISPACTO, relatos sobre dificuldades no levantamento de dados e alimentação dos sistemas de informações. Também foi sinalizado a importância da atualização dos instrumentos de

planejamento e gestão para os gestores, mas diferentemente da região de fronteira, o município da região mantém a regularidade no envio.

Apesar da diversidade de temas tratados nesses encontros, tais momentos não aprofundaram discussões sobre planejamento, sobre a organização do sistema de saúde, seja no nível municipal ou regional, ou ainda estratégias para a região melhor se organizar e estruturar, com base na solidariedade e no compartilhamento de recursos. Em relação a organização das redes temáticas, como a Cegonha, por exemplo, cada município desabafou sobre as dificuldades encontradas para o alcance das metas estabelecidas. O COSEMS sugeriu que é preciso encontrar estratégias para isso, mas não foram definidos quem, como ou quando isso poderia ser feito e menos ainda, como a região poderia se organizar em torno desses problemas para uma atuação conjunta. A regionalização passa longe em termos de ações objetivas.

De modo geral apesar de se reconhecer no âmbito discursivo ser a CIR o espaço propício para tal, tais questões foram procrastinadas para “outros momentos”, ou “outros espaços”. Um exemplo foi a situação em que um gestor buscou pactuar retaguarda de leitos infantis para casos de sífilis congênita com o município da capital. Ainda que ambos os gestores estivessem na reunião e reconhecessem a importância dessa pactuação, o tema não conseguiu ser resolvido no âmbito da própria CIR. Excetuando-se as habilitações de serviços e projetos apresentados pelos municípios, tudo o mais, acabou sendo delegado para as câmaras técnicas da CIR, equipe técnica da SESPA ou mesmo CIB, sem que tenha havido definição clara dos encaminhamentos. A análise igualmente apontou que várias questões pendentes demoram a ser retomadas, e quando isso ocorre, já decorrido bastante tempo, implicando novos processos de discussões. Isso sinaliza um dos aspectos apontados nas entrevistas sobre a gestão municipal: baixa capacidade técnica e consequente dificuldade de compreensão de projetos e processos.

As câmaras técnicas da CIR por sua vez não estavam conseguindo prestar o apoio demandado pelos gestores municipais, pela falta de periodicidade dos encontros, rotatividade dos representantes indicados pelos gestores e até mesmo por sua não liberação para comparecimento as reuniões. Em algum momento isso foi destacado e como estratégia definiu-se as representações em resolução, além de indicarem suas reuniões no mesmo dia das da CIR. Dado a limitação das reuniões em 2016, não se pôde verificar em que medida essas estratégias qualificaram o apoio aos gestores.

No âmbito da regulação, ocorreu apresentação de projetos de habilitação de serviços e de central de regulação municipal, mas não foram encontrados nas atas nenhum elemento que indique a discussão de critérios de encaminhamento, estabelecimento de fluxos, metas, ou andamento do processo de contratualização na CIR. Acredita-se que tais podem até ter ocorrido

no momento de sua apresentação, ou em outros espaços, mas não se pode afirmar, dado as limitações dos registros das atas. Destaca-se que as regulações dos serviços privados conveniados são realizadas pelos municípios e o Estado faz a regulação das unidades sob sua gestão. No momento da pesquisa as centrais de regulação não encontravam integradas. Não foram encontradas referências sobre os contratos, carteira de serviços oferecidos, profissionais conveniados, nos sítios das secretarias municipais de saúde (com exceção do município da capital) de modo que tais relações permanecem sem possibilidade de controle da sociedade.

A CIR caracterizou-se como espaço de desabafo face aos problemas enfrentados pelos gestores, nos dois anos, sobretudo quanto ao corte e ou atraso no repasse de recursos sem que se encontrasse formas de encaminhamento que não fosse acionar o gestor estadual para exercer pressão junto ao MS. Quando se observou alguma tentativa de pactuação entre municípios, os gestores não conseguiram chegar a um consenso, delegando às câmaras técnicas da regional a elaboração de definições, estratégias, mesmo com o reconhecimento de que elas não estavam conseguindo produzir respostas objetivas aos gestores.

No início de 2016, foi possível identificar uma tentativa de articulação dos gestores municipais em retomar o planejamento regional. Contudo, não houve posterior mobilização dos gestores nesse sentido, nem se identificou protagonismo da coordenação regional em alavancar essa discussão. Ademais, poucas reuniões foram realizadas devido as eleições municipais.

Os interesses político partidários, de acordo com os entrevistados, não afetam sobremaneira a atuação da CIR e ou a interação entre os gestores, sendo ressaltado que naquele período de gestão a composição partidária estava alinhada na região e com o Estado. A base da composição partidária na ocasião era: Estado, município da capital e Ananindeua (PSDB), Benevides (PMDB), Marituba e Santa Bárbara do Pará (PRB). Discretamente foi mencionado a ocupação de cargos de comissão na coordenação regional de saúde de acordo com indicações político-partidárias, o que pode explicar o pouco tempo de alguns entrevistados no cargo.

Os momentos iniciais de conformação das CIR nas duas regiões caracterizaram-se por maior potência nas discussões sobre a região e a regionalização, tendo sido orientadas pelas diretrizes do Decreto 7.508, com levantamento da capacidade instalada para prestação de serviços de saúde (mapa da saúde), redesenho da região de saúde e a priorização das redes de atenção de acordo com as necessidades regionais, discussões essas que foram fortalecidas pelo Projeto Qualisus-Rede e por atores estratégicos importantes. Naquela ocasião havia um apoiador contratado pelo MS que acompanhava as reuniões da CIR e subsidiava os gestores na discussão sobre redes e regionalização, o que hoje não mais ocorre. Desse modo, nas duas

regiões o espaço da CIR parece ter perdido sua potência quanto a qualidade dos debates, esmorecendo a participação dos gestores.

Por fim, observou-se nos dois casos estudados que na ocasião de implementação do Qualisus-Rede, os gestores municipais foram fortemente mobilizados para a construção de propostas com orientação regional. O papel dos apoiadores regionais na condução de discussões qualificadas foi central (Oliveira *et al.*, 2017). Contudo, essa perspectiva perdeu fôlego considerando-se que, o apoio regional na forma como foi pensado para o Qualisus-Rede não permaneceu (Reis *et al.*, 2017). Mudaram os gestores, as prioridades de gestão e ainda, a implementação de redes orientadas por temas específicos acabou por mobilizar esforços para habilitação de serviços de uma rede previamente existente (ainda que filantrópica ou privada) no caso da região metropolitana, ou ampliação da rede própria com ênfase em unidades e transportes fluviais, no caso da região de fronteira. Logo, foi possível observar o retorno de uma perspectiva mais municipalista na relação e interação entre os gestores do que a verificada naquela ocasião, ainda que de forma mais tênue na região metropolitana, talvez por contar com o apoio de uma estrutura regional do Estado.

Na CIR da região de fronteira, foram poucas as reuniões ao longo de 2015 e 2016, prejudicadas em grande parte pela falta de recursos para o deslocamento dos gestores e por cancelamentos de última hora. A ausência da “mão forte” da gestão estadual na coordenação desse espaço e a ausência de mobilização coletiva dos gestores municipais em viabilizá-lo a despeito disso, nos fazer concluir que a CIR como espaço colegiado de gestão regional fica a depender da motivação e interesses dos atores, sem haver nenhum instrumento que garanta sua sustentabilidade.

Quadro 11 - Modelo de atuação do gestor municipal da Metropolitana de Belém, espaços de negociação, canais de articulação e outros atores.

Dimensões	Gestão Municipal de Belém
Contexto	Constrangimentos decorrentes do atraso no repasse de recursos e ou descumprimento de prazos do MS. Alinhamento partidário entre municípios da região e governo do Estado.]. Custo de implementação incompatível com recursos recebidos.
Capacidade de atuação	Estratégico (Capital e Ananindeua), tático, operacional (demais municípios). Capacidade estratégica média considerando-se os recursos disponíveis, estrutura regional para CIR mantida pelo Estado, proximidade a CIB e ao COSEMS (recursos políticos, financeiros e informações) Dependência de recursos oriundos de transferência constitucionais diferenciado entre os dois maiores municípios (incluindo capital) e os demais

	<p>Dificuldades na redefinição de parâmetros da PPI da Assistência Sem menção a articulação com saúde indígena apesar de presença de unidade de acolhimento na região</p> <p>Instrumentos de gestão atualizados. Sem encaminhamentos para elaboração de planejamento integrado com enfoque regional.</p> <p>Prioridade para habilitação de serviços no contexto das redes temáticas</p>
Objetivos e Interesses	<p>Gestão municipal. Modelo de gestão com base em forte mix público-privado na prestação de serviços de saúde.</p> <p>Reconhecimento no nível discursivo da importância da regionalização, do planejamento regional e dos problemas comuns a região metropolitana, porém sem desenho de estratégias de enfrentamento.</p> <p>Tensões na relação dos demais municípios da região com a capital.</p> <p>Interesses nem sempre convergentes entre gestores municipais e entre gestão da capital e gestão estadual.</p> <p>Divergências entre interesses corporativos X interesses SUS.</p> <p>Articulação de interesses expressos nos planos municipais com negociações em CIR.</p> <p>Objetivos de articulação também com municípios fronteiriços que não compõem a região</p>
ESPAÇOS (PONTOS NODAIS)	
Espaços Internos de pactuação	
CIR	<p>Prioridade para questões da Gestão municipal. Apoiado por estrutura regional estadual e câmaras técnicas. Fragilidade em resoluções por descontinuidade. Alta dependência da CIB para processamento de temas com abrangência para outras regiões. Câmaras técnicas com baixo potencial resolutivo. Dinâmica das relações: contatos variam em frequência e intensidade com alternância dos gestores nas reuniões e em algumas situações, cancelamento por falta de quórum.</p>
CIB	<p>Cinco componentes da CIR Metropolitana com assento. Limites à autonomia da capital na relação com prestadores que incluem atendimento para outros municípios, especialmente fora da região metropolitana. Dependência de consenso em CIB para viabilizar propostas / arranjos / reformulações, em virtude de que a rede de atenção tem alcance para fora dos limites da região.</p>
COSEMS	<p>Relação forte dos gestores com o COSEMS. Facilitada pelo acesso e por representação do COSEMS na CIR. Negociações entre secretários e COSEMS sem passar pela intermediação da CIR.</p>
CONSELHOS MUN DE SAÚDE	<p>Pouca informação a esse respeito, mas identificado forte atuação de dois conselhos dos municípios da região com envolvimento em questões / pactuações regionais coordenadas pelo Estado.</p>
CIES	<p>Comissão regional para a metropolitana, vinculada a CIR para implementação da política regional de educação permanente. Representação instituída em resolução CIR para garantir participação e evitar modificações dos componentes do grupo. Ao longo de 2016, início de processo para elaboração do plano regional de educação permanente. Forte condução de equipe do CRS e gestão estadual.</p>

CRS	Demandas não respondidas por apoio técnico da regional feito a CIR. Atuação de áreas técnicas fortemente orientada para os municípios embora algumas apresentem orientação para a região. Capacidade de entendimento das questões regionais relativo entre as diretorias.
Canais externos de articulação e outros atores setoriais e extra setoriais	
Comitê interinstitucional de resolução administrativa de demandas da saúde - CIRADS	Gestão Estadual, município da capital e Instituições de controle externo e judiciário. Articulação da gestão municipal, com o Estado, para tratamento de temas levados a judicialização, com recondução e reorientação de processos junto aos municípios, apoiados por agências de controle externo.
Organizações sociais; prestadores privados	Falta de transparência quanto ao conjunto de ações oferecido, profissionais e demais prestadores contratados, referências regionais e processo de contratualização

Fonte: Elaboração própria.

6.1.3 Sobre as relações entre CIR e CIB

Os gestores municipais reconheceram o espaço da CIR como locus privilegiado para pactuações e tomada de decisão no nível regional, inclusive ressaltando como o planejamento regional poderia colaborar para a própria gestão municipal. Apesar disso, na região de fronteira, os gestores informaram que o planejamento regional de fato perdeu fôlego e há muito tempo não era retomado. Os instrumentos de planejamento e gestão em nível municipal não foram sequer mencionados e estavam bastante desatualizados na ocasião da pesquisa de campo (janeiro/2017). Na região metropolitana, apesar de não se observar processos de planejamento regional, observou-se que no âmbito municipal ele ocorreu, inclusive havendo correlação entre as demandas apresentadas em CIR com os objetivos e metas estabelecidos nos planos municipais de saúde, especialmente no município da capital do Estado.

Nos dois casos estudados nem todas as pautas discutidas e resoluções tomadas foram tratadas em tempo hábil na CIB. A necessidade de deliberação e a demora deste espaço na efetivação das decisões tomadas em CIR, contribuíram por fragilizá-la enquanto espaço de negociação e decisão na percepção de alguns entrevistados (da gestão estadual e municipal de ambas as regiões). Um exemplo, foi a pactuação na CIR da Região de fronteira em 2015 do retorno dos recursos da assistência farmacêutica aos fundos municipais, já que os gestores do estado e dos municípios reconheceram a ineficiência do consórcio em garantir a compra em bloco e a distribuição regional. Esse caso não envolvia diretamente interesses de nenhum outro município/região, sendo uma questão endógena a região e com pouca possibilidade de veto e ou de ser submetido a avaliação interna da CIB. Em 2016, sem maiores explicações, a votação dessa resolução entrou e saiu da pauta em três reuniões da CIB, até que no segundo semestre

foi finalmente apreciada e votada. Contudo, em abril de 2017, um dos gestores da região, então membro da CIB, sinalizava o fato de que o repasse do MS para os municípios ainda não estava acontecendo e não conseguia entender o porquê já que todos os tramites haviam sido realizados em CIR e CIB. Desse modo, como uma gestora ressaltou, “para que serve a CIR então?”

“Às vezes, o que acontece muito, essa foi uma dificuldade que eu encontrei como gestora é que o que é pactuado na CIR, quando vai para a CIB aquilo não anda. No caso, a gente pactua, aí depois tem que pactuar tudo de novo em outra reunião. Por exemplo, a compra de medicamentos. E aí foi finalmente acordado que todo o dinheiro voltasse a ser gerido pelos municípios e terminou o ano e esse dinheiro não voltou, continuou na conta do Estado. Aí de novo foi acordado em CIR e em CIB que esse dinheiro voltaria, foi assinado e o dinheiro continua sem voltar. Eu digo que em muitas coisas a CIR e a CIB até funcionava, mas muitas coisas também, ficava parado” (E10.GM.RF)

Por outro lado, as atas da CIB revelaram que nem todas as CIR encaminham pautas para discussão. Isso ficou especialmente evidenciado no Pará já que as atas iniciam com descrição das resoluções das CIR para apreciação do colegiado.

Nos dois estados a utilização de resoluções “ad referendum³⁷” pelas CIR, sem que essa modalidade estivesse prevista nos regimentos desses espaços, levou a inclusão de discussões nas reuniões da CIB, sobre o papel das CIR, seu modo de funcionamento, grau de participação dos gestores bem como sinalizaram a importância do papel do Gestor Estadual em impulsionar esses espaços.

Membro do Cosems falou que em relação as resoluções “ad referendum”, seria melhor pedir a uma câmara técnica que fizesse um parecer e devolvesse as CIR fazendo as devidas correções. Outro membro falou que no dia da reunião pré-CIB conversou com o Secretário Estadual sobre as questões envolvendo as CIR. Disse que seria necessário fazer uma reflexão sobre qual o processo das CIR em relação ao tipo de preocupação que ela tinha que ter. (Ata da CIB Pará – Reunião ordinária – Maio/2016).

Na região metropolitana, com exceção da capital, o tema da revisão da PPI da Assistência e repactuação com os municípios de outras regiões, foi enviado para a câmara técnica da CIB para análise e desenho de proposta, mas até o final de 2016 não se conseguiu um encaminhamento para o problema. Esse caso e outros da região metropolitana, apontam um outro aspecto importante da relação entre esses espaços. A interface entre região e redes, coloca determinadas situações em que a tomada de decisão na CIR fica limitada. A região metropolitana, por conter maior rede de serviços, principalmente da média e alta complexidade do Estado e servir de referência para outras regiões de saúde, acaba tendo muitos de seus pactos

³⁷ Resoluções com assinatura por apenas um dos dois responsáveis, que seguem para o Ministério da Saúde e após habilitadas, retornam para análise final da CIB, muitas vezes sem que este espaço tenha sequer tomado conhecimento.

negociados na CIB. Ao mesmo tempo, o espaço da CIR demorou a ser reconhecido pelos gestores.

“Porque aquilo que ultrapassa uma região, eu não posso deliberar só nessa (CIR). Eu posso deliberar nela só o que é de interesse da região. [...] Eu acho que quando a CIR entrou na agenda do gestor ela começa a ganhar espaço, porque demorou muito. Acontecia muito de: ‘É CIR? Então o técnico vai’.” (E5.CG.RMB)

O gestor estadual reconhece que precisa coordenar os distintos interesses apresentados pelos gestores municipais em busca de maior entendimento, reforçando o seu papel na condução da política de saúde nas regiões do Estado.

No Amazonas, as dificuldades de regularização dos instrumentos de gestão, apesar dos avisos recorrentes nas reuniões da CIB feitos pelo Departamento de Planejamento do Estado, levaram ao mesmo solicitar apoio da CIB e do COSEMS junto as CIR, o que sinaliza a fragilidade em que esses espaços se encontram, independente da região.

Os fluxos de comunicação e os processos entre as instâncias não estão bem definidos, ao mesmo tempo em que aponta para a fragilidade das reuniões da CIR em ambos os Estados.

Dificuldades de entendimento com relação ao papel dos distintos espaços na estrutura da tomada de decisões do SUS permanecem e puderam ser observadas, particularmente na análise das atas da CIB, de ambos os estados: em relação ao papel dos conselhos municipais e da CIR, para casos específicos da gestão municipal; do Conselho Estadual de Saúde com a gestão estadual e os acordos em CIB; e ainda entre o gestor municipal, a CIR e a CIB.

A falta de revisão da PPI da Assistência foi ponto comum nas reuniões das CIR e das CIB. Este parece ser um nó que precisa ser desatado, inclusive para dar maior resolutividade aos acordos e decisões no âmbito da CIR. Foi identificado em atas e em entrevistas que a falta de solução sobre esse aspecto é um dos principais elementos que tem retirado a credibilidade da CIR como espaço de articulação e decisão regional. Apesar de valorizadas pelos gestores quanto a sua importância para subsidiar a tomada de decisões, as câmaras técnicas, da CIR ou da CIB, não tinham conseguido ainda equacionar essa questão, o que deixava muitas decisões em suspenso, pactuações em aberto, um eterno estado de indefinição. A falta de resolutividade e de medidas concretas nos encontros da CIR Belém frente aos problemas relatados pelos gestores foi aspecto comum identificado nas atas.

6.1.4 Outros atores e espaços de negociação

- *Conselhos de saúde*

Os conselhos estaduais foram mencionados na sua relação com a CIB, com divergências de interesses e problemas quanto ao papel e definição de responsabilidades, mais marcados no Amazonas.

“A interação é péssima [entre CES e o Estado]. O Conselho Estadual de Saúde, particularmente falando, é só uma ferramenta política utilizada por uma meia dúzia de pessoas para se favorecer pessoalmente. Como eu te falei... como em outros Conselhos” (E8.GM.RF).

Na região de fronteira, a atuação dos conselheiros municipais continua permeada por interesses pessoais privados e baixa capacidade técnica para atuação.

“Eu fico muito triste, triste mesmo com o Conselho, porque, como eu vim do DSEI, eu via as intenções (...) que a pessoa estava ali por uma causa mesmo, mas aqui não. Aqui, eu não gosto do prefeito, então estou ali para falar mal da Secretaria, para falar mal do Prefeito. Tem casos assim: “Ah, eu vim aqui denunciar que eu fui no hospital e está acontecendo isso, isso, isso. ” “Aí, eu falei: “E quem é que foi denunciar?” “Ah... porque que fui levar a minha filha...” Então, por eu ser Conselheira, eu acho que tenho o direito de ser atendida mais rápido, eu não tenho que enfrentar fila, etc. É uma ideia distorcida do que é o Conselho de Saúde. Eu acho que Brasília precisa capacitar também essas pessoas, para dizer para elas qual é a sua função” (E9.GM.RF)

Posicionamento similar por um dos conselheiros na região metropolitana foi observado no momento da pesquisa de campo. Ainda assim, na região metropolitana, reconheceu-se uma atuação mais ativa dos conselhos municipais em relação à condução da política municipal, inclusive destacando-se em um caso específico, no processo de acompanhamento da contratualização de prestador filantrópico de serviço hospitalar.

“Os conselhos municipais não têm tido uma relação de conflito com Belém, não vejo isso também em nenhum município. Tenho participado de reuniões do conselho de Marituba por conta da contratualização que lá houve, dado o processo do retorno de um filantrópico para a gestão estadual e eles participaram desde o início do processo (...) Ele é um conselho atuante, é um conselho que participa, que está atento porque é um hospital importante tanto para o município quanto... não só na metropolitana, mas para outros municípios que pactuam. É isso que eu tenho visto dos demais” (E5.CG.RM)

A atuação mais ativa e independente deste conselho municipal também foi reconhecida por outro entrevistado. Contudo, este destacou que a participação dos Conselhos em geral tem sido marcada pelo cooptação governamental, alguns conselheiros com cargo comissionado e, no caso do CES, por uma atuação cartorial, sem que sejam discutidas questões relevantes para a saúde do Estado (Entrevistado 6 – Universidade – Região Metropolitana). Cabe destacar que este entrevistado faz a representação de uma das universidades públicas, nesses espaços. As

contradições quanto ao papel dos conselhos de saúde, evidencia que a análise mais ou menos crítica sobre sua atuação dependeu fortemente da posição do ator entrevistado.

- Empresas privadas e Prestadores de Serviços de Saúde

As regiões do estudo têm relações diferenciadas com o mercado no âmbito da assistência à saúde. O SUS na região de fronteira caracteriza-se por gestão e provisão eminentemente pública. A exceção mencionada constituiu a contratação de organizações sociais para gestão de pessoal da UPA e maternidade, mas que decorrentes da investigação de fraude junto a OSS contratada, havia sido retomada pela gestão estadual. A relação dos gestores municipais e do subsistema de saúde indígena com prestadores de serviço refere-se a contratos com empresas para manutenção, construção de equipamentos (lanchas), e outros que não se referem a prestação direta de cuidados em saúde. A dificuldade enfrentada na relação com as empresas refere-se aos aspectos logísticos, desconhecidos pelos fornecedores quando de sua aprovação no processo licitatório, descumprimento de prazos, imposições de condições para prestação do serviço contratado, quebra de contrato ou ainda, falta de interesse em participar das licitações.

“A própria lei, a 866 que complica isso aí, porque eu não posso direcionar um serviço. Ah, aqui na região tem quem faça, mas eu tenho que dar ampla publicidade, faço a licitação e toda empresa pode participar [...] em 2013 fizemos um pregão, para manutenção de nossos barcos [...]. Quem ganhou foi uma empresa lá do Espírito Santo. Para prestar serviço aqui! No início começou a andar bem, depois, eu começava a passar as ordens de serviço e começava a não atender e eu com recurso empenhado, tendo recurso para pagar, mas ela começou a não executar os serviços [...] e quando foi agora, o ano passado, eu rescindi o contrato. Até agora, eu estou sem contrato de manutenção. No mínimo serão uns seis meses para eu conseguir finalizar um contrato, formalizar o processo todo.” (E5.DSEI.RF).

A relação com prestadores privados ou filantrópicos de serviços de saúde é uma realidade na região metropolitana e regulada diretamente pelos municípios. Como todos os municípios da área metropolitana são gestão plena, a questão da regulação dos contratos é realizada entre os municípios e esses prestadores. Mas não foi possível conhecer os termos da contratualização dos municípios com os prestadores. Uma dificuldade recorrente com os prestadores privados contratados referiu-se aos atrasos em repasse de recursos e sucessivas ameaças de interrupção na provisão de serviços. Foi mencionada a relação com instituições filantrópicas que tentaram inflacionar os valores da tabela de procedimentos para 200%, mas que a gestão estadual estava conseguindo reduzir com o tempo.

Ficou evidente que a situação das regiões metropolitanas é diferenciada das demais uma vez que o recorte da região de saúde não se acopla ao da regionalização do Estado, dada a concentração de serviços, especialmente da média e alta complexidade na capital. Por isso, além do enfoque regional para dentro da região de saúde, precisam enfrentar aspectos da organização e fluxo da demanda oriunda de outros municípios. O gestor municipal da capital pode ter sua autonomia relativizada nas situações de revisão dos termos da contratualização de um prestador face ao conjunto de interesses de outros gestores, preocupadas com a restrição do acesso aos seus municípios em caso de rompimento do contrato. Essa situação foi verificada nas discussões da CIB, quando o setor de regulação e a gestão da capital, a despeito dos critérios técnicos adotados, enfrentaram dificuldades em aprovar na CIB a revisão / recontratualização de um serviço, em situação de comprovado descumprimento dos termos contratuais. Nesta região, apesar do entendimento sobre a importância da participação dos prestadores nas reuniões da CIR, esta não ocorre de forma consistente na metropolitana e nem nas demais CIR do Estado, tendo sido inclusive motivo de pauta no âmbito da CIB.

As negociações com os prestadores ocorrem em outros espaços que não os instituídos no âmbito da gestão do sistema como CIR e ou CIB e os termos em que tais ocorrem não ficam claros nem para os técnicos das secretarias de estado nem para a população. Não há transparência quanto aos termos dos contratos efetivados.

Resumindo, pode-se dizer, nas duas regiões, as respectivas CIR enfraqueceram como espaço de negociação, pactuação e de planejamento regional, comparativamente ao período em que o Qualisus Rede foi implementado. Nem mesmo a existência de câmaras técnicas na região metropolitana e um importante ator-chave na região metropolitana foram capazes de manter sua dinamicidade, garantir a centralidade da regionalização na conformação do SUS, produzir institucionalidades e arranjos que possibilitem aos gestores municipais configurar um sistema de saúde regional, por intermédio de um formato diferente de formular e implantar a política de saúde.

- Corporações profissionais

Uma das formas de atuação das corporações profissionais ocorre por meio de definição de regras via conselhos profissionais, que condicionam o rumo das políticas. Duas situações específicas foram citadas como exemplo na região metropolitana: o conselho de enfermagem, que atribuiu apenas aos enfermeiros a realização da coleta de material para colpocitologia oncológica, impedindo que os técnicos o pudessem realizar. Essa salvaguarda profissional foi de

difícil entendimento da gestão já que os enfermeiros sabidamente acumulam funções de assistência e gerência e no estado do Pará especialmente, ainda há escassez dessa mão de obra, principalmente no interior.

“[...] vem o COFEM e faz uma resolução proibindo as técnicas de enfermagem de fazer a coleta. Aí o nosso quantitativo [de exames] baixou lá para baixo. Eu estou propondo fazer uma reunião com eles e vou conversar “Olha, meus amigos, é o seguinte, aqui o problema é grave, se nós cortarmos essa possibilidade dos técnicos fazerem isso, as enfermeiras são poucas nos municípios e é para hanseníase, tuberculoso... um monte de coisa” (E2.CG.RM).

Na página do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) consta a resolução (Nº 385/2011) que impede técnicos e auxiliares na execução dessa coleta, assim como divulga que em fiscalização a unidades de saúde em uma região de saúde no Estado do PA (março de 2016), uma das irregularidades encontradas foi justamente o descumprimento dessa resolução, para o qual o conselho solicitou a colaboração do Ministério Público para acompanhar o atendimento as recomendações feitas. A alegação dos secretários é o acúmulo de atividades do enfermeiro somado ao pouco quantitativo de profissionais, o que implicará em menor número de coletas realizadas. Ao mesmo tempo, o equipamento adquirido recentemente pelo Estado não será utilizado em toda a sua capacidade, como até então vinha acontecendo, criando restrições a uma possível economia de escala. De toda forma, foi oferecido um curso de formação ou de atualização de enfermeiros, no controle do câncer de cólo do útero – coleta de material para o Papanicolau com vagas para esta região, assim como consta a previsão de cursos de atualização no PES 2016-2019.

Outra situação referiu-se à corporação médica, já que algumas categorias vêm se organizando em bloco para estabelecerem aumentos sobre os valores de procedimentos da tabela SUS. Dado a escassez desse profissional, especialmente especialistas, muitos gestores se viram sem saída e depois de muitas negociações o aumento foi reduzido de 500% a 200%. Os profissionais começaram a se dirigir para os municípios com capacidade de pagamento desses valores, o que levou a disputa entre municípios por esses profissionais. Apesar de acordos iniciais, as tensões permanecem já que outros grupos de especialidades médicas vêm se reunindo em cooperativas para pressionar municípios e Estado.

“Nós tivemos um problema sério com o sindicato dos médicos. Nós temos 0,78/1000hab no estado...aí reúne esses especialistas e chegaram para o município e queriam 500% sobre os valores daqueles procedimentos do SUS. Aí os municípios evidentemente não podiam. Então foi uma semana discutindo isso, depois veio o MPF, o MPE, o município com o estado e depois de muita conversa, chegamos a 200% (...). Então foi um drama.” (E2.CG.RM).

Um dos entrevistados com assento em vários espaços institucionais declarou ser espantoso que mesmo depois de tantos anos os sindicatos dos médicos “não conseguirem visualizar o SUS em suas demandas”, mantendo a perspectiva corporativa e considerou ser a corporação médica, o grupo de atores que mais contingencia a política de saúde local, ditando as normas do sistema de saúde com imposições no processo de contratualização.

“Esses atores, eu vejo como a entidade que mais contingencia, dificulta e acho que cria mais problema do que ajuda, porque a maioria das abordagens não são abordagens que visualizam o sistema como um todo, mas sim a categoria. Então, muitas vezes foram dificultadores no processo de organização, de redefinição de algumas situações. Ultimamente tem sido muito difícil assegurar assistência aos pacientes, devido a forma como eles se comportam... eu fico triste de ver um sistema que é o prestador que quer ditar as normas, sabe? É muito difícil a gente assegurar as normas do sistema no processo de contratualização com as imposições corporativistas [...]. O sistema fica nas mãos desses profissionais, sabe? [...] Então hoje esse grupo é o grupo que mais joga contra, não favorece.” (E3.CG.RM).

- Universidades

Quanto as universidades sua importância foi destacada praticamente em relação ao Telessaúde e Telemedicina. Na região metropolitana foram citados a articulação de campos de estágio na atenção básica, participação no fórum da Comissão ensino – serviço estadual (CIES) e pela prestação de serviços dos hospitais universitários conveniados. No município da capital foi mencionado o envolvimento de universidades públicas e privadas no apoio ao desenvolvimento de projetos priorizados de acordo com planejamento e avaliação de indicadores considerando sua regionalização interna e em educação permanente voltadas para integração ensino – serviço.

Na região de fronteira, os gestores entrevistados não reconheceram sua importância para a política de saúde municipal ou regional. Nenhum dos entrevistados soube relacionar outros tipos de interface existentes, para além do Telessaúde. Contudo, o acesso a redes sociais da região (blogs, facebook) apontaram que esta articulação ocorreu, não se sabe se pontualmente, voltada para formação e qualificação profissional no município sede da região.

6.1.5 Espaços de articulação intersetorial

- *Comissão Integração Ensino Serviço (CIES)*

Na região metropolitana um importante espaço de articulação do setor saúde com diversos atores (intra e extrasetoriais) é a Comissão Integração Ensino Serviço (CIES) cuja finalidade é implementar a política de educação permanente do Estado do Pará. Dentre as estratégias utilizadas estão a articulação com as regiões de saúde para formulação dos planos regionais, fomentar junto às instituições formadoras (universidades, hospitais universitários e de ensino, grande parte sob a gestão do Estado) propostas de formação articuladas com as necessidades do Estado e das regiões e integração com outras políticas indutoras do MS, que envolvam a integração ensino-serviço. Esse espaço, coordenado pela SESPA, conta com representantes dos níveis gestores da saúde, secretarias de educação (estado e municípios), instituições formadoras, representação de trabalhadores da saúde (sindicatos), além de movimento sociais como associações de portadores de enfermidades, conselhos municipais de saúde e pastoral. Destaca-se que esse processo tem sido fortalecido por políticas indutoras de formação em saúde, do MS. A articulação com o segmento privado, marca da gestão estadual, ocorre nesse espaço e tem sido bastante presente, interessado principalmente nos programas de residência médica, que por sua vez engloba diversas instituições formadoras (públicas e privadas) em diversas modalidades de gestão.

A participação em uma reunião do CIES Estadual realizada na região permitiu-nos identificar, pelo discurso dos distintos atores presentes, a preocupação em coordenar esforços de modo a atender as necessidades de formação, principalmente médica, para o Estado e a orientação para propostas regionalmente construídas, considerando-se necessidades e a base de recursos existentes. As duas perguntas norteadoras do debate foram: em que medida as propostas de formação estão coordenadas com as necessidades da região? A região tem se beneficiado com os programas de formação existentes (graduação e pós)? Ressaltou-se a importância de não perder esse foco. Considera-se que esta pode ser uma instância estratégica dentro das CIR, como fomentadores da regionalização, caso permaneça como prioridade na agenda gestora do Estado.

Apesar do esforço relatado em articular essa política com as demais que ocorrem nas regiões de saúde, para não ser implantada de forma isolada, as atas da CIR revelaram a apresentação e aprovação da proposta, mas sem registro de discussões sobre como fazer essa

articulação regionalmente, o que provavelmente deve estar ocorrendo no âmbito da comissão regional³⁸.

Na região metropolitana a comissão regional foi instituída em Resolução CIR com vistas a garantir a participação/representação e evitar as constantes modificações dos componentes do grupo. No início de 2016 foi iniciada a elaboração do plano de ação regional para a educação permanente em Saúde (PAREPS), contudo, alguns entrevistados identificaram como um difícil processo, com diversas idas e vindas decorrentes da alternância na participação dos membros e pela diversidade de entendimento ou mesmo conhecimento das propostas, exigindo grande esforço de alinhamento conceitual e para garantir as representações por parte da equipe do Estado. As representações desse espaço foram formalizadas, o regimento interno discutido e aprovado, tendo sido realizadas seis reuniões. A publicação da composição do CIES pela CIR deu alguma institucionalidade ao grupo, entretanto ainda assim, eram esperadas modificações decorrentes das eleições municipais. Outro aspecto citado foi que a “lente partidária” informa muito a atuação e o posicionamento dos atores, inclusive das universidades.

A análise do relatório anual da atuação do CIES na região metropolitana de Belém demonstrou o grande investimento de atores gestão estadual e do centro regional para mobilizar os atores, definir estratégias, assegurar maior participação dos membros, prover formação em metodologias ativas, viabilizar educação permanente para o próprio grupo e formular eixos temáticos do plano. Mas ao final do ano, o plano ainda não tinha sido formulado. Na última reunião do ano, consta a proposta de construção do PAREPS da região em 2017, a necessidade de envolver a CIR nesse processo e ampliar a base de atores das demais instituições. Este processo expressa o tempo implicado na formulação de propostas coletivas no âmbito da saúde e seus limites para consecução de objetivos, mesmo nos casos em que a pauta está no topo da agenda.

No Estado do Amazonas, a formação do CIES e a designação de recursos para o fortalecimento da educação permanente foram mencionados e pactuados em CIB, mas pareceu estar em um momento distinto, ainda em conformação, expresso por sequer ter sido mencionado nas entrevistas.

³⁸ Para acessar todo o conteúdo de discussão e deliberação desse espaço, acessar <http://ciesmetro1.blogspot.com.br>

- *Fóruns técnicos*

Outros espaços de articulação internos mencionados e utilizados como estratégias de gestão no Estado do Pará estão relacionados com fóruns e câmaras técnicas para tratamento de temas específicos. Os mais citados foram:

- Os Fóruns da Rede Cegonha e da RUE como espaços de deliberação. O Fórum Perinatal em sua composição conta com técnicos, secretários, sindicatos dos médicos, conselhos de enfermagem, representantes do CES, das maternidades (públicas e ou conveniadas) e ainda Ministério Público e Ministério do Desenvolvimento Social, por meio do qual buscam discutir e organizar a rede de atenção nesta linha de cuidado, com realização de oficinas no âmbito estadual e nos municípios.

- A Rede Paraense de Controle do Câncer e sua Câmara Técnica que conta com algumas organizações não governamentais como a AVAO (Associação Voluntariado de Apoio a Oncologia), Amigas do Peito, representação de usuários e de unidades de referência como Hospital Oncológico Infantil, o Hospital Ophyr Loyola, não apenas uma referência importante desta Rede, mas com papel preponderante na formação (residências médicas e multiprofissionais), conselho de medicina. A câmara técnica discute demandas técnicas e demandas sociais, de uma forma integrada em reuniões ordinárias.

- O Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e o Núcleo de Apoio à Gestão na Atenção a Mulher no Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama (NAGAN), ambos os fóruns com representação diversificada envolvendo representantes das secretarias de saúde, de movimentos sociais, das maternidades/hospitais da rede, sociedade de pediatria, sindicatos, entre outros.

Os distintos espaços e atores com os quais os gestores se articulam estão em consonância com a perspectiva de que existem (ou podem existir) diversas redes de políticas no interior das instituições que se entrecruzam mais ou menos sistematicamente. De acordo com Rovére (1999) as redes podem ter múltiplos nodos (espaços), sem necessariamente haver uma propulsão desde um lugar específico, mesmo que existam nodos de maior densidade (como os espaços de cogestão, que foram analisados). Desse modo, as redes configuram-se como uma estrutura para vincular-se com o fora, mas para estabelecer novas formas vinculares “dentro”, constituindo redes intrainstitucionais, como as que vimos especialmente no Estado do Pará.

6.2 PADRÕES DE INTERDEPENDÊNCIA DA REDE DE GOVERNANÇA EM SAÚDE

As redes, consideradas como fenômenos organizacionais, são constituídas por atores autônomos que atuam de forma conjunta e planejada, em relações horizontais de interdependência, para troca de recursos e alcance de objetivos comuns. As potencialidades de uma rede organizacional, ou rede de governança, só podem ser fomentadas mediante a institucionalidade da situação de interdependência. De acordo com Fleury e Ouverney (2007, p. 47), embora necessária, a interdependência não é suficiente para a manutenção da rede. Ela depende que exista a finalidade de aprofundar a situação de interdependência com vistas ao alcance de objetivos que possibilitem o fortalecimento mútuo dos atores (ou organizações). Um impulso inicial para a institucionalização dessa interdependência seria a criação de estruturas compostas por mecanismos e estratégias de coordenação e articulação.

Nesse sentido, esta pesquisa foi iniciada adotando a perspectiva de que tal imagem poderia ser aplicada à gestão do SUS considerando-se: o desenho federalista brasileiro, a interdependência dos gestores dos três entes da federação, sua relativa autonomia, e a necessidade de compartilhamento de recursos para conseguir garantir o acesso integral aos usuários do SUS. Essa integração vertical, entre os entes, tem sido buscada em espaços já instituídos, como os colegiados de gestão regional e estadual (CIR e CIB). Além disso, a gestão do SUS de modo geral implica processos interativos com o setor privado e outros grupos de interesse, como entidades profissionais, organizações sociais e entidades representativas da sociedade civil. Desse modo, nos perguntamos em que medida esses espaços poderiam estar estruturando uma rede de governança em saúde. Seriam esses espaços e seus processos capazes de institucionalizar a interdependência entre os distintos atores, responsáveis pela política de saúde em seus distintos recortes territoriais?

O que a análise dos dados nos permite observar é que a interação dos atores em tais espaços segue um *continuum* desde um padrão de baixo grau de coordenação (denominado “cooperação”) ao de coordenação em rede, perpassado por um viés de coordenação hierárquica. No caso das CIR parece prevalecer o padrão de interdependência de baixa institucionalidade, descrito por Fleury e Ouverney (2007:78), que se caracteriza exatamente pela ausência de regras formais, ênfase em interesses individuais, pouco intercâmbio de recursos e compartilhamento de poder, com envolvimento de poucos atores na execução da política pública, sendo eles principalmente dos níveis operacional e tático. Levando-se em conta as diferenças que caracterizam as regiões estudadas, pode-se dizer que este é um perfil, digamos, mais próximo, do que foi encontrado na região de fronteira, ainda que em determinado momento tenha se

observado intenções de ações conjuntas entre os gestores municipais. Um maior aprofundamento desse padrão de interdependência na direção de uma coordenação em rede, parece depender do posicionamento de alguns atores da gestão estadual, com vínculos, influência e reconhecimento na região suficientes para induzi-la. Contudo se uma das bases da lógica de redes é sua autonomia, sua construção e principalmente, sua manutenção, é voluntária (Rovere, 1999, p. 26).

Na região metropolitana, a maior disponibilidade de recursos financeiros e intelectuais disponíveis, além da importância de alguns de seus municípios para a rede de atenção estadual, atribui mais poder e status a alguns de seus atores de modo que este cenário acaba favorecendo uma atuação mais estratégica na definição e pactuação de decisões que afetam mais de uma região, uma maior interação com atores mais diversos (em termos de recursos, posição e poder), e maior compartilhamento de recursos, ainda que não de poder³⁹. Ainda assim, nos parece não ser possível atribuir a CIR dessa região uma coordenação em rede tendo em vista que a ênfase nas ações e objetivos é individual (municipal) e não coletiva (regional). Ademais, a institucionalidade da interdependência observada em uma coordenação em rede depende de outros elementos. Um deles é o envolvimento direto daqueles que manejam maiores recursos qualitativos e quantitativos em torno de objetivos coletivos e comuns de modo a potencializar o conjunto de atores. Na região metropolitana, foi mencionado que a capital vinha buscando se articular com o Ministério Público, prefeitos e secretários de outros municípios em torno de alguns temas importantes, dada a interdependência da sua atuação com a dos demais gestores, como por exemplo, aspectos da organização e regulação da rede de urgência e emergência de seu município e a interdependência com a gestão interna dos demais municípios para que o fluxo pudesse ser melhor alinhado.

Um padrão mais próximo à coordenação em rede, foi encontrado no âmbito das CIB dos dois Estados e dos COSEMS, considerando-se a amplitude de atores, de discussões e desenho de estratégias com a finalidade de compartilhar recursos, assim como a busca por outros espaços e atores para mobilizar seus interesses. Ainda que se possa identificar interesses comuns e ações conjuntas, a ênfase em relações bilaterais (Estado – Municípios; Município-Município) deixam à margem interesses com enfoque regional. Ao mesmo tempo, CIR, CIB e seus atores interagem com o modelo de gestão mais hierárquico adotado pelo Ministério da

³⁹ Como se pode verificar na relação da capital com o Estado e o veto frente a tentativa de (re) centralização de serviços de média e alta complexidade.

Saúde em que prevaleceu o estabelecimento de leis, regras, constringidas por sanções, denominada governança pela autoridade, de acordo com Hufty (2010).

As distintas formas de interação entre os atores resultam em estratégias de atuação que nem sempre são compatíveis com a realização dos objetivos desenhados. Também podem causar tensões de acordo com a jurisdição distinta dos atores, sujeitos que estão a outros conjuntos de regras, levando à fragmentação e ou a graus bastante diferenciados entre os objetivos almejados e os alcançados com a implantação (Fleury e Ouverney, 2007).

A institucionalização da interdependência depende que o conjunto de forças dos grupos de poder seja coordenado por intermédio de pactos que deem representatividade aos atores. Observamos que os pactos são discutidos e realizados com os gestores municipais, mas que é frágil a formalização das relações, já que apesar do volume de normas e diretrizes quanto a como e em que condições implementar um serviço e ou política, esse conjunto não é capaz de assegurar os compromissos firmados e reduzir riscos e incertezas.

De acordo com Hufty (2010, p. 51–52) as normas são as regras que estão em jogo em todos os processos de governança, apresentando-se em três níveis. O primeiro nível implica o conjunto de normas conhecidas e aceitas por todos os atores e neste caso, são implicitamente reproduzidas, como ocorre nas CIR, que tem por regra geral aprovar todas as demandas de projetos dos municípios partícipes, para que estes sejam realmente analisados quanto a pertinência na CIB. No segundo nível, estão aquelas sujeitas a debates que podem ou não ser modificadas, o que acaba ocorrendo de maneira mais frequente na CIB, apesar de haver um esforço grande de obtenção de consenso para não impedir o encaminhamento do pleito. O terceiro nível, denominado metagovernança, é o das normas que definem como se determinam as regras e quem tem a legitimidade de decidir, estabelecidas por exemplo pelo MS e nos estatutos dos espaços colegiados, além das que são especificadas constitucionalmente no âmbito da política de saúde. Certamente, sempre que ocorrerem acordos e decisões, existirão processos de confirmação, invalidação ou adaptação como consequência dos processos de governança.

No âmbito das relações horizontais entre gestores municipais, as regras existentes para orientar e regular os acordos realizados tem se mostrado insuficientes já que o contrato organizativo público não avançou, os parâmetros da PPI da assistência encontravam-se desatualizados há anos e não havia nenhuma garantia legal para contrapartida dos municípios. Do ponto de vista das relações intergovernamentais, ainda que recursos decorrentes de transferências e ou adesão a programas induzidos pelo executivo federal estejam definidos em leis ou normativas/diretrizes, em caso de atraso no repasse, como o que ocorreu durante a

pesquisa de campo, observou-se que municípios e os estados não encontraram instrumentos legais capazes de resolver a questão, necessitando de articulação, negociação e influência com uma diversidade de atores em tentativas para obtenção de uma solução. Os pactos realizados com outros atores, em outras arenas, externas ao âmbito de intervenção do gestor municipal, que interagem e buscam interferir no âmbito local enquanto uma das diversas “verticalidades” sob as quais um território está sujeito, agregam outras incertezas e reduzem a governabilidade dos atores. Desse modo, o conjunto de regras e normas sociais existentes se revela em termos de uma espiral, formuladas em distintos níveis (metanormas, constitutivas ou regulatórias), formais ou informais, legais ou ilegais, disseminando-se e interagindo no território em confronto, ou articulação, com outros conjuntos de regras oriundos de outras esferas de governo ou áreas de interesse (como o mercado ou a sociedade). Observou-se nas duas regiões de estudo, mas principalmente na região de fronteira, a coexistência de diversos sistemas normativos que incidem sobre o território e condicionam a implementação da política de saúde, expressando o atributo multinível do processo de governança (Hufty, 2010).

O contexto da gestão da saúde é caracterizado de um lado, por uma proliferação de normas, decretos, leis, que definem de forma hierárquica como os demais entes devem proceder e qual o montante de recursos que receberão, em caso de adesão e de outro, da ausência de processos de regulação interna ao setor que garantam os acordos estabelecidos. Este é um problema reconhecido no âmbito da política de saúde e em nosso entendimento é um dos principais aspectos que compromete o aprofundamento da interdependência na rede de governança em saúde. A garantia de um padrão de interdependência requer a definição de objetivos comuns, o desenvolvimento de ações coletivas, com recursos compartilhados entre os atores e regulação de modo a conferir segurança aos atores envolvidos quanto aos acordos firmados (Fleury e Ouverney, 2007).

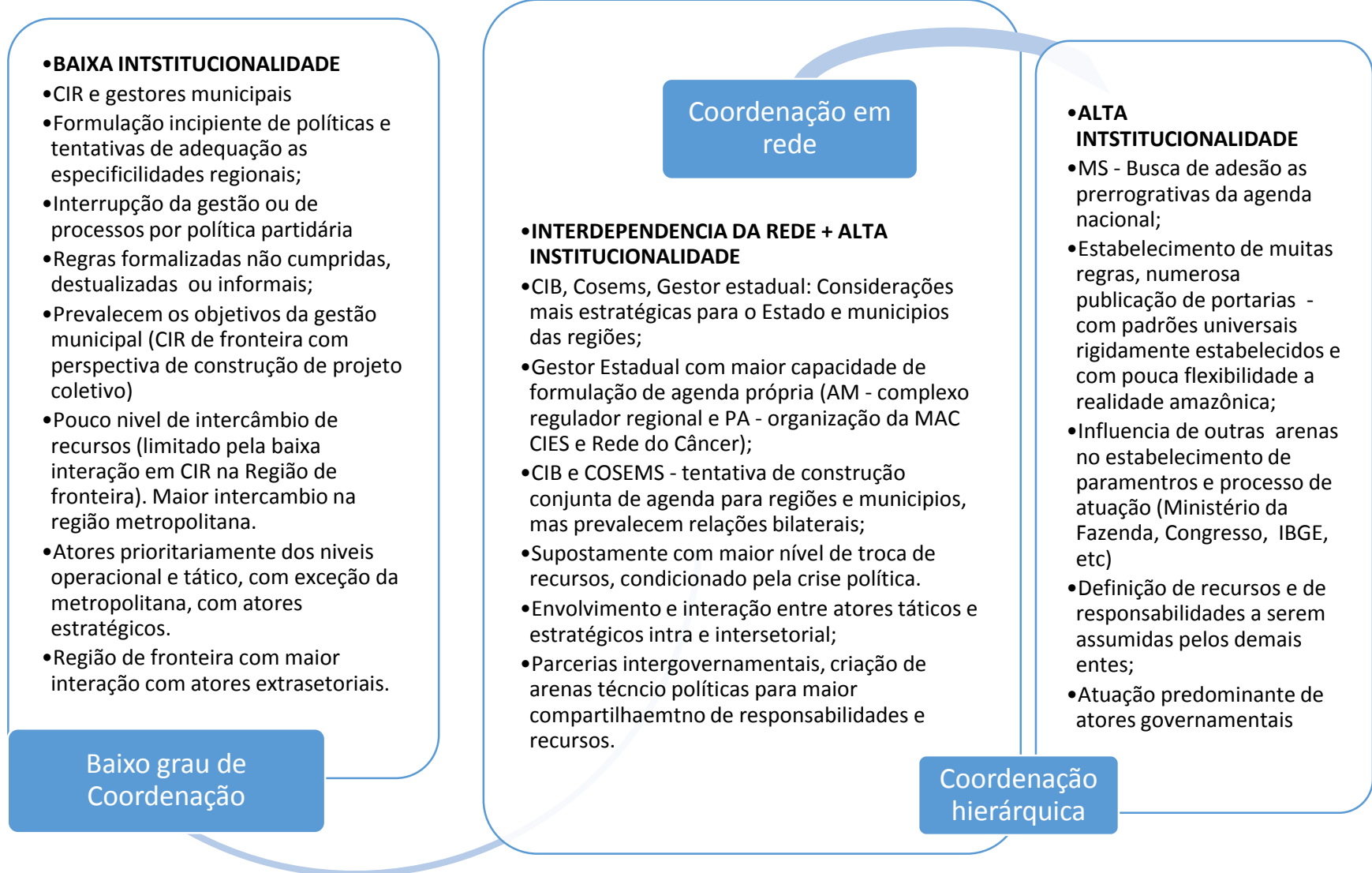
Acrescenta-se ainda a ausência de outro elemento fundamental: o planejamento estratégico que defina os objetivos comuns a fim de delimitar quais os recursos disponíveis na rede de governança, como compartilhá-los e estratégias coletivas para ampliação da base de recursos em outras arenas ou redes. O monitoramento do curso das ações desenhadas, outro aspecto que favoreceria a criação de uma base organizacional coletivamente construída, encontra-se tão longe da realidade pesquisada que parece uma miragem. A indução de padrões de compartilhamento de poder, pode ser observada melhor nos colegiados de gestão estadual (CIB) do que regional (CIR), ainda que na região de fronteira tenha sido encontrada na relação entre o subsistema de saúde indígena e os sistemas municipais. A representatividade atribuída

aos coordenadores dos distritos sanitários indígenas favoreceu a inclusão desse grupo de interesse na CIR.

Cabe dizer que no âmbito do MS não foram analisados os demais espaços com os quais ele interage, de modo que o padrão hierárquico a ele atribuído está referido ao entendimento dos gestores municipais e estaduais sobre o modo de intervenção do MS de acordo com as entrevistas e análise documental.

De acordo com os componentes apresentados no referencial teórico para análise do padrão de interdependência, sintetizamos no quadro a seguir como autoridades sanitárias e espaços de gestão colegiada atuam.

Figura 14 - Tipo de coordenação e padrões de interdependência da governança nas duas regiões de saúde



Artaza-Barrios et. al. (2013) apontam que as redes mais exitosas são baseadas em relações horizontais e não verticais de colaboração. Contudo o que a realidade empírica nos mostrou foi que nas regiões estudadas os atores da rede de governança em saúde apesar de sua autonomia e interdependência precisam seguir regras estabelecidas em outras arenas que, não apenas orientam sua atuação, como buscam favorecer a pactuação em torno de interesses e necessidades.

A habilidade de coordenação de uma rede consiste em favorecer e produzir mecanismos capazes de gerar confiança na obtenção de sucessos de médio e longo prazo no processo de interação e intercâmbio de recursos entre os atores (Artaza-Barrios *et al.*, 2013). Contudo, como tais mecanismos não são necessariamente estabelecidos nas e para as regiões de saúde, adicionada a insegurança para os atores decorrentes de processos políticos e ou conjunturais, os resultados alcançados são pontuais. Observou-se que essa confiança esteve mais forte no momento de iniciação das CIR nas duas regiões, com apoio de projetos como o QualiSus-Rede e a estratégia de apoio institucional regional (Oliveira *et al.*, 2017). Assim naquela ocasião foi possível discutir e alinhar conceitos e ideias, estabelecer objetivos comuns e coletivos em médio prazo e gerar confiança entre os membros da rede que, no momento da atual pesquisa de campo, encontrava-se bastante fragilizada.

A perspectiva de criação de contextos legais e normativos com vistas a garantir essa relação de confiança e cooperação entre os distintos agentes responsáveis pela condução de políticas públicas, não foi suficiente pois ainda faltam incentivos e mecanismos de alocação de recursos nas regiões de modo a poder sustentar a participação dos atores e a organização e pactuação em nível regional (Artaza-Barrios *et al.*, 2013).

6.3 REDES SOCIAIS DOS GESTORES EM SAÚDE

O conceito de redes foi adotado no estudo da administração pública como novo paradigma a fim de fornecer fundamentos teóricos considerados mais promissores na compreensão das transformações das relações dos Estados com a sociedade civil (inclusive o mercado). Essas transformações resultaram de processos históricos e políticos, como democratização com descentralização de funções na implementação de políticas e reformas administrativas. Os estudos buscavam compreender como e em que termos desenvolviam-se tais relações, especialmente entre atores governamentais, setores privados e organizações da sociedade (Calmon e Costa, 2013; Fleury e Ouverney, 2007; Schneider, 2006).

A abordagem de rede adotada nesta pesquisa demonstrou como se dão essas relações na governança regional em saúde, ainda que com alguns limites quando consideramos especificamente os espaços de cogestão governamental estudados. Primeiro porque diferentemente de outras realidades⁴⁰, esses espaços são exclusivos de deliberação de autoridades sanitárias, com participação rarefeita de atores de outros segmentos. Além disso, embora nestes espaços sejam referidas relações de gestores com outros atores, caracterizadas por conflito, divergência de interesses, regulação ou mesmo cooperação, as estratégias de negociação e as regras utilizadas para institucionalizar essas relações são apontadas de forma genérica e não fica muito claro em que termos se estabelecem, como por exemplo com as entidades profissionais, as organizações sociais, o setor privado e os órgãos de controle externo. Observam-se exceções, especialmente no que se refere a aspectos de contratualização para gestão ou prestação de serviços de média e alta complexidade e processos de regulação de órgãos de controle, mas também com limitações.

Mas se considerarmos a governança regional em saúde sem adotarmos uma concepção de rede de políticas de tipo ideal, observamos que os gestores da saúde, assim como outros responsáveis pela implementação de políticas públicas, relacionam-se no seu cotidiano com atores diversos e operam em redes distintas (sócio técnicas, sócio institucionais) para além dos espaços de cogestão institucionalizados, perfazendo eles mesmos sua própria rede social. Essas redes podem ser baseadas em padrões mais hierárquicos ou mais horizontais, em relações de naturezas diversas, objetivos distintos em processos de troca de recursos materiais ou simbólicos. Importa dizer que são redes vinculares e ou contratuais, que estão nas instituições que trabalhamos, no curso da vida cotidiana, e que podem se constituir em redes de suporte (Rovere, 1999).

Para tentar uma aproximação sobre como os gestores se articulam e instituem outras redes possíveis, foi mapeado com alguns entrevistados sua rede social de apoio para o exercício da função gestora e identificado os possíveis nós que dificultam ou obstaculizam sua atuação. Para tanto, foi aplicado um instrumento de mapeamento de rede, com base no referencial teórico sintetizado no quadro 2, apresentado na metodologia, em que conjugamos as categorias natureza dos vínculos, tipos de vínculos, estrutura da rede, e suas variáveis, trabalhadas respectivamente por Rovere (1999), Marques (2000) e Klijn (1995) na análise de redes sociais, cujos resultados encontram-se no Apêndice G.

⁴⁰ Como o caso Inglês por exemplo (ver (Rhodes, 2006)

Foi perguntado a cada entrevistado quais os atores e ou instituições com as quais se relacionam no processo de gestão. O mapeamento da rede social dos gestores foi feito ao final da entrevista e teve como limite a sua não realização com diversos atores por falta de tempo para as duas abordagens e por isso foi realizado apenas com 13 entrevistados. Estes resultados estão sistematizados em quadros e figuras no apêndice.

Como pode se observar, a rede social mais ampla foi citada pelo representante da gestão estadual da região metropolitana, que no seu cotidiano encontrava-se em interação permanente com a direção dos hospitais sob gestão estadual, atribuídas a um conjunto de organizações sociais, com prestadores privados e ou filantrópicos e entidades profissionais, sendo pouco relacionado a sua interação com gestores municipais. A frequência regular de contato com estes atores reflete o peso e importância destes atores para a gestão de saúde deste Estado. Dentre os recursos disponíveis e pelo qual se buscava estabelecer transações estavam a oferta de serviços (disponibilidade de leitos, processo de regulação e aspectos gerenciais) e informações, com os prestadores e principalmente poder ou legitimidade junto as entidades profissionais.

Uma das representações do estado na CIR metropolitana referenciou contatos regulares, semanalmente, com prestadores filantrópicos com vistas à oferta de serviços e diário com o COSEMS, para obter como recursos, poder e informação em relação aos municípios. No entanto causa estranhamento não ter sido mencionado diretamente nem a gestão do município da capital, dado sua importância na região e no estado, nem a coordenação do centro regional da região metropolitana já que, em tese, este ator faz a coordenação conjunta da CIR.

Outros atores entrevistados na região costumam interagir e compor sua própria rede social de acordo com as áreas temáticas nas quais atuam e a representatividade de outros segmentos nessas áreas.

Na região metropolitana, a busca de articulação do município da capital com o setor privado na provisão de serviços e mesmo na articulação com instituições de ensino foi evidenciada pelos entrevistados. Na entrevista coletiva com a equipe de coordenação da secretaria de saúde da capital foram referenciados como principais parceiros, no processo de gestão, as universidades (públicas e privadas), voltadas para formação e desenvolvimento de projetos, os grupos condutores das redes temáticas, coordenados pela SESPA e com apoio do MS, vários parceiros intra e intersetoriais envolvidos com o projeto Pacto Belém pela Vida. Este projeto desenvolve ações articuladas voltadas para o cuidado de usuários de drogas, e constitui em si uma outra rede organizacional, dentro da rede temática de atenção psicossocial, incluindo como participantes conselho municipal da criança e adolescente, conselho estadual

de saúde, federação das comunidades terapêuticas, Unicef, Senad/Ministério da Justiça, entidades religiosas, Ongs, tribunal de justiça, defensoria pública, ministério público, secretaria de assistência social, e de esporte, cultura e lazer, entre outros. A Unicef e a Brinc, foram relacionadas como parceiras em projetos para qualificação da atenção voltada as crianças e adolescentes. De acordo com os entrevistados, a gestão municipal da capital, além dos espaços colegiados, fóruns e câmaras técnicas nos quais tem assento, articula-se com o Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (CIRADS), uma arena de discussão resultante da parceria entre diversas instituições com a finalidade de analisar casos demandados por usuários do SUS e evitar a judicialização⁴¹.

“Eu acho que nunca houve uma relação de transparência tão intensa com o judiciário. Nós temos aqui o núcleo de demandas judiciais e foi instituído o CIRADS, que é uma comissão que integra todas as áreas do judiciário com a saúde do município e do Estado, uma macro parceria onde a gente discute a questão da judicialização (...) A gente reduziu intensamente no município de Belém o processo de judicialização. (...) E a própria demanda desdobrou no judiciário uma responsabilidade maior. Como eles estão vendo que tudo cai em Belém (...) estão pegando isso, descendo para as comarcas do judiciário de outros municípios para chamar o prefeito, chamar o secretário de saúde e olhar com eles porque está vindo sem regulação, sem segurança do paciente. Ou seja, já está indo para dentro de outros municípios (CO6.GM.RM).

Desse modo, a gestão municipal da capital se articula em outras redes que não apenas as setoriais. Além disso, observa-se que o CIRADS, como outro nodo da rede de governança em saúde, com um papel bastante importante para a gestão do Estado e da Capital, ajudando a induzir outros municípios na organização da sua rede de atenção, ainda que coordenado pelo poder judiciário, uma instância de poder, extra setorial, com influência cada vez mais forte na condução da política de saúde e preenchendo lacunas não cobertas ainda no âmbito da administração pública do executivo da saúde.

Na região de fronteira, o “braço” da gestão estadual – SEA Interior – interagiu regularmente com os gestores dos municípios, assim como com diretivos dos principais serviços da região, como UPA, Maternidade e Complexo Regulador. A frequência de contato com esses atores era regular, semanal, baseados em relações de cooperação. De acordo com Rovere (1999, p. 25) estas significariam formas sistemáticas e estáveis de operação conjunta,

⁴¹ Trata-se de acordo de cooperação técnica firmado pelo Tribunal de Justiça do Estado do Pará, a Procuradoria Geral do Estado/PA, o Ministério Público Estadual/PA, as secretarias de saúde do estado e do município de Belém, e diversos outros órgãos do estado, com a finalidade de instituir o CIRADS para “análise de casos concretos em que o indivíduo, assistido ou não pelo Sistema Único de Saúde (SUS), alegue não ter recebido o devido atendimento, a fim de identificar as causas do problema e encaminhar soluções” (Brasil, Tribunal de Justiça do Pará, 2014) Disponível em:

<http://www.tjpa.jus.br/CMSPortal/VisualizarArquivo?idArquivo=13249>.

tendo como valor circulante a solidariedade, supõe o entendimento e a problematização em torno de um problema coletivo e o compartilhamento de atividades. Ademais a existência de uma rede social virtual composta por todos esses atores, cuja formação ocorreu não apenas para estabelecimento de relações institucionais, mas baseadas em vínculos de amizade, confirmam a forte aproximação do ator entrevistado com a região. Logo, a natureza dos vínculos estabelecidos com os gestores e diretivos citados encontram-se entre os níveis da cooperação a associação (baseada em valores de confiança, que favorecem a formação de contratos e compartilhamento de recursos).

A gerência regional sinalizou entre seus principais parceiros, além dos gestores municipais e diretivos de unidades de saúde, prefeitos e vereadores dos municípios, assim como o próprio Cosems, em geral por reconhecer que esses atores dispõem de recursos de poder e legitimidade, importantes para negociações e acordos dentro da região. No seu cotidiano, relacionava-se com atores de setores diversificados intra e extra setoriais, para troca de recursos e obtenção de apoio: órgãos do ministério da defesa e defesa civil, para situações específicas (campanhas ou intercorrências), educação (Secretaria Estadual e Universidades) voltadas para a formação (com destaque para projetos de telemedicina).

Observação interessante referiu-se ao hospital militar de referência na rede de atenção regional (Hospital de Guarnição), cujo contato realizava-se em busca de oferta de serviços. Todos os entrevistados que o mencionaram (da gestão estadual e municipal) referiram que as relações se estabeleciam no pêndulo colaboração-conflito e a natureza do vínculo permaneceu nos níveis iniciais, ou menos profundos, dos estabelecidos numa rede, categorizados como reconhecimento / conhecimento, referidos a valores como aceitação / interesse pelo outro, o que significa o estabelecimento de laços mais frágeis.

Quanto ao coordenador do distrito sanitário indígena, seus vínculos são mais endógenos e específicos desse grupo populacional. O Ministério Público também apareceu como importante parceiro, no sentido de troca de informação e conhecimento a fim de evitar a judicialização. Prefeituras e parlamentares igualmente fazem parte dessa rede, considerando-se o acesso a recursos financeiros e políticos que possam viabilizar determinadas demandas. A forte articulação com a Marinha para orientação e troca de informações foi fundamental no estabelecimento de parâmetros técnicos para compra e habilitação de lanchas da rede de urgência indígena⁴².

⁴² Na rede social pessoal deste ator, observa-se uma grande capacidade de articulação com atores institucionais dos mais diversos setores, para garantir o alcance de seus objetivos.

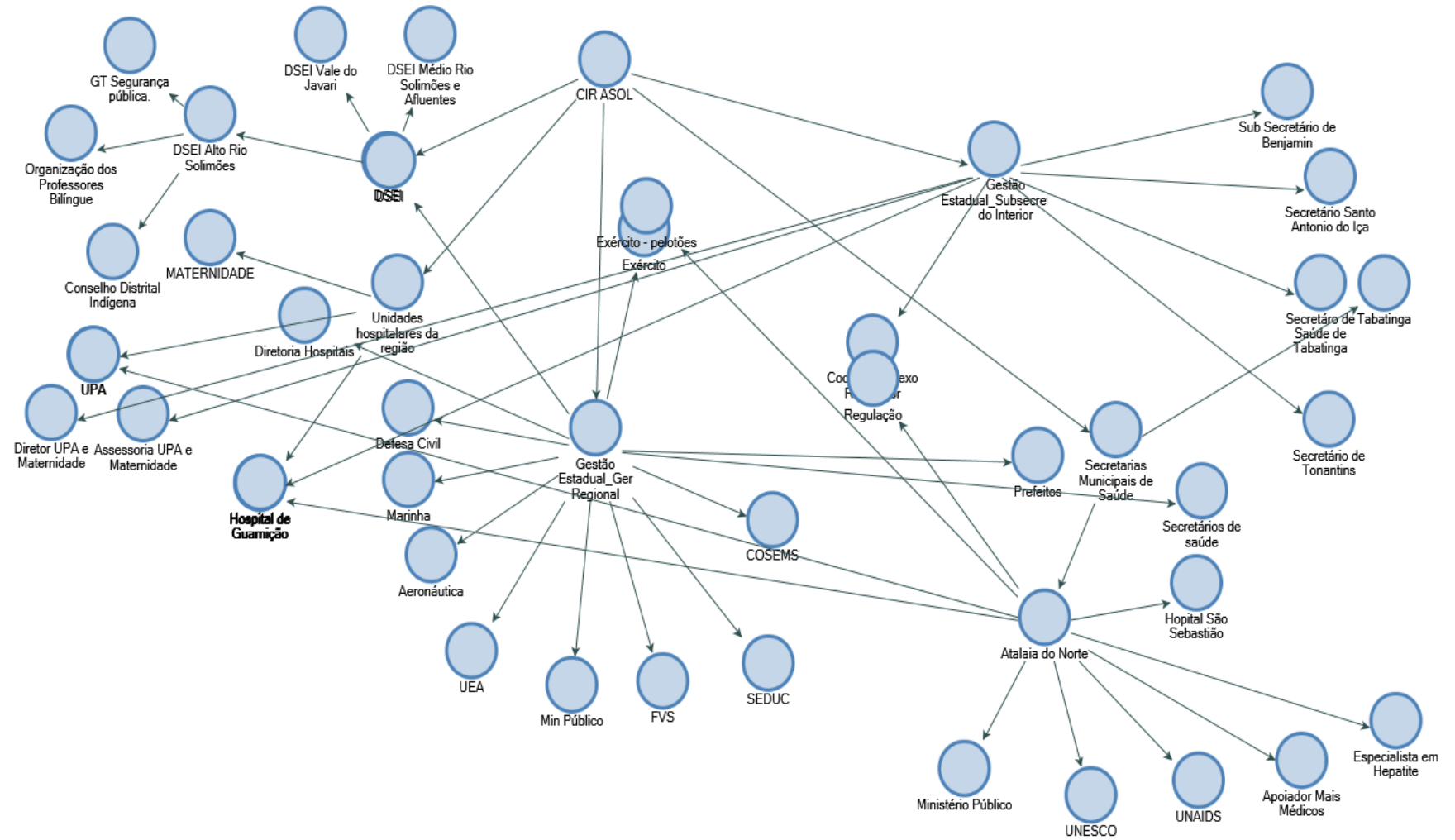
Todos os gestores municipais da região de fronteira mencionaram a gestão estadual – SEA Interior, gerência regional e em alguns casos, inclusive o secretário de saúde do estado, como suportes importantes a sua atuação. Dois gestores mantêm parcerias com instituições e ou atores, com projetos específicos para doenças / agravos prevalentes na região.

A relação com o hospital de Guarnição do exército caracteriza-se por vínculos de natureza mais frágil ainda que os contatos sejam feitos para obtenção de oferta de serviços importantes e indisponíveis em outras unidades.

Apesar de maior aproximação do subsistema de saúde indígena com os gestores na região, apenas um dos secretários referiu o DSEI como parceiro, em relação de cooperação. Foi interessante observar dentre os gestores cujo mapeamento foi possível realizar que eles não mencionaram os demais secretários municipais em sua própria rede social de apoio. Contudo, alguns gestores durante a entrevista relataram a troca de recursos com outros gestores municipais da região, baseado em suas relações proximais. Considerando-se o esvaziamento da CIR, apesar da situação de interdependência entre eles, os gestores municipais encontram-se trabalhando de forma isolada na região e sua rede social é formada de acordo com a capacidade individual de articulação e trajetória setorial na região. Isso é fortalecido pela manutenção de relações bilaterais Ministério – município.

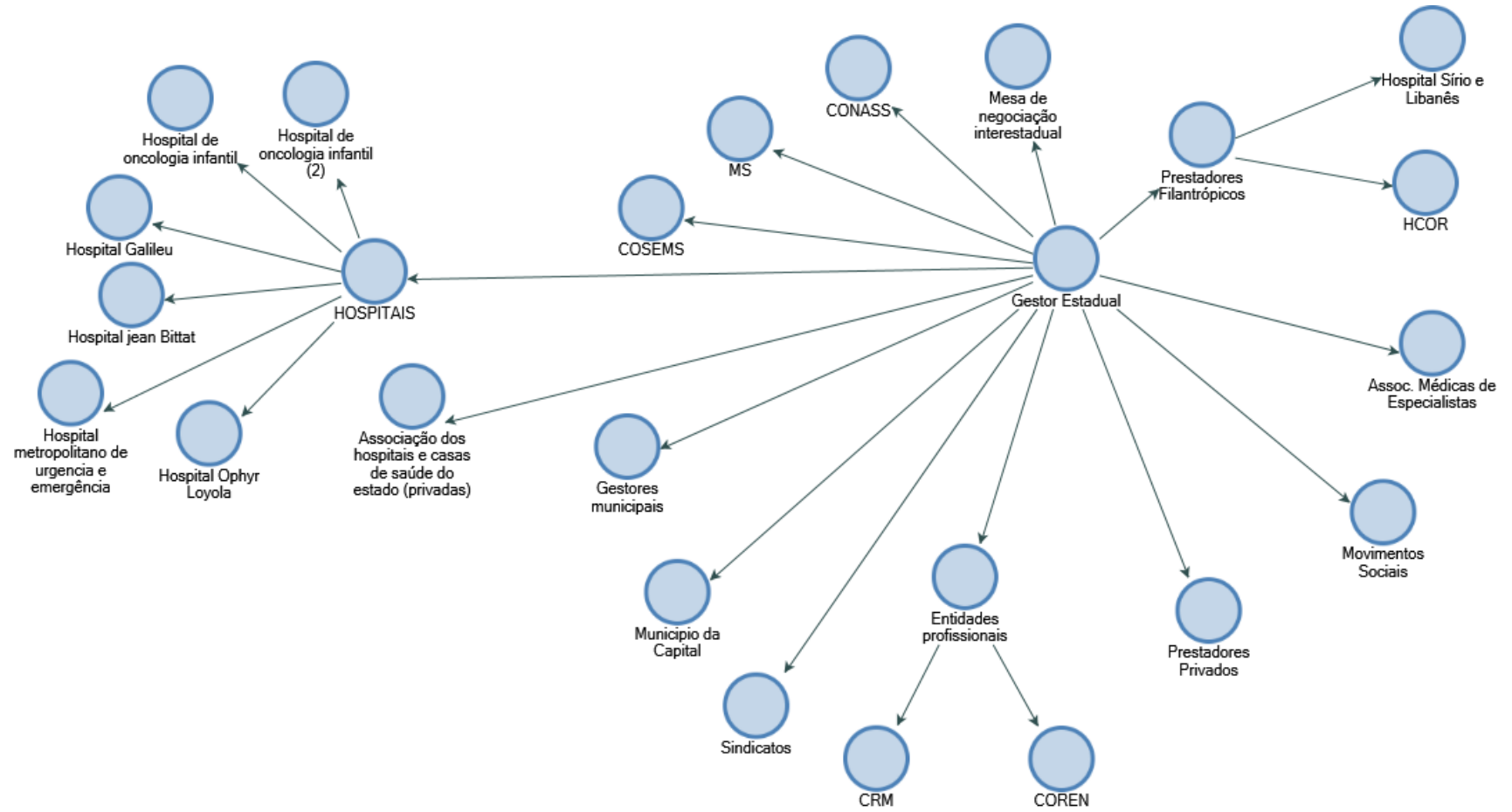
Quanto aos tipos de vínculo, todos mencionaram serem institucionais, sendo adicionado a referência a vínculos pessoais por apenas dois entrevistados da região de fronteira razão pela qual a categoria foi excluída do quadro mapeamento de rede dos gestores, no apêndice G. Abaixo, duas figuras sistematizam as redes pessoais de alguns gestores das regiões do estudo.

Figura 15 - Rede social de gestores do Alto Solimões



Fonte: Elaboração própria

Figura 16 - Rede social Gestão Estadual - Belém



Fonte: Elaboração própria

7. REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: INTEGRAÇÃO E GOVERNANÇA NAS REGIÕES DE SAÚDE

Este capítulo procurou identificar como a implementação das redes temáticas de atenção à saúde poderia estar contribuindo para o processo de governança regional. Partiu-se do pressuposto que uma vez que a organização de uma rede de atenção, e ou uma linha de cuidado específica exige a articulação dos componentes assistenciais, gerenciais e financeiros, este processo promoveria a interlocução de distintos atores e interesses e a integração de recursos, favorecendo a governança nas regiões de saúde.

Para verificar esta hipótese, foi incluído no roteiro de entrevista um bloco de questões denominado implementação de redes de atenção à saúde, que buscaram compreender quais as redes temáticas priorizadas na região, momento e situação da implantação na região e contribuição para a regionalização. Buscou-se compreender ainda como se encontrava a discussão sobre o contrato organizativo de ação pública (COAP) nas regiões da pesquisa (Apêndice A).

Da mesma forma, foram utilizados documentos, principalmente os planos das redes de atenção (estaduais e ou regionais) das duas regiões de saúde, registros em atas dos colegiados de gestão regional (CIR) e estadual (CIB), cujo conteúdo da discussão tenha sido referente a essa temática e os instrumentos de gestão municipal disponíveis tais como planos municipais de saúde e relatórios de gestão.

7.1 SITUAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS REDES TEMÁTICAS NAS REGIÕES DE SAÚDE

Regiões e redes estiveram sucessivamente articuladas no Brasil e o entendimento sobre regionalização foi condicionado pelo de rede de saúde transitando da perspectiva de *redes regionalizadas de atenção*, de orientação inglesa, para a de *redes de atenção à saúde*, incentivada por organismos internacionais, baseada na idéia de sistemas integrados e sobre o *dever* da nova gestão pública e de uma boa governança (Albuquerque e Viana, 2015). Sob esta orientação, a portaria 4.279/2010⁴³ estabeleceu os rumos e componentes das redes temáticas de

⁴³ A portaria 4.279/2010 foi revogada em setembro/2017, por meio da Portaria de Consolidação (PRC) nº 03/2017. A PRC nº 3/2017, busca consolidar as normas publicadas sobre as redes e institucionaliza a terminologia e componentes de redes temáticas, redes de serviços de saúde e as redes de pesquisas do SUS. No âmbito das redes temáticas confirma a prioridade das Redes Cegonhas, RUE, Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas (incluindo a política de

atenção à saúde que, desde então, constituíram a principal estratégia para a regionalização da saúde. Esta portaria inclusive instituiu a governança regional como um dos principais atributos das redes de atenção.

As redes temáticas de atenção à saúde foram estruturadas em torno de serviços ou linhas de cuidado prioritárias, por intermédio de componentes específicos relacionados à organização do cuidado em pontos de atenção e de sistemas de apoio diagnóstico-terapêutico e logístico (Brasil, 2014). Todas as redes têm as seguintes fases de implantação: diagnóstico e adesão; desenho da rede (em que se pactuam os fluxos dos pontos de atenção); contratualização; qualificação dos componentes da rede e certificação (Brasil, 2014).

A Rede Cegonha propõe a reorganização do modelo de atenção materno-infantil, por meio de um conjunto de ações que incluem planejamento familiar, pré-natal, parto e atenção ao recém-nascido até o segundo ano de vida. Organização de comitês de prevenção da mortalidade materna. Na atenção básica, para os municípios que aderiram apenas ao componente pré-natal, foram criados incentivos financeiros objetivando incentivar a garantia de seis consultas, a realização de testes rápidos (gravidez, detecção de sífilis e HIV) e outros exames clínicos e laboratoriais. Esta rede temática engloba a qualificação dos profissionais que atuam nas áreas obstétrica e infantil, novas estruturas de atenção como as Casas da Gestante, do Bebê e da Puérpera, os Centros de Parto Normal, ambiência das maternidades e ampliação progressiva de leitos para a rede obstétrica de alto risco. Na atenção à saúde da criança, as ações incluem promoção e incentivo ao aleitamento materno, detecção precoce de doenças através de testes diagnósticos e melhoria do acesso a serviços especializados para o recém-nascido.

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem por objetivo a articulação dos pontos de atenção a fim de qualificar o acesso a população em situações de urgência/emergência. O acolhimento com classificação de risco constitui a base de organização dos fluxos assistenciais tendo como prioridade as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica (Brasil, 2011). Contempla os seguintes componentes: promoção e prevenção; atenção básica; salas de estabilização; UPA; SAMU 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda e unidades de cuidado intensivos; inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias e atenção domiciliar – Melhor em Casa.

prevenção aos cânceres de colo e mama), a RAPS e a rede de cuidados à pessoas com deficiência. De acordo com o MS “quando se diz que a portaria foi revogada por consolidação, significa que, embora a portaria não esteja mais vigente, seu conteúdo foi consolidado e, portanto, está inserido em uma das PRCs” (Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/legislacao-da-saude/o-que-muda-com-a-consolidacao> Acesso em 08/02/2018).

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas busca orientar essa linha de cuidado por meio da organização da atenção básica; atenção especializada (ambulatorial; hospitalar e urgência e emergência); sistemas de apoio; sistemas logísticos e regulação, no qual se incluem as diretrizes para prevenção e tratamento de lesões precursoras do câncer do colo de útero e câncer de mama, conhecida como Rede do Câncer).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) inclui a atenção básica, atenção psicossocial estratégica (centros de atenção psicossocial - CAPS), serviços de urgência e emergência, atenção residencial transitória, atenção hospitalar (leitos em hospital geral), estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial.

Baseando-se no conceito de governança pública, o MS buscou estabelecer diferentes pontos de partida para uma nova estruturação das relações entre o Estado e suas instituições nos níveis federal, estadual e municipal, as organizações com e sem fins lucrativos e os atores da sociedade civil (Brasil, 2014). No desenho das políticas para organização dessas redes, o MS buscou definir arranjos organizativos capazes de fomentar a governança do ponto de vista institucional, gerencial e do financiamento.

A governança gerencial foi estruturada em torno dos grupos condutores de cada rede temática nos estados, tendo como responsabilidade realizar diagnósticos, mapear a rede existente, estabelecer prioridades, negociar e articular-se com os atores de interesse, elaborar os planos de ação e acompanhar sua implementação. A governança do financiamento foi estabelecida em termos das responsabilidades e contrapartidas constantes nos planos de ação de cada rede temática e sua operacionalização deveria ser dada por instrumentos de programação geral, contratualização e mecanismos de regulação do acesso. A governança institucional, por sua vez, deveria se materializar por meio das instâncias gestoras do SUS (CIR, CIB e CIT), considerando-se o contrato organizativo de ação pública (Coap) um importante instrumento para a gestão compartilhada e para organização das redes temáticas de atenção⁴⁴ (Brasil, 2014).

Neste capítulo analisa-se a situação de implantação das redes temáticas nas regiões estudadas e apresenta-se os argumentos para priorização das redes, os processos envolvidos na sua implementação e discute-se os obstáculos para sua consolidação. Na sequência, busca-se entender em que medida o processo de implantação dessas redes favoreceu, ou não, a integração

⁴⁴ Sua estrutura formal contempla as responsabilidades organizativas, executivas, orçamentário-financeiras (inclusive formas de incentivo), de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria, acordados e pactuados pelos entes.

e a governança regional e a análise foi realizada considerando-se cada região como caso único. O último tópico deste capítulo versa sobre as perspectivas dos entrevistados quanto ao COAP, em que foram destacados os principais elementos que inviabilizaram a adesão dos gestores a essa modalidade de contratualização interfederativa. Neste caso, os resultados foram apresentados conjugando todas as entrevistas realizadas já que não se observou diferenças de entendimento que pudessem estar relacionadas as especificidades de cada região.

Cabe destacar que a organização das redes de atenção nas regiões de saúde desta pesquisa foram objetivo de investimento do Qualisus-Rede. Um dos resultados da avaliação da implementação do projeto nessas regiões foi verificar a pactuação dos membros dos grupos condutores (com aprovação em CIR) de se buscar maior sinergia possível entre as propostas de financiamento deste projeto com as portarias para organização e financiamento das redes temáticas, que vinham sendo publicadas. Como resultado, essas redes tiveram ações priorizadas em seus projetos Qualisus-Rede para garantir recursos não previstos nas portarias específicas e vice-versa (Cruz et al, 2015).

Além de ações específicas para essas redes temáticas, foram definidas intervenções para os componentes: apoio diagnóstico-terapêutico, sistema logístico, governança e qualificação da APS. Todas buscaram investir em ações transversais as necessidades colocadas para implementação dessas redes. Ao mesmo tempo, iniciaram o processo de formulação dos planos de ação regional para sua implementação (CRUZ, *et al*, 2015). Um aspecto investigado naquela pesquisa referiu-se aos elementos que facilitaram ou que dificultaram a implementação. Considerando-se que quanto mais complexo um programa, maior é a diversidade de interesses e concepções envolvidas em sua execução, buscamos identificar os estágios de implementação das redes priorizadas e como a governança regional estaria se processando nas regiões.

7.1.1 Região metropolitana

Na região metropolitana foram implementadas quatro redes temáticas: Rede de urgência e emergência (RUE), Rede Cegonha (Cegonha) e Rede de Atenção ao Controle do Câncer (Câncer) e Rede de atenção psicossocial (RAPS). Contudo, aquelas consideradas mais efetivas foram RUE e Cegonha, com destaque para a Rede do Câncer, todas com uma coordenação específica definida para o acompanhamento da implantação no estado.

7.1.1.1 Rede Cegonha

A Rede Cegonha, uma das mais estruturadas na região metropolitana, incorporou em seu plano todos os componentes previstos (Pré-natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, Sistema Logístico, Educação, Capacitação e Gestão do Trabalho em Saúde). Foi implementada primeiramente na Região Metropolitana de Belém (2011) e depois abrangeu mais 12 regiões (Pará - PES 2016-2019).

O desenho de um plano regional para esta rede implicou o envolvimento de equipe técnica do Estado, Cosems, apoiador do MS e dos cinco municípios da região, processo que incluiu a avaliação da capacidade instalada, o desenho da rede e a pactuação da linha de cuidado.

“A Rede Cegonha já começou, do ponto de vista da estruturação, um processo diferenciado. A Rede Cegonha desenhou um plano já de região metropolitana. Os cinco municípios participaram do processo de avaliação da capacidade instalada existente na época. Então se olhou, na verdade, essa capacidade instalada para que a gente pudesse fazer o desenho dessa atenção à mulher e à criança” (CO6.GM.RMB).

A partir de então, um grande esforço foi feito nos municípios para qualificação das equipes e do processo de trabalho na atenção básica. A equipe de coordenação do município de Belém reconheceu, contudo, alguns problemas. Um deles seria a dificuldade das equipes de saúde da família em seguir as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Departamento de Atenção Básica do MS⁴⁵. Esse problema era partilhado por outros municípios. No relatório anual de gestão de outro município (2016) por exemplo, verificou-se que um dos desafios postos era incentivar as equipes de saúde da família a atuarem de acordo com os protocolos estabelecidos.

Outra dificuldade, que a capital vinha discutindo, referia-se à vinculação da gestante do município para as maternidades pois a referência da gestante de risco era a mesma unidade de referência de alto risco estadual. Também não havia um fluxo regulado para a gestante na rede de atenção, a não ser para consulta e exames, de modo que *“A questão da Rede Cegonha ela é mais porta aberta. Você não regula a gestante, ela escolhe para onde quer ir” (CO6.GM.RMB).*

A análise documental revelou que todos os municípios previram ações, especificamente no pré-natal, parto e puerpério, na região metropolitana e apenas para o pré-natal, na região de fronteira. As maiores dificuldades, no âmbito da atenção básica, referiram-se à prevenção da sífilis congênita e oferta dos exames de triagem neonatal. No caso da região

⁴⁵ Com referência aos cadernos de atenção básica publicados por este órgão.

metropolitana, isso se deveria à cobertura baixa de atenção básica (menor que 30%) e dificuldades em garantir a oferta de exames em todas as unidades.

A baixa cobertura de atenção básica no município de Belém, foi mencionada como um problema que tinha como consequência a busca pelas usuárias de atendimento na unidade de referência (Santa Casa). Mencionou-se que um desafio na região era exatamente a necessidade de reorganizar o fluxo para o parto. Investimentos da gestão estadual, nesse sentido, foram observados. A análise das atas da CIB revelou a existência de momento de apresentação e discussão sobre “Acolhimento com classificação de risco nas maternidades da Região Metropolitana I” cuja proposta partiu da Rede Cegonha, contemplando estratégias para reorganização dos processos de trabalho obstétrico-neonatal, o acolhimento, a classificação de risco, a serem implantados nos serviços.

Outro investimento foi na área de vigilância e prevenção da mortalidade materna, em que se estipulou como estratégia, a partir de 2013, uma força tarefa composta por várias áreas técnicas da SESPA para em conjunto com os municípios da região organizar a investigação de óbitos em idade fértil e maternos. Os instrumentos de gestão de todos os municípios, em 2016, fazem referência a esta ação, com estabelecimento de metas ainda não alcançadas totalmente pela maioria, mas que demonstram uma organização interna dos gestores e técnicos em torno dessa prioridade.

Do ponto de vista da gestão estadual, uma situação difícil de administrar foi a relação com os prestadores privados, com peso importante na composição da rede de serviços da região. Foi preciso criar uma equipe de supervisão das maternidades, dada a incapacidade das próprias secretarias municipais em realizá-la e, principalmente, porque os prestadores privados não queriam a princípio incorporar os parâmetros de qualidade estabelecidos no âmbito das redes temáticas.

Em 2016, a Rede Cegonha foi objeto de monitoramento pela gestão estadual com discussão de indicadores e metas, com debate realizado no colegiado de gestão regional (CIR) da metropolitana, o que incluiu uma apresentação da situação desta rede temática na região e os desafios a enfrentar. Foram mencionadas dificuldades da atenção primária em ações de prevenção, alimentação deficiente do sistema de informação do pré-natal e no custeio da referência de alto risco regional (e estadual). Foram discutidos a importância de investimento na qualificação da rede de atenção, contratualização, readequação de fluxos das gestantes entre os municípios, projetos de reestruturação de serviços (maternidades) e a necessidade de revisão do plano regional da Rede Cegonha, o que conferiu um forte conteúdo técnico a este encontro. Contudo, observou-se maior ênfase em conteúdos descritivos e situacionais e menor em

aspectos políticos, fundamentais para ajustes e recondução de processos. Isso demonstra que apesar de serem discutidos em CIR os temas das redes temáticas, seus membros encontram dificuldades para dar uma condução mais resolutiva aos problemas identificados pelos próprios gestores.

7.1.1.2 Rede de Urgência e Emergência

A Rede de Urgência e Emergência similarmente estava conseguindo se organizar melhor na região metropolitana, apesar de mencionadas algumas fragilidades. Esta foi uma das redes prioritárias do MS, com aporte de recursos importantes, principalmente para organizar a porta de entrada e leitos de retaguarda. Essa rede acabou sendo uma das mais desenvolvidas na região e em todo o estado (Pará - PES 2016-2019), o primeiro a aprovar o plano estadual de urgência e emergência. Contudo, o relato de uma entrevistada assinala descompassos iniciais nos processos de liberação de recursos sem que a rede já estivesse articulada.

"Decorrente dele (elaboração do plano para RUE) nós tivemos até a liberação das ambulâncias, cento e poucas, embora elas não estivessem nem equipadas nem com uma central de regulação funcionando. Então foi um pouco de entrave, porque chegou o momento que o TCU exigia que ou se estruturava as centrais de regulação ou devolvia as ambulâncias que foram doadas aos municípios." (E5.CG.RMB).

Boa parte das discussões nos colegiados gestores referiram-se à habilitação de serviços, processos que envolveram etapas complexas como o mapeamento da rede existente, a identificação e redefinições do perfil de serviços, adequações para evitar sobreposição de perfil assistencial de unidades, negociação com prestadores, governo do estado e MS, com muitas idas e vindas. A organização do processo de trabalho, dificuldades das equipes para operar as especificidades desta rede, definições normativas com exigências incompatíveis com a realidade, descontinuidade no cofinanciamento de componentes (por exemplo, as salas de estabilização) e demora na publicação de portarias para habilitação do serviço móvel de urgência (SAMU), foram considerados pontos que contribuíram para menor resolutividade desta rede (entrevistados 3 e 5). Como o plano estadual não se desdobrou em um plano regional, a capital Belém elaborou e aprovou o seu próprio plano a fim de promover o ordenamento desta linha de cuidado em suas regiões.

"Ele [o plano municipal da RUE] se desdobrou primeiro com o ordenamento de 11 unidades básicas [...]. todas as nossas unidades de saúde de urgência básica receberam o treinamento e o aparelhamento referente ao suporte avançado. [...] nós pegamos as áreas insulares que pela questão geográfica a gente não tem condições de ter um equipamento maior e definimos salas de estabilização." (CO6.GM.RMB).

A equipe do município de Belém reconheceu que a RUE se encontrava em diferentes momentos de implantação de acordo com a infraestrutura das suas próprias regiões, capacidade de garantir retaguarda, processos de reformas e instalação de equipamentos, treinamento das equipes etc, demonstrando preocupação em organizar esta rede nas áreas insulares, processo que em alguns casos, integrava-se também à organização da assistência hospitalar da Rede Cegonha. As dificuldades da capital com o nível de resolutividade dos seus prontos socorros, resultava em uma sobrecarga em toda a região de acordo com entrevistados da gestão estadual.

7.1.1.3 Prevenção e controle do câncer (Rede do Câncer)

Na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a linha de cuidado de prevenção e controle do câncer (PNPCC-RAS) foi uma prioridade da gestão estadual. Em 2015, foi elaborado e aprovado o Plano Estadual de Atenção Oncológica, que tem como objetivo organizar ações de controle do câncer da atenção básica à alta complexidade, contemplando ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Define-se a organização dessa rede no estado, buscando a constituição de redes regionais, a regulação de fluxos, com destaque para a região metropolitana, dado sua capacidade instalada e a existência de prestadores privados capazes de garantir a cobertura desta rede, incluindo serviços de referência em diagnóstico e tratamento e serviços de alta complexidade. Em 2017, o plano estadual da rede do câncer estava em processo de implantação.

Ocorreram vários momentos de discussões no colegiado de gestão estadual (CIB) para organização dessa rede incluindo apresentação da situação epidemiológica e da rede existente nas regiões de saúde; discussão e pactuação de aspectos relacionados a organização desta rede; articulação com a atenção primária; ações integradas com a linha de cuidado de atenção à mulher; etapas de implantação e habilitação de serviços de alta complexidade nas regiões de saúde; proposta de contratação de organização social para gerenciamento dos serviços de oncologia; novo modelo de gestão dos serviços e estratégias de definição de fluxo e acesso regulado. Destacou-se a criação de forte estrutura de apoio técnico para organização desta rede, com a criação de uma câmara técnica e um núcleo de apoio à gestão na atenção ao câncer para a mulher, sinalizando que esta rede temática fez parte da agenda da gestão estadual, que induziu fortemente esse processo. Não por acaso identificou-se entre os membros da gestão estadual que a rede do câncer vinha conseguindo mobilizar uma série de atores, configurando outra rede de política, dentro da própria gestão.

“A gente está tendo várias articulações. Temos uma câmara técnica de oncologia, o comitê de câncer de cólon de útero e mama que agrega várias instituições, dentre elas organizações não governamentais, a rede Paraíso, as Amigas do Peito, o NAGAM, que é o Núcleo de Apoio Atenção a Mulher que está tendo uma força também muito forte nessa parte de atenção. Então a gente está tendo várias articulações... a gente está tendo força” (E8.CRS/CIR.RM).

Na região metropolitana, essa rede encontrava-se com avanços nos componentes hospitalares e ambulatorial, mas com dificuldades no segundo nível da atenção, principalmente na organização do apoio diagnóstico.

Processos formativos em serviços especializados e de referência foram criados com vistas a viabilizar e aumentar a realização de determinados exames como os de prevenção de câncer de colo de útero e mama, biópsias e para realização de cirurgias de mulheres em estágio 1. O papel crucial da coordenação estadual em dinamizar e buscar a implementação de todos os componentes do plano e fazê-lo “sair do papel” foi destacado por vários entrevistados, da gestão estadual e da CIR. O NAGAN também se organizou para apoiar os gestores das distintas regiões de saúde por intermédio de reuniões e videoconferências e várias frentes de trabalho incluindo ações de prevenção, controle, assistência e qualificação profissional.

Em entrevista feita com membro da área técnica da atenção oncológica da secretaria estadual de saúde, perguntou-se qual a sua avaliação sobre a situação dessa rede temática na região metropolitana. A entrevistada considerou que a mesma se encontrava em processo de integração na região, face as iniciativas de articulação entre os níveis de atenção (atenção primária e média complexidade, principalmente) e entre a Rede Cegonha e a linha de cuidado de prevenção do câncer de colo do útero e de mama.

A concentração de serviços na região metropolitana se por um lado, contribui para melhor organização da rede dado a existência de estrutura pública ou privada para maior abrangência na cobertura da população, de outro parece conter efeitos que limitam sua integração. As deficiências existentes nas redes das demais regiões, compromete a organização da rede de atenção na região metropolitana, que ao concentrar os serviços de referência, principalmente da atenção especializada, acaba recebendo demanda de todo o estado e não consegue se planejar.

Ainda tem uma concentração muito grande aqui [região metropolitana], então não é no sentido de que está mal organizado não. É [...] porque ainda não tem uma rede melhor organizada nas outras regiões de saúde. (E3.CG.RMB);

Também se atribuiu à maior estrutura de serviços, uma das principais dificuldades de a região metropolitana conseguir se olhar enquanto região. Ademais, estava nítido para os entrevistados envolvidos com o processo de implementação que a escala estabelecida para o

alcance das redes de atenção não necessariamente se compatibiliza com o desenho das regiões de saúde.

“E aí quando a gente vai discutir a questão da região da saúde e implementação da rede na região, eu não sei mas parece que essa escala necessariamente não se compatibiliza” (E5.CG.RMB)

“Então na verdade o estabelecimento dessas referências no âmbito da rede acaba assim sendo numa escala diferente da região, porque assim é uma região que atende duas, é um serviço que atende dois regiões, que atende 3 regiões” (E4.CG.RMB).

Outro problema relatado era a necessidade de compatibilizar na região, dois comandos com interesses nem sempre coesos, a gestão do município da capital e a gestão do estado. Ainda assim, a entrevistada considerou que apesar de difícil o processo, observava esforços para compatibilização dos interesses da região metropolitana com os da gestão estadual, que adotou como principal estratégia a expansão de serviços para outras regiões de saúde.

De fato, verificou-se que a gestão estadual vinha fazendo investimentos na regionalização de serviços, na média complexidade, formação profissional e no âmbito hospitalar, alinhado com o plano de ação proposto. Observou-se certa prioridade na organização da alta complexidade⁴⁶, por intermédio da inauguração / habilitação de serviços de oncologia, em regiões de saúde do estado, com a finalidade de conseguir desconcentrar algumas referências da região metropolitana e propiciar atendimentos e procedimentos mais regionalizados⁴⁷. A rede do câncer obteve investimentos do estado para implementar estruturas de alta complexidade (UNACOM) em macrorregiões de saúde, incluindo a previsão de um serviço em região do entorno da região metropolitana 1, que possibilitaria a diminuição do fluxo de encaminhamentos para seus serviços.

“O plano estadual auxiliou bastante nisso. [...] na região metropolitana, o Marajó vai contar com o Hospital universitário que também é um Unacon. Eles estão sendo habilitados junto aos MS, já prestam atendimento, todos eles já estão funcionando, justamente para garantir que eles atendam aquela região, para que o paciente tenha acesso mais próximo da sua região a um serviço completo. Então é isso que o plano estadual está dando, esse desenho, que antes não tinha, porque tudo concentrava no Ophir Loyola [CACON] que era a única referência (E5.CG.RMB).

⁴⁶ Informação obtida com todos os entrevistados da gestão estadual e ratificada em seu sítio oficial em que consta "O objetivo do Governo do Estado é descentralizar e fortalecer cada vez mais os serviços de alta complexidade, como fez no oeste do Estado, onde o Hospital Regional do Baixo Amazonas atende a pacientes com câncer de toda região, que não precisam mais vir para Belém" (Fonte: <http://www.saude.pa.gov.br/2015/02/20/rede-de-atencao-ao-cancer-no-para-sera-tema-de-encontro/>)

⁴⁷ O que se confirmou na análise das atas da CIB no período entre 2015-2016 e no PES 2016-2019

Esse processo teve continuidade, desde que a pesquisa de campo foi realizada, conforme informações no sitio oficial da secretaria de estado. Contudo, uma medida de como a habilitação de um serviço pode ser longa é refletida pela situação da unidade de alta complexidade em oncologia (UNACON) de um hospital universitário da região metropolitana, que inaugurada em 2012, ainda aguardava habilitação para a atenção especializada em oncologia, na ocasião da pesquisa de campo (em 2016), que veio a ocorrer em maio de 2017. Houveram ainda investimentos na organização da rede diagnóstica com habilitação de laboratórios para atender as demandas de exames citopatológicos tanto para a região metropolitana como para as demais.

7.1.1.4 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) não foi objeto direto de investigação nessa pesquisa. Mas foi mencionada em diversos momentos por entrevistados desta região, razão pela qual, foi inserida brevemente nesta discussão.

A RAPS vinha sendo implantada de acordo com o que estava planejado, mas por restrições do próprio MS na liberação de recursos para construção dos centros de atenção psicossocial (CAPS) e outras estruturas, acabou não avançando o quanto a equipe de gestão do Estado esperava, ainda que estivesse caminhando à medida das possibilidades dos municípios. Sob o ponto de vista dos atores da área de educação permanente, a RAPS e da “rede humanização”, destacavam-se na região por sua capacidade de integração, bem como por apresentarem demandas para formação profissional.

“As duas principais redes que a gente observa assim destacadas é saúde mental e de humanização, não significa que as outras redes não existam, mas essas duas são de grande destaque. [...] Essas duas redes se destacam exatamente por isso porque elas procuram fazer o trabalho integrado a outras redes e a dificuldade das outras redes é que elas ainda estão se formando, se constituindo como rede em que os sujeitos se localizam e se identificam como tal” (E8.CRS/CIR.RMB).

Estes entrevistados destacaram que a noção de rede parecia bem mais forte entre os profissionais da atenção psicossocial pelo objeto mesmo de intervenção, o que favoreceu uma implementação mais articulada. Outro entrevistado assinalou que a possibilidade de implantação de CAPS na região e a desinstitucionalização de pacientes foi um grande avanço alcançado com a implementação das redes temáticas. Em relação a esta RAS foram mencionadas dificuldades de integração das equipes da RAPS com este ponto de atenção. A baixa cobertura da atenção básica no município de Belém foi igualmente mencionada como um problema para o melhor funcionamento da RAPS.

Nos instrumentos de planejamento e gestão dos municípios, identificou-se como objetivo “ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral” adotando-se como estratégia principal a inauguração de CAPS nas suas distintas modalidades (infantil, álcool e drogas etc), unidades de reabilitação e leitos; implementar programa de saúde mental, álcool e outras drogas; elaborar protocolo assistencial de saúde mental; realização de eventos; oficinas terapêuticas; qualificar fluxos e implantar matriciamento entre outras, denotando que a despeito da inexistência de um plano regional, de discussão em CIR, ou mesmo do incentivo do MS ou da gestão estadual, os municípios estavam buscando organizar internamente essa rede de cuidado.

7.1.2 Região de fronteira

Na região de fronteira, foram selecionadas as redes Cegonha e de Urgência e Emergência para iniciar o processo de implantação das redes temáticas.

A priorização da Rede Cegonha pelos gestores municipais fazia sentido tendo em vista existir uma rede mais estruturada e ações nessa linha de cuidado dada a tradição do programa de saúde materno-infantil na política de saúde e a preocupação em garantir uma atenção adequada aos grupos populacionais abrangidos. Esta argumentação faz sentido quando se depara com a realidade da qualidade da atenção a mulher na região norte. Tomasi et. al. (2017) ao avaliarem a qualidade do pré-natal na atenção básica, identificaram que somente 15% das entrevistadas em todo o país receberam uma atenção de qualidade. Essa situação é ainda mais preocupante na região norte do país, onde este resultado chegou a 8% e apresentou resultados inferiores em praticamente todos os seis desfechos analisados, excetuando-se os componentes exame físico e orientações, quando ficou à frente da região centro-oeste. Ademais, se considerarmos o perfil epidemiológico da região, com índices altos de mortalidade infantil e materna, acentuados na população indígena, e dificuldades de acesso, compreende-se a racionalidade que provavelmente orientou a priorização desta rede temática no Amazonas.

7.1.2.1 Rede Cegonha

Em 2012, formou-se o grupo condutor da Rede Cegonha, composto por representantes da SES/AM, do Cosems e apoiadores do MS. Com base em uma matriz diagnóstica, foi elaborado um plano para implementar essa rede em quatro regiões de saúde prioritárias do estado do Amazonas, incluindo a região de fronteira, com posterior aprovação pela CIB/AM. Nesse processo, diversos movimentos foram realizados: seminários de apresentação para gestores, articulação do grupo condutor com equipes de atenção primária (APS) e da rede de urgência e emergência, realização de oficinas locais, para elaboração dos planos municipais e, posteriormente, etapas para construção dos planos regionais. Esse registro aponta que este momento inicial potencializou a discussão intergestores no estado, especialmente no que se refere a organização dos sistemas de saúde municipal e integração regional relativos a esta rede, assim como para a APS e RUE (Amazonas, SUSAM, s/d).

O plano regional da Rede Cegonha considerava alguns aspectos principais para sua organização. Seus objetivos principais eram organizar novo modelo de atenção ao pré-natal, parto e nascimento e reduzir a mortalidade materna e infantil. Após dimensionamento da oferta e demanda, foi proposto um plano de ação estadual para cada componente da rede, o fluxo de atenção a gestante de risco e alto risco nas regiões e uma previsão orçamentária de custeio, que no caso da região do Alto Solimões, incluiu o hospital de Guarnição do Exército.

Contudo, na ocasião da publicação, as habilitações dos componentes regionais do Alto Solimões foram retiradas. Posteriormente, foi discutido com o MS a possibilidade de adequação do plano regional para a região, que não chegou a ser atualizado e novamente encaminhado para o MS. Assim, o Plano Regional da Rede Cegonha para o Alto Solimões apesar de construído, não chegou a ser finalizado e aprovado pelo MS e a habilitação na região ocorreu de acordo com componentes municipais (pré-natal e saúde da criança).

“Na verdade, nós não chegamos a implantar, a habilitar a Rede Cegonha na região. Não existe um plano aprovado. Existe um plano construído, só que na época que nós habilitamos a Rede Cegonha no estado, nós habilitamos as outras regiões prioritárias e o Alto Solimões não entrou porque, a maternidade não estava inaugurada, então [...] eles preferiram esperar e a gente está nesse processo de negociação novamente, de conversar com o MS para tentar fazer as habilitações da rede na região” (E2.GE.RF).

É importante dizer que quando o projeto Qualisus-Rede foi implementado na região, uma das negociações em curso com o Hospital de Guarnição tinha por finalidade que a sua maternidade (referência de alto risco) integrasse a rede cegonha, com inclusão de recursos para custeio no plano regional. No entanto, apesar de não ter sido diretamente mencionado, parece

que tais negociações encontraram dificuldades, já que se optou por conformar a rede considerando-se a inauguração de uma maternidade da rede própria do SUS em Tabatinga.

A maternidade, de médio risco, foi implantada no município de Tabatinga, constituindo a referência da região de fronteira. Quando necessário leito de UTI, a maternidade faz a referência para a capital Manaus por meio de UTI aérea.

“Só um exemplo: se vier de São Paulo de Olivença para a maternidade de Tabatinga, e o problema não for solucionado, Tabatinga faz a referência para Manaus. Liga, diz como é que está a situação da paciente e aí entra a nossa UTI aérea para ir buscar o paciente. [...] é um avião que é equipado para isso e por exemplo, se o município não tem aeroporto homologado, o avião tem que aquatizar, né?! Pousar na água. [...] por exemplo, se for buscar um paciente em Tonantins ela vai ter que aquatizar, pegar o paciente lá no porto de Tonantins, entendeu?! (E3.GR.GE.RF).

Um dos principais problemas na região refere-se à mortalidade infantil entre os indígenas, uma vez que várias mulheres preferem ter seus filhos nas próprias aldeias ao invés de buscar atendimento nos serviços de saúde, só o fazendo em situações críticas. Por esta razão foi previsto no plano uma sala de parto para essas mulheres, implantada na maternidade, e que incorpora elementos culturais, além do processo do parto poder ser acompanhado pela parteira tradicional.

A habilitação em âmbito regional, no momento da pesquisa, dependia ainda da resolução de algumas questões e negociações junto ao MS para que a maternidade da rede própria conseguisse a certificação dentro dos parâmetros da Rede Cegonha. Um desses aspectos era a necessidade de reduzir o seu índice de cesarianas, o que no entender de um dos coordenadores da UPA/Maternidade, parecia uma meta de difícil alcance já que a maternidade constituía a referência para parto de risco na região.

“Está fechado essa situação, mas tem algumas coisas que não estão resolvidas e aí essas que não estão fechadas impedem que a gente seja Rede Cegonha. [...] Tem uma articulação grande que foi feita, que foi pactuada e que está funcionando, mas ela ainda não está como Rede Cegonha” (E1.GM.RF).

Um gestor identificou uma série de dificuldades para o funcionamento desta rede, ainda não implantada em seu município. Relatou falta de apoio, problemas no suporte para os casos de emergência, com funcionamento precário desde o município até a região, além de dificuldades de garantia de fluxo para as gestantes que, por sua vez, acabavam direcionando-se diretamente para a maternidade de Tabatinga.

Assim, reconheceu-se que era preciso maior suporte da gestão estadual aos municípios do interior (Entrevistados 4 e 6). Além das dificuldades logísticas para pouso da aeronave em alguns municípios, o serviço aéreo de UTI contratado pela SUSAM em horas de vôo tem um altíssimo custo para a gestão estadual. O acesso a este serviço nem sempre é fácil por parte da

secretaria de Tabatinga ou mesmo da coordenação da UPA / Maternidade e a negociação com a gestão estadual nem sempre resulta o esperado, expressando as enormes dificuldades de acesso a esse nível de complexidade, pela população da região. Este é um exemplo de como a geografia física da região tem características que condicionam de forma importante o acesso.

Apesar do componente regional desta rede não ter sido implementado, reconheceu-se que muito se avançou na região na perspectiva de organização dessa linha de cuidado – parto e nascimento, com a implantação inicial da UPA e da Maternidade (incluindo ambiência para partos de mulheres indígenas), discussões sobre o pré-natal com as coordenações municipais da atenção básica, previsão de capacitação de parteira tradicionais, entre outros aspectos da organização a atenção a saúde da mulher e da criança.

Contudo, nos instrumentos de gestão analisados dos municípios, encontrou-se uma referência tímida a esta rede no rol de prioridades e apenas por alguns municípios. Neste caso, a ênfase recaiu no alcance de metas relacionadas as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer do colo de útero e de mama (nesse caso, por apenas dois municípios), detecção de sífilis em gestante, número mínimo de consultas pré-natal, mortalidade infantil, todas ficando abaixo do estabelecido. Apenas no caso do parto normal, o percentual pactuado foi alcançado pela maioria dos municípios.

Interessante notar que no RAG estadual de 2016, a gestão estadual apresentou justificativas para as dificuldades do estado em alcançar essas metas, apesar dos investimentos oriundos da rede temática. No caso dos exames para detecção de câncer do colo, a justificativa foi a crise financeira do estado e dos municípios, acrescidos de problemas decorrentes de mudanças no fluxo de lâminas (município/laboratórios) causadas pelo descredenciamento de laboratórios, dificuldades de alimentação de dados sobre a realização de exames nos SIS (SISCOLO/SISCAN), mudanças de gestão e rotatividade de profissionais que trabalham nessa área devido às eleições municipais, um aspecto relevante na região, quando verificamos o alto percentual de profissionais contratados, com percentuais que ultrapassam mais de 80% em alguns municípios. Quanto às dificuldades em garantir o acesso ao exame de mamografia, segundo a gestão estadual, o não atingimento de metas em todo o estado deveu-se à: baixa qualidade dos serviços de internet que prejudicaria o envio de imagens via web; indefinições quanto a responsabilidade por alimentação do sistema de informação (se do município ou da empresa contratada para o serviço nas regiões do interior); término do contrato com paralisação do serviço, ocasionado uma queda brusca no número de mamografias realizadas; número expressivo de mamógrafos parados por falta de manutenção e problemas operacionais (Amazonas, SUSAM, Relatório Anual de Gestão, 2016).

A dificuldade em reduzir as taxas de mortalidade infantil tiveram como elementos explicativos neste mesmo documento, a melhoria do sistema de investigação de óbitos, contribuindo para o aumento da notificação; maior mortalidade concentrada nas regiões do interior vis a vis as dificuldades de contratação e fixação de RH; dificuldades para descentralizar infraestrutura e tecnologia; condições de sobrevivência dos recém-nascidos encaminhados para a capital bastante comprometida apesar de capacitações em AIDIPI neo, para reanimação e transporte neonatal terem sido realizadas; inexistência de incubadora para o transporte, exceto Manaus, que concentra a totalidade de leitos neonatais (Amazonas, SUSAM, Relatório Anual de Gestão, 2016).

7.1.2.2 Rede de Urgência e Emergência

A rede de urgência e emergência teve seu plano regional aprovado pela CIB e pelo MS, em 2012, com emissão de portaria definindo o aporte de recursos para os municípios do Alto Solimões (Portaria 2.323/2012). O plano regional tinha como objetivos, a articulação dos serviços, priorizar as linhas de cuidado cardiovascular e cerebrovascular, instituir o acolhimento com classificação de risco nas unidades, integrar a rede de atenção por meio de uma central de regulação regional, mapear os recursos necessários para implantação do SAMU e explicitar as responsabilidades e compromissos entre os gestores, dos distintos níveis (Amazonas, SUSAM, Plano Regional da Rede de Atenção às Urgências, 2012).

Foram previstos para os pontos de atenção às urgências formação profissional nos protocolos de classificação de risco e em linhas de cuidado e concurso público para reposição de servidores. No âmbito da estruturação da rede física de serviços, previu-se a construção de serviços de pronto atendimento e maternidade em Tabatinga com 32 leitos, conclusão de reforma e reequipamento dos hospitais de Benjamin Constant e Atalaia do Norte e construção de hospital em São Paulo de Olivença, o que ocorreu nos anos subsequentes. Foi desenhado um plano de ação para cada componente da Rede de Atenção às Urgências: Promoção, Prevenção e Vigilância; Atenção Básica; SAMU 192; Salas de estabilização; Unidade de pronto atendimento, hospitalar e conectividade. Observou-se uma forte sinergia entre o plano regional e o que foi programado no Projeto Qualisus-Rede, refletindo as intenções dos atores, gestores, em otimizar recursos oriundos em ambos projetos de modo a melhor aproveitá-los para qualificação dessa rede. Dentre os elementos implantados desse plano, destacou-se a implantação do SAMU 192, que incluiu a central de regulação regional, a UPA em Tabatinga, conectividade e telemedicina.

O SAMU havia sido implantado recentemente nos municípios de Tabatinga, São Paulo de Olivença, Tonantins, Santo Antônio do Içá e Benjamin Constant, já habilitados pelo Ministério da Saúde e em funcionamento. No momento da pesquisa de campo, estava previsto mais dois novos serviços, em Fonte Boa e Jutai. As ambulâncias fluviais (“ambulanchas”) que fazem o deslocamento dos pacientes do SAMU foram adquiridas pelo Estado (por EP) e distribuídas para os municípios. Cada município faz o custeio das duas equipes (terrestre e fluvial), tendo que assumir todas as despesas com recursos próprios até que a habilitação seja feita pelo MS o que, quando ocorre, não é contabilizado retroativamente.

“Eles [municípios] tiveram um problema no início porque o Ministério da Saúde não habilita mais retroativo. Tem uma instrução da CGU que disse que a habilitação a partir daquele momento que é feita... é dali para a frente, então, o SAMU ele sempre foi um projeto assim: Você começa, você banca sozinho e depois a gente habilita, então por conta disso eles tiveram problemas” (E1.GE.RF).

Em Atalaia do Norte, a gestão municipal encontrava-se as voltas com o processo de elaboração do seu plano para o SAMU, identificando como principal problema de negociação junto ao prefeito, a necessidade de garantir com recursos próprios a implantação desse componente por pelo menos um ano em um contexto de dificuldades orçamentárias pelas prefeituras.

Digno de nota é que o apoio financeiro retirado pelo MS para as salas de estabilização e o atraso no repasse dos recursos dos serviços de SAMU implantados, foram elementos de desgaste nas discussões da CIR e principalmente da CIB, nas duas regiões estudadas, entre 2015-2016. Possivelmente, a centralidade desses problemas para a gestão local, promoveu a ênfase dada a essas questões quando se discutiu o processo de implementação da RUE nas regiões, ficando ofuscados da discussão os demais componentes dessa rede que, outrossim, não foram incorporados nos instrumentos de planejamento e gestão dos municípios.

Em síntese, as redes temáticas encontram-se em momentos distintos de implantação dado características regionais e da própria condução da política nacional. As redes Cegonha e RUE foram implementadas nas duas regiões e contam com participação diferenciada dos municípios, dado as redes de serviços existentes, capacidade de oferta de prestadores privados e de financiamento. Foram iniciados processos mais vigorosos de implementação das redes do câncer e da RAPS na região metropolitana, provavelmente em virtude de possuir em seu território equipamentos de saúde para referência dessas redes. Na região de fronteira, a RAPS aparece apenas em termos do componente “atenção psicossocial estratégica”, ou seja, implantação de CAPS. O quadro a seguir sintetiza as principais características das duas principais redes temáticas implantadas nas regiões da pesquisa: Rede Cegonha e RUE.

Quadro 12 - Situação da implementação das Redes Temáticas nas regiões de saúde

<i>Situação da Rede Temática</i>	<i>Região Metropolitana</i>	<i>Região de Fronteira</i>
Rede Cegonha		
Adesão	Sim	Sim
Habilitação regional	Sim	Não
Habilitação municipal	Sim	Sim – Componente pré-natal
Plano de ação regional	Formulado	Formulado
Plano de ação estadual	Sim	Etapa 1 – aprovada com portaria publicada
Apoio Qualisus-Rede	Sim	Sim
Apoiador Estadual / Ministerial	Sim	Sim
Grupo condutor municipal	Sim	Não
Definição de responsabilidades		
• Participação dos Municípios	Sim, detalhada nos instrumentos de gestão municipal.	Sim, pouco evidenciada nos instrumentos de gestão municipal.
• Participação do Estado	Sim	Sim
Monitoramento em CIR (2015-2016)	Sim	Não
Rede de Urgência e Emergência		
Adesão	Sim	Sim
Habilitação regional	Sim	Sim. Etapa 2 aprovada. Unidades sob gestão estadual e incorporação de recursos MAC.
Habilitação municipal	Sim	Sim
Plano de ação regional	Formulado	Formulado
Plano de ação estadual	Sim	Sim
Apoio Qualisus-Rede	Sim	Sim
Apoiador Estadual / Ministerial	Sim	Sim
Grupo condutor municipal	Sim	Não
Definição de responsabilidades		
• Participação dos Municípios	Sim	Não
• Participação do Estado	Sim	Sim
Monitoramento e avaliação em CIR (2015-2016)	Não	Não

Fonte: Elaboração própria

7.2 CONTRIBUIÇÃO DAS REDES TEMÁTICAS PARA INTEGRAÇÃO REGIONAL E GOVERNANÇA

7.2.1 Região metropolitana

Quando perguntado aos entrevistados qual a contribuição das redes temáticas para a região de saúde, houve um consenso sobre esta proposta ter desencadeado o diagnóstico da estrutura existente e dos déficits da rede de atenção, necessidade de implementar fluxos e linhas de cuidado, no âmbito das regiões de saúde, possibilitando a identificação de estratégias de enfrentamento, de acordo com o disposto nas portarias e as limitações orçamentárias vivenciadas.

“Eu acho que é muito positiva [a proposta das RAS] porque ajuda a identificar, diagnosticar os principais estrangulamentos da rede, criar estratégias de enfrentamento e enfrentar de uma certa forma dentro das limitações orçamentárias, o entendimento do papel de cada profissional, de cada instituição de saúde mental, por exemplo. Então é uma construção e também é uma pactuação que nós fazemos ao longo de cada reunião, e demora porque ela é uma pactuação coletiva” (E8.CRS/CIR.RM).

“Na verdade, eu entendo assim, a questão das redes temáticas, elas vieram atender o que foi considerado como enfoques prioritários, que eu entendo que a rede de atenção ela é única com diversos pontos que necessitam ser fortalecidos. E entendo que as redes temáticas vieram justamente para a produção de planos no sentido mais organizados de fluxo e da linha de cuidado mesmo, que em muitos casos, não na região metropolitana propriamente, realmente é considerado muito complicada em algumas regiões do estado por conta de suas características” (E3.CG.RMB).

“Acredito que todo o esforço é para se tentar trabalhar as prioridades, as necessidades daquela linha de cuidado, daquela linha de atenção e o fluxo, como obedecer esse fluxo. Porque, na realidade, o que a gente percebe, é a dificuldade justamente de seguir esse fluxo de encaminhamento e aí o que acontece? Muitas vezes as pessoas têm dificuldade de acesso por profissionais desconhecerem o fluxo: como é que encaminha? Para onde encaminha? Então, eu acho que a linha de cuidado, ela te dá todo um entendimento de como funciona essa rede” (E11.CAT/GE.RMB).

Quanto à relação entre essa política e o processo de regionalização, embora não tenha havido consenso, um elemento comum foi ter dado algum ordenamento no sistema de saúde na região.

“Eu acho que no nível que a gente está não é exatamente a questão da regionalização, é o ordenamento do serviço para os atores entenderem e diagnosticarem o seu território e procurar, articuladamente procurar integrá-lo, a gente está nesse nível” (E9.CRS/CIR.RMB)

A implementação das redes temáticas encontrava-se em diferentes tempos e movimentos nas regiões de saúde, configurando situações de maior ou menor fortalecimento regional. Os momentos diferenciados de implantação estão articulados à existência pretérita de

certa organização de programas e ações, como a atenção a saúde da mulher, e as necessidades de saúde atuais, que já demandavam algum nível de organização regional nas regiões.

“Eu diria que é diferenciado isso [a contribuição das redes temáticas para regionalização] porque em algumas regiões está mais fortalecido. Eu diria que o que tem tido uma potência maior é a Rede Cegonha, porque é algo que é a atenção materno infantil, algo muito presente já em todas as realidades. Aliás, tudo é muito presente, como a urgência e emergência... a história dos acidentes de trânsito com moto é um problema geral, generalizado. Essas situações que eram já necessidades de saúde, que precisavam ser priorizadas... então fomenta, eu não diria a regionalização, eu diria que fomenta a atenção a esse problema na região. A organização para dar a resolutividade a esse problema” (E3.CG.RMB. Grifo meu).

Um dos membros do colegiado da gestão estadual considerou que as principais orientações normativas (Portaria 4.279 e Decreto 7.508), contribuíram sinergicamente para que os Estados repensassem seu desenho de regionalização, exigindo uma qualificação mínima da rede assistencial nas regiões de saúde e a necessidade de construção de planos para os territórios. Outro entrevistado, identificou que o dispositivo das redes de atenção incorpora a perspectiva regional, e não apenas municipal, mas que essa lógica não tem prevalecido.

A equipe dirigente da secretaria municipal de saúde da capital tem representantes que participam dos grupos condutores das redes, no âmbito estadual, e internamente, formaram seus próprios grupos técnicos. Participam ainda de outros fóruns como o comitê de mortalidade, onde interagem distintos atores. Contudo, apesar da potencialidade dos debates, nos distintos espaços, a equipe reconheceu que as discussões acabam não sendo levadas para a agenda da CIR da metropolitana.

No âmbito municipal, existem gargalos relacionados à organização e cobertura da atenção básica que, a princípio deveria estar qualificada, para sustentar o bom funcionamento das redes de atenção. Uma entrevistada, da gestão estadual, reconheceu que a atuação e responsabilização dos gestores municipais na organização da rede de atenção nem sempre é adequada.

Ainda é muito incipiente essa atuação. Porque, a gente trabalha nesse sentido de estimular para que eles [gestores municipais] realmente garantam esses serviços de atenção primária, que é competência do município e façam as devidas referências para os serviços de média. Porque assim, o grande nó também da oncologia é o serviço de média complexidade, por exemplo, as biópsias (...) Então o que a gente está tentando, pelo menos na rede da mulher, que já está mais estruturada, é que ela garanta esse serviço de média complexidade, para que ela possa ter acesso a esse serviço de referência e se for um caso realmente de câncer ela poder ser encaminhada para o nível terciário. (E10.CAT/GE.RMB).

A insuficiente estrutura de serviços foi mencionada como outra lacuna que precisava ser resolvida para o bom funcionamento de qualquer rede temática. Um importante aspecto aludido por uma entrevistada referiu-se à forte dependência do município da capital da rede

estadual, especialmente o que se refere a atenção especializada. A capital, sem investimento na composição de uma rede pública própria, acaba ficando refém do prestador privado, que mesmo em situação de convênio determina os valores, muito mais altos que os pagos pela tabela SUS, e os tipos de serviços oferecidos, com impacto na cobertura e qualidade da assistência.

“Então eu vejo que o fato de Belém não ter essa estrutura assistencial, de não ter por distrito sanitário uma policlínica que oferte consultas e exames especializados, ficou dependendo das Unidade de Referência Especializada (URE) do estado, que era para atender pelo menos uma parte da região, e acaba sendo usada pela população de Belém porque inexistente na rede própria do município isso. E você sabe que prestador não quer ofertar esses serviços ambulatoriais pela tabela SUS. Ele quer por uma tabela complementar, então quando eles compram algum serviço desse nível ambulatorial é por tabela diferenciada, fica muito mais caro e aí você tem uma baixa cobertura desse nível intermediário aí, na atenção ambulatorial especializada, seja de consultas como de exames especializados porque Belém não tem essa estrutura” (E5.CG.RMB).

Reconheceu-se que nesse movimento para discussão das linhas de cuidado, avanços teriam ocorrido principalmente no sentido do envolvimento de profissionais e integração de distintos atores no processo de discussão.

“mas o que eu acho muito legal é o brilho no olho do pessoal, sabe? Cada reunião dessas, mostra os avanços.... Porque vai havendo troca de ideia com os outros. É um negócio muito interessante, que eu acho que pode estender para outras redes, ampliar a participação social. [...] nós vamos juntar a urgência e emergência do estado com o SAMU e os bombeiros no mesmo lugar, para ter uma central de regulação” (E2.CG.RMB)

Apesar disso, sob a perspectiva da gestão estadual, a implementação das redes estava ocorrendo desvinculada da regionalização, porque era atrelada à rede de serviços existentes nas regiões, privilegiando aquelas com maior concentração de serviços. As diferenças no escopo da rede temática e os limites do recorte da região de saúde com a estrutura de serviços existentes constituíram tema comum no discurso dos entrevistados.

“Hoje as redes, elas estão desvinculadas da regionalização. Porque o que você fez? Você verificou quais são os prestadores que têm potencial, de acordo com os requisitos para aderir às redes temáticas. Não é que as redes temáticas viessem a fazer a remodelagem desse serviço. A lógica, ela está um pouco desfocada, porque na legislação, você potencializa prestadores e às vezes, tu podes ter uma má distribuição disto aqui” (E5.CG.RMB).

Foram tecidas algumas críticas ao modo de implementação destas redes pelo MS. Um ponto bastante discutido foi que as portarias das redes temáticas “amarraram” os tipos de serviços e procedimentos com pagamento autorizado e com isso, alguns entrevistados percebem que se perdeu uma perspectiva mais abrangente em termos de como um serviço existente na região poderia contribuir para a rede. No caso da RUE, considerou-se que muito pouco do que estava previsto no plano foi de fato implementado, tendo sido priorizadas apenas as portas de

entrada e os leitos clínicos e que por isso era difícil avaliar sua contribuição para a regionalização (Entrevistados 6 – Gestão municipal). Sob esse aspecto, outro entrevistado afirmou que a não priorização das portas de entrada já existentes para qualificar o atendimento às urgências foi um erro e a opção de construção de unidades de pronto-atendimento, cujo custeio para os municípios é bastante alto, acabou por conformar uma porta de entrada paralela à atenção básica. Destacou-se ainda o descompasso no modo de ordenamento do sistema pelo MS que, mesmo com a proposta de organização de redes de atenção, desconsidera o enfoque regional.

*“Enquanto ordenador nacional, enquanto propor modelos assistenciais, acho que propor as redes foi uma boa alternativa, mas não concordo com todas nem a forma como foram colocadas. [...] E o grande nó e que não é só das redes é o de sempre, é o descompasso nacional no ordenamento do sistema. Não se tem um olhar regionalizado para o país, não se olha o país como ele é, que cada região tem uma especificidade que o MS não respeita, seja o cofinanciamento, seja nas estruturas assistenciais postas, nos custos que colocaram para os investimentos onde o metro quadrado de obra é nacional. Então esse é um ponto. Outro ponto, além de desconhecer... **desconhecer não, não considerar, porque conhece, mas não considera, né? Aí vem as especificidades regionais que as redes deviam olhar e não olham**” (E5.CG.RMB. Grifo meu).*

Essa percepção combinou-se com a de outro entrevistado, que refletiu a impossibilidade de garantir o acesso em todos os níveis de atenção na maioria das regiões de saúde mesmo com o investimento feito na organização das redes temáticas. O aumento e alocação de novos recursos para área assistencial ficou condicionado a adesão às redes temáticas, sem que o MS abrisse a discussão para o realinhamento da tabela SUS, de modo que

“e os recursos que não estão em rede? Continuam há 10 anos defasados de valores, quebrando estados e municípios se eles quiserem garantir a assistência. [...] Então eu vejo que as redes, no sentido de que veio como única proposta de alocar recursos na assistência de média e alta complexidade, não deu conta de fazer isso e nem resolver os problemas dos procedimentos que não estão nas redes e que não tiveram correção nenhuma” (E5.CG.RMB).

Na ausência de uma política nacional para a atenção especializada, de um lado as redes temáticas procuraram “cobrir” essa lacuna e, de outro, encontram dificuldades em se concretizar exatamente em face da inexistência dessa política.

Observou-se nas atas, planos e entrevistas que se as redes possuem problemas no processo de implantação, na verdade, diversas articulações, fóruns e espaços de negociação, técnica ou política, foram criados para operar a organização dessas redes, mesmo que os atores envolvidos não sejam necessariamente os gestores municipais e o conteúdo dessas discussões esteja ao largo do espaço da CIR, como por exemplo, no caso da “rede do câncer”.

A articulação entre eixos das redes temáticas foi destacado como ponto positivo da integração, como entre as redes cegonha e de urgência e emergência, ainda que ambas se encontrassem em tempos diferenciados de organização na região metropolitana.

A contribuição das redes de atenção nessa região foi avaliada pelos entrevistados em termos da capacidade de “*gestão da própria integração*”, ao colocar para discutir sobre as questões tratadas na organização das linhas de cuidado, uma diversidade de atores da região metropolitana, podendo-se considerar que houve algum nível de qualificação da governança regional.

“Ou seja, eu preciso sentar todos os atores envolvidos na região que tenham o poder de decisão para poder se debruçarem sobre como nós vamos resolver, porque às vezes realmente é complicado, em alguns aspectos, é complicado mesmo” (E3.CG.RMB).

“[As redes de atenção] facilitaram a consolidação desse processo de regionalização, pelo menos no nosso estado, onde nós levamos muito a sério a construção dos planos das redes... e eles não foram construídos aqui dentro do nível central, eles foram criados na região, com a participação dos municípios, com a criação dos grupos do centro regional que é o braço administrativo da SESPA, no nível central, do grupo condutor das redes. [...] então, nós temos 3 regiões e elas discutiram, sentaram, os grupos foram construídos, foram acompanhando (E5.CG.RMB).

“Talvez a gente precise fazer essa avaliação considerando outros critérios, que não só o financeiro, mas a gestão da própria integração, que eu acho que isso aí sim, favoreceu muito” (CO6.GM.RMB. Grifo meu).

7.2.2 Região de fronteira

Na região de fronteira, apesar do reconhecimento quanto aos avanços obtidos com a implementação da Rede Cegonha, foi sinalizado que, no momento da pesquisa de campo, a mesma encontrava-se desarticulada não apenas na região, mas em todo o Estado do Amazonas. Havia um forte movimento no âmbito desta rede na capital Manaus, mas não no interior, observando-se ciclos bastante diferenciados de implantação nos municípios.

Quanto a contribuição da implementação de redes temáticas para a regionalização, na região de fronteira, foi destacada que para tanto era necessário que a gestão estadual retomasse seu papel forte na região, pois a regionalização para se efetivar precisaria de mais suporte e não poderia depender exclusivamente da implantação de serviços e ou da coesão dos gestores municipais.

Outro aspecto apontado foi que ao aderirem às propostas do MS, os gestores municipais acabam colocando em segundo plano o custo para os cofres municipais no custeio dos serviços implantados e depois encontram dificuldades para assumi-lo.

“Eu acho que tem que descentralizar mais condições para essas regiões atuarem como regiões e não ser uma coisinha bonitinha que está no papel, mas na hora "H" não dá certo, não funciona. Tem algumas falhas, e aí eu entendo que o município reclama: 'Ah, mas a gente não tem custeio para isso'. Porque quando vem bonitinho do Ministério 'Ah, vamos implantar!' Depois que implanta, sobra para o município, e aí, eles dizem que não tem recurso para fazer, para comprar material, gasolina, arrumar barco, para organizar né?". (E5.DSEI.RF).)

De modo geral, observamos que os entrevistados fizeram mais menção às possibilidades de articulação entre a implementação das redes de atenção e o processo de regionalização, do que referiram aspectos mais objetivos, ficando seu discurso no nível da idealização. Ainda assim sinalizaram que a implementação por componentes das redes temáticas, se por um lado, facilita a adesão do município, para que de forma incremental possa ser habilitado no “conjunto da obra”, por outro, pode estar gerando uma percepção fragmentada quanto a sua organização. Um dos gestores entrevistado ratificou essa análise quando identificou que as RAS teriam um grande potencial para fomentar a regionalização desde que os envolvidos fossem capazes justamente de compreenderem a organização das redes para além de alguns componentes principais.

“Contribui e pode contribuir muito mais ainda se os atores envolvidos no processo de adesão às redes temáticas começarem a entender mais como funciona a coisa, nós temos possibilidades de fazer essa região virar até referência! O problema é que você pergunta hoje para uma Coordenação de Atenção Primária: 'o que é que você entende por Rede Cegonha?' 'Ah...é rede das crianças, de quando nasce e tal'. [...] porque as pessoas se focam muito num programa específico. Na Rede de Urgência e Emergência, eles usam como referência o SAMU, mas a RUE não é só o SAMU, tem muitos outros projetos em paralelo que precisam estar conversando o tempo todo, se falando” (E8.GM.RF).

Em ambas as regiões, o grau de implantação dos planos regionais das redes temáticas ficou bastante aquém do planejado, posto que não foram efetivados na íntegra, restringidos por limitações de ordem orçamentária e ou portarias que sem componentes regionalizados, dificultaram a habilitação. Como exemplos do que é exigido e difícil de ser solucionado no âmbito da gestão, foram citados a insuficiência de especialistas (neurocirurgiões, oncologista, pediatra, físico nuclear), exigências quanto a qualificação (tipo de pós-graduação, registro em sociedade de especialistas, tempo necessário para oferta de cursos, etc), associado ao tempo decorrido entre habilitação, publicação de portaria e repasse de recursos, que faz com que Estado e municípios precisem assumir o custeio de serviços sem previsão de recebimento do recurso e sem pagamento retroativo. Por outro lado, preocupava alguns entrevistados a indefinição do momento político vivido pelo país, seu impacto e falta de clareza quanto ao rumo do MS com as possíveis mudanças.

7.3 NÍVEIS DE INTEGRAÇÃO DAS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO

A perspectiva territorial, com delimitação de regiões de saúde dado suas especificidades (culturais, sociais, econômicas etc), uma etapa essencial para a modelagem de redes de atenção mais integradas, com identificação da rede de serviços existentes, lacunas assistenciais, investimentos necessários, fluxos institucionais e culturais, sem dúvida ocorreu nas etapas iniciais de organização das redes temáticas. Contudo, dado este momento “diagnóstico” de mapeamento das potencialidades e problemas da região para promover uma rede de atenção integrada, não encontrou continuidade em outros que fossem mais operativos, para definir ferramentas, estratégias e recursos financeiros a fim de se poder abordar diretamente os principais gargalos ou nós identificados para implementação das redes nas regiões.

A ênfase em habilitação por componentes fragmentou o entendimento e reconhecimento dos elementos que deveriam articular internamente cada rede. Os incentivos financeiros para adesão às redes temáticas, no modo como foram propostos, não foram capazes de organizar a rede numa perspectiva regional. Os critérios baseados na oferta de serviços existente e de racionalidade econômica, estabelecidos nas portarias, implicaram em dificuldades para que as regiões, enquanto território-vivo, conseguissem se adequar e garantir o acesso, principalmente no âmbito da atenção especializada, em contextos de populações dispersas e ou de difícil acessibilidade geográfica. A falta de uma política de investimentos para a atenção especializada, à luz das necessidades regionais, nos anos analisados, estava sendo “compensada” por intermédio de emendas parlamentares, colocando em cena relações entre atores do estado e do legislativo, que se estabelecem em outros espaços que não os de negociação instituídos para o SUS, com pouco controle sobre a dinâmica de concertação dos interesses.

Quanto aos aspectos logísticos, reconhece-se que ocorreram esforços para orientar o acesso e organizar o fluxo dessas redes por intermédio de sistemas de regulação, em nível municipal e estadual na região metropolitana e no nível regional, na região de fronteira. O transporte sanitário, outro ponto reconhecidamente problemático nas regiões para o bom funcionamento da rede de atenção, avançou nos casos de urgência e emergência com implantação de SAMU. Para os casos eletivos, não se observou qualquer indício de discussão sobre o plano regional de transporte sanitário, inicialmente previsto no âmbito do Qualisus-Rede mas não implantado, encontrando-se totalmente esquecido em termos de pauta quando da pesquisa de campo. Apesar disso, se consideramos os principais componentes das redes de

atenção (território, pontos de atenção, sistemas de apoio e governança) nos anos estudados verificamos que a ênfase de organização das redes temáticas recaiu na organização/habilitação dos pontos de atenção e do apoio diagnóstico e logístico, com destaque para uso da telemedicina, regulação e transporte sanitário das urgências e emergências mesmo que nem sempre articulado as necessidades reais das regiões amazônicas.

Déficits assistenciais e aspectos logísticos permanecem, apesar de reconhecidamente importantes para o bom funcionamento da rede de atenção, já que os gestores não conseguem encontrar, planejar e pactuar estratégias de solução a médio e longo prazo, estão destituídos de habilidades e do conhecimento necessário para avançar em propostas objetivas, possuem pouca autonomia para firmar acordos de compartilhamento de recursos e atuar de forma cooperativa.

Esses aspectos implicam em obstáculos para que as redes temáticas consigam integrar-se no âmbito das regiões, permanecendo a ênfase de organização da rede municipal e em algumas situações, referência e parcerias intermunicipais.

Nos casos de parceria público-privada, esses incentivos e as regras de pagamento por procedimentos realizados não favoreceram a reorientação de serviços e prestadores para os objetivos do SUS local. Foi preciso bastante negociação e esforço principalmente das equipes da gestão estadual para conseguir algum “alinhamento” de interesses ou ainda a intervenção de órgãos de controle externo.

Em síntese, observou-se que se inicialmente as redes temáticas propiciaram momentos de encontro e de discussão intergestores com enfoque regional, o modelo de implementação adotado comprometeu a integração e a governança regional, resultando em uma rede fragmentada regionalmente, no caso da região de fronteira e integrada parcialmente na região metropolitana, conforme quadro a seguir:

Quadro 13 - Níveis de integração de redes temáticas de atenção segundo componentes, nas regiões estudadas

Componentes das RAS	Níveis de integração: Fragmentado, parcialmente integrado, integrado.	
	REGIÃO DE FRONTEIRA RUE e Cegonha (Fragmentado – parcialmente integrado)	Região metropolitana RUE, Cegonha e Câncer (Parcialmente integrado)
<i>População território</i>	Plano regional elaborado. Desenho da região e mapeamento da necessidade de serviços. Definidos e com conhecimentos de necessidades, com estabelecimento de alguns investimentos na oferta de serviços (parcialmente integrado).	Plano regional elaborado. Desenho da região, mapeamento da necessidade de serviços, definição de perfil assistencial dos serviços. Definidos e com conhecimentos de necessidades, com investimentos para ampliar a oferta de serviços (parcialmente integrado).
<i>Oferta de serviços</i>	Majoritariamente pública. Limitada e basicamente restrita ao primeiro nível de atenção. Busca do setor privado (diagnóstico) disponível nos municípios dos países de fronteira. Alta complexidade concentrada na capital (1.000 km da região). Problemas com prestadores de serviços de manutenção de equipamentos. (Fragmentado).	Forte mix público-privado. Ampla oferta de estabelecimentos e serviços e concentra os serviços de referência, principalmente da atenção especializada e ou hospitalar, com demanda de todo o estado. Paradigmas organizacionais dos serviços funcionam de forma independente Capital – baixa resolutividade de rede própria com forte dependência da rede estadual, especialmente o que se refere a atenção especializada. Prestador privado mesmo em situação de convênio determina valores muito acima dos pagos pela tabela SUS e ainda os tipos de serviços oferecidos, com impacto na cobertura e qualidade da assistência. (Parcialmente integrado).
<i>Primeiro nível de atenção</i>	Cobertura populacional alta. Teoricamente atua como porta de entrada, porém a capacidade resolutiva é baixa (parcialmente integrado), especialmente na garantia de	Cobertura populacional baixa, especialmente na capital. Teoricamente atua como porta de entrada, porém a capacidade resolutiva é baixa (parcialmente integrado).

	exames de detecção / prevenção.	Dificuldade em garantir que equipes sigam diretrizes clínicas.
<i>Atenção especializada</i>	Acesso regulado regionalmente para serviços hospitalares e por telemedicina para alguns diagnósticos (parcialmente integrado)	Serviço especializado em rede hospitalar e extra-hospitalar (integrado)
<i>Recursos humanos</i>	Insuficientes para as necessidades – baixa cobertura de especialistas médicos (fragmentado). Parâmetros de cobertura profissional/população e exigências de formação incompatíveis com a realidade da região.	Recursos humanos existentes, mas com deficiências de competências técnicas e de compromissos com o sistema de saúde. Corporações profissionais e prestadores privados organizados em torno de interesses dissonantes/incompatíveis com o SUS (parcialmente integrado). (parcialmente integrado).
<i>Sistemas de informação</i>	Múltiplos. Não se comunicam entre si. Descontinuidade na alimentação do SARGSUS (parcialmente integrado)	Múltiplos. Não se comunicam entre si. Descontinuidade. Problemas na alimentação do SISPre-natal. (parcialmente integrado)
<i>Sistema de regulação</i>	Central de regulação regional implantada (integrado). Ambulanchas adquiridas por emenda parlamentar.	Central de regulação estadual e da capital pouco integradas. Proposta de ambulanchas não aprovadas pelo MS.
<i>Financiamento / incentivos</i>	Insuficientes e descontínuos. Baseados na oferta. Apoio financeiro retirado pelo MS para as salas de estabilização e atraso no repasse dos recursos dos serviços de SAMU implantados. (fragmentado).	Insuficientes e descontínuos. Baseados na oferta. Apoio financeiro retirado pelo MS para as salas de estabilização e atraso no repasse dos recursos dos serviços de SAMU implantados.(fragmentado).
Investimentos	Reforma / construção de unidades básicas, UPA, Maternidade (MS-Requalifica/UBS; Estado). SAMU; UBS fluviais. Conectividade para Central de regulação.	Reforma / construção de unidades básicas, habilitação de serviços hospitalares e diagnósticos, atenção especializada (MS, Estado, Emendas Parlamentares)

Fonte: Elaboração própria. Componentes e variáveis adaptados de Mendes (2011) e Brasil (2010, 2014)

7.4 O SISTEMA DE GOVERNANÇA NA PROPOSTA DAS REDES TEMÁTICAS

O “sistema de governança” envolveria “arranjos institucionais” necessários para orientar o processo de coordenação desta rede, viabilizar a cooperação entre os entes e destes com demais atores e estabelecer corresponsabilidades, mas também sistemas gerenciais e de financiamento, considerando-se a abordagem dada ao conceito de governança e incorporado na política nacional (Brasil, 2010; Mendes, Eugênio Vilaça, 2011; Brasil, 2014; Albuquerque e Viana, 2015). A governança das redes constituiria uma ordem governativa junto às gerências das distintas estruturas, capaz de articular suas relações na região de saúde, integrando ações gerenciais e assistenciais da estrutura operacional das redes: atenção primária, pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos (Mendes, Eugênio Vilaça, 2011).

Marques (2013) chama a atenção para o fato de que o uso do conceito governança vai alcançando uma abrangência que acaba por esvaziar seu próprio significado. É interessante observar a diversidade dos usos de governança nos documentos oficiais. No caso da implementação das redes temáticas identifica-se que o termo governança acaba sendo utilizado em substituição a gerência, gestão, denotando realmente um certo uso inespecífico na sua adoção. Apesar disso, considerando-se que este foi o “modelo” adotado para compreender e qualificar a governança das redes de atenção, utilizamos esses parâmetros para caracterizá-la no processo de implementação das redes temáticas nas duas regiões estudadas, sintetizado no quadro 16.

Verificou-se que a ênfase da governança das redes de atenção acabou se concentrando nos aspectos gerenciais e de financiamento, especialmente na formação de grupos condutores temáticos, no primeiro caso e na elaboração de sistema de incentivos, pelo MS e estados, no segundo. Ainda assim, os avanços nessas duas dimensões previstas para a governança das redes de atenção têm sido tímidos e existem diferenciais importantes entre a forma como a governança das redes de atenção foi idealizada e depois implementada.

No âmbito institucional, a governança requer a capacidade de coordenar diferentes organizações, uma estrutura instituída por alianças estratégicas para gerir a rede, promover interesses em torno de objetivos comuns e garantir a integração gerencial e clínica. Os colegiados intergestores, principalmente os regionais, expressaram ser restrita a capacidade técnica e política dos gestores em realizar a coordenação, articulação e integração almejados. Ademais, quando expresso pelos gestores alguma tentativa de integração gerencial e clínica, no âmbito municipal, aspectos não resolvidos da gestão do trabalho se interpuseram (vínculos distintos, autonomia de gerentes e profissionais em procederem sem responsabilidade com os

objetivos do serviço etc). Os esforços de gestão da clínica no âmbito das redes pareceram estar mais no centro das discussões dos grupos condutores já que não aparece na discussão gestora e não se comunicam, pelo menos aparentemente, com as dos espaços colegiados de gestão.

Os aspectos do âmbito gerencial da governança das redes que caracterizaram a discussão dos colegiados gestores, se referiu principalmente a organização do acesso e ampliação da oferta da atenção primária e especializada, na região de fronteira, e de média e alta complexidade, na região metropolitana. O planejamento estratégico saiu da pauta de discussões (da CIR e da CIB), a PPI da Assistência permanece sendo o principal instrumento, apesar de seus limites, planos municipais e demais instrumentos de gestão encontram-se defasados, com menção apenas a ações pontuais, na região de fronteira. Acrescenta-se o conjunto de habilidades e competências necessários para coordenar e executar os componentes do sistema gerencial permanece um desafio entre os gestores, considerando-se a necessidade de planejar, contratualizar, monitorar e avaliar.

No financiamento, a proposta original de ser orientado por plano de investimentos a fim de responder aos déficits de atenção identificados no mapeamento e desenho das redes, e de um sistema de incentivos baseado no planejamento das necessidades e não da oferta, ficou no caminho. Tais elementos se decolaram da perspectiva da regionalização, deixando-se na gaveta aspectos centrais para as regiões e redes, como àqueles apresentados pelo COAP quando iniciado seu processo de discussão.

Os achados confirmam a perspectiva de Albuquerque e Viana (2015) de que a proposta das redes de atenção à saúde, baseadas no referencial de sistemas integrados de atenção, enfatizam exatamente os aspectos gerenciais e logísticos dos sistemas de saúde em detrimento da perspectiva da região de saúde compreendida de forma mais abrangente como espaço do planejamento, de coordenação e negociação técnica e política.

Quadro 14 - Governança das redes de atenção: estratégias propostas nas normativas e implantação nas regiões de saúde.

Governança das redes de atenção		
DIMENSÕES	PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO	
INSTITUCIONAL	<i>Região de fronteira</i>	<i>Região metropolitana</i>
Capacidade de coordenar diferentes organizações, uma estrutura instituída por alianças estratégicas para gerir a rede, promover interesses em torno de objetivos comuns e garantir a integração gerencial e clínica.	<p>Fraca capacidade de coordenação das redes de atenção. Baixa articulação com planos municipais. Ênfase no componente pré-natal das redes.</p> <p>Municípios com rede de serviços exclusivos da APS.</p> <p>Atenção especializada (média e alta complexidade) e / ou hospitalar sob gestão de outros atores (Gestão estadual, Exército).</p> <p>Dificuldades de integração gerencial e clínica mesmo dentro do município.</p> <p>Gestor municipal sem autonomia/ autoridade na gestão de unidades hospitalares e conduta profissional.</p>	<p>Capacidade de coordenação da rede de atenção moderada, mais forte nos municípios principais da região.</p> <p>Menção as redes prioritizadas em todos os planos municipais.</p> <p>Atenção especializada e hospitalar predominantemente feita por prestadores privados conveniados.</p> <p>Gestor municipal com mais autonomia, mas condicionada por interesses corporativos.</p>
Reponsabilidade atribuída ao desenho institucional da governança do SUS, envolvendo gestores, conselhos e comissões intergestores.	Comissão intergestora regional incipiente na discussão sobre a governança das redes de atenção.	Comissão intergestora regional discute aspectos da governança das redes de atenção, mas sem capacidade resolutiva.
GERENCIAL	<i>Região de fronteira</i>	<i>Região metropolitana</i>
Capacidade de desenvolver e coordenar sistemas gerenciais: territorialização, planejamento estratégico, contratualização e monitoramento e avaliação.	<p>Territorialização inicial realizada.</p> <p>Planos regionais.</p> <p>Estruturada inicialmente por meio de grupos condutores de cada rede temática, no Estado.</p> <p>Grupo Conductor sem articulação com a região.</p>	<p>Territorialização realizada.</p> <p>Planos regionais.</p> <p>Estruturada e atuando por meio de grupos condutores (GC) de cada rede temática na região.</p> <p>Município da Capital com GC próprio.</p> <p>Acompanhamento e monitoramento de indicadores e metas das redes temáticas em CIR.</p>

FINANCIAMENTO	<i>Região de fronteira</i>	<i>Região metropolitana</i>
<p>Sistema de incentivos financeiros aos prestadores e serviços. Alinhamento entre incentivos econômicos e objetivos das redes temáticas.</p> <p>A estrutura formal das responsabilidades organizativas, gerenciais e orçamentário-financeiras, seria estabelecida com o COAP.</p>	<p>Sistema de incentivos alinhado aos objetivos das redes temáticas estabelecidos em portarias.</p> <p>Sem menção pelos gestores. Pouco conhecimento sobre seus elementos.</p>	<p>Ambos bastante utilizado como estratégias de implementação. Avaliação de desempenho dos prestadores ainda incipiente.</p> <p>Dificuldades para adesão apontadas. Sem discussão / menção em CIR ou CIB</p>
GOVERNANÇA DO SISTEMA	Não há função clara de governança (fragmentado).	Múltiplas instâncias de governança que funcionam de forma independente, com baixa articulação (sistema parcialmente integrado)

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Mendes (2011) e Brasil (2010, 2014).

7.5 O COAP NO CONTEXTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.

A utilização do COAP como instrumento de planejamento regional e contratualização intergestores ocorreu de forma tímida no país, já que, até 2018, em apenas dois estados: Ceará (CE) e Mato Grosso do Sul (MS) havia sido formalizado. No Ceará, foi possível identificar no sítio da gestão estadual que 20 regiões de saúde, assinaram o COAP em 2012 enquanto que a capital e outra região, o fizeram em 2014. As regiões contaram com forte papel impulsionador da gestão estadual, que colocou o COAP na sua ordem prioritária de atuação. No Mato Grosso, esse processo ocorreu entre 2012 e 2013, no qual buscou-se celebrar um COAP em cada macrorregião. Assim, dentre as 15 regiões do Qualisus-Rede, mesmo que uma das principais metas inicialmente estabelecidos para essas regiões, fosse a formalização do COAP, apenas o Cariri (CE) e Dourados (MS) conseguiram construí-lo e celebrá-lo (BRASIL *et al.*, 2016).

Considerando-se que o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) constituía inicialmente um dos elementos principais para organização das redes de atenção e para a regionalização, buscou-se identificar junto aos entrevistados das duas regiões em que nível de

discussão o mesmo se encontrava. Como não houve diferenças entre as regiões tanto no que se refere ao estágio de discussão nem na interpretação dos elementos que dificultaram sua formulação, optamos por apresentar os resultados conjugando as reflexões dos entrevistados de ambas as regiões de saúde.

Todos os entrevistados no âmbito da gestão estadual referiram que o fato do COAP só ter sido assinado em dois estados da federação refletia as dificuldades que o mesmo apresentou para os gestores. Um dos entrevistados, gestor estadual, destacou, contudo, que a despeito disso, seria um grande potencial para a governança regional.

“O Coap pela concepção talvez seja o melhor desenho que nós temos hoje a apresentar, pode ser que surjam outras propostas, mas no momento talvez o Coap seja um dos melhores desenhos que nós temos para a questão de como fazer a regionalização de uma forma efetiva” (E1.GE.RMB)

Este entrevistado relacionou uma série de aspectos que precisam ser considerados caso se deseje retomar esta proposta de contratualização intergestores. Primeiro, que não poderia se perder de vista, é que o COAP envolve um conjunto de outras participações além dos gestores, como os prestadores, com interesses distintos. Outro, é que o desenho da rede de atenção precisaria ser aprimorado, de modo a possibilitar uma cobertura mais abrangente, desde a atenção básica até a alta complexidade. Desse modo, seria preciso analisar os fluxos para melhor acesso principalmente da alta complexidade e definidos mecanismos de compensação entre os entes federativos. Para tanto, seria preciso enfrentar alguns entraves como a conhecida questão do (des) financiamento, principalmente na média e alta complexidade; a necessidade de investimentos vis-à-vis a falta de reconhecimento e prioridade pelo MS; aprovação pelas instâncias de orçamento a fim de garantir o investimento necessário para a regionalização proposta no COAP, além de fóruns de deliberação que precisariam ser constituídos, porque possivelmente o desenho de uma regionalização via Coap não corresponderia exatamente ao desenho da região adotado na saúde.

“A escala é outra. Eu vou dar um exemplo bem concreto para melhor elucidar. Não no estado do Pará, mas, por exemplo, Timon, ele está no território do Maranhão, mas a referência dele de alta complexidade é Teresina, já que é só atravessar o rio. E uma das questões é: como que você vai estabelecer compensação para garantir essa questão do acesso? Estou colocando este como um dos entraves que estão colocados” (E1.GE.RMB)

Questões relativas às especificidades da região amazônica novamente apareceram na discussão com os entrevistados sobre o COAP. Tanto no sentido de considerarem que em relação ao Coap igualmente falta um “olhar para o Amazonas” considerando-se questões de recursos, insumos, infraestrutura e logística, até a questão de como fica a organização da

atenção de populações com políticas específicas como indígenas e quilombolas, povos constitucionalmente assegurados pelo governo federal, com participação complementar de estados e municípios, mas cuja coordenação não é descentralizada.

Outro aspecto que contribuiu para inviabilizar o COAP, segundo alguns entrevistados, referiu-se a aspectos do financiamento do SUS ainda não resolvidos entre os entes federados, principalmente relacionados a necessidade de investimentos os quais os municípios não teriam condições de assumir, mas que seriam necessários para que eles pudessem cumprir com as responsabilidades contratualizadas. Esta situação poderia propiciar condições para atuação dos órgãos de controle externo. O COAP, acabou servindo de instrumento de pressão para o Ministério Público enquanto os gestores continuaram sem recurso financeiro.

“Com todo esse processo de judicialização que você vem vivendo, existia uma resistência dos pares de celebrar mais responsabilidades do que na gestão hoje são existentes em diversas pactuações, num documento aonde muitas das questões organizativas não estão dirimidas. Inclusive na questão de financiamento, de recurso, então há uma certa resistência. Isso é dito pelo próprio Cosems e pelos próprios secretários: ‘Como é que eu vou pactuar algo, numa incerteza tão grande em termos de financiamento, de recursos? Porque na hora que eu assinar esse papel entre estado e município, os tribunais, eles não vão querer saber como você vai cumprir isso. Entendeu?’” (E3.CG.RMB).

O que eles [prefeitos] alegam é que não vão ter condições de cumprir com o que está ali, né, até porque ele [COAP] vai se tornar um instrumento cartorial, na verdade, e que é, como os próprios prefeitos dizem, um prato cheio para o Ministério Público. Esse é o discurso que a gente ouviu muito, que o COAP é uma forma deles amarrarem situações que sabem que não vão ter como cumprir. Então, eles preferem não assinar” (E1.GE.RF).

Também foi mencionado a concorrência de processos entre os entes e projetos no âmbito do próprio MS. Como exemplo foram citadas ferramentas para agregação de dados com efeitos limitados em face a realidade regionais com dificuldades de acesso à internet, descontinuidade de plataformas, como a de acompanhamento das redes temáticas e ainda, a Programação Geral de Ações Serviços de Saúde – PGASS, que substituiria as outras programações e do qual a formulação do COAP passou a depender:

“[...] a outra questão é que tínhamos o PGASS também construída pelo ministério, que substituiria as outras programações. Então, à medida que ela também está sendo construída no MS, isso freou um pouco o processo de pactuação no estado, porque seria um novo modelo, onde tudo... A construção do Coap exige que tenha PGASS e o ministério ia construir esse PGASS” (E5.CG.RMB).

A paralisação na indução desse processo pelo MS⁴⁸ e a falta de solução para questões levantadas pelos gestores foi um importante justificativa para sua não adesão, levando inclusive aos prefeitos organizarem-se contra sua assinatura.

“O que eu tenho de informação é que o COSEMS e o próprio CONASEMS não tem aceitado muito o método de como o COAP está sendo feito. Inclusive muitos prefeitos, através da Associação de Municípios, foram orientados a não assinar o COAP” (E1.GE.RF).

A falta de investimentos de recursos novos constituiu outro dos principais aspectos apontados pelos entrevistados nos distintos níveis de gestão. Agregado a esta questão foi bastante mencionado a desatualização da tabela SUS paga pelo MS.

“é difícil avançar [para o COAP] enquanto a gente tem uma tabela SUS que remunera um preço irrelevante para a gente poder falar em qualificar a ampliação de oferta de serviço” (CO6.GM.RMB).

“Nós tomamos a decisão que não assinaríamos o Coap, com esse valor de assistência, seja da tabela SUS, seja a forma de colocar em rede, por que não dá para nós assinarmos um Coap, assumindo a responsabilidade de cada um, onde o ente federal diz que ele vai continuar pagando só isso e estados e municípios tendo que dar conta de assumir a assistência num território em que o desfinanciamento é tão grande. [...] Na hora em que você identifica via mapa da saúde ou o quer que seja que o que você tem na região é isso e o que falta é aquilo, cadê o recurso para implantar o que falta? Era uma pergunta.” (E5.CG.RMB).

“Era muita cobrança [no COAP] para pouco benefício para a região. Nós não íamos conseguir cumprir alguns dispositivos por conta da nossa especificidade. Sabendo que não poderia assumir e aí depois nós seríamos responsabilizados. Eu fiz uma análise profunda sobre o COAP e até mesmo orientei algumas pessoas. Não é vantagem. Pelo menos naquele momento não era vantagem” (E8.GM.RF).

O COAP em sua formulação tem por objetivo viabilizar a governança federativa por meio de um processo de contratualização entre os entes e viabilizar a integração do sistema de saúde numa determinada região, com base na definição de responsabilidades e metas. Contudo, ficou evidente a concorrência de projetos no âmbito do próprio MS. A princípio o COAP seria a estratégia capaz de propugnar a governança das redes de atenção em âmbito regional. Mas com a saída / entrada de atores importantes, principalmente na condução da pasta no governo federal, parece que essa orientação mudou de rumo.

Ouverney, Ribeiro e Moreira (2017) realizaram um estudo sobre a implementação do COAP e seu impacto nas agendas estaduais no período entre 2013-2014, por meio de seis componente principais: adesão, reconfiguração das regiões, implantação das CIR, planejamento integrado, definição de responsabilidades e assinatura. De acordo com os resultados

⁴⁸ Um dos entrevistados referiu que de acordo com o CONASS e interlocutores do MS, o COAP estava para sofrer modificações.

encontrados, o estado do Pará chegou a instituir um grupo condutor por meio de instrumento formal e o estado do Amazonas debateu agenda do COAP em CIB, contudo em ambos os casos não se manteve reuniões periódicas, nem foram identificados momentos de apresentação e discussão do COAP nas regiões de saúde, caracterizando um engajamento formal. Isso pode explicar porque, no âmbito da gestão municipal das duas regiões não se encontrou qualquer referência a este processo quando se realizou a pesquisa de campo. Os dois estados similarmente não formalizaram seu interesse em assinar o COAP ao MS. Ainda assim, ambos reconfiguraram suas regiões de saúde, instituíram as CIR e procederam um planejamento integrado, considerando-se as variáveis do estudo. No âmbito das responsabilidades, os Estados priorizaram a discussão sobre os planos para as redes temáticas, dado o aporte de recursos e a prioridade desta agenda no MS. Também discutiram em CIB a necessidade de novos investimentos pelo gestor estadual e tinham uma política de monitoramento e avaliação instituída. No entanto, as barreiras em relação ao COAP começam a ser observadas exatamente no momento da implementação, em que as responsabilidades federativas (executivas e orçamentárias) precisaram ser discutidas e definidas. O padrão de resposta da agenda estadual do COAP para os dois estados foi incipiente no Amazonas e avançada no Pará. Como elementos explicativos para as diferenças encontradas entre as regiões, os autores identificaram: os estados com agendas avançadas foram aqueles com uma combinação intermediária entre estrutura federativa (nº de municípios) e da rede de serviços, sinalizando que o COAP enquanto estratégia tem limites para contemplar a diversidade regional. Uma das explicações dos autores é a de que os estados menores podem ter desistido face a fragilidade institucional, da rede de serviços e ou da própria malha municipal e os maiores em função da complexidade de demandas e das relações federativas. Não obstante, um argumento fundamental está relacionado com o aporte de recursos, já que *“grande parte das possibilidades de avanço da regionalização e da implementação do COAP estiveram condicionados à ampliação da base de financiamento do SUS, com destaque para a expansão do aporte federal de recursos”* (Ouverney, Ribeiro e Moreira, 2017, p. 1204).

Recapitulando, na ocasião da pesquisa de campo, ambos os estados não tinham o COAP em sua agenda e os principais argumentos foram: o (des) financiamento do SUS, ausência de uma política de investimentos que não estivesse atrelada as redes temáticas, paralisação da agenda no âmbito do próprio MS e por fim, problemas de judicialização enfrentados por quem o assinou. Desse modo, os resultados aqui apresentados confirmaram que sem novos recursos por parte da gestão federal e estadual e a priorização na agenda federal, a implementação do COAP não se viabiliza (Rasga Moreira, Mendes Ribeiro e Ouverney, 2017).

8. CONSIDERAÇÃO FINAIS

Uma das motivações desse estudo foi contribuir com novos elementos para compreender os fatores que favorecem e ou dificultam a governança regional em saúde de modo geral e no contexto específico da Amazônia Legal, a partir de dois casos que representam sua grande diversidade territorial interna. Buscou-se igualmente apresentar algumas contribuições conceituais e analíticas para compreensão da governança capazes de revelar sua complexidade e a necessidade de adicionar abordagens que considerem a importância do processo interativo na produção de políticas públicas. Para tanto, utilizou-se a perspectiva de estudos de redes de políticas e de governança como dimensão de análise. A abordagem principal adotada enfocou o conjunto de atores interdependentes e suas redes de políticas, os espaços de articulação / negociação, os processos de interação formais ou informais e o conjunto de regras que orientam as ações coletivas.

Partiu-se de duas ideias principais: a governança regional poderia se configurar em uma rede de políticas, dada a situação de autonomia relativa e interdependência entre os atores governamentais, para o alcance de seus objetivos, em interação com outros atores, do setor privado, da sociedade civil etc., com recursos, poder e influência variados e assimetricamente distribuídos, sendo vital sua coordenação e cooperação em prol do SUS. O segundo, que a implementação de redes temáticas de atenção à saúde poderia favorecer a governança regional ao colocar em interação os atores responsáveis pela política de saúde para resolver questões regionais. Desse modo, um conjunto de perguntas foram elaborados com vistas a elucidá-los. Teve-se por objetivo mapear quem são e como atuam os principais atores envolvidos com a governança regional nessas duas regiões de saúde, com destaque para os problemas enfrentados, as estratégias adotadas e o processo de interação nos espaços de articulação e negociação identificados pelos entrevistados. Buscou-se ainda identificar em que medida a governança regional configura redes de políticas e que configurações adquirem institucionalidade. Da mesma forma foi analisado o papel do contexto das regiões de saúde.

Foram observadas redes de políticas de governança regional diferenciadas.

Na região metropolitana, a diversidade de atores estava mais relacionada com a capacidade de articulação do Estado e do município da Capital na implementação de políticas. Como ambos detém maior aporte de recursos financeiros e políticos, além de convergirem partidariamente, exercem maior poder na região. Assim, influenciam e decidem sobre o encaminhamento das questões da saúde na região o que acaba se expressando regionalmente, na diversidade de atores nos diversos espaços existentes. A diversidade de representações

nesses espaços é convergente com a especificidade de uma região metropolitana, com maior estrutura de serviços, interface com o setor privado na prestação de serviços e organizações profissionais, além das universidades, públicas e privadas. Os sindicatos foram bastante mencionados em sua representação em diversos fóruns. Como se pôde observar, os entrevistados da gestão estadual estabeleciam vínculos mais proximais com esses atores inclusive em sua rede social pessoal, possivelmente dado a magnitude e relevância da rede privada de serviços e da organização de profissionais médicos em cooperativas, cada qual defendendo interesses próprios e pouco articulados ao SUS. A energia necessária e dispendida na coordenação e coadunação de interesses privados e corporativos em prol do SUS pode ser um elemento a explicar uma agenda menos direcionada ao planejamento regional e indução da CIR desta região como espaço da governança regional. Por sua vez, no espaço gestor de articulação regional (a CIR) e nem mesmo no centro regional de saúde da região, compostos majoritariamente por atores governamentais, tal pluralidade de atores em interação não foi verificada, à exceção de esparsas participações de diretores de unidades hospitalares para apresentar proposta de convênio / habilitação.

Um limite importante desse estudo foi a impossibilidade de entrevistar os demais secretários de saúde da região metropolitana e com eles realizar o mapeamento de sua rede social. Com isso, ficamos restritos ao discurso da gestão municipal da capital. De toda forma, pode-se supor que pela posição privilegiada do município de Belém em termos de recursos financeiros e políticos, a equipe de coordenação estaria muito mais articulada com outros segmentos, o que não foi observado na entrevista coletiva, com exceção do CIRADS, dado sua importância na resolução de demandas judicializadas. As demais secretarias da região não foram apontadas como atores da rede dessa equipe de coordenação, de modo que a articulação da gestão municipal com outros setores e gestores ficou mais evidenciada na análise documental e em sítios da internet e redes sociais consultados. A equipe de coordenação da capital tem uma atuação mais interna, provavelmente absorvida pelo conjunto de problemas que precisam ser enfrentados cotidianamente, envolvendo-se com instâncias estratégicas decorrentes da organização de redes temáticas. Como não pudemos entrevistar o secretário, é possível que o mesmo tenha uma rede social mais abrangente no processo de gestão que não fomos capazes de recuperar.

Na região do Alto Solimões, essa rede de políticas é composta eminentemente por atores governamentais, mas com o diferencial dado por sua especificidade de situação de fronteira, reservas ambientais e área indígena. Assim, trata-se de uma rede, no âmbito regional, mais diversificada, comparativamente a região metropolitana, incluindo outros atores

governamentais e não governamentais, setoriais e extra setoriais, com destaque para atuação das forças armadas, Ongs e organismos internacionais, especialmente para apoio na prevenção de doenças transmissíveis – Aids, ISTs, Hepatites, entidades relacionadas a proteção ambiental e cuidado aos indígenas, secretarias de educação, ministério público, subsistema de saúde indígena e em alguns casos, os secretários de saúde de municípios dos países vizinhos. Relações de cooperação e intercâmbio de recursos entre os secretários ocorria com base em vínculos pessoais e de amizade e não necessariamente norteados por processos institucionais.

Desse modo, a variabilidade interna das regiões de saúde da Amazônia legal investigadas se expressa na rede de políticas que nelas se configuram, considerando-se especialmente os atores envolvidos e tipo de vínculos estabelecidos. A regionalização como fato refere-se exatamente à essa dinâmica de poderes existentes, nas diferentes formas de apropriação e uso do território. Essa perspectiva, permite a compreensão da região de saúde para além dos limites técnicos e político-administrativos que a delimitam adquirindo novos contornos (forma e conteúdo), no modo de conhecê-la e interpretá-la.

Na região metropolitana, as estratégias e dinâmica dos atores institucionais envolvidos diretamente na gestão do SUS, gestores municipal e estadual, revelou que superar a fragmentação da gestão de modo a garantir a direção única ainda é um desafio na região, tal qual em outras realidades metropolitanas (Pinto, Spedo e Tanaka, 2010). Unidades básicas estaduais não conseguem ser municipalizadas enquanto há resistências na (re) centralização da gestão de hospitais de grande porte pelo estado. A relação da gestão estadual com a capital, apesar do alinhamento partidário, parecia ser de competição na prestação de serviços da assistência especializada hospitalar, possivelmente pela disputa na transferência de recursos de federais para este nível de atenção. Do ponto de vista regional, a existência de uma estrutura assistencial muito maior e melhor desenvolvida, principalmente na capital mas não apenas, é um aspecto positivo dado a maior possibilidade de acesso. Contudo, a integração não é favorecida, já que é difícil superar a fragmentação dada pela múltipla gestão (dos municípios, do Estado, sem falar da sua descentralização para organizações sociais) com regulação municipal e estadual ainda pouco articulados.

Na região de fronteira, em que os municípios são responsáveis majoritariamente pela atenção básica, e na maior parte dos casos a gestão dos hospitais é estadual ou mista, esse não parece ser um problema enfrentado. A necessidade de que o estado garanta o encaminhamento dos usuários para a capital para acesso à assistência especializada, ambulatorial ou principalmente hospitalar é que tangencia a relação entre gestores municipais e estadual, face ao alto custo do transporte aéreo e critérios da regulação que se conformam em

barreiras de acesso. Ainda assim, nesta região, relações de cooperação e colaboração entre os agentes da gestão estadual e os atores locais foram mais fortemente sinalizados. A identificação do hospital militar de referência como um dos principais elementos dificultadores no processo de gestão (estadual e municipal) reforça os problemas para integração de um sistema de saúde segmentado.

Os principais espaços internos de pactuação acompanharam o desenho institucional do setor saúde (CIR, CIB e Conselhos de saúde). Os pontos nodais (espaços) incluíram instâncias de estratégia, nesse estudo considerados os fóruns e câmaras técnicas, instituídos pelo COSEMS e gestão estadual e, principalmente, grupos condutores das redes temáticas, além de espaços de articulação externa (principalmente CONASS E CONASEMS)

Regionalmente observamos diferenças quanto a qualidade e diferenciação dos espaços de articulação. Na região de fronteira, os espaços não abrangem mais do que os já instituídos, além do consórcio público, conselhos municipais e instâncias de controle social específicas dos distritos sanitários. Fóruns e câmaras técnicas não foram mencionados pelos entrevistados na região, denotando que esses espaços e a atuação de grupos condutores das redes temáticas não estavam se articulando na região, o que pode ser explicado pela distância da capital, custo e tempo de deslocamento, de modo que o espaço geográfico, limita possibilidades de interlocução dos gestores locais com instâncias de estratégia estaduais.

Na região metropolitana, ao contrário, foi amplamente citados espaços diversificados de atuação, especialmente em temas / linhas de cuidado, acompanhando a estratégia de difusão dessas discussões pela gestão estadual e ministério da saúde. Essas instâncias conferem maior dinamização entre atores da região em prol da organização das redes temáticas.

O controle e, principalmente, a participação social ocorrem com fragilidades já identificadas em outras realidades estudadas no país, seja no âmbito estadual ou municipal. A exceção parece ocorrer no caso do subsistema de saúde indígena que tem instâncias de controle social atuantes e com escalas regionais dentro do seu próprio recorte territorial. As conferências de saúde parecem ser estimuladas e esses momentos oportunizam a ampliação de participação dos atores no debate sobre o curso da política de saúde local. Contudo, as referências quanto a sua realização foram encontradas apenas nas atas sem que tenham sido mencionadas por nenhum dos entrevistados, das duas regiões estudadas (a exceção do coordenador do distrito sanitário indígena da região de fronteira). Logo a perspectiva de que redes de políticas democratizam o acesso a outros atores não necessariamente ocorre no âmbito da governança regional institucionalizada.

As CIB se constituem um espaço mais potente de discussão e definição comparativamente às CIR. Em ambas as regiões, os colegiados regionais encontravam-se esvaziados em termo de participação (“quórum” e frequência de reuniões), ainda que de forma mais acentuada na região de fronteira. Dificuldades na tomada de decisão, por gestores (e pelas equipes de apoio, no caso da região metropolitana) e falta de continuidade das pactuações realizadas foram elementos comuns acionados pelos atores para a fragilização deste espaço.

Na região de fronteira, não houve mobilização interna (regional) dos gestores municipais para as reuniões da CIR, apontando que a coesão interna é baixa e que a institucionalização desse espaço para a governança regional encontra sérias dificuldades.

Na região metropolitana, sem dificuldades logísticas de deslocamento, a participação e a frequência de encontros foi consideravelmente maior e melhor, mas a natureza das discussões pode ser caracterizada como ritualista. As dificuldades das câmaras técnicas em prestar o apoio técnico aos gestores com respostas capazes de subsidiar suas decisões foi um elemento adicional, sinalizando que a adoção dessa estratégia, como reiterada em literatura, *per si*, não é condição suficiente para seu bom funcionamento, se o corpo técnico não tiver formação e instrumentos para viabilizar uma gestão mais efetiva do que o acompanhamento das pautas dos programas junto aos municípios, como é feito pelas diretorias técnicas do centro regional.

Um aspecto bastante mencionado na literatura refere-se à insuficiente formação dos gestores e baixa compreensão técnica dos elementos das políticas e programas (Polati *et al.*, 2017). Contudo em nosso estudo, não se pode fazer essa afirmação de forma generalizada. Apesar de algumas mudanças na região metropolitana, os secretários municipais tinham experiência na gestão e acompanhavam o processamento dos temas nas reuniões da CIR e alguns, na própria CIB. Na região de fronteira, alguns gestores e a equipe do estado que compunham a CIR, atuavam na região desde (ou mesmo antes) da implementação do Qualisus. Desse modo, não se tratou necessariamente de pouca compreensão de elementos da política de saúde ou experiência em gestão. Ocorre que quando as discussões trataram de elementos técnico-políticos, como a revisão da PPI da assistência que, na região metropolitana, afetaria interesses de municípios de outras regiões, os gestores não se viram em condições de resolver tecnicamente e mesmo de decidir. Esta e outras pautas, necessitaram ser encaminhadas para outros espaços e os gestores se viram reiteradamente tendo que lidar com problemas decorrentes da sua não resolução.

O problema central nos dois casos pareceu ser a dependência decisória da CIB, que tem seu próprio tempo e conjunto de prioridades. A falta de autonomia dos próprios gestores

municipais para resolver problemas importantes para organização da rede de atenção regional foi um aspecto reiterado nas duas regiões.

A coordenação de uma rede de políticas equivale à gestão de um jogo estratégico envolvendo: “ativação da rede, enquadramento das relações, intermediação, facilitação e criação de consenso e mediação e arbitragem” (Calmon e Costa, 2013:20). Tais variáveis apresentaram potencial explicativo com os dados empíricos encontrados neste estudo. Nas duas regiões estudadas aparentemente havia uma história prévia de cooperação, notadamente na região de fronteira. Os incentivos de participação como pagamento de passagens e diárias e a figura chave do Estado na coordenação dos encontros, quando deixaram de ocorrer, foram o suficiente para a desmobilização dessa possível rede. Na região metropolitana, o desequilíbrio de poder na relação entre a capital e os demais municípios, parece constituir um dos elementos para maior presença de conflitos, ainda que estes tenham sido discretamente mencionados. A liderança na coordenação da rede de governança é um fator preponderante e a atuação in loco do Estado é de suma importância para mediar e movimentar a CIR como tal. Sem essa liderança nas regiões talvez não se possa afirmar a existência de uma organização em rede, considerando-se a CIR como uma espécie de tipo ideal de uma rede de políticas. Mas sem dúvida os atores responsáveis pela política de saúde em âmbito estadual, regional ou municipal, fazem suas próprias conexões e tecem suas redes a fim de buscar a resolução dos problemas na gestão dos municípios.

A facilitação e criação de consenso e a mediação de conflitos, quando surge, são exercidas pela coordenação da rede, ainda que a decisão final caiba aos membros envolvidos. A análise do papel do gestor estadual nas duas regiões estudadas apontou que essas são exatamente as expectativas dos atores regionais quanto a sua atuação. Quando exercidas, como ocorreu na ocasião de implementação do Qualisus, mobilizam os atores locais e conformam uma rede de governança regional. Uma vez fragilizado este papel, os atores são desmobilizados, situação que acrescida da falta de mobilidade e motivação interna dos envolvidos em manter essa rede, acabam enfraquecendo esta organização em rede. A legitimação, institucionalização e liderança são essenciais para resultados mais favoráveis na atuação das CIR, sendo fundamental a inclusão da regionalização na agenda dos gestores dos três níveis de governo (Bretas Junior e Shimizu, 2017).

A saída do representante da gestão estadual, um ator estratégico na coordenação da CIR somados à conjuntura de crise política e ética no governo do estado do Amazonas, mudou a configuração da rede de governança no Alto Solimões apontando para “*fragilidade institucional na implementação da regionalização, como resultado de um processo de governança de pouca potência*” (Bretas Junior e Shimizu, 2017, p. 1086) ao se depender

exclusivamente dos atores locais. Calmon e Costa (2013) aludindo ao trabalho de Mc Guire (2002) afirmam que dentre as características básicas do ambiente de uma rede, encontra-se o nível de relacionamento, em que confiança e capital social exercem importante papel já que a experiência previa de interação dos atores, com vínculos mais proximais, menos tempo é necessário para a intermediação de interesses do que numa rede nova. Desse modo, os achados da pesquisa indicam que a governança regional adquire maior institucionalidade nos processos de regionalização em saúde em desenhos com atuação intensiva do Estado.

A aproximação com a rede social de gestores e técnicos sugere que a região e o município, enquanto territórios-vivos, singularizam processos técnicos, levando atores a buscarem parceiros e espaços, para além dos instituídos, a fim de tecer estratégias mais correlatas a realidade. Redes sociais virtuais atualmente constituídas por gestores, sugerem esfriamento de espaços institucionais regionais caracterizados por baixa formalização do processo decisório. Isso sinaliza que tais “espaços virtuais” podem estar viabilizando e agilizando as discussões e acordos entre os gestores mais do que o espaço de intergestor regional. Tem-se como hipótese que isso poderia estar reforçando a atuação mais ritualista dos atores na CIR, utilizada apenas como espaço para institucionalizar os acordos feitos, virtual ou pessoalmente, e menos, como espaço para discutir e definir os seus termos, provocando o esvaziamento do seu sentido e de sua finalidade. Não se tem subsídios para afirmar que as redes sociais virtuais estão comprometendo o grau e tipo de participação dos atores na CIR, ou pelo menos que seriam o principal motivo, mas há fortes indícios de que elas estão conformando outro espaço de encontro e discussão que pode estar competindo com as reuniões da CIR.

Concluímos que a definição de governança regional enquanto um novo arranjo nas relações entre atores governamentais e da sociedade, incluindo-se o setor privado, em situação de interdependência relativa, na implementação da política de saúde, processo que envolveu a descentralização decisória e a ação pública para além do arranjo institucional formal do Estado (Lima, Albuquerque e Scatena, 2016, p. 4), pode nos permitir considerar que a governança em saúde configura uma formação em rede.

Apesar do reconhecimento dos limites da pesquisa de campo realizada, observou-se a constituição de redes de políticas, mesmo face ao papel preponderante da atuação dos governos na condução da política de saúde. Os achados sugerem que esse arranjo em rede ocorre menos no nível regional, com formas de interação mais fluída. Contudo, parece ser bem mais forte no nível estadual: na região metropolitana, a rede de políticas da gestão estadual é mais voltada para fora, baseada em relações mais institucionais. Na região do Alto Solimões, a rede de políticas é mais integrada e orientada para dentro da região (no caso do Alto Solimões),

com vínculos institucionais e pessoais (amizade) entre os envolvidos. No nível municipal, desta região, observaram-se redes gestoras próprias, formais (e virtuais) e informais.

Como foi possível observar, a diversidade de atores públicos e privados que se relacionam com o setor saúde e procuram influenciá-lo de acordo com suas preferências para adquirir vantagens na contramão do interesse público, presentes nas duas regiões estudadas, constituem exemplos empíricos de que, a existência de diversas redes de políticas dentro do setor governamental da saúde com fins de viabilizar a organização do SUS, não reduz o papel essencial do Estado na condução de políticas sociais. Desse modo, arranjos de redes de políticas permeiam o estado, o mercado, a sociedade, mas não são substitutivas ao Estado em suas funções essenciais de proteção social, tratando-se realmente de uma ficção, tal qual apontado por Marques (2013).

Uma lacuna dessa pesquisa e proposta de estudos futuros seria aprofunda a análise sobre a força desses laços, as funções da coordenação da rede e características do ambiente em que elas se inserem que podem afetar seu desempenho (Granovetter, 1977; Calmon e Costa, 2013; Bretas Junior e Shimizu, 2017), ou seja, como elas influenciam a implementação de política de saúde em nível loco-regional.

Quanto as iniciativas para implementação de redes temáticas as estratégias de formação de grupos condutores e fóruns temáticos, que sem dúvida configuram outras redes, não estão contribuindo para o fortalecimento da governança regional. O alcance das discussões desses fóruns não influencia suficientemente o processo político decisório gestor em âmbito regional.

Os atores envolvidos sinalizaram que não têm conseguido enfrentar, apesar de reconhecer, os limites de uma estratégia de formação de redes atenção concebida como rede técnica, como se fosse capaz de gerar novos cenários e reconstituir territórios, no caso as regiões de saúde (Dias, 2005), quando no plano normativo sua ênfase recaiu em regras estruturantes da organização dos serviços e de linhas de cuidados, com recursos e regras para habilitação e credenciamento de serviços, insuficientes para o conjunto de necessidades de saúde das regiões e para equacionar suas lacunas assistenciais. Certamente a organização de serviços no âmbito do SUS, considerando-se a dimensão territorial do país, sua heterogeneidade, num sistema federalista, não é uma empreitada fácil e há que se reconhecer o esforço feito que, de alguma maneira, conseguiu organizar, ainda que em tempos diferenciados, redes de serviços e linhas de cuidado. A questão é que possivelmente a proposta não avança por causa das relações políticas que não foram enfrentadas.

Além de que, as normativas das redes temáticas, a despeito de em sua narrativa enfatizarem a região de saúde como lócus privilegiado de implantação, passaram ao largo do enfoque regional. A diversidade regional do país parece ter sido esquecida e regras gerais foram estipuladas para um país “uniforme e homogêneo”. A adoção do critério populacional, e não de acessibilidade, por exemplo, não se coaduna com situações de população dispersa, uma realidade na região amazônica, comprometendo o acesso e reforçando disparidades na concentração de recursos e estrutura de serviços em regiões já contempladas. Dias (2005) chama a atenção sobre a necessidade de compreender as relações entre redes técnicas e territórios sem resvalar numa perspectiva determinista, de convergência entre inovação e evolução, esvaziando o debate político, o que parece ter ocorrido. Não por acaso, o COAP foi eclipsado pela ênfase dada à implantação das redes temáticas e as estratégias de fortalecimento da governança das redes de atenção não conseguiram ultrapassar o viés tecnicista e gerencialista.

Não se pode esquecer que a conjuntura de crise nos governos federal (e ainda no estado do Amazonas), as mudanças em termos da agenda federal da saúde em conjunto constituíram um elemento importante de dificuldades para a implementação das redes e da regionalização. A publicação de múltiplas portarias e normativas, dificultaram a compreensão dos gestores sobre os rumos das políticas assim como ao que estava sendo proposto / modificado. As modificações dentro do próprio MS, demora na emissão de pareceres e análises para certificação, descontinuidades de sistemas de informação propostos, restrições orçamentárias e descontinuidades no financiamento de componentes, foram aspectos que contribuíram para fragmentar ainda mais a proposta dentro das regiões. Os recursos financeiros para as redes temáticas versaram sobre valores de procedimentos, defasados, com poucos investimentos incrementais para ampliar a oferta de serviços mediante a insuficiência de serviços e sem uma política para a atenção especializada. Ademais, boa parte dos serviços de hospitalares eram de natureza privada em Belém, dificultando o processo de coordenação da rede.

Por sua vez, se considerarmos a CIR como o espaço de governança das redes de atenção, podemos dizer que a região do Alto Solimões se encontrava num nível fraco, a depender fortemente do estado para voltar a ser atuante, o que não significa que não existam outras formações de redes de políticas para implementação da política de saúde. Na região metropolitana de Belém, a CIR tem uma atuação intermediária em termos de governança, sendo necessário reforçar a capacidade técnica da estrutura estadual regional na resposta aos gestores de modo a ampliar sua capacidade decisória e fortalecer este espaço. Nesta região as redes

temáticas têm contribuído para mobilizar os atores implicados, governamentais ou não, em torno de aspectos da organização dessas redes são aspectos importantes para organização do sistema de saúde. Mas, nesta região a forte interpenetração do setor privado na composição da rede de serviços de saúde coloca desafios cotidianos na coordenação de interesses. Desafortunadamente, na região do Alto Solimões tais processos só tiveram eco nos momentos iniciais de conformação da CIR, simultâneo ao da implantação do Qualisus-Rede ainda que, sim, a rede de urgência e emergência foi melhor organizada na região. Contudo, os problemas enfrentados e relatados pelos gestores municipais refletem que nesta região os níveis de incorporação tecnológica de fato condicionam e são condicionados pelo meio geográfico, pelo território usado.

Entender a interação entre redes e território implica reconhecer que estes constituem duas lógicas distintas: de um lado, as redes são definidas por atores responsáveis pelo seu desenho, modelagem e regulação, constituindo verticalidades. Não por acaso o modo de intervenção do Ministério da Saúde foi considerado fortemente hierárquico na interpretação dos atores locais e as normativas das redes temáticas desarticuladas com a realidade amazônica. Por outro lado, o território usado, abriga horizontalidades, relações endógenas, entre agentes conectados por laços de proximidade espacial e exógenas, o mesmo lugar podendo integrar diferentes escalas de organização espacial. A implementação das redes ao se encontrar com o território vivo, depara-se com as múltiplas escalas que incidem no território: as espaciais, em que os lugares se inserem, o município é integrante de uma região de saúde, mas também é capital e referência de outras regiões, ou em situação de fronteira aberta serve de referência para usuários de outros países e as escalas normativas, sistemas que podem conviver num território inclusive sendo contraditórios.

No âmbito regional, os gestores se organizam e fazem arranjos internos para readaptar portarias e regras, infringem determinadas regras para assegurar a atenção médica, articulam-se com outros atores/espacos para angariar recursos não previstos, caso das emendas parlamentares, ou para mudar regras hegemônicas (blocos de financiamento e revisão da política de atenção básica), conformam parcerias informais e formam redes próprias a fim de conseguirem “tocar a saúde” em nível local e lidar com as verticalidades e os condicionamentos do território vivo.

Na região do Alto Solimões, os gestores precisam conhecer e interagir com o “rio bravo”, entender sua cheia e sua vazante, lidar com a população esparsa, com as distintas demarcações territoriais e instituições atuantes, e principalmente com a diversidade de interesses em jogo (dos índios, dos brancos, dos traficantes, dos garimpeiros, de organismos

internacionais, do governo), sem falar no complexo mosaico epidemiológico que se apresenta. Na região metropolitana, interesses corporativos e do setor privado da saúde buscam se impor e curvar os interesses do SUS aos seus, ao mesmo tempo em que sem esses atores, não se consegue viabilizar a assistência, exigindo grande capacidade de coordenação e obtenção de consenso e equipes técnicas habilitadas ao controle e avaliação dos prestadores contratados, situação encontrada apenas na gestão estadual e na capital. Mas esta região é aquela em que todos os anos, milhares de religiosos do estado buscam por seu abrigo, da fé, da cura, do milagre, então como não ser a preferência na prestação do cuidado pelos usuários das outras regiões? Foram esses os cenários encontrados na pesquisa. É com eles que os gestores precisam lidar.

Os elementos encontrados nessa pesquisa e em outras realizadas no país sugerem que em boa medida a regionalização em saúde, sem materialidade para sua concretização, nos moldes como se encontra estabelecido o arcabouço institucional e jurídico das relações entre os distintos entes e as lacunas para assunção de sua responsabilidade na execução da política de saúde, acaba se tornando uma norma-prescrição. Vários aspectos da relação interfederativa foram elencados pelos entrevistados e precisam ser francamente enfrentados, já que tentar operacionalizar a regionalização normativamente, como se no mundo concreto a dimensão técnica e as portarias fossem suficientes para superar a dimensão política, manterá a regionalização apenas no discurso.

Ademais, para se tornar uma regionalização de fato, é preciso resgatar o sentido de região dentro da política de saúde. A incorporação de outros aportes teóricos, além daqueles do âmbito setorial, como os da geografia crítica, podem contribuir nesse sentido, como visto neste estudo. Propiciam um novo olhar sobre aquilo que rotineiramente denominamos “nível local”, “região de saúde” entendidos quase que exclusivamente enquanto espaço de intervenção do poder estatal. Esse espaço geográfico, pode ser redefinido em face do seu uso e das relações que nele ocorrem, por meio do sistema de objetos e de ações e que o reconfiguram, no tempo. O município deixa de ser apenas “ente federado”, a região de saúde, um conjunto agregado de municípios, para serem pensados como atores e sujeitos de uma história própria, um território vivo. Sob essa perspectiva, pode-se dar alguns passos importantes para tentar coadunar princípios gerais de uma política social às especificidades locais.

O que se observou nesse estudo é que existe um imbricamento entre movimentos de reforma do Estado e suas implicações para a gestão, interesses corporativos e do setor de saúde privado, ao mesmo tempo em que prevalece o Estado como ator predominante na condução da política de saúde, nossas “autoridades sanitárias”. Estes atores, na melhor hipótese

de agirem na defesa dos interesses públicos, tem autonomia relativa em sua atuação, e ainda existem os casos daqueles que defendem interesses privados, longe de poderem ser considerados “do Estado”, como observado no caso da “operação maus caminhos” no estado do Amazonas. O problema é que, como estamos vendo atualmente, os gestores seguem os ventos da política partidária nos espaços de decisão colegiada e são responsáveis por definir outros rumos para a política de saúde, sem que a população em geral sequer se dê conta. Os tempos atuais remetem a questionamentos quanto a própria institucionalidade do SUS na dinâmica de modificação dos principais atores que conduzem a política e a inflexionam de acordo com sua agenda, negociada ou não socialmente.

Esta investigação procurou analisar o processo de governança em saúde nas regiões selecionadas a partir de referenciais de rede de políticas. Na formação dessas redes diferentes arranjos foram encontrados, com redes mais hierárquicas, mais fluidas, laços mais fortes, ou fracos, de acordo com o processo de interação entre os atores e com o posicionamento deles nessas redes. Acredita-se que o aprofundamento deste tipo de análise pode contribuir para que se identifiquem potências desse caminho para a política de saúde no caso brasileiro, de modo a favorecer maior sustentabilidade ao próprio SUS.

Nos últimos anos, a vida cotidiana de todos os brasileiros, com os reveses da crise política, social e ética nos assombra e tem sido exaustiva. Golpe disfarçado de impeachment, crise fiscal dos Estados, mudança de rota nas políticas sociais por parte do atual governo federal não pactuados ou consensuados socialmente, diferentes preferências e interesses em jogo quanto ao alcance da proteção social, priorização de interesses privados, clientelistas no processo de reforma atual da política de saúde, como vimos na condução da revisão da política nacional de saúde mental, de planos de saúde populares, bancada do legislativo atuando contra a agência nacional de vigilância sanitária, entre outras aberrações. Como favorecer a cooperação federativa num contexto em que o próprio governo federal condiciona a negociação de dívidas dos estados à capacidade de influência dos governadores sobre sua bancada no legislativo para aprovação de projetos controversos? Que pacto federativo é esse? O desafio atual é ainda maior do que nos anos pretéritos de discussão sobre aspectos da dinâmica descentralização – regionalização.

A questão agora é resistir e persistir a fim de conseguirmos assegurar a sobrevivência do SUS em tempos tão difíceis. Ao término desta tese, a única certeza que se tem é que uma luta, ainda mais árdua, se coloca. Sigamos em frente!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÚCIO, F. L. Reforma Política e Federalismo: Desafios para a Democratização Brasileira. *In*: BENEVIDES, M. V.; VANNUCHI, P.; KERSCHE, F. (Eds.). **Reforma Política e Cidadania**. 1. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 225–265.

ACIOLI, S. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. **Informação & Informação**, v. 12, 2007.

ALBUQUERQUE, M. V. DE; VIANA, A. L. D'ÁVILA. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 28–38, 1 dez. 2015.

ALMEIDA, M. H. T. DE. Federalismo, Democracia e Governo no Brasil: Idéias, Hipóteses e Evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais BIB**, v. 51, p. 13–34, 2001.

ANDRADE, L. A. G.; SANTOS, M. L. O município na política brasileira: revisitando Coronelismo, enxada e voto. *In*: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. (Eds.). **Sistema político brasileiro: uma introdução**. 3.ed ed. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung, 2015. p. 157–173.

ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, v. 23, n. 80, p. 25–48, set. 2002.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 331–345, 2003.

ARRETCHE, M.; SCHLEGEL, R. **Os estados nas federações. Tendências gerais e o caso brasileiro**. BID, 2014.

ARTAZA-BARRIOS, O. *et al.* Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile. **Salud pública de México**, v. 55, n. 6, p. 650–658, 2013.

ASSIS, E. *et al.* Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 17–21, mar. 2009.

BAPTISTA, T. W. DE F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. DE. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 829–839, jun. 2009.

BARSAGLINI, R. A. *et al.* Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 4, p. 1119–1136, dez. 2015.

BÁSCOLO, E. Governança de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. **Rev. Salud Pública (Bogotá)**, v. 12, n. Sup 1, p. 8–27, 2010.

BÁSCOLO, E.; YAVICH, N. Governança del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. **Rev Salud Pública (Bogotá)**, v. 12, n. 1, p. 89–104, 2010.

BECKER, B. K. Geopolítica da Amazônia. **Estudos Avançados**, v. 19, n. 53, p. 71–86, abr. 2005.

BECKER, B. K. Amazônia, fronteira experimental para o século XXI. Atores, estratégias, conceitos. In: VIEIRA, I. C. G. (Ed.). **As amazônias de Bertha Becker: ensaios sobre geografia e sociedade na região amazônica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2015a. v. 2p. 324.

BECKER, B. K. **As Amazônias de Bertha K. Becker: ensaios sobre geografia e sociedade na região amazônica**. Rio de Janeiro, Brasil: Garamond Universitária, 2015b. v. 1

BÖRZEL, T. A. Governance With/Out Government: False Promises or Flawed Premises? 2010.

BÖRZEL, T. A.; RISSE, T. Governance without a state: Can it work? **Regulation & Governance**, v. 4, n. 2, p. 113–134, 22 jul. 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.508. Decreto 7.508. Regulamentação da Lei 8080. . 28 jun. 2011, Sec. 1, p. 1–3.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. 30 dez. 2010, Sec. I, p. 80–93.

BRASIL. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. 1. ed. Brasília: MS, 2014.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM 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. 2006.

BRETAS JUNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1085–1095, abr. 2017.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. In: POPE, C.; MAYS, N. (Eds.). . **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 172.

CALMON, P.; COSTA, A. T. M. REDES E GOVERNANÇA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS. **RP3 - Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, v. 0, n. 1, 2013.

CARVALHO, A. L. B. DE *et al.* Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1155–1164, abr. 2017.

CASANOVA, A. O. *et al.* A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1209–1224, abr. 2017.

CASTELLS, M.; CARDOZO, G. **A Sociedade em Rede: do conhecimento à ação política.** Debates. *In: A SOCIEDADE EM REDE DO CONHECIMENTO À ACÇÃO POLÍTICA.* Belém, Portugal: Imprensa nacional. Casa da Moeda, 4 mar. 2015

CATAIA, M. Território usado e federação: articulações possíveis. **Educação & Sociedade**, v. 34, n. 125, p. 1135–1151, dez. 2013.

CGEE. **Plano de Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento da Amazônia Legal** - Brasília, DF: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 84p. 2013.

CRUZ, M. M. *et al.* **Avaliação de implementação do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde - Qualisus-Rede.** Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ/ENSP, dez. 2015.

DIAS, L. C. Os sentidos da rede: notas para discussão. *In: DIAS, L. C.; SILVEIRA, R. L. L. (Eds.) Redes, Sociedades e Territórios.* Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005. p. 11–28.

DIJK, J. VAN. **The network society: social aspects of new media.** 2nd ed ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2006.

DIJK, J. VAN; BEEK, A. W. THE PERSPECTIVE OF NETWORK GOVERNMENT The struggle between hierarchies, markets and networks as modes of governance in contemporary government. *In: A.MEIJER, ET. AL. (Ed.) ICTs, Citizens & Governance: After the Hype!* [s.l.] IOS Press Series, 2008.

DINIZ, E. Uma perspectiva analítica para a reforma do Estado. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, v. 45, p. 29–48, 1998.

DINIZ, E. O Contexto Internacional e a Retomada do Debate sobre Desenvolvimento no Brasil Contemporâneo. **Dados-Revista de Ciências Sociais**, v. 54, n. 4, p. 493–531, 2011.

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

EGLER, C. A. G. Questão regional e gestão do território no Brasil. *In: CASTRO, I. E. DE; GOMES, P. C. DA C.; CORRÊA, R. L. (Eds.) Geografia: conceitos e temas.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. v. 3p. 207–238.

FERNANDES, A. S. A.; WILSON, R. H. Mudança institucional e gestão metropolitana no Brasil: o municipalismo autárquico e as finanças municipais metropolitanas. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 3, p. 777–800, jun. 2013.

FLEURY, S. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. **Revista Administração em Diálogo (RAD)**. ISSN 2178-0080, v. 7, n. 1, 2008.

FLEURY, S. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, n. 6, p. 446–455, dez. 2010.

FLEURY, S.; OUVÉRY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. 1a ed. ed. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Editora FGV, 2007.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa coleção pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Grupo A - Bookman; Artmed, 2009.

FLORES, W. Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas. **Rev Salud Pública**, v. 12, p. 28–38, 2010.

FRANZESE, C.; ABRÚCIO, F. L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. *In*: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. DE (Eds.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2013. .

FREIRE, J. M. El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones. **Claridad**, v. 7, p. 31–45, 2006.

GALLO, F. Elementos da formação territorial brasileira: a federação nacional como evento geográfico. **Boletim Campineiro de Geografia**, v. 4, n. 1, p. 27–43, 2014.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. DE O. DA. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1225–1234, abr. 2017.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIOVANELLA, L. (ED.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

GRANOVETTER, M. S. The strength of weak ties. *In*: **Social networks**. [s.l.] Elsevier, 1977. p. 347–367.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 16, n. 4, p. 283–288, out. 2004b.

HUBER, E.; NIEDZWIECKI, S. Emerging Welfare States in Latin America and East Asia. *In*: LEIBFRIED, STEPHAN *et al.* (Eds.). **The Oxford Handbook of Transformations of the State**. Oxford: Oxford University Press, 2015. p. 796–812.

HUFTY, M. Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. **Rev. salud pública (Bogotá)**, v. 12, n. supl 1, p. 39–61, 2010.

HUFTY, M.; BÁSCOLO, E.; BAZZANI, R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. S35–S45, 2006.

IANNI, A. M. Z. *et al.* Metr pole e região: dilemas da pactua o da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 925–934, maio 2012.

IPEA. **Governança metropolitana no Brasil: região metropolitana de Belém**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/rel_1_1_rm_belem.pdf.

KLIJN, E.-H.; KOPPENJAN, J.; TERMEER, K. Managing Networks in the Public Sector: A Theoretical Study of Management Strategies In: Policy Networks. **Public Administration**, v. 73, n. 3, p. 437–454, set. 1995.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de aten o   saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, ago. 2010a.

LIJPHART, A. **Modelos de democracia desempenho e padrões de governo em 36 países**. Rio de Janeiro: Civiliza o Brasileira, 2008.

LIMA, L. D. Federalismo, descentraliza o e regionaliza o na política de saúde do Brasil. In: ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. (Eds.). **Direito Sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 131–161.

LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M. V.; SCATENA, J. H. G. Quem governa e como se governam as regiões e redes de aten o   saúde no Brasil? Contribui es para o estudo da governança regional na saúde. **Novos Caminhos**, v. 8, maio 2016.

LIMA, L. D. DE. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trabalho, Educa o e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 573–598, 2008.

LIMA, L. D. DE; QUEIROZ, L. F. N. DE; *et al.* Descentraliza o e regionaliza o: dinâmica e condicionantes da implanta o do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1903–1914, jul. 2012a.

LIMA, L. D. DE; VIANA, A. L. D'ÁVILA; *et al.* Regionaliza o e acesso   saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881–2892, nov. 2012b.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N. DE. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. *In: Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 229–251.

LUNA, E. J. The emergence of emerging diseases and emerging and reemerging infectious diseases in Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, n. 3, p. 229–243, 2002.

MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Museu da República, 2007.

MACHADO, C. V. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 4, p. 642–650, ago. 2014.

MACHADO, C. V. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. 35-70 pp.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. DE; BAPTISTA, T. W. DE F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, 2017.

MAJONE, G. Do Estado positivo ao Estado regulador: causas e conseqüências de mudanças no modo de governança. *Revista do Serviço Público*, v. 50, n. 1, p. 5–36, 1999.

MARQUES, E. Redes sociais e instituições na construção do Estado e da sua permeabilidade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 41, p. 45–67, out. 1999.

MARQUES, E. **Estado e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: REVAN; São Paulo: FAPESP, 2000.

MARQUES, E. Os mecanismos relacionais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 22, n. 64, p. 157–161, jun. 2007.

MARQUES, E. State institutions, power, and social networks in Brazilian urban policies. *Latin American Research Review*, v. 47, n. 2, p. 27–50, 2012.

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.

MARQUES, E.; ARRETCHE, M. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. *Caderno CRH*, v. 39, p. 55–81, 2003.

MARTIN, A. R. Dilemas do federalismo: entre o “estadualismo oligárquico” e o “regionalismo burocrático”. **Perspectivas**, v. 27, p. 55–68, jun. 2005.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: Ed. Universitária da UFPG, 2004.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. [s.l.] IPEA, 1993. v. TOMO 1

MCGUIRE, M. Managing networks: propositions on what managers do and why they do it. **Public Administration Review**, 62. v. 5, p. 599–609, 2002.

MELLO, G. *et al.* O olhar gestor sobre a regionalização da saúde brasileira. **Novos Caminhos**, v. 9, n. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, p. 30, mar. 2016.

MENDES, Á. **Estratégias institucionais inovadoras para a constituição republicana do SUS**. Oral apresentado em 11o. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Goiânia, 29 jul. 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção a Saúde**. 2. ed. [s.l.] OPAS/OMS; CONASS, 2011.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo : Rio de Janeiro: HUCITEC ; ABRASCO, 2007.

MINISTÉRIO DA DEFESA. **Plano Estratégico de Desenvolvimento Integrado e Sustentável: Região Alto Solimões**. MINISTÉRIO DA DEFESA. PROGRAMA CALHA NORTE/FGV/ISAE, 2001.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. *In*: GIOVANELLA, L. (Ed.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. [s.l.] FIOCRUZ. CEBES, 2012. p. 1100.

OLIVEIRA, E. A. DE *et al.* O apoiador local como ator estratégico na implementação do QualiSUS-Rede: engenheiros de conexão? **Saúde em Debate**, v. 41, n. SPE, p. 275–289, mar. 2017.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1193–1207, abr. 2017.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Institutional configuration and administration of Brazil’s National Health System (SUS): problems and challenges. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 1819–1829, 2007.

PEITER, P. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Geociências, Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2005.

PEREIRA, L. C. B. **A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. [s.l.] MARE, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. v. 1

PINTO, N. R.; SPEDO, S. M.; TANAKA, O. Y. (Im)Possibilidades de Implementar uma Direção Única no SUS em Município de Grande Porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 518–532, 2010.

POLATI, A. M. *et al.* Os desafios da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica de gestores municipais de saúde. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care**, v. 7, n. 1, p. 2–2, 5 jan. 2017.

POPE, C.; MAYS, N.; FAJARDO, A. P. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PROCOPIUCK, M.; FREY, K. Public policy and governing networks and their analysis through “websphere analysis”. **Revista de Sociologia e Política**, v. 17, n. 34, p. 63–83, out. 2009.

Proposta do Subprojeto QualiSUS – Rede para a Região Metropolitana de Belém, 2012.

RASGA MOREIRA, M.; MENDES RIBEIRO, J.; OUVERNEY, A. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1097–1108, 1 abr. 2017.

REIS, A. A. C. DOS *et al.* Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1045–1054, abr. 2017.

REPULLO, J. R.; FREIRE, J. M. Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. **Gaceta Sanitaria**, v. 30, p. 3–8, 1 nov. 2016.

RETHEMEYER, R. K. Conceptualizing and Measuring Collaborative Networks. **Public Administration Review**, v. 65, n. 1, p. 117–121, jan. 2005.

RHODES, R. A. W. **Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability**. [s.l.: s.n.].

RHODES, R. A. W. **The New Governance: Governing Without Government**. [s.l.: s.n.]. v. 44

RHODES, R. A. W. Understanding Governance: Ten Years On. **Organization Studies**, v. 28, n. 8, p. 1243–1264, ago. 2007.

RIBEIRO, A. C. T. A natureza do poder: técnica e ação social. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 7, p. 13–24, ago. 2000.

RISSE, T. **Governance under limited sovereignty**. APSA 2010 Annual Meeting Paper. **Anais**. 2010.

ROVERE, M. **Redes en Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad**. Rosário: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, 1999.

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

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento [sic] único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2000.

SANTOS, M. O retorno do território. **OSAL: Observatorio Social de América Latina**, Ano 6. v. 16, n. CLACSO, jun. 2005.

SANTOS, M. H. DE C. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação de Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. **Dados**, v. 40, n. 3, 1997.

SCHNEIDER, V. Redes de políticas públicas e a condução de sociedades complexas. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 5, n. 1, p. 29, 28 dez. 2006.

SCHNEIDER, V. Pós democracia ou complexa partilha de poder? Redes de políticas públicas na Alemanha. *In: Gestão e Políticas Públicas no Cenário Contemporâneo: tendências nacionais e internacionais*. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016. p. 412.

SEIXAS, P. H. D. *et al.* Movimentação Médica no Brasil. **Novos Caminhos**, v. 2, fev. 2015.

SILVA, E. C. DA; GOMES, M. H. DE A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: Os interesses em disputa. **Saude e Sociedade**, 2014.

SILVA, S. F. DA. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, jun. 2011.

SILVEIRA, M. L. Uma situação geográfica: do método à metodologia, in. **Revista TERRITÓRIO**, ano IV. v. n 16, n. Laboratório de Gestão do Território-LAGET, Universidade Federal do Rio de Janeiro, p. 21–28, jun. 1999.

SOUZA, C. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. **Dados**, v. 44, n. 3, 2001.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 431–42, 2002.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017.

VIANA, A. L. D.; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. (EDS.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. DE. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.

VIANA, A. L. D'ÁVILA *et al.* Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal **Cad. saúde pública**, v. 23, n. Sup 2, p. S117–S131, 2007.

VIANA, A. L. D'ÁVILA *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92–106, 2008.

VIANA, A. L. D'ÁVILA *et al.* Proteção social em saúde no Brasil: desafios de uma política para a Amazônia Legal. *In: Saúde, desenvolvimento e território*. Saúde em debate. São Paulo: Ed HUCITEC, 2009.

VIANA, A. L. D'ÁVILA *et al.* Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. **Novos Caminhos**, v. 15, mar. 2017.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; LIMA, L. D. DE; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2317–2326, ago. 2010.

YIN, R. K. **Case Study Research: design and methods**. [s.l.] Washington: Sage, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Pesquisa de Doutorado: Redes de governança ou Governança em rede? Limites e potencialidades para a regionalização e implementação de redes de atenção em saúde

Pesquisadora: Angela Casanova

Sujeitos da pesquisa: Gestores e Profissionais de Saúde

Dados de Identificação:

Região: _____
Município/Estado: _____
Partido político: _____
Nome: _____
Idade: ____ Sexo: () F () M
Escolaridade/Formação:
Órgão de atuação:
Função/Cargo:
Vinculação Institucional (regime jurídico e quem contrata):
Telefone:
E-mail: _____
Data: __/__/____ Duração da entrevista: ____ h ____ m

Questões chave (achado principal da entrevista): _____

Enunciado principal (conceitos, falas): _____

QUESTÕES NORTEADORAS

- Bloco I: Atores – Orientação, objetivos e interesses
 1. Quem são os atores e/ou organizações envolvidos com a regionalização nessa região?
 2. Quais são os principais conflitos e disputas nas pactuações da saúde na região?
 3. Que estratégias são utilizadas nesses casos?
 4. Existe algum ator que se destaque na mediação desses interesses?
 5. Existem outros atores com influência e que se destaquem nas discussões sobre as questões de saúde na região? (Organizações profissionais, associações de portadores de agravos, empresas – seguradoras de saúde, universidades, ONG, Igreja)
 6. Existe algum tipo de articulação com esses ou outros atores para viabilizar os objetivos da política de saúde na região?
 7. Como vc acha que a política partidária interage com o processo de regionalização em saúde?
 8. Existem prestadores privados compondo a rede de serviços de saúde da região? (Em caso negativo, pular para próximo bloco)
 9. Como os prestadores privados participam da política de saúde na região?
 10. Quais os espaços de negociação com esses prestadores?
 11. Como são contratualizados e acompanhados esses prestadores?
 12. Qual o peso e influência desses atores na tomada de decisão para a região de saúde?
 - Bloco II: Espaços de negociação e articulação
- 13. Como tem sido a atuação da CIR na região nos últimos dois anos (2015/2016)?
- 14. As reuniões têm ocorrido com regularidade? Como e quem define a pauta de discussão da CIR/GC? O que costuma predominar nas reuniões?
- 15. Quais as maiores dificuldades para sua atuação em prol da regionalização?
- 16. Como você descreve a sua atuação nesse espaço?
- 17. Qual a influência de sua instituição na tomada de decisão?
- 18. Além da CIR, existem outros espaços de articulação e negociação na região?
- 19. Como você analisa a interlocução da CIR com outros espaços decisórios:
 - i. CIB
 - ii. COSEMS
 - iii. Consórcio ASAVIDA
- 20. Existem outros espaços de articulação/negociação além dos já instituídos com peso/influência na região, que considera importantes?
- 21. Como ocorre a articulação da CIR com os conselhos de saúde nas decisões pactuadas na região? Costuma haver redefinições nas decisões da CIR a partir dessas discussões? Caso positivo, cite um exemplo.
- 22. Existem mecanismos de comunicação para a população das decisões tomadas no âmbito da CIR?
- 23. Há alguma forma de comunicação ou espaço de discussão com a população da região para dar maior transparência aos processos?

- Bloco III: Coordenação, gestão e processos decisórios

24. Como tem ocorrido o planejamento regional na região? Que instrumentos tem sido utilizados e/ou formulados para subsidiá-lo? (solicitar cópia – mapa da saúde, plano regional)
25. Como ocorre o fluxo de comunicação na região entre os atores envolvidos?
26. Como a gestão estadual da saúde tem atuado na região na implementação das políticas de saúde? Existe convergência com outras políticas do governo estadual para a região?
27. Como você considera o papel do MS na implementação de políticas de saúde na região? Existe convergência das diretrizes nacionais com as necessidades regionais? Existem inadequações frente as especificidades da região?
28. Você tem conhecimento de outras políticas do governo federal para a região? Considera haver articulação com as da saúde?

- Bloco IV: Implementação de Redes de Atenção à Saúde

29. O que você acha da opção de implementação da RAS organizada por linha de cuidado (Rede temática) e das escolhas feitas para a região (Cegonha e RUE)?
30. Em sua avaliação, qual a situação dessas Redes temáticas na região? (integradas, desarticuladas).
31. Como essa opção está contribuindo para a regionalização na região?
32. Como se encontra a discussão do COAP na região? Porque você acha que essa estratégia não conseguiu se consolidar na maior parte das regiões de saúde do país? (Aspectos que dificultaram a construção e assinatura do contrato).
33. No seu entendimento, qual o objetivo da regionalização?

- Bloco V: Região de Saúde - Território

34. Que características a região apresenta que condicionam a organização do sistema de saúde na região?
 - População indígena;
 - Imigração;
 - Região de fronteira;
 - Tráfico
35. Existem projetos de desenvolvimento regional sendo implementados na região? Qual a articulação com as políticas de saúde? Como elas contribuem para o desenvolvimento regional?
36. Em caso negativo, que investimentos considera essenciais para o desenvolvimento regional?

APÊNDICE B – MAPEAMENTO DE REDE SOCIAL

Você poderia relacionar os atores/organizações/instituições aos quais você aciona no cotidiano da gestão? Quem você considera que a facilita? (parceiros) Quem ou o que dificulta?

Nome do ator/instituição/cargo	Função (na região/RAS) <i>Governo Prestador privado Associação profissional, Organização social Empresas</i>	Frequência do contato: <i>semanal quinzenal mensal esporádico</i>	Recursos: Poder/ Legitimidade Conhecimento/ Informação Dinheiro Oferta de serviços	Natureza do vínculo: Reconhecimento Conhecimento Colaboração Cooperação Associação	Tipo de vínculo: Institucional; Pessoal; Familiar; Político;	Motivo do contato: Gestão estadual Questão regional; Gestão Municipal; Demanda político-partidária Interesse privado

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

DOCUMENTOS A SEREM SOLICITADOS:
 ATAS DA CIR, DA CIB, PES, PDR, PDI, PLANOS REGIONAIS

Documento Analisado: (Especificar o nome do documento analisado, a Região, Estado ou Município correspondente, e todas as informações necessárias para sua correta identificação)

Período do Documento: (Especificar o período do documento analisado)

Localização da informação no documento: (Especificar a localização, no documento, da informação transcrita. Exemplo: Página 06, Parágrafo 4 e 5)

Transcrição da informação verificada: (Copiar ou transcrever a informação de acordo com os critérios de verificação)

Documento 1: Atas de reunião da CIR, CIB, - Período: 2015-2016

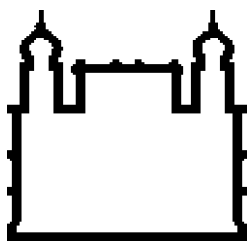
Elementos de Verificação (verificar, nas atas, se existe registro de discussão sobre):

- Identificação dos atores: quem participa na condução das atividades, local de representação, partido político, formação. Atores envolvidos: quais aqueles com maior capacidade decisória (atores estratégicos): do setor saúde e ou de outros setores; Atores de interesse: não governamental, setor privado da saúde, mercado, sociedade. Buscar identificar objetivos individuais ou coletivos, orientação para questões regionais ou demandas municipais, recursos disponíveis, ou demandados; Levantamento de convergência ou conflitos entre objetivos, disputas por recursos, contradições.
- Definição de regras formais ou informais. Parâmetros mínimos de interação e ação coletiva:
 - Regras gerais previamente estabelecidas, coletivamente acordadas ou dispersas;
 - Instrumentos ou definição de regras, formais ou informais, para garantir a responsabilidade dos entes federados e entre demais atores da rede de governança, nos acordos efetuados; Convênios, termos de adesão, contratos, consórcios, estabelecidos na região;
 - Normas que garantam o funcionamento dos espaços de articulação e melhor capacidade institucional dos grupos que o compõem.
- Processos – dinâmica dos atores → Capacidade de mobilização de recursos. Potencial de organização coletiva. Foco de gestão.
 - Decisões /definições para a região de saúde sobre regionalização;
 - Formulação de políticas, projetos para a região – Definição/adoção de uma agenda regional;
 - Planejamento regional - formulação/discussão; Instrumentos de gestão para a regionalização e organização da rede;
 - Articulação da agenda de saúde regional com outros projetos, políticas em realização na região;
 - Discussões sobre organização de RAS: recursos, processos e resultados esperados. Estratégias / mecanismos de integração da rede (APS, Centro de Especialidades, Hospitais de referência). Propostas para ampliar acesso, garantir acessibilidade, favorecer a integralidade do cuidado. Acordos relacionados as redes temáticas;
 - Acordos relacionados a financiamento, contratos para prestação de serviços na região;
 - Propostas para garantir a continuidade e sustentabilidade das decisões: proposta de cofinanciamento entre os entes (municípios e estado);
 - Decisões, discussões relacionadas ao compartilhamento de recursos, estabelecimento de parcerias com outros atores (universidade, Ong, setor privado, entidades religiosas, ambientais).

- Estratégias para complementariedade de recursos para a rede de atenção, de integração entre o subsistema indígena e a SUS regional;
- Formas de prestação de contas para a sociedade na Região de Saúde.
- Aspectos do contexto
 - dinâmica socioeconômica e infraestrutura de transporte, comunicação e de serviços;
 - características do sistema de saúde (nível de complexidade, perfil assistencial e distribuição da oferta de serviços);
 - Aspectos relacionados a trajetória de implantação de políticas prévias, especialmente de regionalização;
 - Cultura de negociação intergovernamental.

Documentos 2: PDR, PES, PLANO REGIONAL, PLANO DA RAS.

- Base territorial para a regionalização, o planejamento e organização das Rede de Atenção à Saúde. Solicitar cópia de Mapa da saúde da região, se houver;
- Qual é o objetivo do documento? Que objetivos e metas regionais foram definidos? Identificar quais elementos o documento aborda. Quais ele deixa de fora? Quais ele destaca? Quais conflitos e contradições ele apresenta?
- Qual é a população alvo? O documento fala para quem?
- Qual é a concepção de regionalização e da organização de RAS apresentada no documento? Como ele aborda essas questões?
- Há definição da missão, visão, valores para a Região de Saúde;
- Há alguma referência / destaque a questões específicas da região?
- Qual é a abordagem/paradigma dominante para enfrentamento dos problemas regionais? Identificar nos documentos se existem projetos em disputa, contradições nas propostas, disputa por recursos.
- Quais são as recomendações presentes no documento? Existem lacunas no documento quanto aos aspectos da regionalização e da organização de RAS?
- Um documento reitera ou contradiz o outro? O que foi deixado para trás? O que mudou?
- Princípios gerais que orientam a proposta de regionalização e da política de implementação de RAS na região;
- Normas / Orientações na definição de papéis e responsabilidades de cada componente da rede de governança regional; Formas de relacionamento, divisão de funções e definição de responsabilidades entre os governos (relações intergovernamentais e acordos federativos) para a organização da Rede de Atenção à Saúde;
- Como está estabelecida a forma de integração das ações e serviços no território (Rede de Atenção à Saúde) (ex: referência e contra-referência; integração vertical\horizontal)
- Quais as fontes de financiamento das políticas e os recursos a ela destinados?
- Plano de execução; prazos estabelecidos, prioridades definidas, responsáveis e disponibilização dos recursos financeiros definidos no cronograma de implantação; Metas estabelecidas, o seu cumprimento ou não e porquê (Especificamente, para análise dos PAR das RTAS);
- Instrumentos de gestão adotados para organização da rede e formas de avaliação;
- Aspectos do contexto:
 - dinâmica socioeconômica e infraestrutura de transporte, comunicação e de serviços;
 - características do sistema de saúde (nível de complexidade, perfil assistencial e distribuição da oferta de serviços); Aspectos relacionados a trajetória de implantação de políticas prévias, especialmente de regionalização;



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GESTOR)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Governança em saúde: limites e potencialidades para a regionalização e implementação de redes de atenção em saúde na Amazônia” desenvolvida por Angela Oliveira Casanova, discente do Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Ligia Giovanella e Marly Cruz. O objetivo central do estudo é analisar a governança regional no processo de implementação de redes de atenção à saúde em duas regiões de saúde: Região do Alto Solimões (AM) e Região Metropolitana de Belém (PA). Essa pesquisa será realizada com os gestores das comissões intergestores regional dessas duas regiões. O critério de seleção foi por indicação devido a sua representatividade no grupo e pelo fato de poder contribuir para os objetivos da pesquisa.

A sua participação é voluntária, ou seja, não é obrigatória, o que significa que, a qualquer momento, você pode se recusar a responder qualquer pergunta, desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora e-ou com a instituição. O maior risco dos entrevistados será a possibilidade de identificação em razão de sua inserção institucional. Tais riscos serão minimizados por intermédio da apresentação dos resultados da pesquisa considerando-se o conjunto de dados analisados, para toda a região de saúde, sem que haja individualização das informações coletadas por intermédio das entrevistas realizadas. Desse modo, garantimos que as informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Sua participação na pesquisa não será remunerada.

Esse estudo poderá fornecer subsídios para analisar a capacidade de gestão territorial e o seu potencial de contribuição ao desenvolvimento regional. Contribuirá ainda para o desenvolvimento do conhecimento científico na área de implementação de políticas e programas. Os resultados da pesquisa serão divulgados nas regiões para gestores e trabalhadores, por meio impresso e ou digital e serão enviados por e-mail aos entrevistados. Pretende-se divulga-los ainda em artigos científicos e na tese de doutorado.

A sua participação, nesta pesquisa, consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. Você pode solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas, e a sua solicitação será prontamente atendida. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. Todas as entrevistas serão gravadas em áudio, caso haja consentimento. As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivo digital, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e seu orientador. O material digital será guardado durante cinco anos, em caso de necessidade de se recorrer a esse material. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e, em seguida, as mesmas serão destruídas.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Este Termo será redigido e assinado em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para o participante. Os resultados dessa pesquisa serão disponibilizados aos gestores e serão, também, divulgados em artigos científicos e na tese de doutorado.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Angela Oliveira Casanova.

Pesquisadora responsável da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Departamento de Ciências Sociais

Av. Leopoldo Bulhões 1480, 9 andar, sala 915

Manguinhos - RJ CEP 21040-900

Tel (021) 25982836

E-mail: angelacasanova@ensp.fiocruz.br

CEP/ENSP

Tel e Fax - (021) 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.enp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –
Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

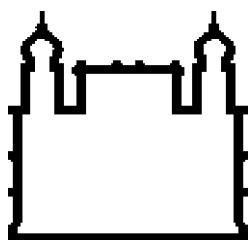
_____, ____ de _____ de 2016

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Autorizo a gravação em áudio da entrevista por mim concedida: (___) SIM (___) NÃO

Assinatura do participante da pesquisa

Nome do participante



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (OUTROS)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Governança em saúde: limites e potencialidades para a regionalização e implementação de redes de atenção em saúde na Amazônia” desenvolvida por Angela Oliveira Casanova, discente do Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Ligia Giovanella e Marly Cruz. O objetivo central do estudo é analisar a governança regional no processo de implementação de redes de atenção à saúde em duas regiões de saúde: Região do Alto Solimões (AM) e Região Metropolitana de Belém (PA). Essa pesquisa será realizada com atores que participam do processo de regionalização e implementação de redes de atenção nessas duas regiões. O critério de seleção adotado para você ser selecionado foi por indicação, devido a sua representatividade para a região de saúde e pelo fato de poder contribuir para os objetivos da pesquisa.

A sua participação é voluntária, ou seja, não é obrigatória, o que significa que, a qualquer momento, você pode se recusar a responder qualquer pergunta, desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora e/ou com a instituição. O maior risco dos entrevistados será a possibilidade de identificação em razão de sua inserção institucional. Tais riscos serão minimizados por intermédio da apresentação dos resultados da pesquisa considerando-se o conjunto de dados analisados, para toda a região de saúde, sem que haja individualização das informações coletadas por intermédio das entrevistas realizadas. Desse modo, garantimos que as informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Sua participação na pesquisa não será remunerada.

Esse estudo poderá fornecer subsídios para analisar a capacidade de gestão territorial e o seu potencial de contribuição ao desenvolvimento regional. Contribuirá ainda para o desenvolvimento do conhecimento científico na área de implementação de políticas e programas. Os resultados da pesquisa serão divulgados nas regiões para gestores e trabalhadores, por meio impresso e ou digital e serão enviados por e-mail aos entrevistados. Pretende-se divulgá-los ainda em artigos científicos e na tese de doutorado.

A sua participação, nesta pesquisa, consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. Você também pode solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas, e a sua solicitação será prontamente atendida. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. Todas as entrevistas serão gravadas em áudio, caso haja consentimento. As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivo digital, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e seu orientador. O material digital será guardado durante cinco anos, em caso de necessidade de se recorrer a esse material. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e, em seguida, as mesmas serão destruídas.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Este Termo será redigido e assinado em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para o participante. Os resultados dessa pesquisa serão disponibilizados aos gestores e serão, também, divulgados em artigos científicos e na tese de doutorado.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Angela Oliveira Casanova.

Pesquisadora responsável da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Departamento de Ciências Sociais

Av. Leopoldo Bulhões 1480, 9 andar, sala 915

Manguinhos - RJ CEP 21040-900

Tel (021) 25982836

E-mail: angelacasanova@ensp.fiocruz.br

CEP/ENSP

Tel e Fax - (021) 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.enp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

_____, ____ de _____ de 2016

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Autorizo a gravação em áudio da entrevista por mim concedida: (___) SIM (___) NÃO

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

APÊNDICE E - CONTEÚDOS DE DISCUSSÃO / NEGOCIAÇÃO NA CIB – AMAZONAS E PARÁ – 2015-2016

Pautas / Discussão / Informes	CIB PARÁ	CIB AMAZONAS
Financiamento, monitoramento e avaliação.	Avaliação dos indicadores do cofinanciamento da atenção básica - PMAQ / Resultados de campanhas / Situação de saúde, morbidade e mortalidade (por agravo).	Restrições do orçamento federal - impactos sobre a gestão / Organização da Frente nacional dos prefeitos em prol CPMF.
	Reprogramação e remanejamento de recursos. Discussão sobre blocos de financiamento da Média e Alta Complexidade / Realinhamento do teto do bloco de financiamento da MAC dos municípios sob gestão estadual / Descentralização do recurso referente aos municípios sob gestão do estado	Repactuação recursos bloco de Gestão. Repasse financeiro fundo a fundo para os municípios do Estado do Amazonas, para apoiar as ações da atenção à saúde (Município JUTAI - RUE; Fonte Boa)
	Contrapartida Estadual: atrasos no repasse de compromissos assumidos	Redefinição de municípios para repasse de recursos especiais - Programa DST/AIDS (região Alto Solimões) / Proposta de alteração do componente Básico de Assistência Farmacêutica para a Regional do Alto Solimões/AM
	Discussões sobre custeio de central estadual de regulação e complexo regulador regional.	Hospitais de pequeno porte - eficiência na gestão face aos cortes de recursos
	Homologação de valores programados para transporte fora de domicílio (TFD).	Perda de recursos de Vigilância em Saúde por 21 municípios
	PPI Assistência / Pactuação agenda de trabalho de câmara técnica / Realinhamento do teto financeiro	Relatório de Atividades da CIR do Médio Amazonas do ano de 2013 e 2014
	SIOPS - Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde - Situação dos Municípios Situação dos instrumentos de gestão dos municípios (Agenda permanente) / Pactuação dos indicadores do SISPACTO	SIOPS - Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde - Instrumentos de planejamento e gestão - Situação dos Municípios (Pauta fixa) / SISMOB (acompanhamento de obras). Aprovação SISPACTO 2015
Form ulação de políticas	Projeto Apoio ao desenvolvimento de sistemas regionais de atenção integrada à saúde – Hcor / Proposta de formação de consórcios regionais.	Oficinas regionais do PMAQ; Oficina de Planejamento Regional (apoio CONASS)

	Assistência farmacêutica (modelos de oferta de medicamentos para tratamento do Glaucoma / Projeto de aquisição de STENT farmacológico / Dispensação emergencial de medicamentos específicos).	Assistência farmacêutica: Modelos de Oferta de Medicamentos Para Tratamento Do Glaucoma / Projeto de aquisição de STENT farmacológico pelos municípios / Dispensação emergencial da penicilina benzatina (sífilis em gestantes); medicamentos de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Infecções Oportunistas e Doenças Associadas a AIDS (2015); aquisição de medicamentos da Atenção Básica para a população privada de liberdade no sistema prisional.
	Organização de linha de cuidado / planos de ação: Doença Renal Crônica (DRC) / Nefro / AVC / Rede do Câncer / Rede De Cuidados À Pessoa Com Deficiência / Atenção Integral às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade / Tratamento Hepatite C / Acolhimento com classificação de risco nas maternidades da Região Metropolitana I / Atenção à saúde das crianças com microcefalia / pessoas em situação de rua, consultório tipo 3, com recurso municipal -Belém	Organização de linha de cuidado / planos de ação: Plano de Atenção Oncológica do Estado do Amazonas; Plano de ações de Vig., Prev. e Controle de DST AIDS e Hepatites (2015); Plano de Atenção Oncológica do Estado; Atenção Integral à Saúde do Homem
	Formação / Educação continuada / Educação permanente / Curso de gestão do trabalho e educação na saúde (especialização e aperfeiçoamento) / Residências / COAP Ed em Saúde / PEP / PROADI-SUS – Projeto Gestão Para Educação Permanente Dos Profissionais Da Rede De Atenção Às Urgências / Reprogramação de ações (Profaps) / Recursos Humanos: Piso ACE / AVS; processos de contratação	Projeto PET (Programa de Educação Tutorial) / Indicação de representantes da CIES regional. EVENTOS: Congresso COSEMS; Fórum da Atenção Básica; Conferências municipais.
	Requalifica UBS; Expansão da ABS (Projeto de Expansão das equipes de ESF de Ananindeua). Programa Mais Médicos: situação dos municípios; fim de missão e reposição de profissionais	Requalifica UBS / Projeto de informatização das Unidades Básicas dos municípios do interior do Amazonas; Solicitação de equipamentos e materiais permanentes para UBS Fluvial para o município de Tabatinga
	Gestão da Alta Complexidade – descentralização ou (re) centralização da gestão.	

Gestão e regulação	Responsabilidade gestora no último ano de governo. Judicialização; Lei de responsabilidade fiscal	Judicialização (TCE determina demissão ACE terceirizados x atuação por improbidade adm)
	Descentralização da gestão de prestadores públicos e privados, contratados e conveniados ao SUS	Construção de Unidade de Hematologia e Hemoterapia; Aquisição equipamentos maternidade; Complexo oncológico estadual
	Pesquisa Governança e gestão em saúde - TCM / Situação Devolução dos Questionários / Sem menção a devolução de resultados / análise.	Resgate do Monitoramento e Avaliação - Iniciado em 16 municípios (SEA INTERIOR + DAB + FVS). Aprovação das câmaras técnicas.
	Central de Regulação / Homologação Central de Regulação de Urgências – Metropolitana I e Outras regiões	Regulação (investimento para informatização de todas as unidades básicas de saúde do interior (internet, compra de computadores); Implantação de complexos reguladores regionais.
	Vigilância em Saúde: Dengue; Chikungunya; Malária; Doença de Chagas; Tuberculose; Hanseníase Imunização; etc.	Vigilância em Saúde: Dengue e Febre Chikungunya; Malária; Doenças Imunopreveníveis - Campanhas de vacinação; Síndrome gripal.
Prestação de ações e serviços de saúde	Habilitação de Serviços: Adesão serviços de hemodiálise; habilitação de laboratórios para citopatológicos / inauguração UNACON; Centro Especializado em Reabilitação; Habilitação do Serviço de Nefrologia, de Alta e Média Complexidade, do Hospital da Santa Casa - Belém / Contratualização e Habilitação do serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Vascular e para os procedimentos da cardiologia (Hospital de Clinicas de Ananindeua - HCA) / Serviço de hemodinâmica em Ananindeua; habilitação leitos de alto risco gestante - município outra região / serviços de MAC com pendências de habilitação / Serviço de Ressonância magnética - outra região / Contratualização e Habilitação do Serviço de Cirurgia cardiovascular, Hemodinâmica, Neurocirurgia, Neurologia e Neuropediatra do Hospital Camilo Salgado (PRIVADO).	Habilitação de serviços (Redes de atenção - doenças crônicas; UBS fluvial; Leitos UTI neonatal, Clínica oftalmológica privada (Glaucoma); Credenciamento de leitos neonatais; habilitações especialmente na área da oncologia
	Hospitais de Pequeno Porte / SAMU	Hospitais de Pequeno Porte / SAMU
	Sistemas de Informação: SISPRENATAL, E-SUS, SISCAM; Sistema Informação RUE, Bolsa família.	Sistemas de Informação / SISPRENATAL, E-SUS, SISCAM, Sistema Informação RUE, Bolsa família e Sis prenatal, SISMOB, SISABE.

	TELESSAUDE BRASIL REDES: Convênio COSEMS - UEPA / Formação / Habilitação municípios / Relatório final	Atenção básica: Implantação equipes de saúde bucal, NASF, CAPS, inauguração unidades de saúde fluviais;
	Implantação da central sorológica de triagem pré-natal / Saúde bucal / Cirurgias Eletivas / Cenário atual da rede de serviços especializados no estado / Projeto piloto consultório virtual em neurologia.	Mutirão cirurgias eletivas; Serviços de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica e Neonatal para o Hospital Universitário
	Logística: envio de exames para o Lacen; Transporte Fora de Domicílio (TFD).	Aumento de valores das diárias para pacientes e acompanhantes que são atendidos pelo Programa de Tratamento Fora de Domicílio.

Fonte: Atas da CIB Amazonas e CIB Pará dos anos 2015 e 2016. Elaboração própria

APÊNDICE F - SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS EM RELAÇÃO AOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO

REGIONAL DO CIR/ASOL/AM			
Municípios	RAG	Plano Municipal de Saúde	Programação anual de saúde
Amaturá	2012	Nenhum entre 2012-2016	não consta
Atalaia do Norte	2016	Nenhum entre 2012-2016	não consta
Benj.Constant	2013	Nenhum entre 2012-2016	não consta
Fonte Boa	RAG enc. ao CMS para apreciação em: 29/04/2016	2014-2017	não consta
Jutaí	2015	2014-2017	não consta
Sto. Antônio do Içá	2014	2014-2017	não consta
São Paulo de Olivença	2013	2010-2013	não consta
Tabatinga	2015	2014-2017	não consta
Tonantins	2016	2010-2013	2017
REGIONAL DO CIR/RMB/PA			
Ananindeua	2016	2014-2017	2016
Belém	2016	2014-2017	2016
Benevides	2016	2014-2017	2016 e 2017
Marituba	2016	2014-2017	2016 e 2017
Santa Bárbara do Pará	2016	2014-2017	2016 e 2017

Fonte: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/> - Consulta em 27/11/2017 – Elaboração própria.

APENDICE G – - MAPEAMENTO DA REDE SOCIAL DOS GESTORES

	Atores	Função	Contato	Recursos	Natureza (profundidade) do vínculo:	Motivo do contato:
Entrevistados		Governo	regular (diário)	Informação / cognitivos	Reconhecimento	Gestão Estadual
		Prestador privado	regular (semanal)	Financeiros	Conhecimento	Questão regional;
		Entidade profissional / sindicatos	regular (quinzenal)	Políticos (poder, legitimidade)	Colaboração	Gestão Municipal;
		Org. social	regular (mensal)		Cooperação	Interesse privado
		Empresas	Esporádico Demanda específica	Administrativo/Organizacional (oferta de serviços, apoio logístico);	Associação	Interesse político
		Org. Internacionais				
		Mov. Sociais				
Secretaria Estadual Pará	Hospitais	<i>Org. social</i>	regular (semanal)	Administrativo, organizacional; Informação;	Colaboração, cooperação	Gestão Estadual
	Sindicatos (Médicos; Servidores do estado)	Sindicatos	regular (mensal)	Políticos	Colaboração, cooperação	
	Associação dos hospitais e casas de saúde do estado	Prestador privado	regular (semanal)	Administrativo, organizacional;	Cooperação	
	Pró Saúde	Organização social	regular (semanal)	Administrativo, organizacional; Informação	Colaboração, cooperação	
	COREN	Entidade profissional	regular (mensal)	Políticos	Colaboração	
	Soc. Paraense de Pediatria	Entidade profissional	<i>regular (semanal)</i>	Informação/cognitivos	Colaboração, cooperação	

CIR Região Metropolitana	SGEP DAI / MS	Governo	esporádico	Informação/cognitivos	Colaboração	Gestão Estadual
	CONASS	Governo	regular (mensal)	Informação/cognitivos	Cooperação	Gestão Estadual e municipal
	OPAS	<i>Org. Intl</i>	esporádico	Informação/cognitivos	Cooperação	Gestão Estadual
	COSEMS	Governo	<i>regular (diário)</i>	Políticos; Informação;	Cooperação	Gestão Estadual e municipal
	Prestadores filantrópicos	Org. social	regular (semanal)	Administrativo/Organizacional;	Cooperação	Gestão Estadual
	Consórcio Interestadual Amazônia Legal	Governo	regular (semanal)	Políticos, Informação/cognitivos	Cooperação; colaboração	Gestão Estadual
Educação Permanente Pará	SMS	Governo	regular (semanal)	Informação; administrativo, organizacional	Cooperação	Gestão est. e mun.
	Sec. de Educação	Governo	regular (mensal)	Cognitivos.	Colaboração	Gestão Estadual
	Sec. de Segurança	Governo	regular (mensal)	Informação; administrativo, organizacional	Colaboração	Gestão Estadual
	Unicef	Org. intern.	regular (mensal)	Informação/cognitivos	Cooperação	Gestão e questão regional
	Universidade do Estado do Amazonas	Governo	regular (mensal)	Cognitivos; administrativo, organizacional	Cooperação	Gestão Estadual, municipal e questão regional
	Universidade Federal do Amazonas	Governo	regular (mensal)	Cognitivos; administrativo, organizacional	Cooperação	Gestão Estadual, municipal e questão regional
	Escolas técnicas	Governo	regular (mensal)	Cognitivos; administrativo, organizacional	cooperação	Interesse privado
	Movimento LGBT	Mov. sociais	regular (mensal)	Informação; Político (legitimidade)	Reconhecimento	Gestão Estadual

	Sindicatos e Conselhos regionais	Entidades profissionais	regular (mensal)	Legitimidade; poder	Conhecimento	Gestão Estadual e questão regional. Interesse privado
SMS Capital	Universidades	Governo e privado		Cognitivos	Colaboração	Gestão municipal
	Grupos condutores Redes temáticas	Governo	regular (mensal)	Cognitivos	Cooperação	Gestão municipal
	Unicef e Brinc	Org.Intern.	regular (mensal)	Cognitivos e financeiros	Colaboração	Gestão municipal
	"Rede" Pacto Belém pela Vida	Todos (exceto entidade profissional e sindicatos).	s/i	Todos	Cooperação	Gestão Municipal;
	"Rede" CIRADS	Governo (Justiça e Executivo)	regular (mensal)	Todos	Cooperação	Gestão estadual e municipal
	Associação da pessoa com deficiência	Movimentos sociais	esporádico	Informação e políticos (legitimidade)	Colaboração	Gestão municipal
Gestão Estadual Amazonas	Sec. Municipal de Tabatinga	Governo	regular (semanal)	Político; Informação; Administrativo; Organizacional	Cooperação	Gestão Estadual e municipal; questão regional
	Coordenador UPA Tabatinga		regular (semanal)			
	Coord. Complexo Regulador Reg.		regular (semanal)			
	Ex.secretária municipal Tabatinga		regular (semanal)			
	Gerente Regional		<i>regular (diário)</i>			
	Sec. Municipal de Tonantins		regular (semanal)			

	Sec Municipal de S.A. I		regular (semanal)			
	Sec Municipal de B. C.	Governo	regular (semanal)			Gestão e questão regional
	Rede social virtual de gestores	Governo	<i>regular (diário)</i>	Informação/cognitivos;	Associação	Gestão, Interesses privados (amizade)
	Hospital de Guarnição	Governo	regular (semanal)	Oferta de serviços	Conhecimento	Questão regional
Gerência Regional – SEA interior / SUSAM	Defesa Civil	Governo	esporádico-situações específicas	Administrativo/Organizacional (Apoio logístico)	Colaboração	questão regional
	Exército	Governo	regular (semanal)			Gestão Estadual e questão regional
	Marinha	Governo	esporádico-situações específicas			
	Aeronáutica	Governo	esporádico-situações específicas			
	Sec. mun de saúde	Governo	regular (diário)	Administrativo, Organizacional Político	Cooperação; associação	Gestão municipal; questão regional
	Prefeitos	Governo	regular (diário)	Político	Colaboração	
	Univ. Est. AM	Governo	Esporádico, conforme demanda	Informação, cognitivos	Cooperação	Gestão Estadual e questão regional
	Sec. Est. Educação	Governo	Esporádico, conforme demanda	Informação, cognitivos	Cooperação	
	Diretores unidades hospitalares	Governo	regular (diário)	Administrativo, organizacional	Cooperação; associação	Gestão e questão regional
	COSEMS	Governo	regular (diário)	Político, Informação	Cooperação; associação	questão regional
Fund. Vig. em Saúde	Governo	regular (diário)	Cognitivo, informação	Cooperação; associação	Gestão e questão regional	

	Vereadores	Governo	regular (semanal / mensal)	Político	Conhecimento	Gestão municipal
	DSEI	Governo	regular (semanal / mensal)	Administrativo, organizacional, informação; cognitivo, político	Cooperação	Questão regional
	Hospital de Guarnição	Governo	regular (semanal)	Político	Reconhecimento - Conhecimento	Gestão municipal
	Ministério Público	Governo	Esporádico, conforme demanda	Informação	Reconhecimento - Conhecimento	Gestão municipal; questão regional
Coordenação Distrito Sanitário Especial Indígena	FUNAI	Governo	regular (diário)	Cognitivos, políticos	Cooperação	Questão regional
	Sec. Saúde de Santo Antônio do Içá	Governo	regular (diário)	Administrativo, organizacional	Cooperação	Questão regional
	Ministério Público	Governo	Esporádico, conforme demanda	Cognitivos, políticos	Colaboração	Gestão
	Ass. indígenas	Mov. sociais	regular (semanal)	Cognitivos, políticos	Associação	Gestão
	Prefeituras	Governo	situação específica	Financeiros	Colaboração	Gestão
	Parlamentares	Legislativo	situação específica	Financeiros	Colaboração	Gestão
Gestão Municipal 1	SEA Interior - SUSAM	Governo	regular (semanal)	Cognitivos, informação	Cooperação	Gestão Municipal
	Ger regional/SEA Interior / SUSAM	Governo	regular (semanal)	Cognitivos, informação	Cooperação	

Gestão Municipal 2	UPA Tabatinga	Governo	regular (semanal)	Administrativo, organizacional	Cooperação	Gestão municipal	
	Regulação	Governo	regular (semanal)		Cooperação		
	Hospital São Sebastião	Governo	regular (diário)		Cooperação		
	Especialista em Hepatite	Prestador privado	regular - de acordo com a demanda	Cognitivos, informação	Colaboração		
	UNESCO / UNAIDS	Organismo internacional	situações específicas	Cognitivos, informação, financeiros	Colaboração		
	Apoiador Mais Médicos	Governo	regular (diário)	Administrativo, organizacional	Cooperação		
	Hospital de Guarnição	Governo (exército)	regular (conforme demanda)	Administrativo, organizacional	Conhecimento - colaboração		Gestão municipal
	Exército - pelotões	Governo (exército)	regular (quinzenal)	Administrativo, organizacional	Conhecimento - colaboração		
Gestor Municipal 3	SEA Interior	Governo	regular (semanal)	Informação; administrativo, organizacional	Cooperação	Gestão municipal	
	Hospital Alfredo da Mata	Governo	regular (mensal)	Administrativo, organizacional			
	Cooperação Interfederativa do Amazonas (Interfam)	Governo e Organismo Internacional	regular (mensal)	Financeiros, administrativo, organizacional, Cognitivos.			
	Diocese do Alto Solimões	Movimentos sociais	regular (diário)	Financeiros, administrativo, organizacional.	Colaboração		
	CRM	Entidade profissional	esporádico	Políticos	Conhecimento		
	Prefeito	Governo	regular (semanal)	Político, financeiros	Associação		
	Ministério Público	Governo	esporádico - situações específicas	Cognitivos, políticos	Conhecimento colaboração		

Gestor Municipal 4	SEA Interior - SUSAM	Governo	regular (diário)	Cognitivos, políticos	Cooperação	Gestão Municipal
	Secretário de Estado - SUSAM	Governo	regular (semanal)	Políticos	Cooperação	
	Prefeitos da Região	Governo	regular (semanal)	Informação, administrativo, organizacional	Cooperação	
	Hospital de Guarnição	Governo - exército	regular - regular (semanal)	Administrativo, organizacional	Colaboração	
	DSEI	Governo	regular (semanal)	Políticos, administrativo, organizacional	Cooperação	
	Secretaria de Juventude, Esporte e Lazer do Estado	Governo	regular (semanal)	Políticos (legitimidade), Cognitivos	Cooperação	
	Diocese	Governo	esporádico - pontual	Políticos (legitimidade)	Colaboração	

Fonte: elaboração própria.