



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**



ÍTALO RICARDO SANTOS ALELUIA

**ANÁLISE DE UMA REGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE: DO DESENHO
POLÍTICO À DINÂMICA DE PODER**

**SALVADOR
2019**

ÍTALO RICARDO SANTOS ALELUIA

**ANÁLISE DE UMA REGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE: DO DESENHO
POLÍTICO À DINÂMICA DE PODER**

Tese apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito obrigatório para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública com concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Maria Guadalupe Medina
Co-orientadora: Profa. Ana Luíza Queiroz Vilasbôas

**SALVADOR
2019**

Ficha Catalográfica
Catalogação na Fonte

A366 Aleluia, Ítalo Ricardo Santos.
Análise de uma região interestadual de saúde: do desenho político à dinâmica de poder.
/ Ítalo Ricardo Santos Aleluia. – Salvador, 2019. 302f.:il

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Guadalupe Medina
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Luíza Queiroz Vilasbôas

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2019.

1. Sistema Único de Saúde - SUS. 2. Política de Saúde. I. Medina, Maria Guadalupe.
II. Vilabôas, Ana Luíza Queiroz. III. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDD 362.1

Ana Cristina Santos de Jesus
Bibliotecária CRB5/1000



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

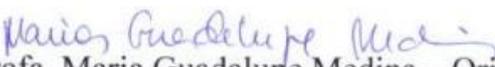
ÍTALO RICARDO SANTOS ALELUIA

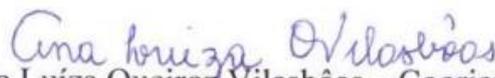
Análise de uma região interestadual de saúde: do desenho político à dinâmica de poder

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 03 de julho de 2019.

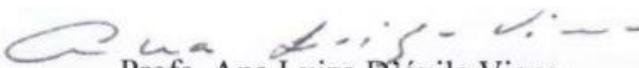
Banca examinadora:


Prof.ª Maria Guadalupe Medina – Orientadora
Instituto de Saúde Coletiva - UFBA


Prof.ª Ana Luíza Queiroz Vilasbôas – Coorientadora
Instituto de Saúde Coletiva - UFBA


Prof. Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza
Instituto de Saúde Coletiva - UFBA


Prof. José Antônio de Freitas Sestelo
Coordenadoria de Saúde/TRT5


Prof.ª Ana Luíza D'ávila Viana
Faculdade de Medicina/USP

**Salvador
2019**

DEDICATÓRIA

*Aos que militam e (re) existem para fortalecer a democracia e o direito a um SUS público,
universal e equânime.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por toda fé, esperança e renovação das minhas forças em momentos que pareciam impossíveis vencer as batalhas.

À minha mãe Cláudia, minha guerreira, companheira, meu tudo. Ela é a minha vida, minha inspiração de luta!

À minha família, minha fortaleza. Toda gratidão, em especial, a minhas tias Zilma, Flávia e Fátima, pelo cuidado, incentivo e apoio em todas as minhas decisões.

À professora Guadalupe, que me acolheu com todo carinho, desde quando cheguei ao ISC em 2013, no Mestrado e sem orientador (a) definido (a). Obrigado pela confiança, por todas as vivências de pesquisa, pelas valiosas orientações e contribuições na realização deste trabalho. Obrigado por tudo! Especialmente pela compreensão, parceria e oportunidades de crescimento.

À professora Ana Luíza, por todas as provocações, pelo carinho, pela sensatez em cada orientação e por ter aceitado participar da minha co-orientação.

A todos (as) os (as) colegas do GRAB, em especial, Valéria, Well, Maísa, Léo, Gabi e Diana, pelos momentos de apoio e muitas risadas.

A todas e todos os colegas docentes e técnicos do ISC. Gratidão por cada gentileza e prestatividade, em especial, Anunciação, Bia, Carla, Elane e Cátia.

Minha gratidão a um mestre especial: Jairnilson Paim. Obrigado pelas provocações, pelos questionamentos, pelas contribuições a este trabalho e por ter sido essencial na minha formação enquanto pesquisador e militante do SUS.

A todos os colegas discentes do ISC, especialmente Mariana, Luara, Sara e Érika. Obrigado pelos momentos de trocas e pela manutenção dos laços.

Gratidão por tudo! À minha tia Vilma, pela acolhida cheia de amor, cuidado e amizade durante todos os anos que residi em Salvador.

Aos queridos amigos da UFOB, por todo apoio e por me manterem firme nos momentos que me senti frágil, em especial, Mússio, Daiene, Maiara, Samara, Marcos e Lidiany.

Aos trabalhadores, trabalhadoras, usuários e militantes do SUS. Todo meu respeito àqueles que lutam pela (re) existência do SUS. Minha gratidão a vocês, que foram minha inspiração na construção desse trabalho. A vocês minha luta cotidiana pela democracia e pela continuidade do direito à saúde. Lutemos juntos!

EPÍGRAFE

*Vamos amigo, lute!
Vamos amigo, lute!
Vamos amigo, lute!
Vamos amigo, ajude!
Senão*

A gente acaba perdendo o que já conquistou...

*Vamos levante e lute!
Vamos levante e ajude!
Vamos levante e grite!
Vamos levante agora!
Que a vida não parou
A vida não pára aqui
A luta não acabou
E nem acabará
Só quando a liberdade raiar
LIBERDADE!!*

(Edson Gomes)

ALELUIA, Ítalo Ricardo Santos. **Análise de uma região interestadual de saúde: do desenho político à dinâmica de poder.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2019. 302, p.

RESUMO

As Regiões Interestaduais de Saúde (RIS) são espaços singulares e pouco assumiram centralidade na política de regionalização do SUS. Caracterizam-se por importante complexidade política, dada interdependência tríplice, onde além da União e municípios agregam, no mínimo, dois estados com configurações distintas desde o perfil epidemiológico a desigualdades de poder político-administrativo. As RIS são territórios singulares que envolvem tanto os entes federativos quanto diversos atores e instituições públicas e privadas com interesses múltiplos e divergentes, em um modelo federativo de poder compartilhado e sem um arcabouço jurídico suficiente para sustentar acordos e deliberações. Existem lacunas a serem respondidas em cenários tão complexos e heterogêneos como as RIS, desde como ocorrem as decisões nesses espaços a características da dinâmica de poder entre atores e instituições. Realizamos uma análise política de RIS Pernambuco-Bahia. Trata-se de estudo de caso que reuniu evidências por esferas de gestão. Adotamos o referencial teórico do Triângulo de Governo e da Teoria da Produção Social de Carlos Matus. A produção dos dados incluiu entrevistas com 35 formantes-chave e análise de 499 documentos do cenário municipal ao nacional. Apresentaremos os antecedentes políticos da RIS; os atores e o processo decisório de formulação do desenho regional; as condições de governabilidade e de capacidade de governo na RIS; a dinâmica de poder, enfatizando os atores mais influentes e suas motivações; as tipologias de poder em disputa e as características conflitivas e cooperativas na Região. O desenho político da Região emergiu de disputas financeiras intermunicipais e seu processo decisório contou com a participação de múltiplos atores do cenário municipal ao nacional. O desfecho das decisões foi permeado por diversas disputas e avançaram no sentido de implantar uma Rede Interestadual de Saúde (REIS). As condições de governabilidade na Região foram desfavoráveis à implantação da Rede Interestadual, pelo seu projeto ser altamente redistributivo entre as três esferas de governo e pelo controle desigual de variáveis políticas, econômicas, técnicas e administrativas, entre os atores sociais. Não houve capacidade de governo suficiente dos atores e instituições para operacionalizar a Rede Interestadual e o seu desenho político se reduziu a uma ambiência institucional incerta e restrita ao plano ideológico. A distribuição do poder na RIS se concentrava tanto em atores influentes do setor saúde quanto em grupos econômicos e políticos, que influenciam as decisões regionais. Os entes federativos tinham capacidades políticas desiguais e predominavam relações conflitivas, com padrão de relação público-privada regressivo e uma extensa rede atores influentes com motivações predominantemente econômica, partidária ou pessoal. Coexistiam várias disputas de poder na RIS e, dentre elas, predominavam a econômica e a política, com relações cooperativas mais propícias a acordos pouco transparentes e conflitos que combinavam, principalmente, divergências sobre leituras de realidades e de interesses. Em suma, a dinâmica de poder regional se distanciou dos propósitos de uma Rede Interestadual de Saúde, revelando que estamos muito mais na direção de disputas de mercado e aspirações do poder político do que construindo possibilidades institucionais de consolidar políticas interestaduais de saúde cooperativas e solidárias.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde. Política de Saúde. Regionalização. Federalismo. Região de Saúde.

ALELUIA, Ítalo Ricardo Santos. **Analysis of an interstate health region: from political design to power dynamics.** Dissertation (Doctorate in Public Health). Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador. 2019. 302 p.

ABSTRACT

Interstate Health Regions (IHR) are singular spaces and that are still deprived of appropriate care in the regionalization policy of Brazilian Public Health System (SUS). They are typified by a relevant political complexity due to its triple interdependence, in which, besides the Union and municipalities, they aggregate at least two states with distinct configurations that goes from epidemiological profile to inequalities of political-administrative power. IHR are unique territories that involve both federal entities and several public and private actors and institutions with multiple and divergent interests in a federative model of shared power and without a sufficient juridical framework for sustaining agreements and deliberations. In such complex and heterogeneous scenarios as the IHR, there are gaps to be answered that comprises since how decisions are made in such spaces until the power dynamics features among the actors and institutions. We performed a political analysis of Pernambuco-Bahia IHR. It is a case study that assembles evidence organized by management spheres. We adopted the theoretical basis of the Triangle of Government and the Theory of Social Production by Carlos Matus. Data production included interviews with 35 key respondents and analysis of 499 documents from the municipal to the national scenario. We will present the political background of IHR; the actors and the decision-making process for the formulation of regional design; governance conditions and government capacity in the IHR; the power dynamics, emphasizing the most influential actors and their motivations; the power typologies in dispute, and the conflicting and cooperative features in the region. The region political design emerged from intermunicipal financial disputes and its decision-making process was subsided by multiple actors from municipal to national scenario. The decisions outcomes were permeated by several disputes and progressed towards the implementation of an Interstate Health Network (REIS). Governability conditions in the region were adverse to the implementation of REIS as its project was highly redistributive among the three government spheres and due to unequal control of political, economic, technical, and administrative variables among the social actors. There was not sufficient government capacity of the actors and institutions to operationalize the Interstate Network and its political design was limited to the uncertain institutional ambience and restricted to the ideological plane. Power distribution in IHS was directed to influential actors in health sector as well as on economic and political groups that affect regional decisions. The federal states had unequal political capacities and an ambience of conflictive relations, with regressive public-private relation pattern and an extensive network of influential actors with predominantly economic, partisan, or personal motivations. There were several power disputes in the HIS and, among them, the economic and political ones was dominating, with cooperative relations more conducive to little transparent agreements and conflicts that combined, essentially, divergences on realities and interests readings. Overall, the regional power dynamics dissociated itself from the purposes of an Interstate Health Network, revealing that we are much more in the direction of market disputes and political power aspirations than in the way of building institutional alternatives for consolidating interstate health and cooperative health policies.

Keywords: Brazilian Public Health System. Health Policy. Regionalization. Federalism. Health Region.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- VC** - Vetor de Capacidade
- VC** - Vetor de Motivações
- PP** - Poder Político
- RE** - Recursos Econômicos
- RC** - Recursos Cognitivos
- CO** - Capacidades Organizacionais
- DR** - Demanda de Recursos
- MS** - Ministério da Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- CRIL** - Central de Regulação Interestadual de Leitos
- CRIE** - Comissão de Cogestão Interestadual de Saúde
- GERES** - Gerência Regional de Saúde
- SMS** - Secretaria Municipal de Saúde
- SES** - Secretaria Estadual de Saúde
- BRS** - Base Regional de Saúde
- NRS** - Núcleo Regional de Saúde
- UNIVASF** - Universidade Federal do Vale do São Francisco
- EBSERH** - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- OS** - Organizações Sociais
- MP** - Ministério Público
- SUREG** - Superintendência de Regulação Estadual
- SINDMED** - Sindicato dos Médicos da Bahia
- IMIP** - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
- APAMI** - Associação Petrolinense de Proteção à Maternidade e Infância
- APMI** - Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Castro Alves
- FESF/SUS** - Fundação Estatal de Saúde da Família
- PNS** - Planos Nacionais de Saúde
- RAG** - Relatórios Anuais de Gestão
- PES** - Planos Estaduais de Saúde
- CIB** - Comissão Intergestora Bipartite

- CIR** - Comissão Intergestora Regional
- PMS** – Plano Municipal de Saúde
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- SAMU** - Serviço Móvel de Urgência
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- DATASUS** - Departamento de Informática do SUS
- TSE** - Tribunal Superior Eleitoral
- PIB** - Produto Interno Bruto
- IDHM** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- NASF** - Núcleos Ampliados de Saúde da Família
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- SAD** - Serviço de Atenção Domiciliar
- CEREST** - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CEO** - Centros de Especialidades Odontológicas
- CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial
- USA** - Unidade de Suporte Avançado
- USB** - Unidade de Suporte Básico
- UPA** - Unidade de Pronto Atendimento
- GT**- Grupo de Trabalho
- GATs**- Grupos de Apoio Técnico
- DIREs**- Diretorias Regionais de Saúde
- PPI**- Programação Pactuada e Integrada
- PDI**- Plano Diretor de Investimentos
- CIT**- Comissão Intergestora Tripartite
- PGASS**- Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde
- COAP**- Contrato Organizativo de Ação Pública
- COSEMS**- Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde
- HU**-
UNIVASF- Hospital da Universidade Federal do Vale do São Francisco
- SAMU**- Serviço de Atenção Móvel de Urgência e Emergência
- QUALISUS**-
REDE Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde

- SUS** - Sistema Único de Saúde
- RAS** - Redes de Atenção à Saúde
- RUE** - Rede de Urgência e Emergência
- RAPS** - Rede de Atenção Psicossocial
- PPP** - Parcerias Público Privadas
- SESAB** - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
- APG** - Assessoria de Planejamento e Gestão
- SAEB** - Secretaria da Administração do Estado da Bahia
- SEPLAN** - Secretaria do Planejamento
- ISC/UFBA** - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia
- TCU** - Tribunal de Contas da União
- MPF** - Ministério Público Federal
- PAS** - Programações Anuais de Saúde
- ESB** - Equipes de Saúde Bucal
- USF** - Unidades de Saúde da Família
- ACS** - Agentes Comunitários de Saúde
- UNACOM** - Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
- INCA** - Instituto Nacional do Câncer
- TAC** - Termo de Ajuste de Conduta
- MEC** - Ministério da Educação

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Movimentos institucionais de regionalização da saúde no Brasil, suas contribuições e desafios.	25
Quadro 2.	Características dos nove jogos do poder utilizadas na análise desse estudo	46
Quadro 4.	Modelo de diário de campo utilizado neste estudo	70
Quadro 5.	Matriz de processamento dos documentos incluídos no estudo	71
Quadro 6.	Matriz para análise das atas de reuniões da CIR e CRIE	73
Quadro 7.	Matriz para análise dos Planos de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão	73
Quadro 8.	Matriz para análise das resoluções publicadas pelas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB)	73
Quadro 9.	Matriz de sistematização das notícias veiculadas na mídia regional	74
Quadro 10.	Matriz de mapeamento dos principais atores individuais e coletivos influentes na Região Interestadual de Saúde	74
Quadro 11.	Quadro síntese utilizado para elaboração dos argumentos e evidências balizados por fonte e categorias analíticas do estudo	75
Quadro 12.	Matriz de análise do estudo	76
Quadro 13.	Caracterização sociodemográfica dos municípios da Região Interestadual de Saúde (RIS), 2018	86
Quadro 14.	Características da situação prévia à formulação do desenho regional (2002-2008)	90
Quadro 15.	Caracterização dos atores que participaram da formulação do desenho político regional	291
Quadro 16.	Breve resumo da trajetória dos principais atores individuais de destaque no processo de formulação do desenho político regional	95
Quadro 17.	Principais fatos, impasses, atores envolvidos e soluções do processo decisório do desenho político regional (2008-2017)	103
Quadro 18.	Diretrizes, eixos e ações do Projeto de Implementação da Rede Interestadual de Saúde	300
Quadro 19.	Proposta de organização dos níveis de referência de atenção e suas correspondências na Região	302
Quadro 20.	Coerência entre projeto de implementação da Rede Interestadual e os planos saúde dos entes federativos (2008-2017)	122
Quadro 21.	Correspondência entre o Subprojeto QualiSUS-rede PE-BA e o projeto de implementação da Região Interestadual de Saúde	132
Quadro 22.	Principais obstáculos das pactuações na Região Interestadual de Saúde	141

Quadro 23.	Frequência dos gestores nas reuniões da Comissão de Cogestão Interestadual de Saúde (CRIE) (2010-2017)	155
Quadro 24.	Coerência entre o cumprimento das metas previstas pelos entes federativos e as diretrizes do projeto da Rede Interestadual de Saúde (2010-2017)	159
Quadro 25.	Alcance de metas relativas à implantação de serviços de saúde previstas para as microrregiões de saúde no projeto da REIS	164
Quadro 26.	Outras diferenças na implantação de serviços de urgência e emergência entre as macrorregiões de saúde da Bahia e Pernambuco	168
Quadro 27.	Principais impasses sobre a governabilidade da gestão na regulação interestadual de leitos	172
Quadro 28.	Características da atuação das Comissões Intergestoras Regionais de Petrolina-PE e Juazeiro-BA	179
Quadro 29.	Frequência dos temas das pautas das CIR Juazeiro-Ba e Petrolina-Pe (2015-2017)	181
Quadro 30.	Coerência entre pautas e deliberações das CIR Juazeiro-Ba e Petrolina-Pe (2015-2017) com os eixos do projeto da Rede Interestadual	184
Quadro 31.	Principais disputas envolvendo prestadores privados nos espaços deliberativos das CIR Juazeiro-BA e Petrolina-PE (2015-2017)	186
Quadro 32.	Direcionalidade decisões estaduais, Bahia e Pernambuco (2008-2017)	189
Quadro 33.	Principais diferenças na capacidade de governo das Secretarias Estaduais de Saúde da Bahia e Pernambuco	194
Quadro 34.	Características motivacionais e capacitantes dos atores mais influentes na Região Interestadual de Saúde	218
Quadro 35.	Atores, jogos de poder em disputa na Região Interestadual de Saúde e condições de aceitabilidade/viabilidade	232
Quadro 36.	Características da dinâmica de poder em disputa na Região Interestadual de Saúde	235
Quadro 37.	Pontos e tipos de cooperação, planos relacionais em que elas ocorriam, pessoas e instituições envolvidas na RIS	246
Quadro 38.	Pontos, planos e tipos de conflitos presentes na Região Interestadual de Saúde	253
Quadro 39.	Posicionamentos dos atores em relação aos pontos conflituos na Região Interestadual de Saúde	256
Quadro 40.	Principais conflitos na prestação do cuidado segundo especialidades, seus pontos críticos, pessoas e instituições envolvidas na Região Interestadual de Saúde	259

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Caracterização dos atores entrevistados na Região Interestadual de Saúde	62
Tabela 2.	Lista de documentos analisados por esfera administrativa (2008-2017)	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Modelo teórico da análise política da Região Interestadual de Saúde	52
Figura 2.	Arquitetura do processo investigativo na Região Interestadual de Saúde	54
Figura 3.	Sociograma da estratégia bola de neve	58
Figura 4.	Itinerário da produção de dados	59
Figura 5.	Regiões de saúde no estado de Pernambuco	82
Figura 6.	Regiões de saúde no estado da Bahia	83
Figura 7.	Linha do tempo dos principais fatos do processo decisório para formulação e implementação do desenho político regional (2008-2017)	102
Figura 8.	Proposta do desenho político da Rede Interestadual de Saúde do Médio Vale do São Francisco	120
Figura 10.	Linha do tempo sobre a alternância político-administrativa nas sedes das microrregiões de saúde e estados	149
Figura 11.	Cobertura da Estratégia Saúde da Família nos municípios da Macrorregião Norte da Bahia (2009 e 2017)	166
Figura 12.	Cobertura da Estratégia Saúde da Família nos municípios da Macrorregião do Vale do São Francisco, Pernambuco (2009 e 2017)	166
Figura 13.	Número de NASF projetados (2009) e implantados (2018) por Microrregião de Saúde da Rede Interestadual de Saúde	167
Figura 14.	Número de SAMU nos municípios da macrorregião Norte da Bahia (2008 e 2017)	167
Figura 15.	Número de SAMU nos municípios da macrorregião do Vale do São Francisco, Pernambuco (2008 e 2017)	168
Figura 16.	Frequência relativa dos gestores nas reuniões da CIR Petrolina-Pe (2015 a 2017)	185
Figura 17.	Frequência relativa dos gestores nas reuniões da CIR Juazeiro-Ba (2015 a 2017)	185
Figura 18.	Grafia política das relações entre os principais atores sociais internos e externos à Região Interestadual de Saúde	221

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	24
Objetivo geral	24
Objetivos específicos	24
3 REVISÃO DA LITERATURA	25
4 METODOLOGIA	37
4.1 Referencial teórico	37
4.1.1 Triângulo de Governo	37
4.1.2 Teoria da Produção Social	40
4.1.3 Modelo teórico da pesquisa	49
4.2 Seleção do caso e cenário do estudo	53
4.3 Delineamento do estudo	53
4.4 Estratégias de produção de dados e fontes de evidências	55
4.5 Processamento e análise dos dados	71
4.6 Aspectos éticos	80
5 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO INTRESTADUAL DE SAÚDE	82
6 FORMULAÇÃO DO DESENHO POLÍTICO DA REGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE (RIS)	89
6.1 Situação prévia à conformação do projeto de desenho político regional	90
6.2 Principais atores sociais do processo de formulação do desenho político regional.....	93
6.3 O processo decisório da formulação do desenho político regional (2008-2017): a proposta de uma Rede Interestadual de Saúde (REIS)	100
6.4 Coerência entre o projeto da Rede Interestadual de Saúde e os projetos de governo dos entes federativos.....	128
7 AS CONDIÇÕES DE GOVERNABILIDADE NA REGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE	125
7.1 Um ente federal ausente e o cenário de desarticulação interfederativa.....	126
7.2 O “acordo de cavalheiros”: uma estratégia para compensar a desarticulação interfederativa.....	128
7.3 O vazio normativo para regular a Região Interestadual de Saúde.....	130
7.4 O subprojeto QualiSUS-Rede Pernambuco-Bahia: uma iniciativa de indução federal frustrada na Região	132
7.5 Desigualdades de capacidade fiscal entre os municípios e a dependência financeira....	137
7.6 Os desafios para estabelecer pactuações regionais: da estagnação à ruptura de “acordos”	140

7.7 A alternância de político-administrativa na Região Interestadual de Saúde.....	148
7.8 A inércia da Comissão de Cogestão Interestadual de Saúde (CRIE).....	153
7.9 Coerência entre o cumprimento das metas previstas pelos entes federativos e as diretrizes do projeto da Rede Interestadual de Saúde.....	157
7.10 A baixa governabilidade da gestão para regular leitos na Região Interestadual.....	172
8 A CAPACIDADE DE GOVERNO NA REGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE.....	178
8.1 Baixa capacidade deliberativa das Comissões Intergestoras Regionais.....	178
8.2 Direcionalidade das decisões nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES).....	188
8.3 Diferentes capacidades de governo entre as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) da Bahia e Pernambuco.....	203
9 DINÂMICA DE PODER NA REGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE.....	204
9.1 Desigualdade de poder político entre os municípios-sede da RIS.....	206
9.2 O interesse local em detrimento de uma política interestadual de saúde.....	208
9.3 Relação público-privada com padrão regressivo na RIS.....	211
9.4 Distribuição do poder na RIS: os atores mais influentes.....	215
9.5 As disputas de poder na Região Interestadual de Saúde.....	230
9.6 Características cooperativas na Região Interestadual de Saúde.....	245
9.7 Características conflitivas na Região Interestadual de Saúde.....	250
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	265
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	270
APÊNDICES.....	284
ANEXOS.....	300

1 INTRODUÇÃO

A regiões de saúde são espaços geográficos constituídos por municípios limítrofes em função de características que variam da oferta de ações e serviços à responsabilidades federativas (BRASIL, 2011). O Brasil possui 440 regiões de saúde instituídas (REIS et al., 2017; SILVA e MOTA, 2017) distribuídas em 26 unidades federadas, um Distrito Federal e 5.570 municípios (DUARTE et al., 2015).

As Regiões Interestaduais de Saúde (RIS) são espaços singulares e pouco assumiram centralidade na política de regionalização do SUS, em função do importante vazio jurídico-normativo para esses territórios (BRASIL, 2006; 2010; 2011). Apenas duas regiões dessa natureza receberam investimentos (sazonais) federais no país: a região interestadual Pernambuco-Bahia e a região do Bico de Papagaio (TOPAMA) (BRASIL, 2012), porém nenhuma delas possui homologação jurídica em nível nacional.

Os estudos assinalam importante diferença na estrutura federativa brasileira em relação a outros países (SANTOS, 2013; AIKES e RIZZOTTO, 2018; BARKER e CHURCH, 2017; TENBENSEL, 2016). Há países que adotaram uma organização federativa com poder político-administrativo centralizado nacionalmente como França, Dinamarca, Reino Unido e Japão (SANTOS, 2013) e outros regionalmente como a Espanha, Itália e Canadá (BARKER e CHURCH, 2017); Argentina e Paraguai (AIKES e RIZZOTTO, 2018); e Nova Zelândia (TENBENSEL, 2016).

O Brasil adotou um modelo de federação com poder político-administrativo compartilhado entre a União, estados e municípios (SANTOS, 2013). Isso reflete em uma estrutura política intergovernamental complexa nas regiões de saúde, sobretudo em fronteiras interestaduais que agregam, além dessa composição tríplice, no mínimo, dois entes estaduais.

A coexistência de autonomia entre três entes federativos desiguais cria mútua dependência de poder político, decisório e administrativo entre eles, em um país com regiões de saúde desiguais (REIS et al. (2017) e que não possui autoridades sanitárias regionais para coordenar essa relação (LEVESQUE et al., 2017; LIMA et al., 2017).

Por mais de uma década a descentralização foi prioridade na agenda nacional e a regionalização ganhou destaque tardio, ainda que desde a criação do SUS fosse assinalada como uma de suas diretrizes (REIS et al., 2017). Isso trouxe implicações importantes para a gestão nas regiões de saúde, ao privilegiar o componente municipal e desconsiderar a importância do papel estadual no sistema (VIANNA e LIMA, 2011; VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010). Em alguns estudos, destaca-se que esse fato limitou a conformação de relações intergovernamentais

mais cooperativas em nível regional (VIANA et al., 2017; JACCOUD e VIEIRA, 2018), em virtude do país não ter concedido, necessariamente, autonomia decisória e fiscal aos municípios (ROCHA, 2013; SANTOS, 2013; GOMES e VASQUEZ, 2012)

Entre 2000 e 2011, os artigos apontaram movimentos institucionais mais concretos destinados à regionalização da saúde no Brasil (DOURADO e ELIAS, 2011; KEHRIG et al., 2015; LIMA e VIANNA, 2011), mas nada se evidenciou de proposições destinadas a regiões interestaduais de saúde. As tentativas de resgate do papel estadual não tiveram o êxito pretendido (LIMA e VIANNA, 2011; MENICUCCI, COSTA e MACHADO, 2018) e os instrumentos de planejamento regional propostos tiveram baixa institucionalidade na dinâmica política das regiões de saúde (VIANA, LIMA, e FERREIRA, 2010; VIANA, LIMA, e FERREIRA, 2010; LIMA e VIANNA, 2011).

O planejamento regional tem sido apontado como um exercício teórico (VIANA et al., 2017) no Brasil, essencialmente normativo (KEHRIG et al., 2015) e com baixa correspondência com as necessidades regionais de saúde (JÚNIOR, SILVA e JÚNIOR, 2013; PINAFO et al., 2016), ao contrário de experiências internacionais satisfatórias de planejamento regional nos EUA (PALAFOX et al., 2018); África, Península Arábica, Ásia-Pacífico e Europa Ocidental (LOVER et al., 2017); na Itália (GIUSTI et al., 2017); no Japão (TUNG e CHANG 2016) e na Inglaterra (METCALFE, 2016).

Os obstáculos brasileiros no planejamento regional tornaram muito distante a perspectiva de regiões de saúde centradas em acordos e cooperação interfederativa (PEIXOTO e COELHO, 2016; MOREIRA e TAMAKI, 2017). A dinâmica de poder regional tem sido conduzida por relações político-partidárias (IANNI et al., 2012) e com predominância de interesses locais em detrimento de uma política de regionalização (SILVA e GOMES, 2014).

A criação de colegiados deliberativos tentou estruturar espaços de negociação intergestores regionais (VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010; CARNEIRO et al., 2014). Contudo, alguns estudos apontaram que isso não foi suficiente para estabelecer mecanismos de gestão interfederativa (LIMA e VIANNA, 2011; MENICUCCI, COSTA e MACHADO, 2018) e sua implantação foi heterogênea nas regiões do país (VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010).

Os artigos assinalam que as dinâmicas de poder regional são influenciadas pelo perfil e composição dos espaços deliberativos (CURY, 2015; RIBEIRO, 2015). Há dificuldades de estabelecer consensos e pactuações (MENDES et al., 2015), o conteúdo das deliberações apenas se volta para aspectos normativos (MACHADO ET AL., 2014; NASCIMENTO e ZIONE, 2002) e há unanimidade sobre a baixa institucionalidade das comissões intergestoras

(KUSCHNIR e CHORNY, 2010; KEHRIG et al., 2015; PEREIRA, 2009), sobretudo nas regiões mais desiguais como o Norte e o Nordeste (MACHADO et al., 2014).

As decisões regionais também são pulverizadas, a depender do âmbito em que elas ocorrem, se nacional (BAJRACHARYA, 2007; PERTEL et al., 2010); metropolitano (GEREMIA e DAIN, 2018); estadual (MACHADO et al., 2014); regional (ALMEIDA et al., 2016; SANTOS e GIOVANELLA, 2014) ou local (MOTA et al., 2016; MENDES et al., 2015). Essa variação traz complexidade, principalmente para regiões interestaduais de saúde, cujo território agrega várias estruturas decisórias regionais com dinâmica e perfil singulares e que carecem de espaços decisórios de cunho interestadual.

Construir mecanismos de articulação interfederativa parece ser um desafio ainda não superado no Brasil, desde que a política de regionalização ganhou destaque no país (OUVERNEY et al., 2017). Nem mesmo as proposições mais recentes de Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP) foram suficientes para sustentar acordos político-institucionais entre as esferas de governo (OUVERNEY et al., 2017; CASANOVA et al., 2017; MENICUCCI et al., 2018; MOREIRA e RIBEIRO, 2017; GOYA et al., 2017; SANTOS, 2013).

A construção de viabilidade política para acordos e cooperações interfederativas se mostra ainda mais difícil diante da diversidade de tipologias e desigualdades socioespaciais das regiões de saúde (ALBUQUERQUE 2013; ALBUQUERQUE et al., 2017; VIANA et al., 2015; DURATE et al., 2015; LIMA et al., 2012; VIANA et al., 2018), principalmente porque elas não se tornaram a base dos principais movimentos pró-regionalização da saúde no Brasil e pouco se definiu sobre mecanismos necessários para sua conformação (SANTOS, 2013). Nos contextos interestaduais isso merece atenção, porque a conformação de desenhos regionais implicam em aglutinar territórios locais, microrregionais e estaduais desiguais.

As relações intergovernamentais estão inseridas em situações de desigualdades de oferta de serviços, política, fiscal e administrativa entre os entes federativos (GEREMIA e DAIN, 2015; SANTOS e CAMPOS 2015; DOURADO e ELIAS, 2011; WILL et al., 2015; LIMA et al., 2017; MOTA et al., 2016; MIRANDA et al., 2017; ALMEIDA et al., 2016; CARNEIRO et al., 2014; GEREMIA e DAIN, 2018). Isso aprofunda desigualdades da distribuição de poder nas dinâmicas regionais de natureza interestadual, que combinam maior diversidade de entes locais e estaduais.

Essas desigualdades de capacidades se somam a um cenário de subfinanciamento histórico (SANTOS e GIOVANELLA, 2014) e, mais recentemente, com a introdução de políticas de austeridade fiscal (COSTA, 2017; MOREIRA, FERRE e ANDRADE, 2017), com participação desigual dos entes federativos nos gastos em saúde e aprofundamento progressivo

da limitação financeira dos municípios e estados (REIS et al., 2017; TELES et al., 2016; SOARES et al., 2016; ARAUJO, GONCALVES e MACHADO, 2017; MIRANDA et al., 2017).

A literatura também evidencia que as alocações financeiras para os entes subnacionais são impositivas e atreladas a programas e políticas específicas (CARNEIRO et al., 2014; VIANA et al., 2017; GUIMARÃES, 2011; (MOREIRA, FERRE, e ANDRADE, 2017) e com critérios de repasses que pouco dialogam com as necessidades regionais (UGÁ et a., 2012; TELES, COELHO e FERREIRA, 2016), sobretudo em territórios de fronteiras entre países ou estados, cujos orçamentos não garantem o atendimento a migrações intermunicipais (SIQUEIRA, 2011), que se caracterizam por uma trânsito informal constante, de usuários não regulados em busca de serviços de saúde.

Demarcações de limites administrativos em algumas regiões de saúde são incompatíveis com a definição de atribuições entre os entes municipais e estaduais (PREIRA, 2009; SILVA e GOMES, 2014; (GARBELO et al., 2017), o que torna a gestão regional ainda mais problemática na hipótese desses equívocos ocorrerem em recortes territoriais que envolva um extenso número de entes locais e mais de um ente estadual, onde o arcabouço normativo do SUS apresenta uma lacuna expressiva (CASANOVA et al., 2017).

A regionalização em saúde também se configura como um processo político que combina múltiplos atores sociais e poder distribuídos assimetricamente (VIANNA e LIMA, 2011; LIMA et al., 2017). Ela envolve sujeitos com graus distintos de governabilidade e recursos (financeiros, políticos, simbólicos ou técnicos) (SANTOS e ASSIS, 2017; CARVALHO et al., 2017; VIANA e LIMA, 2015; WILL et al., 2015); e interesses heterogêneos (BRETAS JUNIOR e SHIMIZU, 2017), gerando um arranjo decisório complexo e multifacetado (SILVA, 2013). Essa multiplicidade de atores e poderes distribuídos se torna ainda mais desafiante em contextos interestaduais.

A complexidade política é um importante determinante da institucionalidade das regiões de saúde (MARTINELLI et al., 2015), sobretudo em situações de dependência pública em relação ao setor privado (SHIMIZU et al., 2017), que flexibiliza as decisões regionais a arenas de disputas de mercado (CASANOVA et al., 2017). Essa questão impõe desequilíbrios de poder (SILVA e GOMES, 2013; SANTOS e ANDRADE, 2011), que geram incertezas sobre a autonomia decisória dos gestores municipais e estaduais (HENRIKSSON et al, 2017).

O crescimento de contratos públicos-privados aumenta a probabilidade de influências do setor privado nas dinâmicas regionais (COELHO, 2017; LIMA et al., 2015). Alguns artigos destacam essa influência (LIMA et al., 2015; CAMPOS, 2010; BAHIA, 2010; (ALMEIDA e

LIMA, 2015), principalmente em pontos de insuficiência da rede própria do SUS (SILVEIRA FILHO et al., 2016) e em cenários onde empresários e políticos se aliam para conceder privilégios a interesses privados (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Paim (2012) destaca o risco das influências privadas orientarem a organização de sistemas regionalizados sob a lógica de mercado em detrimento da universalidade. Isso se torna mais crítico em regiões com capacidade regulatória estatal insuficiente (VIANA et al., 2015; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; REIS et al., 2017; GEREMIA e DAIN, 2018; COSTA, 2017 ou lacunas de articulação interfederativa entre os entes subnacionais (VIANA et al., 2017; JÚNIOR e CAMPOS, 2014).

Em suma, ainda que a região de saúde tenha sido defendida como alternativa para romper com o centralismo federal programático (SANTOS e CAMPOS, 2015), tanto ela como os espaços de fronteira interestadual ou entre países revelam similaridade sobre sua tangencialidade na política de regionalização brasileira (PREUSS e NOGUEIRA, 2012; SANTOS, 2013; SANTOS, 2017).

Regiões Interestaduais de Saúde são espaços complexos e a presente revisão identificou que eles carecem de proposições político-institucionais que regulem a relação entre mais de um estado (BRASIL, 2002; 2006; 2010; 2011). Ainda que iniciativas de investimentos nacionais pontuais tenham contemplado, tardiamente, duas regiões interestaduais do país (CONASS, 2013), o ambiente jurídico-normativo do SUS se limitou a definir a dinâmica relacional no âmbito estado-município, mas não no âmbito estado-estado.

A maior parte dos estudos estão circunscritos ao âmbito regional comum e há uma importante escassez de trabalhos que investigaram territórios interestaduais de saúde. Um deles, na Amazônia, focou a investigação na implementação de um projeto de qualificação da gestão regionalizada (QualiSUS-Rede) (CASANOVA et al., 2017); outros dois analisaram a estrutura, organização e política das regiões e redes (USP, 2017) e o processo de constituição de uma Rede Interestadual de Saúde (PEREIRA, 2017). Também há pouca concentração de estudos avaliativos sobre a regionalização da saúde no Brasil e grande parte são classificados como "exploratórios" (FERNANDES, 2017).

Considerando as relações intergovernamentais como variáveis fundamentais na compreensão da política de regionalização brasileira (VIANA et al., 2015), torna-se relevante analisar os aspectos políticos e da dinâmica de poder em espaços regionais de saúde (VIANNA e LIMA, 2011). Paim e Coelho (2016) assinalam a importância de compreender como os atores atuam na formulação de políticas e quais lacunas se reproduzem enquanto coletivo e ideologia no espaço local-regional.

Diante dos desafios aqui apontados para conformar novos arranjos político-institucionais para a gestão regional, ainda existem lacunas a serem respondidas em cenários tão complexos e heterogêneos como as regiões interestaduais de saúde, sobretudo como ocorrem as decisões nesses territórios, os projetos em disputa, as condições de governabilidade e capacidade de governo, sobre como os atores governam e como se caracteriza a dinâmica de poder nas regiões com essa configuração ímpar.

Considerando os elementos aqui sistematizados, para essa pesquisa emergiram as seguintes questões: quem eram os atores e como se deu o processo decisório para formulação do desenho político da Região Interestadual de Saúde em questão? Quais as condições de governabilidade e capacidade de governo dos atores e instituições para operacionalizar esse desenho? Como os atores e instituições governam a Região pesquisada e como se distribui o poder nesse espaço?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Realizar análise política de uma Região Interestadual de Saúde (RIS) do Brasil (Pernambuco-Bahia).

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar os atores e caracterizar o processo decisório de formulação do desenho político regional;
- Analisar as condições de governabilidade e capacidade de governo dos atores e instituições para operar o desenho político regional;
- Analisar a distribuição do poder e caracterizar sua dinâmica na região estudada

2 REVISÃO DA LITERATURA

As proposições sobre regionalização da saúde não são recentes e a literatura diverge sobre suas origens no âmbito internacional. Há correntes que assinalam seu início nos Estados Unidos, influenciando países com sistemas públicos e universais na Europa Ocidental, na década de 70 (SILVA, 2011) e outras que apontam proposições de sistemas regionalizados desde 1920, com a publicação do Relatório Dawson (SHIMIZU, 2013; KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

Na Europa Ocidental os movimentos pró-regionalização da saúde se iniciaram no final da década de 70, assim como na América Latina (VIANNA e LIMA, 2011) e há um destaque para o pioneirismo de países como Espanha, Itália e Canadá (KUSCHNIR e CHORNY, 2010). No Brasil, esse debate, ainda que incipiente, era recorrente desde os anos 80 (RIBEIRO et al., 2017b; SOLLA et al., 2002), mas a regionalização somente foi considerada diretriz do SUS com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 (DOURADO e ELIAS, 2011).

Os artigos apontam movimentos diferentes da regionalização da saúde entre a Europa e América Latina. Enquanto nos países europeus a descentralização e regionalização ocorreram articuladas, nos países latino-americanos todo foco político foi centrado na descentralização em detrimento da regionalização (BANKAUSKAITE et al., 2007; VIANA et al., 2010).

Apesar de ser uma diretriz do SUS reafirmada tanto na CF quanto nas Leis Orgânicas da Saúde (LIMA ET AL., 2012), por mais de uma década a regionalização foi negligenciada na política nacional de saúde (REIS et al., 2107; VIANNA e LIMA, 2011) e ao ganhar destaque no cenário nacional, diferentes movimentos institucionais tentaram constituir arranjos para articular os entes federativos em sistemas regionalizados. Esses movimentos tiveram um processo de implantação heterogêneo, com algumas contribuições e diversos desafios (Quadro 1). Eles variaram de Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) à publicação do Decreto 7508/2011.

Quadro 1 – Movimentos institucionais de regionalização da saúde no Brasil, suas contribuições e desafios.

Movimento	Contribuições	Desafios
Edição das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (2000 e 2001)	*Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde;	*Normatividade excessiva; *Baixa viabilidade institucional nas relações interfederativas;

Movimento	Contribuições	Desafios
	<p>*Insere os estados como coordenadores das redes regionalizadas;</p> <p>*Definiu características importantes como região, microrregiões e macrorregiões de saúde, módulo assistencial, município-sede, município-polo e unidade territorial de assistência à saúde;</p> <p>*Propôs o planejamento integrado e regionalizado entre municípios e o Estado e instrumentos de planejamento regional (PDR, PDI e PPI).</p>	<p>*Proposições ambíguas sobre mecanismos de coordenação das redes hierarquizadas;</p> <p>*Ambiente competitivo entre municípios e estados.</p>
Pacto Pela Saúde (2006)	<p>*Reafirma a regionalização como diretriz do SUS;</p> <p>*Reatualiza a concepção de região de saúde e introduz a problemática de identidades culturais, econômicas e sociais compartilhadas;</p> <p>*Institui o Termo de Compromisso da Gestão como instrumento orientador da organização e financiamento dos serviços municipais e da região;</p> <p>*Estabelece a responsabilidade tripartite no financiamento do SUS e modalidades de alocação de recursos para custeio em forma de blocos;</p> <p>*Cria os Colegiados de Gestão Regional enquanto espaços deliberativos.</p>	<p>*Persistente inviabilidade institucional dos instrumentos de planejamento;</p> <p>*Falta de clareza sobre a assinatura dos Termos de Compromissos de Gestão;</p> <p>*Falta de estrutura e recursos para implantar os colegiados regionais;</p> <p>*Implantação de colegiados regionais pulverizada;</p> <p>*A adesão de estados e municípios ao Pacto foi estritamente burocrática;</p> <p>*A regiões de saúde não se tornaram obrigatórias e faltou clareza sobre instrumentos para sua conformação.</p>
Portaria nº 4.279/2010 - Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS	<p>*Estabelece a contratos de gestão, como modo de definir responsabilidades interfederativas na gestão das RAS;</p> <p>*Inclui a região de saúde como elemento das RAS;</p> <p>*Destaca um sistema de governança único para toda RAS;</p> <p>*Elenca o financiamento tripartite suficiente alinhado com as metas da RAS;</p>	<p>*Não foi suficiente para estabelecer financiamento novo;</p> <p>*Estimulou mecanismos de alocação de recursos impositivos, com base em redes em temáticas;</p> <p>*A proposta de contratos de gestão desconsiderou os aspectos políticos e de poder da gestão regional.</p>

Movimento	Contribuições	Desafios
	<p>*Propõe que o planejamento da RAS seja desenvolvido nos colegiados regionais e que ele esteja alinhado com plano orçamentário;</p> <p>*Propõe fortalecer o papel dos colegiados regionais no processo de gestão da RAS.</p>	
<p>Decreto 7508/2011 - Regulamenta a Lei 8080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências</p>	<p>*Destaca como membros estratégicos da gestão regional os colegiados deliberativos do âmbito nacional, estadual e regional;</p> <p>*Substitui os Colegiados de Gestão Regional (CGR) pelas Comissões Intergestoras Regionais (CIR);</p> <p>*Institui a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP);</p> <p>*Propõe a integração entre o planejamento estadual o desenho das regiões e RAS;</p> <p>*Introduz de forma mais incisiva a ideia de mapa da Saúde;</p> <p>*Estabelece critérios para composição das regiões de saúde e RAS.</p>	<p>*A PGASS esbarrou em problemas de oferta suficiente de serviços de saúde em regiões de grande vazio assistencial;</p> <p>*Entraves para qualificar responsabilidades entre os entes;</p> <p>*Dificuldade de avaliação e monitoramento do COAP;</p> <p>*Conflitos de rateio de recursos entre esferas de governo;</p> <p>*Baixo envolvimento dos estados nas discussões do COAP;</p> <p>*Resistências político-partidárias;</p> <p>*Imprecisões sobre a definição de serviços a serem ofertados em função do porte municipal.</p>

Fonte: documentos normativos e literatura revisada. Elaboração do autor.

O destaque tardio da regionalização na agenda nacional ocorreu nos anos 2000, com a edição das Normas Operacionais da Saúde (SILVA e GOMES, 2013; ALBUQUERQUE e VIANA, 2015). Suas principais contribuições estiveram voltadas para proposições de instrumentos de planejamento regional (LIMA e VIANNA, 2011; KEHRIG et al., 2015); introdução de debates sobre a organização de redes hierarquizadas de serviços de saúde (DOURADO e ELIAS, 2011) e tentativas de resgate do papel estadual nesse processo (VIANA et al., 2008).

Por outro lado, havia forte persistência de uma estrutura política municipalizada, que colaborou para competição entre estados e municípios (DOURADO e ELIAS, 2011) e excessiva normatividade dos instrumentos de planejamento, que se distanciaram do contexto

político-institucional das relações interfederativas (VIANA, LIMA, e FERREIRA, 2010; VIANA, LIMA, e FERREIRA, 2010; DOURADO e ELIAS, 2011; LIMA et al, 2017).

Em 2006 foi publicado um Pacto Pela Saúde, que tentou resgatar de forma mais incisiva a diretriz da regionalização do SUS (DOURADO e ELIAS, 2011). Suas principais contribuições corresponderam à introdução de discussões sobre desigualdades regionais e o estímulo ao maior protagonismo dos estados e municípios na condução da política de saúde regional (KEHRIG et al., 2015; CARNEIRO et al., 2014; MENICUCCI, COSTA e MACHADO, 2018); criação de colegiados deliberativos regionais (VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010); e a definição de formas de alocação de recursos para custeio das ações e serviços de saúde (LIMA e VIANNA, 2011).

Mesmo com as alternativas trazidas pelo Pacto, persistia a baixa institucionalidade dos instrumentos de planejamento e ambiguidades nas propostas de celebração de acordos entre os entes (LIMA e VIANNA, 2011); a criação dos colegiados regionais não contaram com estrutura e recursos suficientes e houve uma pulverização no seu processo de implantação (VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010); o Pacto assumiu uma conotação regional essencialmente burocrática (MENICUCCI, COSTA e MACHADO, 2018) e as regiões não adquiriram a centralidade política necessária (SANTOS, 2013).

Em 2010, o Brasil estabeleceu diretrizes para organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, através da portaria 4.279/2010 (BRASIL, 2010), na tentativa de retomar o debate sobre a organização do sistema de forma regionalizada, entre as três esferas de governo (SHIMIZU, 2013).

No ano de 2011 foi publicado o Decreto 7508/2011 com o propósito de aprimorar mecanismos de articulação interfederativa (RIBEIRO et al., 2017b). A principal proposta do Decreto 7508 era a implantação de Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) para celebração de acordos entre os entes federativos (RIBEIRO et al., 2017b), mas que apresentou baixa institucionalidade na maioria das regiões de saúde do país.

Apenas regiões de saúde do Mato Grosso e Ceará assinaram o COAP, ele não teve continuidade de aditamentos (OUVERNEY et al., 2017). Os principais obstáculos à implantação do COAP corresponderam a dificuldade de qualificação das responsabilidades entre os entes, de monitoramento e avaliação dos contratos (OUVERNEY et al., 2017); conflitos de rateio de recursos, entre os gestores, para garantir sustentabilidade decisória (CASANOVA et al., 2017; MENICUCCI et al., 2018); resistências político-partidárias e ausência dos estados nas articulações políticas necessárias à assinatura (MOREIRA e RIBEIRO, 2017; OYA et al., 2017).

Santos (2013) também afirma que o COAP tinha pouca clareza sobre quais serviços municípios de diferentes portes populacionais deveriam e teriam condições de ofertar (SANTOS, 2013). Segundo Santos e Andrade (2011) esse era um problema correspondente a marcos jurídicos-normativos destoantes da autonomia de cada esfera administrativa (SANTOS e AANDRADE, 2011).

Na revisão de literatura dessa pesquisa foram identificados diversos fatores desafiantes para políticas de regionalização em saúde. Eles variaram da configuração federativa dos países a diversas problemáticas envolvendo espaços deliberativos do âmbito regional ao nacional.

A organização federativa dos países determina o grau de compartilhamento de poder político, decisório e administrativo entre estruturas centrais e subnacionais na política de regionalização da saúde. Países como França, Dinamarca, Reino Unido, Japão, entre outros, adotaram o Estado Unitário, com poder centralizado; na Espanha e Itália, por exemplo, há um Estado Regional com forte descentralização em regiões e comunidades autônomas; e no Brasil foi adotado o Estado Federativo com poder compartilhado entre três esferas administrativas interdependentes e forte viés descentralizador para o âmbito municipal (SANTOS, 2013).

Em outros países da América Latina, como na Argentina, por exemplo, há uma estrutura federalista com 23 províncias e uma cidade autônoma; no Paraguai, departamentos e um Distrito Federal (AIKES e RIZZOTTO, 2018). Já em países como Canadá e Nova Zelândia se destacam as províncias e autoridades sanitárias regionais (BARKER e CHURCH, 2017; TENBENSEL, 2016), enquanto na Austrália e Brasil inexistem autoridades sanitárias regionais (LEVESQUE et al., 2017; SANTOS, 2013).

Os artigos são unânimes sobre a complexidade da estrutura federativa brasileira, pela combinação da diversidade e autonomia de cada esfera de governo, com poder e atribuições compartilhadas (SANTOS, 2013). Entretanto, a autonomia de poder sobre o âmbito local é um ponto de crítica nos estudos, que assinalam a combinação de autogoverno com governo compartilhado em regiões de saúde sem autoridades sanitárias regionais e com marcantes desigualdades sociais, políticas e econômicas entre os municípios (DOURADO e ELIAS, 2011; LIMA et al., 2017; REIS et al., 2017; SANTOS e AANDRADE, 2011).

O Brasil foi o único país que adotou os municípios como ente federado com autonomia compartilhada com a União e estados e a maioria (mais de 4 mil) têm menos de 20 mil habitantes e são considerados de pequeno porte, com configuração socioeconômica e administrativa heterogênea (FRANZESE e ABRUCIO, 2013; MIRANDA et al., 2017). Alguns autores ressaltam que essa diversidade foi desconsiderada na política de descentralização, que deu poder político-administrativo a cidades que sequer possuíam condições de implantar um

sistema de saúde propriamente dito, pela sua incapacidade fiscal e institucional (MIRANDA et al., 2017; REIS et al., 2017).

De fato, alguns estudos ratificam incapacidade fiscal dos entes federativos subnacionais, sobretudo, os municípios. Há consenso na literatura sobre a dependência financeira, principalmente, daqueles de pequeno porte. Segundo os autores, o comprometimento fiscal dos entes subnacionais limitam a capacidade administrativa das secretarias de saúde e a prestação dos serviços (WILL et al., 2015; LIMA et al., 2017; MOTA et al., 2016).

Muitos municípios já alcançaram ou até ultrapassaram seu limite constitucional de aplicação de recursos em ações e serviços de saúde. Principalmente esses, tornaram-se dependentes exclusivamente da gestão estadual e federal (MIRANDA et al., 2017). Segundo alguns artigos, esse cenário de dependência fiscal estimula relações políticas intermunicipais predatórias e com difícil constituição de uma política regional de saúde (A.LMEIDA et al., 2016; CARNEIRO et al., 2014; GEREMIA e DAIN, 2018).

Além do comprometimento do orçamento municipal para além do piso obrigatório, estudos destacam a diminuição da participação federal nos gastos em saúde e a pulverização na distribuição de recursos com a ampliação de municípios de pequeno porte sem critérios rigorosos e que aprofundam a dependência financeira local (FRANZESE e ABRUCIO, 2013; TELES et al., 2016).

Diversos estudos também sinalizam evidência quanto à insuficiência de recursos federais para viabilizar o cumprimento de pactuações, o que resulta em maiores gastos com saúde em municípios periféricos e estados que já possuem comprometimento fiscal (SOARES et al., 2016; ARAUJO, GONCALVES e MACHADO, 2017; SANTOS e GIOVANELLA, 2014; MIRANDA et al., 2017; CARVALHO e MEDEIROS, 2013).

Desafios mais recentes relativos ao financiamento suficiente para as políticas de regionalização também foram evidenciados em nossa revisão. Dentre eles, destacaram-se propostas de desvinculação total dos repasses federais nas políticas e programas de saúde (JACCOUD e VIEIRA, 2018) e a aprovação de Emenda Constitucional que limita por 20 anos os investimentos públicos em políticas sociais, inclusive de saúde (BAHIA, 2015; VIANA e DA SILVA, 2015). Alguns estudos assinalam que regimes de austeridade fiscal recém instituídos no Brasil representam grande desafio às necessidades de saúde atuais e pode inviabilizar a participação federal de forma suficiente no financiamento da política de regionalização do SUS (COSTA, 2017; MOREIRA, FERRE e ANDRADE, 2017).

Outras questões mais recentes envolvendo financiamento e com influência direta na capacidade dos entes subnacionais organizarem serviços regionalizados dizem respeito ao grau

de centralização dos repasses. Nesse aspecto, há diferenças importantes entre países da América Latina, que adotam maior (Paraguai) ou menor grau de centralização (Brasil e Argentina).

Os critérios de repasses também são questões importantes para política de regionalização em saúde (AIKES e RIZZOTTO, 2018). Na Europa, a Espanha por exemplo, adota mecanismos variáveis de financiamento entre comunidades autônomas, que podem alternar entre a arrecadação própria com complementação federal e a total dependência do governo central (ROCHA, 2013).

No Brasil, os repasses são descentralizados para o âmbito municipal, além do estadual e, recentemente, as regras de repasses foram alteradas com a extinção dos blocos de financiamento, inclusive da gestão do SUS. Os recursos passaram a ser transferidos em apenas blocos de custeio e capital. Segundo alguns autores, isso representa possibilidades de termos criado um hiato entre a alocação e a aplicação dos recursos, ao permitir seu uso livre, em cenário de escassez e limitação de novos investimentos sociais por 20 anos, aumentando as chances de gestores negligenciarem as necessidades locais e regionais para custeio e investimento em ações e serviços de saúde (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

Estudos ressaltam que os critérios nacionais de repasses não são vinculadas, necessariamente, às necessidades regionais. Isso porque as alocações estaduais e federais obedecem a critérios mais normativos e pouco discutidos com os entes locais (CARNEIRO et al., 2014; UGÁ et al., 2012). Há dificuldade, inclusive, na definição de critérios claros para repasses aos municípios em função da sua capacidade de oferta de serviços (VIANA et al., 2017; GUIMARÃES, 2011).

Os artigos apontam diversas contradições na alocação de recursos financeiros para os municípios. As principais dizem respeito à não contemplação, nos orçamentos, do atendimento a migrações intermunicipais, alocações privilegiam municípios com maiores IHD e repasses condicionados a adesão de políticas e programas federais específicos (TELES, COELHO e FERREIRA, 2016; SIQUEIRA, 2011; MOREIRA, FERRE, e ANDRADE, 2017).

Decisões mais recentes, especialmente com criação do Decreto 7508/2011, resultaram em maior estímulo a alocações financeiras condicionadas, principalmente, a procedimentos de média e alta complexidade, diante da ênfase dada às redes temáticas de saúde (DUARTE et al., 2018; CARVALHO e MEDEIROS, 2013).

Diversos autores criticam alocações financeiras impositivas, atreladas a programas e políticas federais, que desconsideram as desigualdades e singularidades regionais. Os estudos ressaltam a necessidade de enfrentar essa herança que padroniza os repasses financeiros em um país heterogêneo, em que o poder econômico da gestão federal determina o desenvolvimento

das políticas e programas nos municípios e estados, deturpando o planejamento regional alinhado às necessidades da população (CARVALHO, JESUS, e SENRA, 2017; REIS et al., 2017; PREUSS e NOGUEIRA, 2012).

As tipologias e desigualdades das regiões de saúde são determinantes importantes da política de regionalização (ALBUQUERQUER 2013; VIANA et al., 2015). Aquelas localizadas em estados do Norte e Nordeste, por exemplo, apresentaram contextos históricos, culturais e políticos mais desfavoráveis ao processo de regionalização do SUS e estão situadas em territórios de baixo desenvolvimento econômico e baixa oferta de serviços de saúde, quando comparadas com as regiões Sul e Sudeste (VIANA et al., 2015; DUARTE et al., 2015).

Essas desigualdades regionais variam da diferença de portes populacionais e econômicos entre os municípios a desigualdades na distribuição e oferta de serviços de saúde, de pessoal e de tecnologia (VIANA, et al., 2015; LIMA et al., 2012; VIANA et al., 2018; GEREMIA e DAIN, 2018; ALBUQUERQUE et al., 2017) e foram evidenciadas não apenas no Brasil mas no Japão (NIGA et al., 2016); Estados Unidos; (WALKINSHAW et al., 2016); República do Congo (SION et al., 2015) e Itália (VERCELLI et al., 2014).

As desigualdades regionais podem se expressar tanto no âmbito local quanto estadual. Sobre isso, outros destaques foram atribuídos a diferenças de poder político e técnico-administrativo, culturais, sociais, demográficas e geográficas (SANTOS e CAMPOS 2015; GEREMIA e DAIN, 2015; DOURADO e ELIAS, 2011) que, segundo os autores, agrava desigualdades intra e interregionais nas relações interfederativas.

As configurações dos limites administrativos das regiões de saúde também são fatores desafiantes para a política de regionalização. Em muitos casos, os estudos afirmam que processos de regionalização carecem de critérios claros para demarcação dos limites administrativos territoriais entre os municípios. Isso colabora para impasses entre compatibilizar as divisões territoriais e a capacidade de coordenação regional dos estados (PREIRA, 2009; GARBELO et al., 2017).

As imprecisões na divisão territorial das regiões de saúde também podem colaborar para impasses na definição de fluxos assistenciais entre os municípios, na definição de atribuições claras entre o que é papel do gestor municipal e estadual e na provisão equânime de serviços de saúde entre microrregiões de saúde (SILVA e GOMES, 2014; DOURADO e ELIAS, 2011; WILL et al., 2015).

Para além de recortes territoriais, a regionalização em saúde é influenciada por dimensões políticas das relações entre os atores sociais. São relações que agregam sujeitos com poderes desigualmente distribuídos e controles distintos de variáveis políticas, administrativas,

financeiras, entre outras (SANTOS e ASSIS, 2017; VIANNA e LIMA, 2011; LIMA et al., 2017). A dimensão política do processo de regionalização, pressupõe a ação de atores com interesses heterogêneos em um arranjo deliberativo imprevisível (BRETAS JUNIOR e SHIMIZU, 2017; SILVA, 2013).

As principais evidências sobre as determinações políticas da regionalização destacam como as decisões regionais são afetadas pelas mudanças político-administrativas bianuais, que tende a fragilizar pactuações regionais (REIS et al., 2017; MARTINELLI et al., 2015). A alternância de atores após mudanças administrativas nos cenários nacional, estadual e municipal, incentiva disputas e conflitos de projetos de governo (SHIMZU, 2013; LIMA et al., 2015).

Além dos projetos de governo divergentes, as influências político-partidárias nas regiões de saúde tendem a alterar o grau de cooperação entre os atores sociais e limitar a capacidade deliberativa das instâncias estaduais e regionais (WILL et al., 2015; CASANOVA et al., 2017; CARVALHO et al., 2017; VIANA e LIMA, 2015).

O cenário político das regiões de saúde impõe disputas e desequilíbrios de poder. Isso se reflete em um ambiente institucional de incertezas, com baixa autonomia decisória dos gestores para articular ações regionais, de modo que os estudos apontam relações interfederativas mais políticas e menos técnicas (SILVA e GOMES, 2013; HENRIKSSON et al, 2017; BRETAS JUNIOR e SHIMIZU, 2017; SANTOS e ANDRADE, 2011; MELO et al., 2017).

O planejamento regional mesmo após todos os movimentos nacionais da política de regionalização, pouco avançou (VIANA et al., 2017). Os estudos revelam que as práticas de planejamento regional são predominantemente normativas e influenciadas por agendas decisórias estaduais e federais (KEHRIG et al., 2015; JÚNIOR, SILVA e JÚNIOR, 2013).

Os instrumentos de planejamento existentes são pouco coerentes com a trama das relações entre os atores nas regiões de saúde e se tornam ainda menos efetivos quando a oferta de serviços de saúde regional é insuficiente (PINAFO et al., 2016; ALMEIDA e LIMA, 2015; MERHY et al., 2014).

Ainda que no Brasil o âmbito municipal tenha sido adotado nas práticas de planejamento em saúde, países como a Espanha e Itália adotam apenas o nível estadual e regional, respectivamente (MIRANDA et al., 2017). É possível que essa diferença entre Brasil e outros países justifique porque o planejamento regional conseguiu avançar em experiências internacionais que não adotaram o nível municipal como ente federativo, a exemplo dos EUA (PALAFOX et al., 2018); África, Península Arábica, Ásia-Pacífico e Europa Ocidental

(LOVER et al., 2017); Itália (GIUSTI et al., 2017); Japão (TUNG e CHANG 2016) e Inglaterra (METCALFE, 2016).

Diante da dificuldade para operacionalizar planejamentos regionais no Brasil, diversos estudos têm assinalado importantes impasses nas pactuações interfederativas. Destaca-se que os pactos regionais não conseguem organizar serviços em redes, com garantia de acesso a todos os pontos de atenção ou mesmo são apenas adesões formais aos instrumentos de planejamento (PRIXOTO e COELHO, 2016; (MOREIRA e TAMAKI, 2017). Nesse sentido, as pactuações regionais cedem lugar para acordos políticos informais, onde predominam a competição em detrimento de consensos e cooperações (IANNI et al., 2012; SILVA e GOMES, 2014; REIS et al., 2017; IANNI et al., 2012).

As influências do setor privado se constituem como um determinante importante na regionalização do SUS e representa uma dupla contradição entre organizar serviços sob a ótica da universalidade ou reduzir essa organização a um sistema competitivo e centrado nos interesses de mercado (CAMPOS, 2010; BAHIA, 2010; LIMA et al., 2015; PAIM, 2012).

O setor privado tende a ser mais influente em regiões com capacidade regulatória estatal incipiente e onde há uma dependência pública em relação ao empresariado da saúde (VIANA et al., 2015; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; SHIMIZU et al., 2017; ALMEIDA e LIMA, 2015). Os artigos destacam um crescente número de contratos dos entes públicos com serviços privados e organizações da administração indireta (COELHO, 2017; LIMA et al., 2015), conformando novos arranjos entre as esferas pública e privada (instituições e sujeitos), em pontos de insuficiência da rede própria do SUS (SILVEIRA FILHO et al., 2016).

Alguns artigos sinalizam que ainda que essa relação público-privada seja esperada e recorrente nas regiões de saúde, há uma preocupação com a possibilidade de alianças entre empresários e grupos políticos em uma composição híbrida e patrimonialista, que implique em um padrão relacional público-privado regressivo e voltado a privilégios concedidos a interesses de mercado em detrimento do público (SANTOS; GIOVANELLA, 2014) e também pela incipiente ou ausente capacidade de regulação estadual dos prestadores privados, que colabora para um mercado de serviços de saúde mal regulado e com motivações à revelia dos interesses regionais (REIS et al., 2017; GEREMIA e DAIN, 2018; VIANA et al., 2017; COSTA, 2017).

Alguns artigos destacam que arcabouço jurídico-normativo do SUS é complexo, ambíguo e de difícil compreensão pelas gestores públicos, colaborando para impasses na conciliação de objetivos entre entes federativos, cercados de incertezas e conflitos de projetos de governo (SANCHO et al., 2017; CARVALHO, JESUS e SENRA, 2017); por outro lado, assinala-se lacunas expressivas nas normativas da política de regionalização para regiões, como por

exemplo, de fronteira entre países (CASANOVA et al., 2017). Na Itália, estudo evidenciou alternativas de criação de legislações regionais específicas para 10 regiões, na perspectiva de organizar de forma mais efetiva a gestão de ações e serviços voltados ao diabetes (GIORGETTI et al., 2015).

As relações governamentais com a sociedade civil também tem sido um ponto de fragilidade nas políticas de regionalização em saúde. Estudos nacionais e internacionais encontraram evidências semelhantes quanto ao esvaziamento da participação e controle social na gestão regional de sistemas de saúde (SHIMIZU et al. 2017; KEHRIG et al., 2015; VIANNA et al, 2017; SILVA e MOTA; 2017 BISCARDE, 2016; GALINDO et al., 2104; ASSAN et al., 2018; KILEWO e FRUMENCE, 2015). Isso colabora, segundo os autores, para que as decisões ocorram desarticuladas dos interesses da população e atendam a projetos de poder alheios às necessidades regionais.

O perfil e a composição dos espaços da gestão interfederativa são variáveis importantes na política de regionalização do SUS. Vários estudos evidenciaram que a atuação dos colegiados deliberativos dependem da sua trajetória histórica e institucional, filiação partidária dos gestores representantes, da governabilidade dos agentes em cumprir os compromissos pactuados e capacidade de governo para se apropriar de todo instrumental da gestão local-regional (CURY, 2015; RIBEIRO, 2015; SILVA e GOMES, 2014; SILVA e GOMES, 2013; MENDES et al., 2015).

As capacidade deliberativa das Comissões seja no âmbito nacional, estadual ou regional, é um ponto muito debatido pelos estudos. As principais evidências apontam que as decisões são polarizadas, com foco financeiro e subordinadas a agendas nacionais (MACHADO ET AL., 2014; NASCIMENTO e ZIONE, 2002).

Algumas investigações encontraram uma baixa capacidade deliberativa de colegiados regionais em regiões pouco desenvolvidas economicamente e com baixa oferta de serviços de saúde (Norte e Nordeste). Isso prejudica o planejamento regional e a regulação de prestadores públicos e privados, flexibilizando os espaços decisórios para introdução de diversos interesses destoantes da política regional de saúde (KUSCHNIR e CHORNY, 2010; KEHRIG et al., 2015; PEREIRA, 2009).

Diversos estudos investigaram a gestão intergovernamental desde o âmbito regional ao nacional. No âmbito regional, as evidências focam os colegiados deliberativos e destacam que eles são influenciados por outras instâncias de cunho estadual como as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Conselho de Secretárias Municipais de Saúde (COSEMS) (ALMEIDA et al., 2016); há predominância de conflitos no âmbito município-município e Estado-município

(VIANA e LIMA, 2013; MARTINELLI et al., 2015); rotatividade de secretários de saúde e baixa autonomia decisória (SANTOS e GIOVANELLA, 2014). As comissões regionais têm sido espaços meramente homologatórias e os consensos são estabelecidos informalmente (IANNI et al., 2012; GALINDO e tal., 2014; CARNEIRO et al., 2014; MENDES e t al., 2015).

Em âmbito metropolitano predominavam problemas de assiduidade na participação dos municípios em espaços deliberativos e havia baixa articulação intermunicipal; o fenômeno de metropolização era tangencial para a gestão regional e a relação entre os municípios era concorrencial para incorporação de força de trabalho especializada (GEREMIA e DAIN, 2018; MACHADO, 2009; IANNI et al., 2012; BISCARDE, 2016).

No âmbito estadual, os estudos centraram análises sobre as CIB e identificaram que um terço delas possuíam desigualdades de poder entre esferas de governo, sendo que as comissões com baixa capacidade institucional pertenciam às regiões Norte e Nordeste e as com capacidade elevada, situadas nas regiões Sul e Sudeste (MACHADO et al., 2014). Havia ainda, pouca presença dos Estados na tomada de decisão e implementação de programas federais (MOTA et al., 2016); e conflitos entre as CIB com municípios e com o nível federal, de modo que os entes estatais têm se portado de maneira autônoma na disputa por recursos (NASCIMENTO e ZIONE, 2002).

A nível nacional, o objeto dos estudos era a Comissão Intergestora Tripartite. Evidenciou-se impasses nos processos e arranjos decisórios, em virtude de divergências político-ideológicas. Havia discrepância entre as proposições normativas estabelecidas para pactuação e a desproporcionalidade de poder econômico, político e administrativo entre as representações das esferas de governo (MIRANDA, 2003).

No âmbito de fronteiras entre países, assinala-se o quão tardiamente esse território foi incluído no processo de regionalização brasileiro. Em virtude disso, existiam dificuldades de articulação interfederativa com decisões pouco compartilhadas entre as cidades fronteiriças (SILVA e GOMES, 2013; PREUSS e NOGUEIRA, 2012).

À guisa de conclusão e diante dos desafios aqui sistematizados, alguns autores assinalam que a política de regionalização do SUS operou em dois momentos: o primeiro, do Pacto pela Saúde (2006) ao estabelecimento do Decreto 7508 (2011), com importante discussões sobre a regionalização; e o outro com significativo vazio institucional, estagnação econômica e crise fiscal, com ausentes iniciativas pró-regionalização (VIANA et al., 2017). Em síntese, as evidências da literatura que sumarizamos apenas ratificam e ilustram a complexidade de estruturar a gestão interfederativa regional em um país heterogêneo e com uma tripla dependência entre os cenários nacional, estadual e municipal.

4 METODOLOGIA

4.1 Referencial teórico

Ao tomar como objeto de estudo, o desenho e a dinâmica de poder na Região estudada, para essa pesquisa, adotou-se elementos teórico-conceituais da teoria da ação proposta por Calos Matus, em especial, o **Triângulo de Governo** (MATUS, 1997) e a **Teoria da Produção Social** (Matus, 2005).

4.1.1 Triângulo de Governo

Pensar os governos é entendê-los, acima de tudo, que o essencial está na sua capacidade de produzir resultados, fruto de idealizações vinculadas a um determinado projeto.

Atingir os resultados previstos em um governo é algo incerto. Contrariamente, pode-se evidenciar efeitos divergentes das metas propostas por se tratarem de resultados imprevisíveis (MATUS, 1997; 2005), o que prece coincidir como ato de governar regiões de saúde, enquanto um jogo social de relações mutáveis, imprecisas, resistentes, nebulosas e incertas.

O ato de governar não implica apenas em ações necessárias ao alcance de resultados. É preciso muito mais! Necessita forças capazes de vencer a inércia, as contradições, as adversidades das circunstâncias, entre outras variáveis que podem fugir ao controle dos atores sociais (MATUS, 1997; 2005). Essa capacidade de vencer a inércia, exigiria, nesse sentido, dos atores individuais e dos entes federativos, capacidade pessoal e institucional, respectivamente suficientes, para superar obstáculos de implantação das políticas de regionalização.

Reconhecer as questões aqui introduzidas é compreender que há um jogo social nebuloso e impreciso, que confere ao ato de governar, sobretudo em regiões de saúde, apostas consubstanciadas em uma espécie de cálculo técnico-político, movido por juízos intuitivos e muito pouco baseados em razões determinísticas, operando uma espécie de “jogo criativo” de atores rodeados de razões, paixões, ideologias e incertezas. Governar denotaria uma espécie de jogo duplamente determinado; de um lado por circunstâncias não controladas que ponderam a capacidade de influência do governante e, do outro, por condições de viabilidade frente a outros atores que compõem esse jogo (MATUS, 2005).

Para Matus (1997) a evidência de condicionalidades sobre a viabilidade e a efetividade de um governo tornaria esse jogo carregado de problemas “quase-estruturados”, de modo a

inviabilizar consensos sobre tudo. Logo, as projeções de um governo oscilariam entre variáveis controladas e não controladas pelos atores, o que confere ao seu projeto uma espécie de juízo humano orientado por apostas, o que no caso da gestão regional de saúde, parece sinalizar para uma importante dificuldade de construir consensos, pactuações e relações interfederativas cooperativas.

Sobre o governo, Matus (1997) afirma tratar-se da “capacidade de antecipar os resultados do seu projeto, comprometido em alcançar uma situação esperada e desfrutar dela”. Além dessa definição, o autor traz uma importante contribuição referente à estruturação de elementos articulados e determinantes no processo de governar, que compõem o chamado “**triângulo de governo**”. Esse triângulo sumariza três variáveis, a saber: (1) o **projeto de governo**; (2) a **governabilidade do sistema** e (3) a **capacidade de governo**.

O projeto de governo corresponderia a um conjunto de ideias ou propostas de meios ou objetivos comprometidos com uma determinada finalidade do ator que governa. Elas intercambiam problemas e apresentam a previsão de ações que podem produzir benefícios para eliminar problemas para alguns e gerar custos para outros (MATUS, 1997; 2005). O projeto de governo exprime um conjunto de operações para o enfrentamento de determinados problemas. Ele é um produto que reflete os interesses dos atores que governam e da sua capacidade para enfrentá-los. Seu grau de concretização dependerá sempre dos acertos produzidos, em função da coerência entre os objetivos perseguidos e os valores e as ciências que regem as circunstâncias da ação dos atores, no contexto onde se quer implementá-lo (MATUS, 2005).

Cabe assinalar que num projeto de governo podem coexistir propostas à luz de problemas pré-selecionados pelos atores ou propostas formuladas a partir de problemas de governo que surgem inesperadamente e subestimam sua capacidade de ação.

Nesse estudo, utilizamos a categoria analítica “projeto de governo”, com vista a compreender os determinantes da elaboração do projeto regional (desenho político), quem eram seus principais atores, quais suas principais ideias, propostas, diretrizes e ações pensadas para compor o desenho institucional da RIS.

A governabilidade do sistema representaria o grau de dificuldade entre o proposto e caminho necessário para sua concretização, verificado pelo “grau de aceitação ou rejeição do projeto em função de situações favoráveis, adversas ou indiferentes” (MATUS, 2005, p. 486). É a relação entre variáveis controladas e não controladas pelos atores. Relaciona-se com a influência que os atores exercem sobre controle variáveis decisivas e seu grau de controle compartilhado com outros atores, de modo que quanto maior o número de variáveis controladas

por um ator, maior será sua liberdade de ação e, conseqüentemente, a governabilidade dele sobre o projeto de governo idealizado.

Na governabilidade do sistema busca-se compreender a resistência ou força opositora que o “sistema político-social exerce sobre um determinado projeto de governo e ao ator desse projeto” (MATUS, 2005, p. 488). Nesse sentido, a perda de governabilidade reduziria a capacidade do ator tomar decisões e, o aumento, ampliaria essa capacidade. Isto é, a governabilidade do sistema refletiria o poder que os atores sociais têm para realizar seu projeto de governo, uma vez que a coexistência de projetos distintos pode representar o controle de variáveis diferentes entre cada ator e seu respectivo peso sobre as decisões em relação a tais variáveis (MATUS, 1997; 2005).

Sobre a governabilidade do sistema, Matus (2005) ressalta três relativizações importantes. A primeira se refere ao fato do sistema possuir condições de governabilidade desiguais, já que os atores não possuem o mesmo controle em número e tipos de variáveis. A segunda relaciona a governabilidade do sistema ao conteúdo propositivo do projeto de governo, onde objetivos mais modestos aumenta a probabilidade de melhores condições de governabilidade, ao contrário de objetivos muito ambiciosos. A terceira e última, diz respeito à governabilidade do sistema ser diretamente proporcional à capacidade de governo dos atores.

A utilização da categoria “governabilidade” nesse estudo buscou identificar as principais resistências ou forças opositoras ao projeto político idealizado para a RIS, considerando as variáveis controladas e não controladas pelos gestores, instituições e entes federativos, incluindo secretarias municipais, estaduais e espaços deliberativos regionais, estaduais e interestadual.

Em relação à capacidade de governo, ela denota a perícia de um ator, grupo de atores ou de uma organização, para conduzir, manobrar e superar as dificuldades da mudança proposta. É a capacidade de liderar em função da experiência e conhecimentos adquiridos em ciências e técnicas de governo. Traduz a capacidade de condução e direção, acumulada na pessoa, na equipe ou numa organização. É o conjunto de técnicas, métodos, destrezas e habilidades, necessários para conduzir os processos sociais, determinados pela governabilidade e compromisso com o projeto de governo (MATUS, 1997; 2005).

A capacidade de governo seria similar à perícia do (s) ator (es) para realizar um projeto, que exige a identificação e escolha de problemas para processá-los tecnopoliticamente. Essa perícia está alinhada diretamente com o domínio dos processos teóricos, metodológicos e técnicos de governo, onde convergem três elementos fundamentais: a experiência, os conhecimentos e a liderança, todos mutuamente dependentes. Isso porque Matus (2005) afirma

que os conhecimentos sem a experiência e vice-versa, valem muito pouco, e ambos se tornam pouco potentes diante da falta de liderança. Para ele, “a experiência só vale em relação ao capital cognitivo com o qual se acumula e esse capital cognitivo fica imaturo sem a dose de experiência necessária”.

Os componentes do triângulo de governo, embora representem variáveis particulares, elas se encontram mutuamente condicionadas e convergem para **a ação humana**. Assim, o projeto de governo constituiria propostas ou objetivos de ação; a governabilidade, o grau de dificuldade entre as propostas e seu alcance (possibilidades de ação); e a capacidade de governo, a expertise para driblar essa dificuldade (capacidade de ação).

Nesse sentido, a categoria analítica da “capacidade de governo” foi útil à compreensão da capacidade dos gestores, secretarias municipais, estaduais, instituições não-governamentais e espaços deliberativos, quanto a movimentos necessários para condução da implementação do projeto da RIS e sua capacidade de driblar ou superar as dificuldades de concretização das propostas e ações institucionais pensadas para o território estudado.

4.1.2 Teoria da Produção Social

A teoria da produção social parte do pressuposto que há um mundo natural e outro socialmente produzido. O primeiro, correspondente à parte que não tem funções atribuídas (existem independente da ação humana, isto é, sem quem tenhamos produzido no sentido usual da palavra) e o segundo àquele com funções atribuídas pelo homem e que se transforma em capacidades de produção da ação social - aqui se assemelharia as proposições político-institucionais para regionalização do SUS.

Na produção social há fatos e coisas criados pelo homem e que correspondem a fluxos que podem se converter em acumulações para produzir capital social que também é, simultaneamente, capacidade de produção (poder político, capital econômico, infraestrutura social, etc.) com função atribuída a uma espécie de jogo social.

A produção social se constituiria de fatos produzidos individual ou coletivamente. Esses últimos, característicos de ações produzidas com intencionalidades coletivas sistematizadas, que no caso das regiões de saúde derivam de relações interdependentes entre que se situa no espaço regional ou fora dele. Tal característica tornaria a ação social entre os atores numa região de saúde engendrada em uma espécie de combinação de características relativas à tomada de consciência da existência do outro, a capacidade de reflexão crítica e a sensibilidade

emocional, cuja conjunção cria e reforça a intencionalidade coletiva que implicaria num “Jogo Social”.

Ao jogo social Matus (2005) atribui diferentes concepções isoladas ou coexistentes que envolvem “a coletividade, a agregação cooperativa de atores, a concorrência, o conflito, a empatia ou a antipatia”. Todas essas concepções convergem para uma teoria da ação social, na qual, intencionalidades coletivas são compartilhadas entre atores e seriam as responsáveis pela ocorrência dos fatos sociais, interações humanas ou mesmo cálculos interativos.

O conjunto de intencionalidades descortinaria um processo de cooperação entre atores, fruto de compartilhamentos de crenças, desejos e intenções. Apesar da cooperação ser colocada como ponto de convergência de intenções ela seria, ao mesmo tempo, conflito e vice-versa. Isso, pois, no jogo social, ainda que existam disputas travadas entre oponentes com objetivos divergentes, caso ambos desistam da disputa, não haverá cooperação mútua para permanência do conflito. Em suma, o jogo social impede que hajam intencionalidades individuais isoladas, dissociadas da interação com o outro, o que pode ser útil para compreender as formas de interação e motivações dos atores que governam regiões de saúde.

Ainda problematizando a ideia de cooperação no jogo, Matus (2005) propõe que a ação humana somente pode se tornar completa na existência de uma relação entre dois polos: o “tu” e o “eu”. Para ele, o que um determinado ator inicia somente outro poderá acabar e vice-versa. Assim, a “cooperação” do outro seria condição necessária, ainda que minha ação o prejudique, pois ela assume a denotação, não de ajuda apenas, mas de uma resposta do oponente à nova realidade produzida por um determinado ator. Logo, o outro pode cooperar para o resultado com mecanismos de defesa ou ataque, inclusive promovendo resposta de inação, motivado pela indiferença.

Para Matus (2005) todo jogo possui regras que são determinadas socialmente a partir da relação dos atores. A existência das regras cria relatividade quanto às possibilidades de ação entre eles, operando uma espécie de mecanismo regulatório entre igualdade e a liberdade de espaços possíveis. Essas regras deflagrariam restrições de liberdade individual, já que o jogo social expressaria uma relação contraditória, onde a liberdade máxima de um ator pode ser incompatível com a igualdade de espaço para o outro e vice-versa, gerando desconfortos. Cria-se, portanto, um dilema que o autor denomina de **“Intercâmbio de Problemas”**.

De acordo com Matus (2005) existiriam desigualdades de capacidades entre os jogadores (atores), o que não se deve confundir com a existência de relações hierárquicas entre eles, isto é, trata-se de um sistema competitivo entre pessoas de capacidades e possibilidades de ação desproporcionais, determinadas por regras que podem ofertar condições vantajosas para uns em

detrimento de outros. Em suma, a liberdade de ação é restringida ou facilitada conforme as desigualdades consagradas ou toleradas pelas regras historicamente acumuladas no jogo social.

A produção social se constrói a partir do existente. Através da aplicação de vetores de recursos escassos que variam “em poder político, conhecimento, capacidades organizacionais, recursos econômicos, tempo, entre outros” (MATUS, 2005) Aqui o ator principal é o homem que age guiado por motivações propiciadas pelo jogo e luta em prol de objetivos que podem transitar em relações ora conflituosas ora cooperativas.

Para produzir as **jogadas (ações)** os participantes do jogo utilizam de seus recursos que podem variar ou se modificar em função dos acertos ou erros nas suas jogadas (econômicas, culturais, científicas ou políticas). Os movimentos aqui seriam destinados à modificação das acumulações dos atores, que são motivados pelo desejo de concentrar poder, lucro, prestígio, etc., e atribuem a cada movimento realizado uma meta (conexões de sentido e causa), podendo ser correspondida ou não. Logo, não haveriam movimentos no jogo sem atribuição de sentidos e sem efeito causal que modifiquem a situação entre os atores e criem novas possibilidades de jogadas.

Matus (2005) destaca que a produção social requer, além da motivação, capacidade suficiente para produzir a jogada. Isso corresponderia um **Vetor de Capacidade (VC)** que exprime os recursos controlados pelo ator (econômicos, políticos, conhecimentos e organizativos) somados a um **Vetor Motivações (VM)** e cujas jogadas podem permitir acumulação ou desacumulação dessas capacidades que se constroem e reconstroem ao longo do jogo, produzindo um “espaço de produção possível”.

Em um jogo, pode-se anular, positivar ou negativar capacidades de produção social. Existirão, portanto, vencedores e derrotados e, a cada situação, a realidade se modifica em uma relação de reciprocidade incessante em que “o jogo produz os jogadores, mas também os jogadores produzem o jogo”, acumulando-se conhecimentos ou habilidades (MATUS, 2005).

Segundo Matus (2005) cada jogador pode ser representado por quatro vetores que podem variar em quantidade e qualidade entre cada ator, alterando, portanto, seu espaço de produção possível que pode ampliar ou limitar sua capacidade de produzir a ação. O primeiro, correspondente ao **vetor de personalidade**, que define os traços de caráter, menos modificável e bastante invariável; o segundo relativo ao **vetor de valores**, modificável ao longo das práticas do jogo social; o terceiro seria o **vetor de capacidades**, que exprime as acumulações provenientes do controle sobre os recursos próprios do jogo, sejam eles poder, econômicos ou cognitivos; o quarto e último, referente aos **desejos, intenções ou propósitos** e que também se modificam com o jogo.

Em suma, o jogador é produto de uma acumulação de vetores de capacidades que ele possui, utiliza ou emprega. Há, portanto, possibilidades das metas propostas em um jogo serem divergentes do espaço de possibilidades ditado por suas regras. Por sua vez, essa situação criaria condições, nas quais, a ação humana age sobre a perspectiva de mudança das regras do jogo, a fim de vencê-lo em condições excepcionais e que permitam alterar as regras em curso, cancelar sua vigência e reconstruí-las a favor do vencedor.

No jogo social, os atores sociais podem deflagrar mudanças nos fluxos de produção, que podem alterar suas acumulações e, conseqüentemente, a situação para produzir fatos necessários às mudanças das regras do jogo. Nessa circunstância, o que vale é disparar eventos sucessivos que estejam em consonância com as capacidades atuais do jogador para produzir sua ampliação. Assim, toda mudança impossível atualmente, pode se tornar viável se, no jogo, produzem-se ações dentro do possível com finalidades de “criar regras por trás das regras” que autorregulam o “deve ser” das jogadas.

É preciso compreender que existem vários jogos ocorrendo em paralelo, cujos objetivos podem (ou não) ser excludentes. Alguns podem jogar para acumular prestígio intelectual; outros para produzir conhecimentos; outros para acumular poder político ou mesmo multiplicar seu patrimônio de recursos econômicos. Há ainda, jogadores que podem possuir motivações diferentes das anteriormente citadas, isto é, em prol do próximo, para promover crenças religiosas ou orientado por determinados valores.

As circunstâncias acima apontadas revelam que a variedade de jogos pode não possuir qualquer conexão diante de certos problemas e em determinadas circunstâncias, mas que em outras situações podem estar fortemente relacionados.

A fim de compreender a dinâmica apolítica da região de saúde estudada, a proposta metodológica desse estudo levou em consideração as seguintes operacionalizações conceituais elencadas por Matus (2005):

Ator – um jogador criativo, não submetido a condutas rotineiras e estáveis, pouco predizível quanto a suas jogadas, com capacidade de recursos para jogar, com alguma capacidade tática e estratégica e com um objetivo no jogo. Tem poder próprio e está situado dentro do jogo. É definido pelos vetores de personalidade, capacidades e motivações.

Produção, jogadas ou fluxos – ações realizadas pelos atores. São produzidas em função da aplicação do vetor de recursos pertinente ao ator. Reflete a dinâmica do jogo.

Acumulações ou capacidades – indicam quatro vetores de recursos (personalidade, valores, capacidades e motivações) que caracterizam os atores sociais e regulam as possibilidades de produção de jogadas ou fluxos, entre os atores sociais, em uma dada situação.

Genoestuturas ou regras do jogo – condicionam o espaço de variedade possível das acumulações e das jogadas. Nada pode ocorrer fora do espaço de variedade determinado pelas regras.

A análise proposta pretendeu distinguir elementos importantes para compreensão da dinâmica do espaço regional, a partir do presente referencial teórico (MATUS, 2005), a saber: (1) a atuação dos jogadores por meio de **jogadas**, que podem ser fatos, ações, decisões, produção de bens ou serviços, etc; (2) as **capacidades ou incapacidades** (acumulações) dos atores sociais, correspondentes a seus conhecimentos, força, recursos econômicos, destreza, experiência, ferramentas, sistemas e instituições, que condicionam a produção das jogadas; e (3) a **regras do jogo**, que correspondem ao *modus operandi* instituído no espaço, pelos atores e instituições, que permitem, proíbem, estimulam, desestimulam, estabelecem entraves ou facilitam o desenvolvimento das relações de poder.

O jogo social pode ser caracterizado como um processo fechado porque tudo ocorre dentro dele, mas ao mesmo tempo é criativo e de final aberto, cujos jogadores ignoram suas possibilidades de encerramento e, simultaneamente, operam no sentido de criar seu futuro dentro do jogo. A paixão que move esse jogo torna seus atores capazes de criar situações que tentam favorecer a si próprios, inventar e imaginar jogadas que podem surpreender, inovar ou descobrir. Aqui se empregam todos os recursos possíveis, inclusive o da imaginação, que é livre, ilimitada, incontrolável e que foge às regras do jogo. Contudo, ela é um recurso escasso em que nem sempre pode se dispor no momento certo ou mesmo estará distribuída equitativamente entre os jogadores. “É, portanto, um recurso inesgotável, do qual se sabe muito pouco” (MATUS, 2005).

Para toda jogada Matus (2005) atribui que a ação de um ator sempre terá como ponto de referência o outro. Isso faz com que toda ação social tenha como condição determinante, a relação de interdependência entre quem deflagra a jogada e entre quem é afetado por ela. Entretanto, cabe salientar que o autor chama a atenção para a rede de relações preexistentes sobre a qual uma jogada incide. Jogada essa que pode produzir resultados “imprevisíveis quanto às consequências; ilimitados quanto a seus resultados e irreversíveis quanto aos seus efeitos”.

Nas suas proposições teóricas, Matus (2005) destaca a existência de nove jogos do poder, intimamente relacionados. As características desses jogos foram úteis à identificação o grande jogo social de poder e os demais jogos subordinados que predominavam na dinâmica de poder regional.

A Teoria da Produção Social defende que há um grande jogo constituído de vários subjogos simultâneos num mesmo tempo e espaço físico, com dinâmicas particulares que se

reproduzem de maneira subordinada e com lógicas superpostas. Essas lógicas, por sua vez, seriam determinantes da tipologia de poder e respectivas regras em disputa.

Pensar o jogo social é entendê-lo como um fluxo histórico com passado e futuro. No primeiro, residem suas acumulações, histórias, valores, sentimentos e tradições. No segundo, reside o motivo do jogo; isto é, o eixo que o alimenta. Nele, a luta é pelo poder. Poder é meio e fim. Contudo, o verdadeiro domínio do jogo está no controle das suas **regras e valores**. As primeiras regulam a ação dos atores e os segundos impõem a aceitabilidade (ou não) das regras, ou seja, implica dizer que nem toda jogada é aceita confortavelmente pelo oponente, já que este ou o próprio jogo pode estar alicerçado em valores divergentes.

De acordo com Matus (2005) o jogo social seria constituído por nove jogos de poder, no qual, disputa-se tanto a identidade do grande jogo dominante quanto os atores que dominarão cada um deles. Trata-se de uma competição de nove poderes pela dominação do grande jogo, que tem o papel de coordenar a lógica dos oitos jogos subordinados e que podem conservar ou modificar sua lógica de funcionamento conforme a evolução histórica dos fatos.

O eixo de desenvolvimento do jogo é a desigualdade de capacidades entre os atores, cuja dinâmica é deflagrada em função da motivação para ganhar ou perder graus de igualdade e, portanto, operariam dois tipos de conflito: um relativo à luta para impor o jogo dominante e outro inerente à luta pelo poder dentro de cada jogo.

A seguir, estão sumarizados os nove jogos do poder propostos por Matus (2005) e que foram utilizados para identificar o **grande jogo** e seus respectivos **atores dominantes** no cenário estudado:

O **jogo político**, no qual se disputa e distribui o poder político, civil e militar e tem como objetivo criar, concentrar e distribuir poder social. Combina lutas por motivações pessoais com ideológicas;

O **jogo econômico**, no qual se disputa e distribui o poder econômico e tem a função de produzir bens e serviços. É um jogo entre empresários e consumidores pelo controle dos recursos econômicos e domínio de mercado;

O **jogo da vida cotidiana**, no qual se disputa um espaço nos modos de vida dos cidadãos comuns e busca-se a distribuição da qualidade de vida e poder comunitário. É o jogo do homem em seu local de residência, destinado a resolver problemas de saúde, moradia, educação, etc.

O **jogo pessoal**, no qual a disputa é pela liderança individual. É um jogo entre indivíduos, que buscam ocupar posições pessoais no jogo social. É um divisor entre o equilíbrio dos objetivos pessoais (egocêntricos) com os objetivos sociais (exocêntricos);

O **jogo da comunicação**, no qual se realiza o apoio a todos os outros jogos no plano do entendimento e da comunicação entre os jogadores, e se estabelece a disputa pela transparência, opacidade e controle da interação humana através da linguagem como poder de comunicação, gerador de convicções e motivações;

O **jogo Macroorganizacional**. Nele se estabelece o apoio a todos os outros jogos através da ação coletiva, ou de organizações, e que gera uma disputa pelo poder

burocrático e institucional. É um jogo de coordenação, concorrência e cooperação institucional e, simultaneamente, de luta pela distribuição da governança e de poder organizacional;

O **jogo dos valores**, o qual representa a consciência de todos os outros jogos. Envolve o capital ético, estético e emocional. Nele se defrontam convicções, reflexão ética e dos afetos, bem como se distribui o poder das convicções e emoções;

O **jogo das ciências**, que representa o capital cognitivo contra o qual sacam os demais jogos, e no qual há uma disputa por espaço entre o conhecimento científico e as ideologias, os preconceitos e as crenças metafísicas. Marca a competição entre o juízo intuitivo e analítico. Ele gera e distribui poder cognitivo;

O **jogo da natureza**, que estabelece o capital fixo proporcionado pelos ecossistemas ao desenvolvimento do jogo social. Nele se disputa o controle dos recursos escassos da natureza e seu uso de acordo com os critérios de sua preservação ou sua exploração, em relação aos demais jogos que demandam recursos naturais. O poder operante é o da natureza enquanto poder cego e pré-programado, que proporciona o capital ecológico a todos os jogos que competem por essa oferta limitada (MATUS 2005, p. 321-325).

Nos jogos destacados pela teoria, há que se considerar suas diferentes características que foram úteis à análise política desse estudo e sumarizadas no Quadro 2. As lógicas referidas tratam de um “conjunto de forças e critérios que determinam seu funcionamento de acordo com suas regras específicas” (MAUS, 2005). Nesse sentido, são lógicas dominantes em cada jogo, mas sempre coexistentes, que podem ser subordinadas ou subordinar as demais, a depender do grande jogo. Assim, a lógica econômica pode persuadir o espaço do jogo político, do macroorganizacional, do jogo das ciências e assim por diante.

As motivações se referem às intencionalidades dos atores sociais atribuídas às suas ações dentro do jogo. Essas ações serão reguladas em função da posição de oponentes, indiferentes ou aliados que determinarão o grau de aceitabilidade ou viabilidade de cada ação (ou jogada) deflagrada pelo ator.

Quadro 2 - Características dos nove jogos do poder utilizadas na análise desse estudo

Jogo	Lógica	Função	Aceitabilidade	Viabilidade
1. Político	Poder e força	Distribuir poder	Ideológica	Política
2. Econômico	Mercado	Produção e distribuição de bens e serviços	Paradigma dominante	Econômica

3. Vida cotidiana	Bem-estar indivíduo e família	Resolução dos problemas da vida cotidiana	Qualidade de vida	Mobilidade social
4. Pessoal	Posição individual	Seleção individual	Ética individual	Projeto pessoal
5. Comunicação	Interação comunicacional	Entendimento entre os atores	Validação do ato de fala	Interação comunicativa
6. Macroorganizacional	Competências burocráticas	Produção da ação institucional	Paradigma organizacional	Organizacional
7. Valores	A aceitabilidade	Produção dos valores	Ético-ideológica	Funcionalidade dos valores/norma
8. Ciências	A argumentação	Produção de conhecimentos	Científica	Verificação do paradigma científico
9. Natureza	Leis da natureza	Preservação da natureza	Paradigma dominante	Viabilidade ecológica

Fonte: Adaptado de Matus (2005, p. 35-353)

O que importa, contudo, é entendermos que no jogo social, o poder somente é poder dominante quando se tem a contribuição de parcelas críticas de poder nos nove jogos do grande jogo social” (MATUS, 2005).

Com relação às características mais importantes, o jogo social, pode trazer, na sua essência, a competição, a cooperação e/ou conflito entre os jogadores, em função dos seguintes fatores: (a) é um grande jogo intercalado por nove jogos paralelos; (b) suas acumulações históricas podem converter alguns jogadores em atores, e outros em seguidores; (c) cada momento do jogo representa uma situação; (d) é recursivo (há especificidade dentro de cada jogo) e multidimensional (opera com vários planos, atores e recursos); (e) é difuso e nebuloso.

A presente investigação também buscou identificar, além dos atores centrais do jogo, a sua **posição assumida**, em virtude das suas características definirem as relações entre eles e revelarem o verdadeiro interesse ou motivações dentro dos subjogos e do grande jogo. Ela se refere a um desejo, uma aspiração e geram possibilidades de cooperação ou conflito e seu conhecimento permite construir um ponto de partida para uma explicação do modo como os atores interagem. São elas:

Apoio (empregará vontade e força para produzir a ação) – assume a existência de um benefício atribuível à realização da jogada e estabelece cooperação positiva com os atores de objetivos convergentes e conflito com atores de objetivos divergentes;

Rejeição (empregará vontade e força para impedir a ação) – assume a existência de um custo atribuível à jogada e gera um conflito com aqueles que a apoiam e possibilidades de cooperação com outros que também a rejeitam;

Indiferença – que implica em não tomar posição;

Posição cognitiva – assumida em virtude da leitura do ator sobre sua realidade;

Posição emocional – assumida pelo ator a respeito das jogadas, em virtude da reação emocional provocada nele pelo autor da jogada ou pela própria jogada;

Posição de interesse – assumida pelo ator a respeito das jogadas, em virtude do benefício ou custo para si que ele atribui à jogada (MATUS, 2005, p. 374).

Em virtude do jogo social combinar cooperação e conflito, considerou-se necessário alguns elementos importantes na análise política desse estudo para entender a natureza das cooperações e conflitos estabelecidos no processo de governar a RIS.

A primeira se refere à possibilidade da cooperação entre os atores ocorrer de forma **aberta** ou **limitada**. A aberta permeada pela transparência e com intercâmbio de informações entre os atores. Já a fechada é orientada pela opacidade das intenções e diálogos entre os atores, que se soma à assimetria de informações sobre as possibilidades de ação e a imprevisibilidade do jogo. Buscou-se cotejar os achados com essa proposição teórica, afim de caracterizar as tipologias de cooperação, seus pontos e planos cooperativos e atores envolvidos no espaço da RIS.

Por outro lado, a teoria da produção social traz elementos importantes que dizem respeito às **tipologias de conflitos**, o qual se buscou identificar quais as principais características conflitivas presentes na RIS, seus planos e pontos conflitivos e atores envolvidos. Ademais, a compreensão da natureza do conflito se faz necessária enquanto processo de objetivação dos contrastes de posição nas relações político-sociais da gestão regional do SUS, a fim de não reduzi-las à mera oposição de interesses.

Para Matus (2005) há conflito gerado propositalmente no jogo, há aquele herdado, ou mesmo aquele naturalmente surgido, sem intenção ou motivo. Foram considerados os seguintes tipos de conflitos: (a) **cognitivo**, que exprime divergências baseadas em modos diferentes de conhecer e apreciar a realidade; (b) **emocional**, que surge das relações de simpatia ou antipatia pessoais entre os atores, ou de predisposição favorável ou contrária a situações ou jogadas, sem fundamento racional; e (c) **de interesse**, que ocorre em virtude dos benefícios de uns serem as perdas para outros.

Contudo, convém salientar que os conflitos aqui referidos estão interrelacionados e que um pode desencadear ações para geração do outro e vice-versa, assim como dificuldades de

cooperação podem gerar conflitos e certos tipos de conflitos podem gerar algum tipo de cooperação.

As características teórico-conceituais aqui delineadas auxiliaram na compreensão da ação política dos atores com influência direta ou indireta sobre a gestão da Região estudada; suas circunstâncias, relações cooperativas ou conflituosas; seus discursos e interpretações; lideranças e liderados; posição assumida pelos atores, bem como suas regras, capacidades e motivações e seu poder de influência regional.

4.1.3 Modelo teórico da pesquisa

A partir dos elementos teóricos sumarizados para essa pesquisa foi elaborado um modelo teórico, onde estão reunidas as categorias que foram utilizadas na análise dos dados e sua relação como o objeto de estudo do autor: o desenho político e a dinâmica de poder da Região Interestadual de Saúde (Figura 1).

O modelo elaborado considerou que a Região em análise se localiza num contexto político de forte interdependência entre os cenários nacional, estadual, regional e municipal. A compreensão do seu desenho e dinâmica de poder, portanto, é resultante dessa relação de interdependência, em que de um lado convergem cenários mais externos com a ação (ou omissão) de atores e instituições vinculados ao Ministério da Saúde (Cenário nacional) e de atores localizados no âmbito de dois entes estaduais (cenário estadual). Do outro, combina condicionantes mais internos que refletem a relação de atores e instituições distribuídos em duas macrorregiões e seis microrregiões de saúde (cenário regional), assim como determinantes de cada município que compõe a Região (cenário municipal).

A interdependência destacada acima condicionaria os antecedentes políticos que resultaram em ações propositivas de conformação do desenho regional (projeto) e determinaram, ao logo do seu processo de implementação, suas condições de governabilidade e capacidade de governo, compondo, portanto, o triângulo de governo do cenário estudado.

Esse triângulo de governo, por sua vez, foi determinante da dinâmica de poder entre os atores que participaram do processo de formulação e implementação da Região e também determinante das relações de poder entre aqueles que passaram a compor esse espaço por interesses diversos, constituindo-se como atores influentes da RIS.

Os atores, por sua vez, correspondem aos jogadores propriamente ditos. São eles, os responsáveis pela produção das ações (as jogadas), na Região. Contudo, não basta apenas que esses atores queiram imprimir suas jogadas. As ações produzidas por eles seriam

contrabalanceadas, de um lado, pelas suas capacidades de ação e motivações que orientariam as intencionalidades de suas estratégias políticas; do outro, pela posição assumida entre aliados, oponentes e indiferentes; e pelas regras convencionalmente instituídas e/ou construídas fora dos padrões estabelecidos, que autorregulam a liberdade de ação de cada ator ou grupo de atores em relação a si e ao outro.

Nos ponderamentos supracitados, convém ressaltar duas questões no modelo adotado. A primeira é que as capacidades podem influenciar as motivações dos atores, assim como as motivações podem estimular ações que visem aumentar as capacidades desses atores. A segunda diz respeito à própria dinâmica (regras) da Região orientarem os posicionamentos e as decisões, assim como a posição assumida pode criar propósitos de se construírem “novas regras”, com o intuito de aumentar a liberdade de ação do (s) ator (res), na perspectiva dos seus interesses individuais em detrimento daqueles que foram idealizados para o desenho político da RIS.

As capacidades, motivações, regras e posições assumidas convergem para estabelecer sempre uma lógica e uma função vinculadas a ação de cada ator ou grupo de atores na RIS, que no presente modelo foi denominada como “jogada”. O sucesso dessa jogada, por sua vez, dependente do nível de resistências políticas, expressas pelas condições de viabilidade e aceitabilidade que a dinâmica regional impõe.

A cada jogada realizada pelos atores com vinculação ao espaço regional, as lógicas e funções atribuídas a ela, determinarão qual (is) jogo (s) de poder está (ão) em disputa e quem disputa cada um desse (s) jogo (s) na Região.

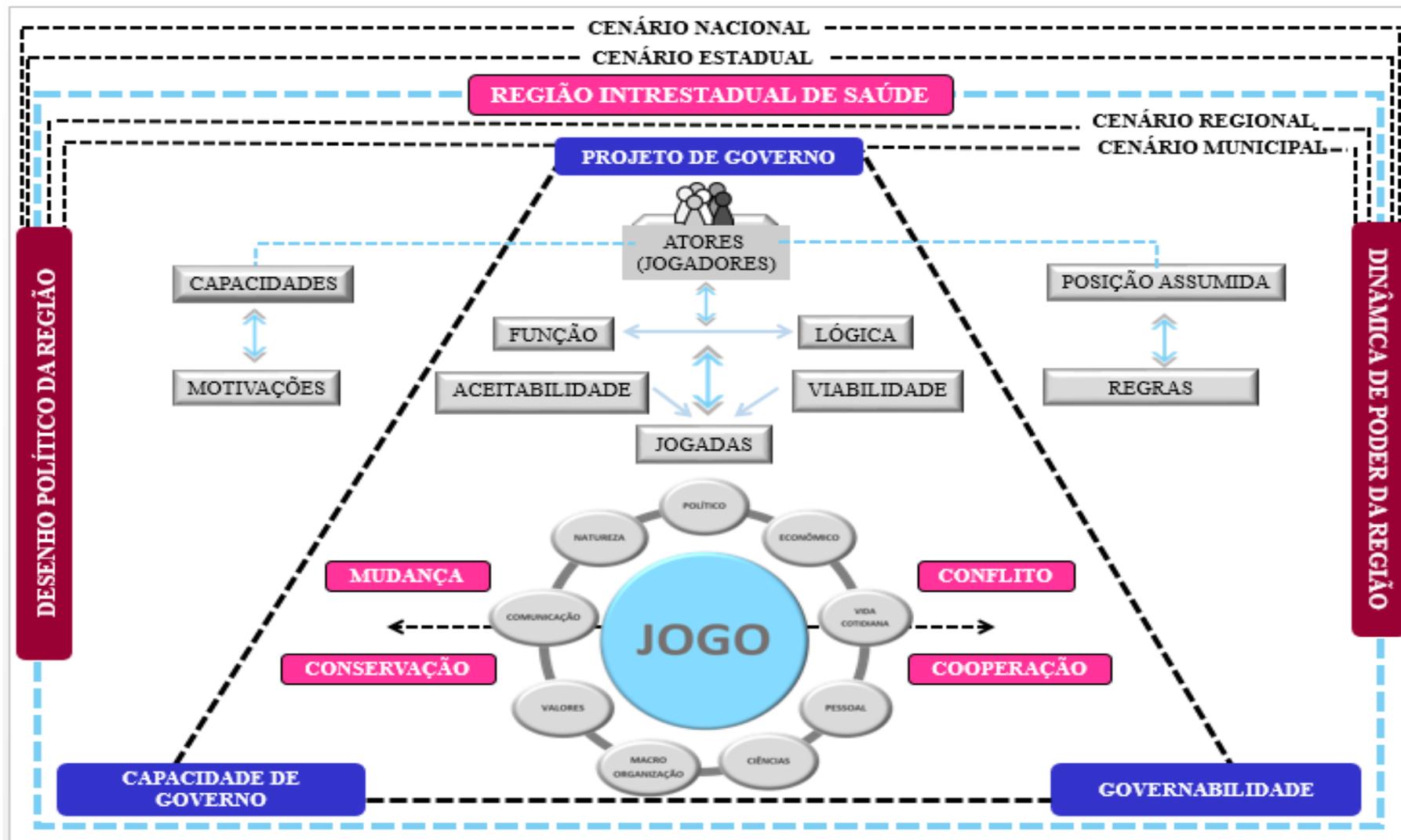
O presente modelo considera que nessa dinâmica haveria uma alternância do poder, dentre aqueles destacados na Teoria da Produção Social, assim como haveria alternância entre os atores que dominam cada jogo de poder dentro desse espaço. Essa alternância pressupõe que o espaço estudado ora opere em relações de cooperação ora de conflito e teria como desfecho final a mudança ou conservação do seu desenho e da dinâmica de poder, na sua totalidade ou em partes.

A partir dos elementos teóricos aqui delineados, formulamos as seguintes hipóteses para essa pesquisa:

- As diretrizes que norteiam a política de regionalização do Sistema único de Saúde (SUS) subestimam as contradições políticas, que se materializam sobre o desenho das regiões de saúde e a dinâmica de poder dos atores, instituições e entes federativos nesses espaços;

- As proposições normativas operam num plano estritamente teórico e com baixa condição de governabilidade nos espaços regionais, em virtude das regras que regulam a ação dos atores, nesses espaços, inviabilizarem condições suficientes para estabelecer relações cooperativas e solidárias, expressa no senso comum do marco jurídico-legal e dos estudos empíricos;
- O desenho e a dinâmica de poder das regiões de saúde são resultantes de um constante processo de desigualdades de motivações, capacidades, posições assumidas e disputadas de poder entre os atores, gerando uma ambiência predominantemente conflitiva e predatória entre os entes federados, atores e instituições;
- O marco-jurídico legal do SUS não apresenta proposições suficientes e necessárias para configuração de desenhos regionais interestaduais de saúde. Essa lacuna cria impasses jurídicos, administrativos e financeiros para cenários que aglutinam mais de um ente estadual e impossibilita a construção um desenho político e dinâmica institucional bem articulada e integrada.

Figura 1 – Modelo teórico da análise política da Região Interstadual de Saúde



Fonte: elaboração do autor.

4.2 Seleção do caso e cenário do estudo

O caso selecionado para essa pesquisa correspondeu a uma Região Interestadual de Saúde (RIS) do Nordeste do Brasil. A seleção da região estudada levou em consideração alguns critérios que justificaram sua escolha, em função de particularidades que a diferenciava das demais regiões de saúde do país. Primeiro, pela sua especificidade territorial e complexidade político-institucional, em combinar, a interdependência simultânea de 53 entes municipais, dois estados e a União; segundo, por ser oficialmente reconhecida como a primeira experiência de Rede interestadual de Saúde (REIS) do país, com envolvimento do Ministério da Saúde nas primeiras iniciativas para sua implementação; terceiro, por essa região corresponder à primeira experiência de regulação interestadual de leitos do Brasil, gerida por dois estados; quarto, pela seu desenho político-institucional contar com o pioneirismo de implantação de uma instância colegiada de articulação, negociação e pactuação, de cunho interestadual; e quinto pela escassez de estudos sobre regiões interestaduais de saúde no país, sobretudo com foco em análises políticas.

O espaço regional selecionado é composto por duas macrorregiões de saúde, sendo uma da Bahia e outra de Pernambuco, seis microrregiões de saúde (três em cada estado), distribuídas entre 53 municípios, que totaliza uma população de, aproximadamente, dois milhões de habitantes. As sedes da região interestadual correspondem aos municípios de Juazeiro-Ba e Petrolina-Pe. Maiores detalhes sobre o cenário estudado serão abordados na caracterização do espaço regional, na seção de resultados desse estudo.

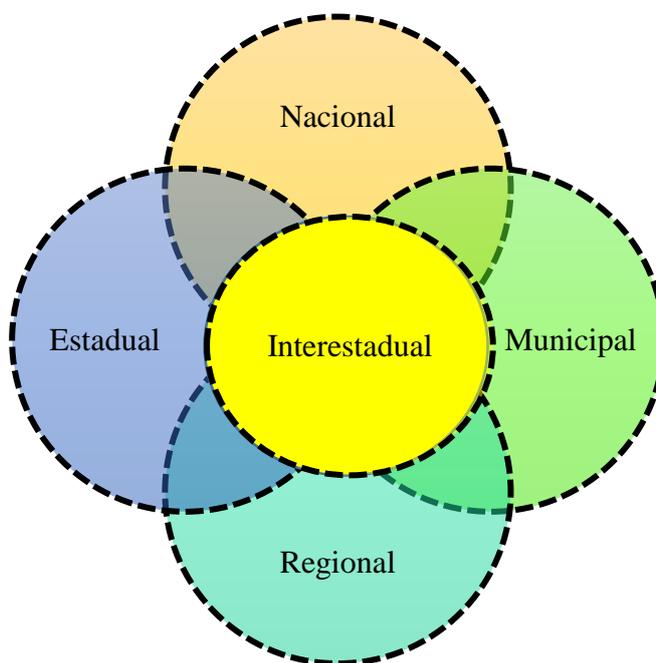
4.3 Delineamento do estudo

Adotou-se como estratégia metodológica de investigação o estudo de caso, com abordagem intensiva e nível de análise único: a Região Interestadual de Saúde (RIS).

Os estudos de caso são caracterizados como investigações empíricas que objetivam analisar fenômenos contemporâneos aninhados as seu contexto real, sobretudo quando há necessidade de elucidação dos limites e relações entre o fenômeno que se investiga e o contexto onde ele ocorre (YIN, 2010). Estudos de caso são úteis ao aprofundamento de análises de especificidades de serviços e sistemas de saúde, na medida em que sua arquitetura metodológica possibilita o balizamento de evidências empíricas com aquelas situadas no campo teórico (DESLANDES e GOMES, 2007).

Ao considerar que o espaço estudado possui como característica, a interdependência entre um ente federal, dois entes estaduais e vários entes municipais, buscou-se reunir diferentes elementos político-institucionais que condicionaram o desenho regional e que influenciavam sua dinâmica de poder. Para isso, a arquitetura do processo investigativo aglutinou diferentes elementos, de acordo com as evidências que foram reunidas por esferas administrativa (Figura 2).

Figura 2 – Arquitetura do processo investigativo na Região Interestadual de Saúde



Fonte: elaboração do autor (2019).

- **Nacional:** correspondente à identificação das características da participação do ente federal na região, voltadas ao financiamento, articulação interfederativa ou organização de serviços saúde.

- **Estadual:** correspondeu à análise das propostas estaduais, o nível de cumprimento das metas de saúde e suas características decisórias. Todas essas informações foram cotejadas com os eixos do projeto de implementação do desenho a RIS, de modo que se pudesse analisar a coerência entre os movimentos estaduais e aquilo que foi idealizado para a Região em questão. A análise das propostas e seu nível cumprimento corresponderam apenas àquelas referentes às macrorregiões Norte da Bahia e macrorregião do Vale do São Francisco de Pernambuco (ambas pertencentes à RIS). Já

as características decisórias dos estados compreenderam tanto aquelas que envolviam a região quanto aquelas em seus aspectos mais gerais, que tinham impacto direto sobre as macrorregiões de saúde supracitadas.

- **Interestadual:** correspondente às características e dinâmica de poder entre atores e espaços de natureza interestadual, como a Comissão de Cogestão Interestadual de Saúde (CRIE), a Central Interestadual de Regulação de Leitos (CRIL) e os serviços de referência interestadual.

- **Regional:** correspondente aos determinantes político-institucionais provenientes das microrregiões de saúde pertencentes à RIS. Buscou-se compreender as influências regionais sobre o espaço interestadual, em termos de ação (ou omissão) de atores individuais e coletivos, na sua relação com organizações, Estados, municípios, partidos políticos, entre outros. Nessa esfera, aprofundou-se a análise nas microrregiões sede (Juazeiro e Petrolina) em virtude delas concentram os municípios-sede da RIS, os recursos tecnológicos, terem maior poder econômico, número de serviços de saúde de referência, assim como são as microrregiões diretamente vinculadas à maior concentração de recursos alocados pelos municípios da Região.

- **Municipal:** correspondente à análise das agendas e interesses locais determinantes do espaço regional, seja através da relação município-município, município-estado, município-prestadores e municípios-instâncias deliberativas. Nesse âmbito foram considerados como elementos de análise, principalmente, as propostas de ações elencadas nos planos municipais de saúde e o nível de cumprimento das metas municipais, descritas nas programações de saúde e nos relatórios de gestão, dos municípios-sede, pelos motivos anteriormente explicitados. Essas informações foram cotejadas com aquelas ações previstas no projeto de implementação da RIS.

4.4 Estratégias de produção dos dados e fontes de evidências

Yin (2010) ressalta a potencialidade do estudo de caso em combinar diferentes técnicas e fontes de produção de dados. Isso permite ao investigador analisar em maior amplitude e profundidade, aspectos convergentes do contexto, a partir da triangulação dos dados e, conseqüentemente, a construção de resultados mais robustos.

A produção dos dados desse estudo combinou a análise documental e entrevistas em profundidade e ocorreu em duas etapas: a primeira correspondente às entrevistas com informantes-chave entre outubro de 2017 a fevereiro de 2018; a segunda inerente à análise

documental realizada entre março a agosto de 2018. Tanto as entrevistas como a análise dos documentos foram orientadas por roteiros semiestruturados e elaborados pelo pesquisador, em apêndice à esse produto. Previamente à produção dos dados foi realizado um estudo piloto em agosto de 2017 na região de saúde de Barreiras-Ba, no Oeste da Bahia (local de residência do autor).

As entrevistas em profundidade foram realizadas com atores que participaram do processo de implementação do espaço regional e aqueles que possuíam inserção e/ou influência na dinâmica de poder regional. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão dos atores entrevistados: ocupar ou ter ocupado posição estratégica no processo de formulação ou implementação do espaço regional; ocupar ou ter ocupado posição estratégica em espaços de formulação, articulação, tomada de decisão e gestão de ações e serviços de saúde da Região; e ser apontado como ator de importante influência na dinâmica de poder regional.

Registrou-se as entrevistas por meio de um aplicativo de gravação de voz (Áudios Memos) que foram guiadas por roteiro elaborado pelo pesquisador (Apêndice A). Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, no Microsoft Word 2013.

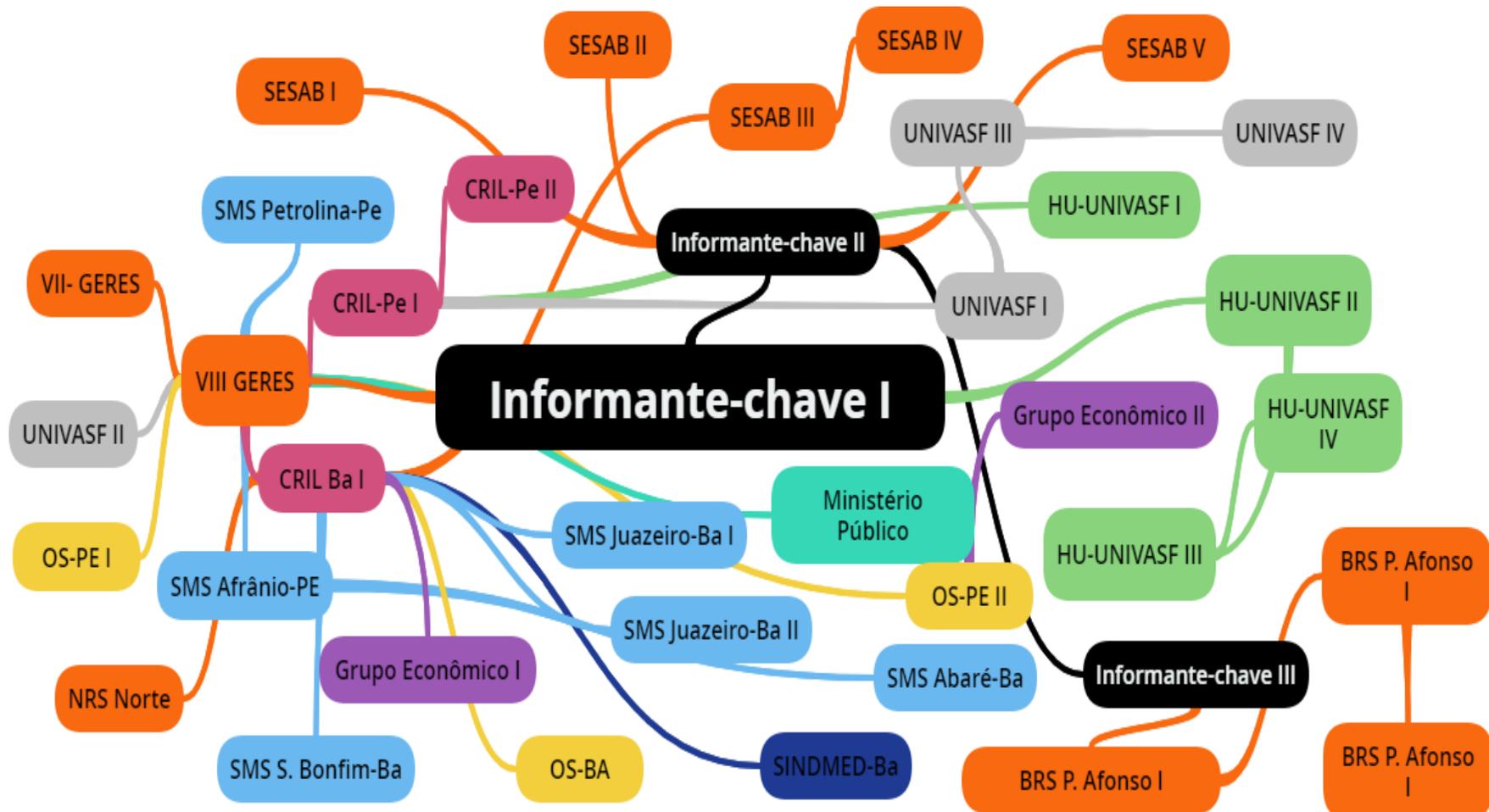
A seleção dos atores se deu a partir de uma amostragem por cadeias de referência. Essa técnica de amostragem é denominada “estratégia bola de neve” ou “*snowball*” e consiste em uma estratégia de seleção não probabilística de atores sociais, orientada pela indicação de informantes-chave, que por sua vez, poderão indicar novos participantes, até que seja alcançado o número suficiente de entrevistados para suprir as necessidades de elucidação de informações entre objeto e seu contexto (PENROD et al., 2003).

Considerando os critérios de seleção dos informantes foram identificados 38 atores, porém três deles não foram entrevistados. Dois pertenciam ao cenário nacional e um pertencia à IX Gerência Regional de Saúde (GERES) de Ouricuri-PE, em virtude da dificuldade de agendamento das entrevistas, nas duas etapas do campo. Adotou-se como critério de encerramento do campo, o grau de saturação das informações.

A Figura 3 apresenta um Sociograma com a sistemática de seleção dos entrevistados, segundo a metodologia de cadeia de referência adotada. A sistemática de seleção contou com três principais informantes-chave, que colaboraram para inclusão sucessiva de novos entrevistados. Priorizando identificar em maior amplitude e profundidade as características do desenho e dinâmica de poder regional, buscou-se incluir atores distribuídos entre as diferentes esferas administrativas, espaços de poder e microrregiões de saúde do território interestadual.

Participaram do estudo, portanto, atores inseridos em Secretarias Municipais de Saúde (SMS), nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), nas Bases Regionais de Saúde (BRS), no Núcleo Regional de Saúde (NRS) Norte e Gerencias Regionais de Saúde (GERES), na Central Interestadual de Regulação de Leitos (CRIL), na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), no Hospital Universitário Federal (HU-UNIVASF-EBSERH), na gerência de serviços de referência regional, sobretudo representantes de Organizações Sociais (OSs) e instituições filantrópicas; além de representantes de grupos econômicos, do sindicato de médicos na Região e do Ministério Público (MP).

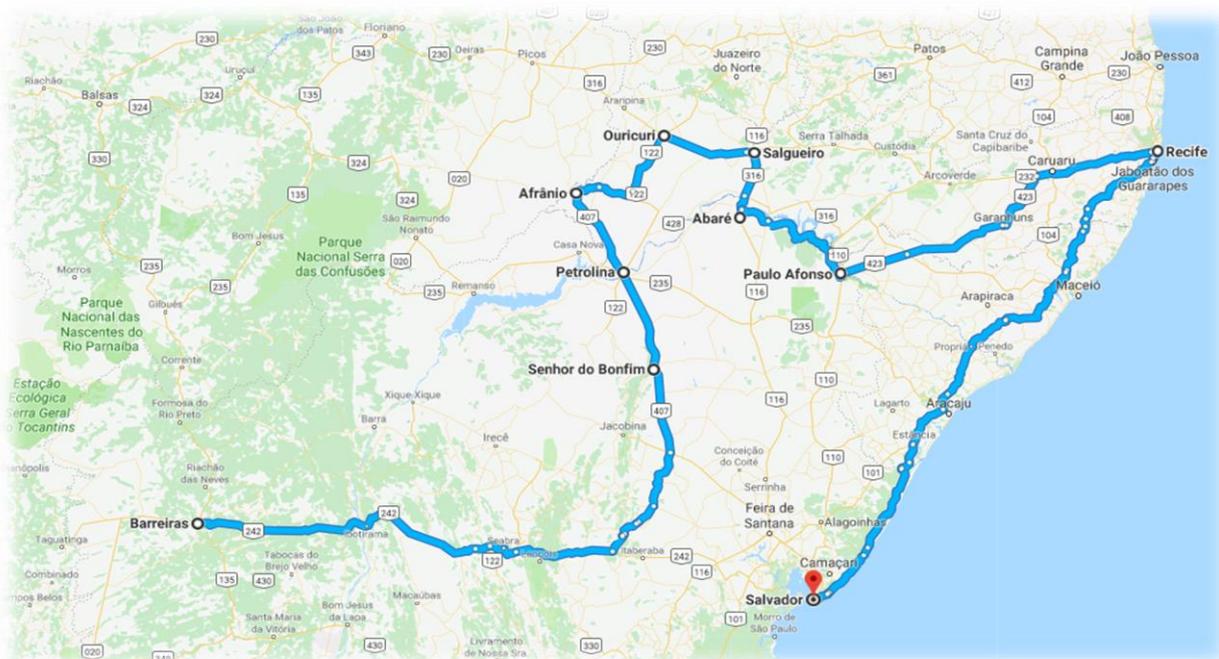
Figura 3 – Sociograma da estratégia bola de neve



Fonte: elaboração do autor.

Considerando que foram entrevistados atores em diferentes localizações da RIS, na Figura 4 se encontra ilustrado o itinerário percorrido na produção de dados tanto na primeira quanto na segunda etapa do campo.

Figura 4 – Itinerário da produção de dados



Fonte: elaboração do autor (2019).

No total foram realizadas 35 entrevistas com atores presentes em quase todas as microrregiões de saúde que compõem o espaço interestadual (exceto Ouricuri-Pe) pelo motivo anteriormente explicitado. A Tabela 1 traz um detalhamento da caracterização geral dos entrevistados. Nessa caracterização, se encontram informações relativas ao sexo, posição ocupada na RIS, instituição a qual se encontra vinculado (a), formação acadêmica, formação mais elevada, vínculo atual, trajetória no SUS, histórico de militância política, grupo de atores a qual pertence, participação no processo de formulação/implementação da RIS, região de saúde e Estado.

A classificação do grupo que cada ator pertencia se baseou na sua principal função ocupada na RIS. Assim foram definidos os seguintes grupos de entrevistados: (a) político e econômico – ocupava cargo político e dirigia espaços de poder econômico na região; (b) grupo técnico – envolvidos apenas com atribuições técnicas das SES ou SMS, relativas à assistência; (c) grupo gerencial – envolvidos com atribuições de gestão de nível

assistencial, de colegiados regionais, de sistemas municipais, de colegiado interestadual ou de serviços de saúde; (d) grupo político e gerencial – envolvidos nas atribuições gerenciais anteriormente descritas e com cargo político, simultaneamente; (e) grupo econômico – atores dirigentes de equipamentos empresariais diretamente relacionados com a saúde da região; (f) grupo gerencial/universidade – pertencentes às atribuições gerenciais do sistema regional de saúde e que simultaneamente representavam a UNIVASF; (g) grupo Universidade/movimento social – representantes da UNIVASF e à frente de movimentos sociais na região; (h) grupo Universidade – que apenas representavam o espaço da UNIVASF; (i) grupo entidades representativas – com inserção em entidade representativa de categoria profissional; (j) grupo poder judiciário – representante do Ministério Público e com intervenções judiciais na RIS.

O histórico de militância política dos entrevistados foi considerado como toda e qualquer ação que caracterizasse o exercício da participação ou controle social, tais como movimentos estudantis, diretórios acadêmicos, entidades representativas nas categorias usuário, gestor ou profissional; movimentos sociais; cargos eletivos, entre outros.

Dos 35 entrevistados, 17 estavam vinculados ao estado a Bahia e 18 ao estado de Pernambuco. Em relação à localização dos entrevistados por regiões de saúde, na Bahia, oito pertenciam à região de Juazeiro-Ba, quatro a Paulo Afonso-Ba, um a Senhor do Bonfim-Ba e quatro eram vinculados ao nível central da SES e, portanto, representavam a Macrorregião Norte como um todo. Já em Pernambuco, 15 corresponderam à região de Petrolina-Pe, um a Salgueiro-Pe e dois eram atores ligados ao nível central da SES e à IV Macrorregião do estado.

Dezessete entrevistados eram do sexo masculino e 18, do sexo feminino. Sobre a posição ocupada na RIS, dois deles eram empresários de importantes grupos econômicos, três coordenavam a regulação interestadual de leitos, seis eram secretários municipais de saúde, um era diretor estadual de atenção especializada, três eram Sanitaristas de Base Regional de Saúde (BRS) e um diretor de Núcleo Regional de Saúde (NRS); dois eram gerentes regionais de saúde, quatro eram docentes da UNIVASF, cinco pertenciam à direção interna do HU-UNIVASF/EBSERH, dois eram secretários estaduais de saúde, um era promotor do Ministério Público (MP), dois eram presidentes de Organizações Sociais (OS) que gerenciavam duas importantes referências hospitalares da região, dois eram da Superintendência de Regulação Estadual (SUREG) e um era diretor regional do Sindicato dos Médicos da Bahia (SINDIMED-Ba).

Quanto às instituições que cada ator representava, um estava à frente da Associação das Indústrias do Vale do São Francisco; oito eram servidores das Secretarias Estaduais de Saúde (SES); dois representavam o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); sete eram de Secretarias Municipais de Saúde; um era da Cooperativa de Anestesiologistas da Região; quatro eram da UNIVASF; um pertencia à OS Associação Petrolinense de Proteção à Maternidade e Infância (APAMI) e outro à Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Castro Alves (APMI); um representava a Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS); outro, o Ministério Público (MP) e quatro a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

A respeito da formação, a maioria era médico (14) e enfermeiro (15) e com residência/especialização em áreas correlatas à Saúde Pública e/ou Coletiva e/ou da Família (11) ou áreas correlatas à gestão da saúde (8). A formação mais elevada dos atores era a pós-graduação na modalidade *Latu Sensu* (17) ou residência (7).

A maioria era servidor público (18) ou cargo comissionado (10), com trajetória vinculada tanto à gestão quanto à atenção no SUS (23), com histórico de militância política (19) e ocupavam atribuições do grupo de atores lotados no campo gerencial (12) e com participação no processo de formulação/implementação da RIS (21).

Tabela 1 – Caracterização dos atores entrevistados na Região Interstadual de Saúde

Nº	Sexo	Posição no espaço regional	Instituição	Formação	Maior titulação	Vínculo atual	Trajetória no SUS	Histórico de militância política	Grupo	Participou da implementação	Região de saúde	UF
1	M	Empresário e Assessoria Técnica da Prefeitura de Juazeiro	Associação das Indústrias do Vale do São Francisco	Agronomia	MBA em Marketing	Autônomo e Cargo Comissionado	Gestão	Sim	Político e econômico	Não	Juazeiro	Ba
2	F	Coordenadora regional da Central Interstadual de Regulação de Leitos	SES-PE	Enfermagem	Esp. Saúde Pública e Regulação	Cargo Comissionado	Atenção e gestão	Sim	Técnico	Sim	Petrolina	PE
3	M	Coordenação do SAMU na Central Interstadual de Regulação de Leitos	IMIP	Enfermagem	Esp. Gestão de Recursos Humanos	Celetista	Atenção e gestão	Sim	Técnico	Sim	Petrolina	PE
4	F	Secretária de Saúde	SMS Petrolina	Enfermagem	Esp. Saúde da Família	Cargo comissionado	Atenção e gestão	Não	Gestor	Não	Petrolina	PE
5	F	Diretora de Atenção Especializada	SESAB	Enfermagem	Esp. Gestão Hospitalar	Servidora Estatutária	Atenção e gestão	Sim	Gestor	Sim	Macro Norte	BA
6	F	Gestora de controle, avaliação e regulação	SMS Juazeiro	Enfermagem	Esp. Em Auditoria em Saúde	Servidora Estatutária	Atenção e gestão	Não	Gestor	Sim	Juazeiro	BA

Nº	Sexo	Posição no espaço regional	Instituição	Formação	Maior titulação	Vínculo atual	Trajetória no SUS	Histórico de militância política	Grupo	Participou da implementação	Região de saúde	UF
7	M	Coordenador Geral de Núcleo Regional	SESAB	Medicina	Residência em Ginecologia e Obstetrícia	Cargo Comissionado	Atenção e gestão	Sim	Político e Gestor	Sim	Macro Norte	BA
8	M	Sócio-Presidente da Anestesia e Serviços	Cooperativa Médica e SMS Petrolina	Medicina	Residência em Anestesiologia	Autônomo e Servidor Público	Atenção	Não	Econômico	Não	Petrolina e Juazeiro	PE
9	F	Gerente Regional de Saúde	SES-PE	Enfermagem	Mestrado em Ciências da Saúde	Celetista	Gestão	Não	Gestor	Sim	Petrolina	PE
10	F	Secretária Municipal de Saúde	SMS S. do Bonfim	Enfermagem	Esp. Gestão em Saúde	Servidora Pública	Gestão	Sim	Gestor	Sim	S. Bonfim	BA
11	M	Subsecretário Estadual de Saúde	SESAB	Medicina	Residência em Cirurgia Geral	Cargo Comissionado	Atenção e gestão	Sim	Gestor	Não	Macro Norte	BA
12	F	Secretária Municipal de Saúde	SMS Afrânio	Administração	Esp. Saúde Pública	Cargo Comissionado	Gestão	Sim	Gestor	Sim	Petrolina	PE
13	F	Docente da UNIVASF	UNIVASF	Enfermagem	Doutorado em Saúde Pública	Servidora Pública	Gestão	Sim	Gestor e Universidade	Sim	Juazeiro	BA
14	M	Docente da UNIVASF	UNIVASF	Medicina	Residência em Medicina de Família e Comunidade	Servidor Público	Atenção e gestão	Sim	Universidade e Movimento social	Não	Petrolina	PE

Nº	Sexo	Posição no espaço regional	Instituição	Formação	Maior titulação	Vínculo atual	Trajetória no SUS	Histórico de militância política	Grupo	Participou da implementação	Região de saúde	UF
15	M	Presidente APAMI	APAMI	Medicina	Graduação	Cargo Comissionado	Não possui	Sim	Econômico (OS)	Não	Juazeiro	PE
16	F	Docente da UNIVASF	UNIVASF	Psicologia	Doutorado em Psicologia	Servidora Pública	Atenção e gestão	Sim	Universidade e Movimento social	Não	Petrolina	PE
17	F	Secretária Municipal de Saúde	SMS Juazeiro	Medicina	Residência em Ginecologia e Obstetrícia	Servidora Pública	Atenção e gestão	Não	Gestor	Não	Juazeiro	BA
18	F	Gerente Regional de Saúde	SES-PE	Enfermagem	Mestrado em Vigilância em Saúde	Servidora Pública	Gestão	Não	Gestor	Sim	Salgueiro	PE
19	F	Coordenadora Regional da Central de Leitos Interestadual	FESF-SUS	Administração	Especialização em Saúde Pública	Celetista	Gestão	Sim	Técnico	Sim	Juazeiro	BA
20	M	Diretor de Atenção à Saúde HU-UNIVASF	EBSERH	Medicina	Residência em Clínica Médica	Servidor Público CLT	Atenção e gestão	Sim	Universidade	Não	Petrolina	PE
21	F	Secretária Municipal de Saúde	SMS Abaré	Enfermagem	Esp. Auditoria em Saúde	Cargo Comissionado	Atenção e gestão	Não	Gestor	Sim	P. Afonso	BA
22	M	Coordenação de centro de apoio operacional de promotoria de Saúde	Ministério Público	Direito	Graduação	Servidor Público	Não se aplica	Não	Entidade do Judiciário	Não	IV Macro	PE

Nº	Sexo	Posição no espaço regional	Instituição	Formação	Maior titulação	Vínculo atual	Trajetória no SUS	Histórico de militância política	Grupo	Participou da implementação	Região de saúde	UF
23	M	Superintendente de Hospital Dom Malan	IMIP	Medicina	Esp. Medicina Intensiva	CLT	Atenção e gestão	Não	Gestor	Não	Petrolina	PE
24	M	Delegado do SINDMED-BA	SMS Juazeiro	Medicina	Esp. Em Saúde da Família	Servidor Público	Atenção e gestão	Sim	Entidade Representativa	Sim	Juazeiro	BA
25	F	Ex-Coordenadora do Subprojeto QualiSUS Rede PEBA	UNIVASF	Enfermagem	Mestrado em Ciências	Servidora Pública	Atenção e gestão	Não	Universidade	Sim	Petrolina	PE
26	M	Gerente de Atenção à Saúde	EBSERH	Medicina	Residência em Cirurgia Geral	CLT	Atenção e gestão	Sim	Universidade	Sim	Petrolina	PE
27	F	Apoiadora técnica da SUREGS	SESAB	Medicina	Esp. Regulação em Saúde	Servidora Pública	Atenção e gestão	Sim	Técnico	Sim	Macro Norte	BA
28	M	Médico regulador	SESAB	Medicina	Residência em pediatria	Servidor Público	Atenção e gestão	Sim	Técnico	Sim	Macro Norte	BA
29	M	Superintendente do HU-UNIVASF	UNIVASF	Gestão Pública	Esp. Gestão Hospitalar	Cargo Comissionado	Gestão	Não	Universidade	Sim	Petrolina	PE
30	M	Chefe de regulação e avaliação em saúde HU-UNIVASF	EBSERH	Enfermagem	Mestre em Gestão em Economia da Saúde	CLT	Atenção e gestão	Sim	Universidade	Não	Petrolina	PE

Nº	Sexo	Posição no espaço regional	Instituição	Formação	Maior titulação	Vínculo atual	Trajetória no SUS	Histórico de militância política	Grupo	Participou da implementação	Região de saúde	UF
31	M	Secretário Estadual de Saúde	SES-PE	Medicina	Mestre em Medicina Interna	Servidor Público	Atenção e gestão	Não	Gestor	Não	IV Macro	PE
32	F	Sanitarista Base Regional de Saúde P. Afonso	SESAB	Enfermagem	Esp. Saúde Coletiva	Servidora Pública	Atenção e gestão	Não	Técnico	Sim	P. Afonso	BA
33	F	Sanitarista Base Regional de Saúde P. Afonso	SESAB	Enfermagem	Esp. Saúde Coletiva	Servidora Pública	Atenção e gestão	Não	Técnico	Sim	P. Afonso	BA
34	F	Sanitarista Base Regional de Saúde P. Afonso	SESAB	Enfermagem	Esp. Saúde Coletiva	Servidora Pública	Atenção e gestão	Não	Técnico	Sim	P. Afonso	BA
35	M	Diretor do Hospital Regional de Juazeiro	APMI	Medicina		Cargo Comissionado	Atenção e gestão	Não	Grupo Econômico (OS)	Não	Juazeiro	BA

Fonte: elaboração do autor.

No que se refere à análise documental, todo material selecionado foi organizado por esfera administrativa. Foram incluídos apenas documentos referentes ao período de 2008 a 2017, primeiro pelo fato de que as discussões oficiais pró-implantação da região interestadual tiveram início em 2008 e, segundo, em função de que a maior parte o campo ocorreu em 2017. Vale ressaltar que nem todas as esferas administrativas possuíam documentos disponíveis referentes a cada ano do período supracitado.

No total foram analisados 499 documentos, sendo 124 nacionais, 282 estaduais, 26 interestaduais, 54 regionais e 13 municipais. A lista final dos documentos consultados, por tipo e esfera administrativa se encontra detalhada na Tabela 2.

Tabela 2 – Lista de documentos analisados por esfera administrativa (2008-2017)

Documento	Esfera da análise documental						Total
	Estadual		Interestadual	Nacional	Regional	Municipal	
	Bahia	Pernambuco					
Relatórios de cobertura da ESF e NASF	-	-	-	55	-	-	55
Relatório sobre cobertura do SAMU	-	-	-	55	-	-	55
Resolução CIB	140	125	-	-	-	-	267
Relatórios de Grupo de Trabalho da região interestadual e ofícios	-	-	3	-	-	-	3
Carta do Vale do Médio São Francisco	-	-	1	-	-	-	1
Capítulo de livro sobre a região interestadual	-	-	1	-	-	-	1
Portarias federais	-	-	-	3	-	-	3
Projeto de implementação da região interestadual de saúde	-	-	1	-	-	-	1
Apresentação digital da CRIL	-	-	1	-	-	-	1
Subprojeto QualiSUS-Rede PE-BA	-	-	1	-	-	-	1
Documentos-base Projeto QualiSUS-Rede	-	-	-	2	-	-	2
Nota Técnica CONASS sobre QualiSUS-rede	-	-	-	1	-	-	1
Dossiê região interestadual PE-BA	-	-	1	-	-	-	1

Atas da CIR Juazeiro	-	-	-	-	23	-	23
Atas da CIR Petrolina	-	-	-	-	31	-	31
Atas do CRIE	-	-	17	-	-	-	17
Planos Municipais de Saúde	-	-	-	-	-	3	3
Relatórios anuais de gestão municipal	-	-	-	-	-	10	10
Planos Estaduais de Saúde	2	2	-	-	-	-	6
Relatórios anuais de gestão estadual	6	5	-	-	-	-	11
Planos Nacionais de Saúde	-	-	-	2	-	-	2
Relatórios anuais de gestão nacional	-	-	-	6	-	-	6
Plano Diretor de Regionalização	1	1					
Total de documentos	149	133	26	124	54	13	499

Fonte: Documentos consultados. Elaboração do autor.

Além dos documentos citados foram consultadas fontes eletrônicas sobre indicadores socioeconômicos nos sites do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para caracterização dos municípios, Estados e região estudada. Nessas duas fontes foram reunidos dados sobre população, Produto Interno Bruto (PIB) per capita, densidade demográfica (hab/km²), salário médio mensal, índice de Gini, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e extensão territorial (km²). As informações permitiram traçar um panorama das iniquidades sociodemográficas entre os entes, que podem ser úteis não apenas para caracterizá-los, mas para explicar alguns achados.

A Plataforma Lattes foi consultada para busca de informações necessárias à caracterização dos entrevistados, tais como formação acadêmica e formação mais elevada, vínculo atual e trajetória no SUS.

O site do Tribunal Superior Eleitoral (TSE) foi utilizado para sistematizar informações sobre os gestores do poder executivo e os partidos políticos que governaram as sedes municipais das microrregiões de saúde, os estados e a União, por período eleitoral, de 2008-2017. Essas informações auxiliaram na identificação das afinidades político-partidárias ente os entes federativos.

Realizou-se ainda, a busca de informações complementares sobre fatos políticos progressos e recentes envolvendo a região estudada, veiculados na mídia regional, assim como dados presentes em sites institucionais das organizações com maior poder de influência na RIS. Esse levantamento teve como objetivo complementar informações sobre os atores mais influentes, seu histórico de relações e os espaços sobre os quais possuíam algum tipo de influência, assim como mapear os principais fatos políticos no espaço temporal analisado, suas pautas, conteúdo e respectivos atores envolvidos.

Por fim, utilizou-se o diário de campo do pesquisador (Quadro 4) com sínteses reflexivas e minuciosas sobre as vivências no campo, suas impressões, fatos relevantes e, sobretudo, as evidências não explicitadas nas reações e diálogos com os entrevistados. Esses diários foram elaborados a cada visita do pesquisador ao campo, seja para articular, agendar ou realizar entrevistas e eram sistematizados da seguinte forma:

Quadro 4 – Modelo de diário de campo utilizado neste estudo

Nome do pesquisador:	Nº
----------------------	----

Ator entrevistado:		
Instituição:		
Local:	Data:	Hora:
Estado:	Região de saúde:	
Impressões gerais		

Fonte: elaboração do autor.

4.5 Processamento e análise dos dados

O processamento dos dados foi iniciado pelos documentos e teve a seguinte sequência: documentos interestaduais; municipais; regionais; estaduais e nacionais. Para os documentos das esferas administrativas, utilizou-se uma matriz para sistematização do seu conteúdo (Quadro 5). Nessa matriz, os documentos foram codificados por um número, natureza (portaria, manual, protocolo, etc), mês e ano de publicação, título principal, âmbito (municipal, interestadual, estadual ou nacional), Unidade da Federação, conteúdos referentes a qualquer aspecto envolvendo a região analisada e uma coluna destinada à uma síntese geral do pesquisador. A sistematização de todos os documentos dos entes federativos foi orientada por roteiro de análise documental construído pelo pesquisador (Apêndice B).

Quadro 5 – Matriz de processamento dos documentos incluídos no estudo

Nº Doc.	Natureza	Mês/Ano	Título	Âmbito	UF	Conteúdo relativo ao espaço regional	Síntese
---------	----------	---------	--------	--------	----	--------------------------------------	---------

Fonte: elaboração do autor.

Para outras fontes documentais com maior número de informações e complexidade de organização dos dados foram elaboradas matrizes específicas. No caso das atas de reunião das CIR e da CRIE, utilizou-se uma matriz para registro das seguintes informações: mês/ano, existência de quórum, representações presentes e ausentes, nome da CIR, Unidade Federada, pautas, conteúdo das discussões, deliberações e síntese geral do pesquisador, vide modelo do Quadro 6.

Quadro 6 – Matriz para análise das atas de reuniões da CIR e CRIE

Nº da ata	Mês/ano	Quórum	Representações presentes	CIR/CRIE	UF	Pautas	Conteúdo das discussões	Deliberações	Síntese
-----------	---------	--------	-----------------------------	----------	----	--------	----------------------------	--------------	---------

Fonte: elaboração do autor.

As informações acima sistematizadas serviram para embasar uma análise comparativa de coerência entre as pautas e deliberações das CIR e da CRIE com o projeto de implementação da RIS; da frequência dos gestores, regularidade das reuniões, temas de pautas; pontos de deliberação, de cooperação e conflito; atuação dos espaços decisórios; e natureza dos condicionantes políticos locais, regionais e estaduais sobre o território interestadual.

Em relação aos planos de saúde e Relatórios Anuais de Gestão (RAG) foi elaborada uma matriz (Quadro 7) para sistematizar as proposições municipais, estaduais e nacionais. Nela era atribuído um número ao documento, período equivalente, o âmbito (municipal, estadual ou nacional), especificação do ente, propostas idealizadas, nível de cumprimento da proposta (total, parcial ou não cumprida) e síntese do pesquisador. Essas informações foram cotejadas com os eixos de implementação do projeto da região interestadual a fim de analisar a correspondência entre o projeto da RIS e as propostas e metas de saúde alcançadas dos entes federativos.

A classificação das metas alcançadas foi categorizada em total, parcial ou não cumprida, a partir dos seguintes critérios: (a) alcançada totalmente – quanto toda a meta estipulada era colocada em prática e cumprida; (b) alcançada parcialmente – quando a meta estipulada não era alcançada totalmente; (c) não alcançada – quando a meta estipulada não era colocada em prática. As informações sistematizadas na respectiva matriz serviram de base para uma análise comparativa de coerência entre as propostas idealizadas para a Região e o cumprimento das metas de saúde das gestões municipais, estaduais e nacional.

Quadro 7 – Matriz para análise dos Planos de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão

Plano ou relatório N°	Período	Âmbito	Ente	Meta	Cumprimento da Meta	Eixo do projeto regional	Observações

Fonte: elaboração do autor.

Concernente às decisões estaduais, sistematizadas a partir das resoluções publicadas pelas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB), identificou-se quais delas mantinham relação com a Região pesquisada. Para isso foi adotada a matriz de sistematização abaixo (Quadro 8), onde os documentos foram codificados por um número, ano, disposição legal a qual se refere a decisão, o conteúdo decisório, o Estado e a síntese analítica das decisões. As informações da respectiva matriz possibilitaram identificar o foco das decisões entre os entes estaduais, as principais características das decisões e em que medida essas decisões se mantiveram próximas ou se distanciaram entre os entes e entre o que foi idealizado como desenho político regional.

Quadro 8 – Matriz para análise das resoluções publicadas pelas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB)

Resolução N°.	Ano	Disposição legal	Conteúdo da decisão	UF	Síntese

Fonte: elaboração do autor.

Para complementar a caracterização dos atores que participaram dos processos decisórios político regional, reuniu-se informações das entrevistas, da Plataforma Lattes e dos documentos interestaduais que continham dados sobre esses atores. A caracterização sistematizou as seguintes informações: sexo, posição/atuação no espaço regional, instituição, formação acadêmica, maior titulação, vínculo atual, trajetória no SUS, histórico de militância política, grupo de atores ao qual pertence, participação (ou não) no processo de implementação regional, região de saúde, esfera de atuação e Estado. Todas as informações foram organizadas em dois quadros: um relativo aos atores

entrevistados e outro relativo aos atores que participaram do processo de implementação do espaço regional.

Na sistematização de dos fatos políticos progressos e recentes envolvendo a região estudada e veiculados na mídia regional, utilizou-se um quadro de sistematização com as seguintes variáveis: período (ano), fonte consultada, manchete da notícia, atores envolvidos na matéria, conteúdo da publicação e link de acesso (Quadro 9). Essas informações permitiram complementar evidências sobre a dinâmica e distribuição do poder na RIS.

Quadro 9 – Matriz de sistematização das notícias veiculadas na mídia regional

Período	Fonte	Manchete	Atores envolvidos	Conteúdo	Link de acesso

Fonte: elaboração do autor.

A partir das informações dos documentos anteriores e com a complementação de informações obtidas diretamente dos sites institucionais de organizações de maior influência no espaço regional, produziu-se um quadro (Quadro 10) com a sistematização das relações políticas entre os atores individuais e coletivos. Nesse quadro foi possível aglutinar dados sobre o nome do ator, espaço no qual estava inserido, seu histórico de relações políticas, pessoas e espaço influenciados por ele e o Estado a qual pertencia. Essa sistematização serviu de base para a construção de um mapa de relações políticas entre os atores sociais internos e externos à RIS.

Quadro 10 – Matriz de mapeamento dos principais atores individuais e coletivos influentes na Região Interestadual de Saúde

Ator	Espaço que está inserido	Histórico de relações	Pessoas e espaços que tem influência	Estado

Fonte: elaboração do autor.

A partir da sistematização de todos os dados documentais, o pesquisador reuniu sínteses com suas impressões em arquivo único intitulado de “apreciação documental” para facilitar seu processamento. Em seguida, esse arquivo, juntamente como os diários de campo e excertos das entrevistas foram exportados para o programa de análise

qualitativa QRS NVIVO, versão 11.0, onde as fontes e evidências foram trianguladas. O processamento correspondeu à codificação do material empírico, em uma “árvore categórica com vários nós”, criada no próprio Software QRS NVIVO 11.0, onde cada “nó” coincidiu com as categorias analíticas adotadas no referencial teórico desse estudo.

Em seguida, foram gerados relatórios de cada “nó”, com vistas a identificação dos elementos do triângulo de governo e da dinâmica de poder regional, que emergiam mais frequentemente do material codificado. Esses elementos orientaram a construção de um quadro síntese (Quadro 11), com a redação de argumentos e evidências, cotejados por fonte de evidência e balizados por categoria analítica do referencial teórico.

Quadro 11 - Quadro síntese utilizado para elaboração dos argumentos e evidências balizados por fonte e categorias analíticas do estudo

Argumentos	Evidências	Fonte					Categoria Analítica								
		D	E	DC	P	G	CG	A	M	C	R	J	PO	NC	N

Fonte: elaboração do autor.

Legenda: D – Documentos; E – Entrevistas; DC – Diário de Campo; P – Projeto; G – Governabilidade; CG – Capacidade de Governo; A- Atores; M – Motivações; C – Capacidades; R – Recursos; J – Jogadas; PO – Posição Assumida; NC – Natureza da Cooperação e N – Natureza do Conflito.

Elaborou-se um plano de análise com as categorias analíticas do referencial teórico que orientaram a interpretação dos resultados e sua respectiva redação. No plano analítico a seguir, estão explicitadas as categorias adotadas do estudo, suas respectivas definições, operacionalização conceitual e detalhamento no plano emírico (Quadro 12).

Quadro 12 – Matriz de análise do estudo

Categorias analíticas	Definição	Operacionalização	Detalhamento
Projeto de governo	Conjunto de ideias, propostas, objetivos ou previsão de ações do (s) ator (es) que governa (m).	Ideias, propostas, objetivos e ações pensadas e/ou elaboradas pelo (s) ator (es) que governam para o desenho político e dinâmica da RIS.	Situação prévia que estimulou as primeiras propostas de conformação do desenho regional; características do processos decisórios para formulação do desenho político regional; objetivos e eixos do desenho regional; ideias e propostas de organização dos serviços de saúde; ideias e propostas para articulação interfederativa e gestão regional; correspondência entre as propostas idealizadas para região e as propostas dos entes federativos, a partir da perspectiva do (s) ator (es) que governa (m) a Região.
Governabilidade	Grau de controle do (s) ator (es) que governa (m) das variáveis relevantes e decisivas para seu projeto de governo.	Principais aspectos políticos (grau de autonomia e tipo de apoio político recebido pelo ator (es) que governa (m) o espaço regional) que representaram obstáculos ou facilidades para concretização das ideias, propostas e objetivos idealizados para a RIS.	Pontos críticos que inviabilizaram o cumprimento das propostas de organização de serviços e gestão da RIS; propostas alcançadas e não alcançadas em relação ao projeto da RIS; as ações e propostas de menor e maior governabilidade; correspondência entre as ações pensadas e as metas idealizadas pelos entes federativos para Região; fatos que representaram aliança ou oposição às propostas do (s) ator (s); coerência entre as decisões do espaço interestadual com as decisões estaduais.

Capacidade de governo	Capacidade de liderança, habilidades, métodos, técnicas ou perícias de um ator social (indivíduo, grupo de indivíduos ou uma organização), para conduzir, dirigir, manobrar e superar as dificuldades para o alcance de uma determinado projeto.	Estratégias e capacidade de condução do (s) ator (res) para implementar o desenho regional e contornar os pontos críticos de implementação das propostas idealizadas para RIS.	Tentativas de organização dos serviços de saúde e gestão interfederativa na Região; características das decisões estaduais; velocidade de implantação e organização de serviços de saúde nas microrregiões de saúde; características político-administrativo-organizacionais das secretarias estaduais de saúde; capacidade institucional da CRIE, das CIR Juazeiro e Petrolina, das Secretarias Municipais e Secretarias Estaduais para operar o desenho da RIS.
Ator Social	Um jogador criativo, não submetido a condutas rotineiras e estáveis. Pouco predizível quanto a suas jogadas, com capacidade de recursos para jogar, com alguma capacidade tática e estratégica e com um objetivo no jogo. Tem poder próprio e está situado dentro do jogo, ainda que sua ação possa ser transitória.	Atores individuais e coletivos que participaram do processo de implantação da região e/ou que com influência na dinâmica de poder da RIS.	Características dos atores sociais que idealizaram o desenho regional e participaram do seu processo decisório. Características dos atores mais influentes na dinâmica de poder regional, sua rede de relações e espaços de poder vinculados.
Motivação dos atores	Exprime o desejo, intenção ou propósito do ator dentro do jogo: poder e força; lucro/mercado; bem-estar individual e familiar; prestígio individual; interação comunicativa; competência burocrática; conquistar/garantir aceitabilidade; argumentação; lei da natureza.	Identificação dos propósitos que orientam a ação dos atores individuais e coletivos sobre as estruturas que eles buscam exercer algum tipo de influência na RIS.	Intencionalidades explícitas e implícitas que emergem da ação dos seguintes atores: prestadores privados; instituições filantrópicas; Organizações Sociais que gerenciam as principais unidades hospitalares da rede interestadual; grupos políticos (deputados, senadores e prefeitos); famílias tradicionais da região; cooperativas médicas; grupos

			econômicos; Universidade e movimentos sociais.
Capacidade ator	Exprime a capacidade do (s) ator (es) social (is) para jogar em função do seu controle sobre variáveis decisivas como o poder político, econômico (governabilidade) e conhecimento e capacidades organizativas (capacidade de governo).	Poder de influência de atores individuais e coletivos, expresso pelo controle que ele (es) exercem sobre as decisões e dinâmica regional e pela sua rede de relações políticas dentro e fora do espaço da RIS.	Características dos recursos controlados pelos atores influentes na RIS e seus fatores capacitantes; número e tipo de relações políticas estabelecidas entre os atores com maior capacidade de ação na RIS; atores dominantes, dominados e cooptados na Região.
A jogadas (ou os jogos)	<p>Ações deflagradas pelos atores para aumentar sua capacidade e/ou restringir a capacidade do seu oponente no jogo social. Reflete a dinâmica do jogo. Situação que envolve a coletividade, agregação cooperativa de atores, a concorrência, o conflito, a empatia ou a antipatia.</p> <p>Tipologia de jogos identificados no espaço regional: político, econômico, vida cotidiana, pessoal, da comunicação, macroorganizacional, valores, das ciências e da natureza.</p>	Características relacionais de poder entre atores individuais e coletivos com capacidade de ação desigual na RIS.	<p>Fatos, ações, decisões, produção de bens ou serviços provenientes de organizações/grupos/instituições dos setores econômicos, políticos ou sociais para influenciar o planejamento e a gestão das ações e serviços de saúde;</p> <p>Estratégias dos atores para ampliar sua influência sobre o planejamento e gestão das ações e serviços de saúde regionais;</p> <p>Características relacionais (cooperação ou conflito) dos entes públicos e privados na Região;</p> <p>Características da participação da administração indireta, grupos, órgãos e instituições nas decisões da região;</p> <p>Característica relacional entre o setor saúde e universidade (cooperação ou conflito), que</p>

			detém o poder sobre a principal unidade hospitalar interestadual.
Regras do jogo	Corresponde ao <i>modus operandi</i> instituído no espaço, pelos atores e instituições, que permitem, proíbem, estimulam, desestimulam, estabelecem entraves ou facilitam o desenvolvimento das relações de poder.	Características políticas e da estrutura normativa da Região que ampliam ou restringem a ação dos atores.	<p>Normas, leis e/ou diretrizes que norteiam oficialmente a organização e gestão dos serviços de saúde no âmbito regional e interestadual;</p> <p>Ações não institucionalizadas de controle exercido sobre os processos decisórios que envolvem a região;</p> <p>Quem altera e como altera os fluxos gerenciais e assistenciais pré-estabelecidos para o espaço regional;</p> <p>Atores que afetam e são afetados pelo contexto político-institucional herdado e gerado nas relações de poder regional.</p>
Posição assumida pelo ator	Ela se refere a um desejo, uma aspiração e geram possibilidades de cooperação ou conflito e seu conhecimento permite construir um ponto de partida para uma explicação do modo como os atores interagem.	Situações que geram posicionamentos opostos, indiferentes ou de apoio nas relações de poder entre os atores do espaço regional.	<p>Características dos posicionamentos dos atores;</p> <p>Posição predominantemente assumida pelos atores na Região frente ao processo de regionalização;</p> <p>Fatos, ações ou decisões, que geram posicionamentos opostos, indiferentes ou de apoio.</p>
Natureza da cooperação	Exprime uma resposta do oponente à nova realidade produzida por um determinado ator.	Características cooperativas estabelecidas entre atores sociais de dentro e fora do espaço interestadual.	Situações que geram relações de negociação transparentes ou opacas e entre quais atores elas ocorrem;

			<p>Situações que geram relações cooperativas no espaço regional, no sentido de ajuda ou de contra-ataque ao oponente e entre quais atores elas ocorrem;</p> <p>Âmbito no qual ocorre as relações cooperativas (município-município; município-prestadores; município-estado, etc.).</p>
Natureza do conflito	<p>Exprime uma contradição de interesses, valores, sentimentos ou tradições, alimentados por uma determinada leitura da realidade.</p> <p>Tipologias de conflitos presentes no espaço regional: cognitivo, emocional, de interesse e/ou misto.</p>	<p>Características conflitivas estabelecidas entre atores sociais de dentro e fora do espaço interestadual.</p>	<p>Situações que geram relações conflituosas e entre quais atores elas ocorrem;</p> <p>Tipologias de conflitos presentes na região;</p> <p>Âmbito no qual ocorre as relações conflituosas (município-município; município-prestadores; município-estado, etc).</p>

Fonte: Adaptado de Matus (2005, p. 35-353).

3.6 Aspectos éticos

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e tiveram suas dúvidas esclarecidas. Solicitaram-se autorizações para registro de áudio por meio de gravador de voz e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). O pesquisador obteve anuência institucional para realização das pesquisas nas Secretarias Estaduais de Saúde da Bahia e Pernambuco. O projeto dessa pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e aprovado sob parecer nº 2.321.431/2017.

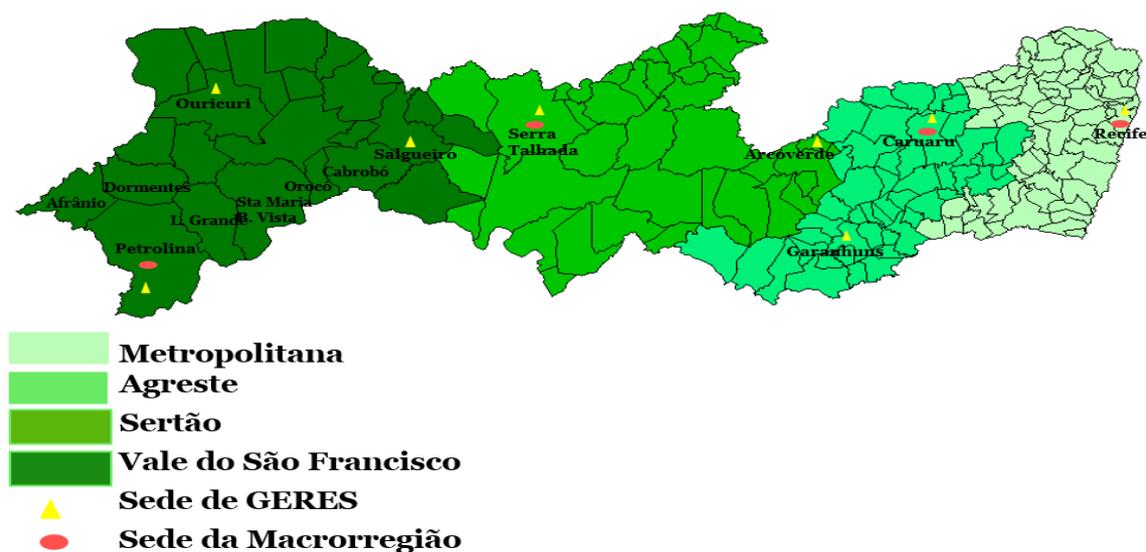
5. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE

O cenário que investigamos corresponde a uma Região Interestadual de Saúde (RIS) que agrega os estados Pernambuco e Bahia. Trata-se da primeira experiência de Rede Interestadual de Saúde do Brasil (Rede Interestadual de Saúde do Médio Vale do São Francisco) (BAHIA e PERNAMBUCO, 2012).

Os entes estaduais citados possuem características singulares em termos populacionais, número de municípios, extensão territorial, quantidade de macro e microrregiões de saúde, número de Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e estruturas administrativas regionais das Secretarias Estaduais de Saúde (IBGE, 2018; BAHIA, 2014; PERNAMBUCO, 2011).

A RIS resulta da fusão de duas macrorregiões de saúde: o Norte da Bahia e o Vale do São Francisco, em Pernambuco. Em cada macrorregião, os territórios estão divididos em três microrregiões de saúde, quais sejam: Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim, na Bahia; Petrolina, Salgueiro e Ouricuri, em Pernambuco (BAHIA e PERNAMBUCO, 2012). As macrorregiões e microrregiões de saúde de cada estado, respectivamente, estão ilustradas nas Figuras 5 e 6.

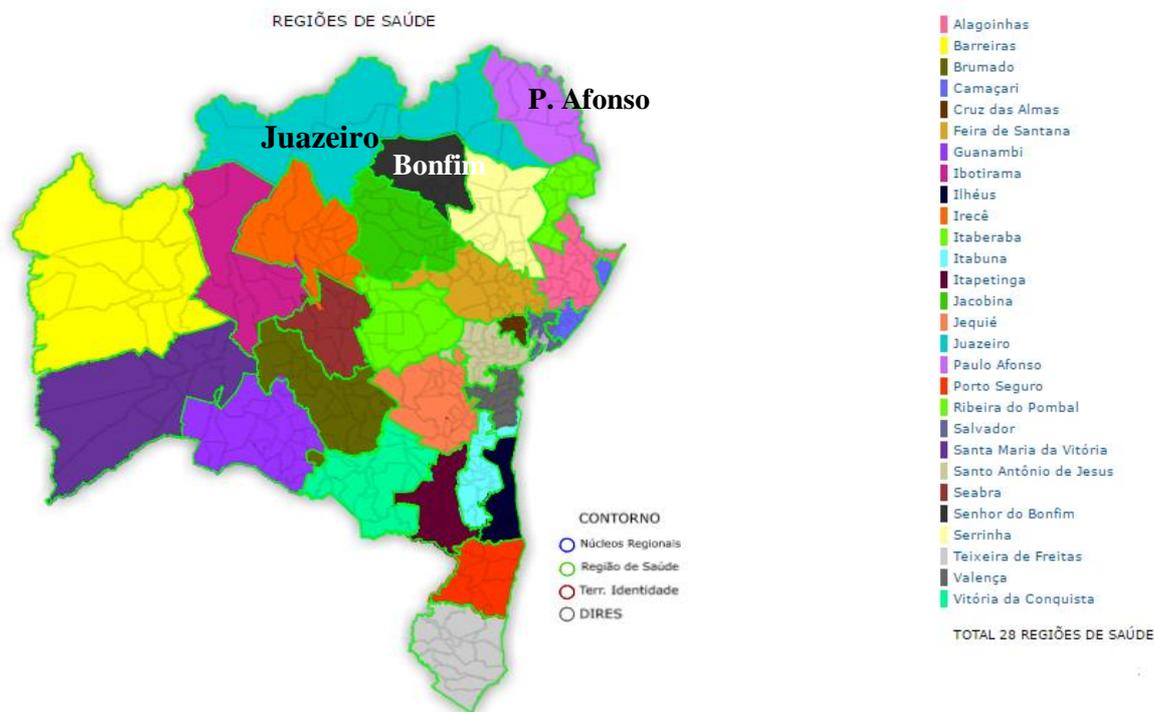
Figura 5 – Macrorregiões e microrregiões de saúde no estado de Pernambuco



Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco (PDR) - 2011 (PERNAMBUCO, 2011, p. 12).

Figura 6 – Macrorregiões e microrregiões de saúde no estado da Bahia



Fonte: Plano Diretor de Regionalização da Bahia, 2014, (BAHIA, 2014).

As sedes da RIS correspondem aos municípios de Juazeiro-BA e Petrolina-PE (BAHIA e PERMANBUCO, 2012). O primeiro está situado em um cenário de baixo desenvolvimento econômico e baixa oferta de serviços de saúde; e o segundo, em cenário de médio desenvolvimento econômico e média oferta de serviços de saúde, de acordo com proposta de indicadores socioeconômicos para as regiões de saúde do Brasil (REGIÕES e REDES, 2017). Esses achados também corroboram com estudo na região Nordeste do Brasil, onde 78,9% das regiões de saúde foram classificadas com menores índices de desenvolvimento econômico em relação ao Sul (96,5%) e Centro-Oeste (85,3%) (DUARTE et al., 2015) e em regiões de Minas Gerais (MOREIRA et al., 2017).

O território da RIS abrange uma população estimada de aproximadamente dois milhões de habitantes (IBGE, 2018), com extensão territorial de 127.887,91 km² (IBGE, 2017) e 53 sistemas municipais de saúde (28 na Bahia e 25 em Pernambuco) (BAHIA e PERMANBUCO, 2012).

O Quadro 13 sumariza uma caracterização sociodemográfica dos municípios que compõem a RIS. Pode-se evidenciar um cenário de desigualdade econômica e

demográfica entre os municípios, ratificada por discrepâncias no Produto Interno Bruto (PIB) per capita, rendimento médio mensal, Índice de Gini, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), porte populacional e extensão territorial.

Ainda que a RIS que estudamos sejam muito diferente de outras regiões do país, identificamos um cenário de desigualdade regional semelhante ao evidenciado nas do entrono do Amazonas (GARBELO et al., 2017), região Sul e Norte Mato-grossense (SOUZA, SCATENA e KEHRIG, 2014). Os nossos achados também ratificam evidências de outra pesquisa na Bahia, que encontrou menores IDHM na região Norte do estado, em comparação com as macrorregiões de saúde Leste, Oeste e Extremo-sul (TELES et al. (2016).

A região estudada é distante de grandes centros urbanos e capitais. De acordo alguns estudos, regiões próximas a capitais estão entre as mais desenvolvidas do país e aquelas situadas no interior do Nordeste brasileiro como Juazeiro-BA e Petrolina-Pe estão entre as mais desiguais (PAVÃO et al.; 201; DUARTE et al., 2015).

Ao comparar o porte dos municípios da RIS com a proposta de classificação de porte municipal de Calvo et al. (2016)¹, percebeu-se que a maioria deles era de pequeno porte, à exceção das sedes da Região. Isso traz um aspecto importante destacado por Dourado e Elias (2011) sobre municípios com maior concentração populacional possuírem mais poder político e oferta de serviços de saúde, o que talvez seja o caso das sedes da RIS (Juazeiro-Ba e Petrolina).

Em 2018, a RIS possuía uma cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS) importante (91%) e cerca de 66% dos municípios tinham 100% de cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) (CRIE, 2018). Na atenção especializada em 2017 havia 35 estabelecimentos especializados e uma importante concentração de serviços dessa natureza estava no setor privado. Na atenção hospitalar havia 64 unidades solicitantes e 11 executantes e boa parte delas se encontrava em gestão indireta ou pertenciam a instituições filantrópicas (CRIE, 2018).

Uma Central de Regulação Interestadual de Leitos foi implantada desde 2011 na Região, correspondente à primeira experiência brasileira de regulação interestadual de leitos, financiada e cogerida por dois entes estaduais (BAHIA e PERNAMBUCO, 2012).

¹ A proposta de Calvo et al. (2016) determina a seguinte estratificação de porte populacional municipal: (a) pequeno porte - até 25 mil/hab; (b) médio porte - de 25 a 100 mil/hab; e (c) grande porte - acima de 100 mil/hab.

A gestão da RIS está alicerçada, principalmente, em uma Comissão de Cogestão Interestadual de Saúde (CRIE), implantada em 2010. Trata-se de um espaço deliberativo que agrega representantes municipais, estaduais, federais e da Universidade. Além disso, o território conta com seis Comissões Intergestoras Regionais (CIR) – uma em cada microrregião de saúde.

A Região ainda contempla as seguintes estruturas administrativas regionais: um Núcleo Regional de Saúde na macrorregião Norte da Bahia e três Gerências Regionais de Saúde (GERES) na macrorregião de Pernambuco.

As desigualdades intermunicipais identificadas na Região investigada pode estar associada a indicadores sociais insatisfatórios. De acordo com alguns estudos, desigualdades semelhantes às que encontramos podem interferir na organização e oferta de serviços, na capacidade institucional dos entes, na arrecadação e na incorporação tecnológica (GARBELO et al., 2017); na cooperação regional (OUVERNEY et al., 2017); e no desempenho das Comissões Intergestoras Regionais (FERREIRA e DINI, 2011).

Em síntese, a RIS que estudamos apresentou semelhanças com outras regiões do país (ainda que sejam regiões muito diferentes) em relação ao predomínio de municípios de pequeno porte e grande extensão territorial, a exemplo do Norte do Brasil (SOUZA, SCATENA e KEHRIG, 2014); às principais referências hospitalares regionais se encontrarem em administração indireta, a exemplo do Espírito Santo (ALMEIDA e LIMA, 2015) e à importante concentração de serviços especializados no setor privado, como em Minas Gerais (MOREIRA et al., 2017).

Quadro 13 – Caracterização sociodemográfica dos municípios da Região Interestadual de Saúde (RIS), 2018

Estado	Região de Saúde	Municípios	População ²	PIB per capita ³	Densidade Demográfica ⁴ (hab/km ²)	Salário Médio mensal ⁵	Índice de Gini ⁶	IDHM ⁷	Extensão territorial ⁸ (km ²)	
Bahia	Juazeiro	Campo Alegre de Lourdes	28.844	R\$ 6.128,45	10.10	1.7	0,5484	0.557	2.781,170	
		Canudos	16.752	R\$ 6.370,86	4.89	1.9	0,5381	0.562	3.189,540	
		Casa Nova	71.366	R\$ 7.505,35	6.73	1.5	0,5483	0.570	9.647,069	
		Curaçá	34.389	R\$ 7.342,39	5.29	1.8	0,5279	0.581	5.935,944	
		Juazeiro	215.183	R\$14.341,42	30.45	2.0	0,5723	0.677	6.721,198	
		Pilão Arcado	34.486	R\$ 5.563,57	2.80	1.7	0,6016	0.506	11.626,634	
		Remanso	41.200	R\$ 7.286,75	8.32	1.4	0,5465	0.579	4.683,409	
		Sento Sé	40.703	R\$7.775,14	2.95	1.7	0,5343	0.585	12.181,239	
		Sobradinho	22.806	R\$15.358,05	17.76	2.3	0,5160	0.631	1.154,905	
	Uauá	24.486	R\$ 7.280,98	8.0	1.6	0,5777	0.605	3.074,786		
	Subtotal região			530.215						
	Paulo Afonso	Abaré	19.814	R\$ 6.139,26	11.49	1.7	0,5621	0.575	1.604,923	
		Chorrochó	11.154	R\$ 6.000,17	3.57	1.9	0,5811	0.600	3.005,319	
		Glória	15.208	R\$9.149,47	12.01	1.7	0,5254	0.593	1.566,609	
		Jeremoabo	40.232	R\$ 7.688,73	8.09	1.8	0,5360	0.547	4.627,275	
Macururé		7.862	R\$ 4.708,88	3.52	1.2	0,5467	0.604	2.545,856		
Paulo Afonso	117.014	R\$18.665,50	68.62	2.2	0,5885	0.674	1.545,192			

² Estimativa populacional 2018 do IBGE, disponível em < [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2018/estimativa_dou_2018.pdf](http://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2018/estimativa_dou_2018.pdf)>. Acessado em 12.09.2018.

³ Dados do Produto Interno Bruto referentes ao período 2015, obtidos no site < <https://cidades.ibge.gov.br/>> . Acessado em 12.09.2018.

⁴ Dados da Densidade Demográfica referentes ao período 2010, obtidos no site < <https://cidades.ibge.gov.br/>> . Acessado em 12.09.2018.

⁵ Dados sobre salário médio mensal dos trabalhadores formais referentes ao período 2016, obtidos no site < <https://cidades.ibge.gov.br/>> . Acessado em 12.09.2018.

⁶ Dados sobre Índice de Gini referentes ao ano de 2010, obtidos no site < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginibr.def>>. Acessado em 12.09.2018.

⁷ Dados sobre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal referentes ao período de 2010, obtidos no site < <https://cidades.ibge.gov.br/>> . Acessado em 12.09.2018.

⁸ Dados sobre extensão territorial referentes ao período de 2017, obtidos no site < <https://cidades.ibge.gov.br/>> . Acessado em 12.09.2018.

		Pedro Alexandre	17.486	R\$ 6.226,18	18.97	1.6	0,5125	0.513	96,071	
		Rodelas	9.213	R\$ 10.239,08	2.85	1.6	0,5558	0.632	0.632	
		Santa Brígida	14.088	R\$ 5.927,76	17.06	1.5	0,5546	0.546	900,064	
	Subtotal região		234.585							
	Senhor do Bonfim	Andorinha	14.690	R\$ 9.172,95	11.55	2.6	0,5588	0.588	1.362,386	
		Antônio Gonçalves	11.715	R\$5.240,70	35.09	1.2	0,5157	0.598	345,283	
		Campo Formoso	70.912	R\$8.502,25	9.18	2.4	0,5713	0.586	7.161,827	
		Filadélfia	16.410	R\$ 6.534,69	29.36	2.2	0,5754	0.565	579,775	
		Itiúba	36.063	R\$ 6.242,21	20.96	2.3	0,5698	0.544	1.650,502	
		Jaguarari	33.385	R\$ 14.000,37	12.35	2.8	0,6748	0.659	2.466,011	
		Pindobaçu	20.204	R\$ 5.867,09	40.54	1.6	0,5145	0.577	495,845	
		Ponto Novo	15.012	R\$ 6.486,51	31.65	1.5	0,5077	0.580	530,144	
	Senhor do Bonfim	78.588	R\$ 9.672,52	89.93	1.8	0,5833	0.666	789,361		
	Subtotal região		296.979							
	Pernambuco	Ouricuri	Araripina	83.964	R\$ 9.143,71	40.84	1.8	0,5653	0.602	2.037,391
			Bodocó	37.909	R\$ 6.165,84	21.75	1.6	0,5523	0.565	1.621,784
			Exu	31.885	R\$ 6.581,24	23.65	1.6	0,5728	0.576	1.336,788
Granito			7.435	R\$ 7.059,09	13.13	1.6	0,5438	0.595	521,690	
Ipubi			30.512	R\$ 7.987,08	32.64	1.6	0,5308	0.550	693,921	
Moreilândia			11.270	R\$ 6.233,82	27.52	1.6	0,5420	0.600	404,287	
Ouricuri			68.939	R\$ 7.407,32	26.56	1.8	0,6209	0.572	2.381,578	
Parnamirim			21.914	R\$ 7.155,22	7.79	1.8	0,5926	0.599	2.621,433	
Santa Cruz			15.236	R\$6.138,49	10.82	1.8	0,5168	0.549	1.245,983	
Santa Filomena			14.390	R\$ 5.299,20	13.30	1.6	0,5491	0.533	1.005,341	

	Trindade	30.222	R\$ 9.594,46	113.77	1.6	0,5784	0.595	295,765
	Subtotal região	353.676						
Petrolina	Afrânio	19.456	R\$ 7.535,09	11.80	1.5	0,5333	0.588	1.490,594
	Cabrobó	33.934	R\$9.570,43	18.62	1.5	0,5944	0.623	1.657,706
	Dormentes	18.734	R\$ 8.752,42	11.00	1.6	0,4708	0.589	1.539,052
	Lagoa Grande	25.349	R\$ 10.292,24	12.31	1.4	0,5267	0.597	1.850,103
	Orocó	14.827	R\$ 10.728,62	23.76	1.7	0,5195	0.610	554,759
	Petrolina	343.865	R\$ 16.670,83	64.44	2.0	0,6253	0.697	4.561,874
	Santa Maria da Boa Vista	41.759	R\$11.415,14	13.14	2.0	0,5540	0.590	3.000,774
	Subtotal região	497.924						
Salgueiro	Belém do São Francisco	20.728	R\$7.727,18	11.06	1.7	0,6285	0.642	1.830,797
	Cedro	11.722	R\$ 6.545,79	72.45	1.4	0,5618	0.615	148,746
	Mirandiba	15.308	R\$ 8.428,62	17.41	1.5	0,5992	0.591	821,676
	Salgueiro	60.604	R\$ 12.455,06	33.57	1.8	0,6006	0.669	1.686,814
	Serrita	19.133	R\$ 6.266,06	11.92	1.2	0,5668	0.595	1.538,497
	Terra Nova	9.983	R\$ 5.684,80	28.95	1.7	0,4996	0.599	296,177
	Verdejante	9.514	R\$ 6.209,42	19.20	1.6	0,5493	0.605	476,039
	Subtotal região	146.922						
Total Região		2.060.301						

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados disponíveis no IBGE (IBGE, 2018).

6. FORMULAÇÃO DO DESENHO POLÍTICO DA REGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE

A Região estudada apresentava uma situação prévia, correspondente ao ponto de partida de um processo decisório entre diversos atores das três esferas de gestão. Esse processo de decisão resultou na formulação de ideias e propostas que compuseram o projeto político da uma Rede Interestadual de Saúde (REIS).

Discorreremos sobre as principais características dessa situação prévia e quais aspectos foram decisivos para que os atores sociais formulassem propostas de estruturação de uma REIS. Apresentaremos quem foram os principais atores de destaque na formulação do desenho político da REIS e as características dos principais impasses e decisões entre esses atores.

Identificamos que a formulação do desenho político da Região Interestadual de Saúde foi motivada pela dificuldade da gestão municipal dos fluxos espontâneos de usuários na fronteira interestadual, entre as cidades de Juazeiro-BA e Petrolina-PE.

Os principais atores que participaram da formulação do projeto regional eram vinculados a diferentes espaços de trabalho, do âmbito municipal ao federal. Esses atores tinham em comum características que variaram da importante trajetória de inserção na gestão do SUS à histórico de formação em Saúde Coletiva e áreas afins.

As decisões para formulação da REIS abarcaram da criação de grupos de trabalho para a implantação de serviço de regulação e fórum deliberativo de cunho interestadual. Essas decisões passaram por diferentes impasses político-institucionais entre atores das três esferas de gestão, que incluiu desde de discordâncias sobre a demarcação territorial da REIS a conflitos de interesses na implantação da gestão federal de um dos principais hospitais de alta complexidade da Região.

6.1 Situação prévia à formulação do projeto de desenho político regional (2002 a 2008)

As primeiras discussões para a implantação do desenho regional, ainda que restritas a Juazeiro-BA e Petrolina-PE, foram iniciadas em 2002, como afirmou um dos principais idealizadores do projeto da Região. Essas discussões foram motivadas, em função de um conjunto de características regionais, que envolviam dos fluxos interestaduais de usuários a estrangimentos financeiros entre os gestores dos municípios citados (Quadro 14).

Quadro 14 – Características da situação prévia à formulação do desenho regional (2002-2008)

CARACTERÍSTICA	SITUAÇÃO PRÉVIA
Fluxo assistencial	Usuários transitavam na fronteira interestadual em busca de serviços de saúde da Atenção Primária à alta complexidade, sem fluxo definido.
Acesso a leitos de alta complexidade de urgência e emergência	Por demanda espontânea e não contava com um serviço de regulação do acesso.
Cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS)	Baixa cobertura de APS em diversos municípios, sobretudo na macrorregião Norte da Bahia.
Relação entre os municípios-sede da região	Conflitiva, pela demanda de usuários não registrada na fronteira interestadual.
Marco legal do SUS	Insuficiente para regular região interestadual de saúde e limitava a contratação de serviços especializados fora do território estadual dos municípios e o financiamento solidário entre eles.
Pactuação de ações e serviços considerando o fluxo de usuários da fronteira interestadual	Inexistente
Mecanismos de compensação financeira entre os municípios da fronteira interestadual	Inexistente

Fonte: entrevistas e documentos analisados. Elaborado pelo autor (2019).

Nesse período, os usuários transitavam espontaneamente na fronteira interestadual, com o objetivo de acessar serviços de saúde em Petrolina-PE e Juazeiro-BA:

Havia um fluxo normal quando era de trauma e cardiologia para Petrolina; mas quando era, por exemplo, maternidade, vinha alguma coisa para Juazeiro [...] é aquela coisa: o usuário ele vai onde ele tem acesso. Não interessa se é no limite territorial dele ou não. Ele vai onde tem, onde está garantido o acesso a ele (Gestora estadual de Média e Alta complexidade).

As pessoas do município de Petrolina se direcionavam para Juazeiro e vice-versa [...] esse fluxo já ocorria de forma informal como uma demanda já, vamos dizer, organizada pelos próprios pacientes, principalmente de Petrolina-PE e Juazeiro-BA (Gestora de Regulação Interestadual).

Os fluxos de usuários ocorriam sem pactuação intermunicipal e não eram intermediados por serviço de regulação interestadual. Essa situação era classificada por alguns entrevistados como uma “invasão territorial”:

Acontecia essa invasão natural, né? O usuário buscava a resolutividade para o problema de saúde dele, e é onde ele achava. Como ainda não tinha instituído as políticas de regulação ou organização de serviço, era por demanda espontânea. Por isso que a gente chama de invasão (Gestora de Regulação Municipal).

Não havia um controle nem registro do fluxo espontâneo de usuários na fronteira interestadual, o que motivou as primeiras discussões entre os gestores municipais de Juazeiro-BA e Petrolina-PE, com o objetivo de analisar essa demanda e seu impacto financeiro:

Só que isso não era uma coisa regulamentada. As pessoas iam e vinham; mentiam endereço. Aqui era uma região que geograficamente as pessoas estavam muito integradas a nível de buscar assistência, apesar delas não se integrarem culturalmente. Mas a nível de assistência as pessoas corriam de um município para outro e isso não era regulamentado (Ex-secretária de saúde de Juazeiro e Petrolina).

Mas eu lembro e digo bastante que Ângela Carneiro foi quem mais provocou no sentido de “Vamos registrar que isso ocorre (Gestora de regulação municipal).

Diversas entrevistas apontaram que usuários ocultavam seus endereços ou utilizavam comprovantes de residência fictícios, de parentes, amigos ou conhecidos, residentes na cidade onde buscavam o atendimento. Isso dificultava mais ainda o controle dessa demanda entre os gestores municipais de saúde:

“As pessoas do município de Petrolina se direcionavam para Juazeiro-Ba. Chegava lá, para ter atendimento, eles omitiam o endereço para ter acesso. Porque no SUS não tinha, até então, alguma pactuação interestadual. [...] Eu sempre falo que o rio, de alguma forma, nos separa, mas a ponte nos une, porque apesar de sermos de unidades federativas distintas, mas de alguma forma, por serem próximas, estamos muito ligadas” (Gestora de Regulação Interestadual).

A situação do fluxo espontâneo na região que estudamos refletiu o que estudos assinalam como dinamismo do consumo de serviços de saúde, onde usuários transitam entre territórios que ofereçam melhores condições de acesso sem, necessariamente, ali residir ou possuir obrigações contributivas (MACHADO, 2013; LIMA e VIANA, 2011).

Segundo alguns autores, características semelhantes ao fluxo de usuários que encontramos na Região analisada confirmam que o dinamismo do consumo de serviços de saúde tende a romper com os limites territoriais das regiões, de modo que as fronteiras

político-administrativas não interromperão esses fluxos espontâneos (VIANA et al., 2018).

Ainda que o nosso estudo tenha ocorrido em região interestadual, os fluxos espontâneos de usuários parece ser comum, também, em regiões de fronteira, a exemplo do Brasil com Argentina, Paraguai, Bolívia e Uruguai (AIKES e RIZZOTTO, 2018; CARNEIRO, 2016). Essa semelhança reflete desigualdades na organização dos sistemas de saúde, que ao interferir nas condições de acesso dos usuários, estimulam fluxos espontâneos (AIKES e RIZZOTTO, 2018).

Não havia marco legal para a região interestadual e isso limitava a compensação financeira entre os fundos municipais fronteiriços, que pudesse estabelecer um financiamento solidário sobre o fluxo espontâneo de usuários entre Juazeiro-BA e Petrolina-PE:

Mas eu lembro e digo bastante que Ângela Carneiro foi quem mais provocou no sentido de “vamos registrar que isso ocorre”. “Vamos enviar essas demandas para os estados e para o Ministério da Saúde”. E vários documentos na época foram feitos pedindo ajuste financeiro para essa rede, devido a não programação dessa população que invadia o outro território, tudo nesse sentido. Entendeu?” (Gestora de regulação municipal).

Os secretários municipais de saúde das sedes regionais iniciaram, então, articulações com a esfera estadual de gestão. Havia o desejo de solucionar a dificuldade de registro da demanda de usuários e a intenção era obter apoio financeiro. Alguns entrevistados apontaram que nessa época já era evidente a intenção de organizar uma Rede Interestadual de Saúde (REIS):

E aí, na época, então, os secretários de Petrolina e de Juazeiro sentaram e disseram: “olhe, a gente já tá fazendo esses acordos informais, porque a gente não chama o Estado e conversa com o Secretário do Estado, para tentar ver... Por que não abre uma rede interestadual?” (Gestora de regulação interestadual).

Naquela época, o cenário político nacional e estadual contribuiu para que as demandas da Região fossem pautadas na agenda nacional, dada a boa relação política dos secretários estaduais de saúde com o Ministério da Saúde:

E aí os dois secretários dos estados foram conversar com o pessoal do Ministério. Aí foi no Ministério, foi falar dessa região; que eram próximos; que já tinham acordos; que na legislação do SUS não tinha até então... Aí o Ministério da Saúde: “então, vamos fazer o seguinte. Para ver se é viável uma rede interestadual, vamos abrir um

edital e fazer um diagnóstico, desde a atenção primária até a atenção hospitalar, para ver o que de fato tem nessa região aí [...]” (Gestora de regulação interestadual).

Num primeiro diálogo com o Ministério da Saúde, os gestores estaduais tentaram obter o consenso dos gestores nacionais sobre a possibilidade de organizar uma Rede Interestadual de Saúde (REIS). Havia a intenção de que a Região pesquisada fosse uma experiência piloto para o país:

Então, primeiro me parece que foi a necessidade de entender e de fazer o Ministério da Saúde reconhecer que esses espaços existem e não existe só Pernambuco-Bahia. Naquela oportunidade a ideia era fazer um piloto para outras regiões interestaduais e a Bahia não tem só aquela fronteira (Gestora estadual de média e alta complexidade).

Os entrevistados afirmaram que essas primeiras articulações entre os três entes federativos colaboraram para um consenso de analisar a viabilidade da proposta de REIS. Pode-se citar, como exemplo, a decisão do Ministério da Saúde em publicar edital destinado a selecionar instituição consultora para realização de um diagnóstico situacional na Região.

A ausência de instrumentos jurídicos para pactuações e compensações financeiras identificada na Região refletia uma importante limitação para obtenção de novos recursos destinados a custear demandas transitórias de usuários entre municípios fronteiriços, como no caso de Juazeiro-BA e Petrolina-PE. Impasses desse tipo são apontados por alguns estudos como motivos para que gestores municipais busquem apoio estadual e federal para organizar políticas específicas (ALBUQUERQUE, 2015; CARNEIRO, 2016), a exemplo do que ocorreu em nosso estudo.

A partir dessa situação prévia, diversos atores sociais compuseram um processo decisório de formulação do projeto de Rede Interestadual de Saúde. Os principais atores desse processo serão apresentados a seguir.

6.2 Principais atores sociais do processo de formulação do desenho político regional

A partir das entrevistas e documentos foi possível mapear cerca de 64 atores individuais e dois coletivos que participaram do processo de formulação do desenho

regional. Alguns tiveram uma participação de maior destaque; outros tiveram colaborações com menor poder político e influência nas decisões.

Dos atores individuais, 27 pertenciam ao estado da Bahia e 36 a Pernambuco (Apêndice D – Quadro 15). Dezesete deles estavam inseridos no nível central das SES, cinco pertenciam à região de Salgueiro-Pe, seis à região de Ouricuri-Pe, 17 à região de Petrolina-Pe, 12 à região de Juazeiro-Ba, quatro à região de S. do Bonfim-Ba e três à de Paulo Afonso-Ba. Quarenta e oito eram do sexo feminino e 16 do sexo masculino

Grande parte dos atores era Enfermeiros (26) e Médicos (11). Predominavam especialistas (18) e mestres (11), com formação em áreas correlatas à Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva. Os servidores públicos protagonizaram o processo de formulação regional (25) e a minoria dos atores era cargo comissionado (16), contratado (11) e celetista (5). A maior parte deles pertencia ao âmbito municipal (29), seguidos do âmbito estadual (22) e federal (9). Não foi possível localizar informação sobre o âmbito de lotação de quatro atores.

Participaram da construção do desenho regional, representantes das Gerências Regionais de Saúde (GERES); das Secretárias Municipais de Saúde (SMS); das coordenações de serviços; de Grupos de Trabalho regionais; das Secretarias Executivas Estaduais; das diversas Diretorias e Superintendências estaduais; do Ministério da Saúde; do poder executivo estadual; do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS; das Universidades da região; das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES); e do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS.

A conformação da Região que estudamos envolveu um arranjo decisório complexo diante da variedade de atores identificados. Essa interdependência de múltiplos atores parece ser uma característica comum na conformação de regiões de saúde e apontada em alguns estudos (SILVA, 2013; SCATENA et al., 2014; CASANOVA et al., 2017).

As características dos atores que participaram da conformação da Região estudada revelaram uma tendência similar com o perfil de atores que idealizaram desenhos de outras regiões de saúde (ainda que essas sejam diferentes em relação à RIS). Os estudos apontam que há maior protagonismo de atores governamentais do âmbito municipal, com formação em Enfermagem e do sexo feminino (SCATENA et al., 2014; CASANOVA et al., 2017).

Os principais atores que idealizaram o desenho regional tinham como característica a trajetória de participação em movimentos estudantis, em entidades representativas, em partidos políticos de esquerda e longo tempo de atuação no SUS, em diferentes cargos e

ocupações. Essas características foram de suma importância para formulação do projeto de uma Rede Interestadual de Saúde (REIS), uma vez que estudos destacam a necessidade dos processos de regionalização serem protagonizados por atores com perfil de liderança institucional (VIANA et al., 2018; OUVENEY et al., 2017).

Atores de maior destaque tinham semelhança em três aspectos: a trajetória de formação acadêmica vinculada à Saúde Coletiva ou gestão em saúde; trajetória de militância no SUS; e experiências de gestão ou assistência em âmbitos municipal, estadual ou nacional. Eles foram destacados nas entrevistas como os mais importantes no processo de idealização, decisão e implementação do projeto da Rede Interestadual de Saúde (Quadro 16).

Quadro 16 – Breve resumo da trajetória dos principais atores individuais de destaque no processo de formulação do desenho político regional

Ator	Breve trajetória	Papel no espaço regional	Âmbito
Ângela Carneiro Oliveira	Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (1993), Mestrado em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva-ISC/UFBA (2000) e doutorado em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Professora adjunta da Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco (NIVASF) atuando como docente e vice-coordenadora do colegiado de enfermagem. Foi secretária Municipal de Saúde de Petrolina (2006-2007) e Juazeiro (2001-2004).	Na época era Secretária de Saúde de Juazeiro-BA e foi uma das principais articuladoras da região, junto à SESAB e ao Ministério da Saúde.	Municipal
Maria das Graças de Carvalho	Possui graduação em Administração de Empresas pela Faculdade de Ciências Aplicadas e Sociais de Petrolina (1990). Tem experiência na área de Administração, com ênfase em Administração de Serviços de Saúde. Especialista em Saúde Coletiva, com área de Concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde	Na época era Secretária de Saúde de Petrolina-PE e foi uma das principais articuladoras das pautas regionais com o estado de Pernambuco. Pela sua atuação prévia junto à CIT, também foi um ator importante nas articulações com o Ministério da Saúde.	Municipal

Ator	Breve trajetória	Papel no espaço regional	Âmbito
	<p>pela Universidade Federal da Bahia (ISC). Especialista em Desenvolvimento de Recursos Humanos (UEFS). Dentre as atividades na gestão, destaca-se a atuação como Secretária Municipal de Saúde do Município de Petrolina-PE, nos períodos de 2003 a 2004 e 2007 a 2008. Foi consultora Técnica do Ministério da Saúde/OPAS (2005), atuando junto a Secretaria Executiva da CIT - Comissão Intergestores Tripartite do Departamento de Apoio a Descentralização-DAD/SE/MS.</p>		
<p>Ana Paula Menezes Sóter</p>	<p>Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (1985) e mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2009). Atualmente é assessora técnica do Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atuou como docente e pesquisadora no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - Imip/PE e no Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães - IPqAM/Fiocruz/PE. Atuou nos três níveis de gestão do SUS como Secretária municipal de saúde de Olinda (PE), Secretária de coordenação geral de saúde de Pernambuco e Secretária executiva do ministério da saúde (2014/2015). Especialista na área de planejamento, gestão e avaliação em saúde. Doutoranda do Programa de Pós Graduação de Saúde Coletiva /UNIFESP.</p>	<p>Ator importante na articulação de decisões que envolveram o diagnóstico regional e o apoio do Estado de Pernambuco ao processo de conformação da Região. Seu papel regional esteve principalmente atrelado ao histórico de vinculação com o IMIP e o alto escalão do executivo estadual, através da Secretaria Executiva Estadual de Pernambuco.</p>	<p>Estadual</p>
<p>Claudia Cavalcanti Galindo</p>	<p>Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade Santa Emília de Rodat (2006). Especialista em Saúde Pública</p>	<p>Uma das principais pessoas à frente da representação de Petrolina nas discussões e decisões que envolveram o</p>	<p>Regional</p>

Ator	Breve trajetória	Papel no espaço regional	Âmbito
	<p>(2012), Regulação em Saúde no SUS (2014) e Auditoria de Sistemas de Saúde (2015). Iniciou atuando como enfermeira na UBS/Atenção Primária, e desde 2008 exerce suas atividades na Gestão Pública: Coordenação da Atenção Primária, Pronto Atendimento 24 horas, Avaliação e Monitoramento, Atenção Especializada, Assessoria Técnica da Secretaria Municipal de Petrolina/PE, e em 2014 foi vinculada a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco como Gestora de Regulação da IV Macrorregião do Estado.</p>	<p>projeto regional. Principalmente pela sua inserção na assessoria técnica da Secretaria Municipal de Saúde.</p>	
<p>José Denes Araújo Rufino</p>	<p>Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (1999); especialização na modalidade de Residência em Saúde da Família pela universidade Estadual de Montes Claros-MG; Especialista em Gestão e Políticas de Recursos Humanos SUS pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, especialista em Educação Profissional para área da Saúde pela FIOCRUZ/ENSP. Desempenha a função de Coordenador Geral Central Interestadual de Regulação Leitos Rede Bahia/Pernambuco desde 2011, Enfermeiro Plantonista e Intensivista do SAMU Regional Juazeiro desde 2007; Tutor Presencial Curso Enfermagem da Universidade Anhanguera Polo Juazeiro BA; Membro Comitê Estadual Bahia de Urgência e Emergência desde 2007; membro da câmara técnica de</p>	<p>Foi um dos principais atores envolvidos com Grupos de Trabalho envolvendo a atenção às urgências e emergência da Região. Foi um importante ator na condução política de iniciativa federal para região: o Projeto Quali-SUS Rede. Também participou de todo processo de construção e implementação da região.</p>	<p>Regional</p>

Ator	Breve trajetória	Papel no espaço regional	Âmbito
	urgência e emergência da rede interestadual Bahia e Pernambuco desde 2009; foi membro efetivo do grupo condutor de trabalho do QualiSUS-Rede Pernambuco Bahia da macrorregião interestadual de saúde do Vale do Médio São Francisco desde 2012.		
Nancy Oliveira Brandt	Possui graduação em Administração pela Faculdade de Ciências Humanas Estuda (1989); especialização em administração dos serviços de saúde pela Universidade de Ribeirão Preto (1995); especialização em Saúde Coletiva pela UFBA (2010) e aperfeiçoamento em Estatísticas de Saúde pela USP (1993). Atua como coordenadora de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria da Prefeitura Municipal de Juazeiro-BA e atuou como coordenadora regional Central de Regulação Interestadual de Leitos pela Fundação Estadual Saúde da Família (FESF-SUS).	Ator com papel central nas discussões da regulação do acesso à alta complexidade. Teve papel de destaque, sobretudo no processo de implantação da Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) e Comissão de Cogestão Interestadual (CRIE).	Regional
Jorge José Santos Pereira Solla	Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (1984), Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (1993) e Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2009). Foi Secretário Municipal de Saúde de Vitória da Conquista - Bahia (1999 a 2002), Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (2003 a 2005) e Secretário da Saúde do Estado da Bahia (2007-2014). Atualmente exerce mandato de Deputado Federal. É médico pesquisador	Na época, Secretário Estadual de Saúde da Bahia e principal articulador estadual das demandas regionais. Teve um importante papel na articulação da Bahia junto ao ente federal e foi classificado por vários entrevistados como um dos principais idealizadores da Rede Interestadual de Saúde.	Estadual

Ator	Breve trajetória	Papel no espaço regional	Âmbito
	da Universidade Federal da Bahia (UFBA).		
Gisélia Santana Souza	Graduada em Farmácia Bioquímica pela Universidade Federal da Bahia (1982), mestrado em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (2002) e doutorado em Saúde Pública pela Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2007). Professor Associado da Universidade Federal da Bahia. Ex-Superintendente de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde e Superintendência de Saúde Integral da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (2007-2014). Professora e pesquisadora na área de Política, Planejamento e Gestão da Saúde, especialmente nos temas: políticas de medicamentos, assistência farmacêutica e vigilância sanitária; Ciência, tecnologia e inovação em saúde.	Na época, Superintendente de Atenção Integral à Saúde da Bahia e participou de várias discussões da região, dando apoio a diversas decisões que envolviam o estado da Bahia para construção do projeto regional.	Estadual

Fonte: Plataforma Lattes e entrevistas. Elaboração do autor (2018).

De acordo com entrevistados, houve a participação de dois principais atores coletivos na Região, entre a formulação e a implementação do projeto regional: o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e a Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). O primeiro participou desde a idealização do desenho regional e o segundo foi inserido ao seu processo de implementação.

Ao IMIP, os entrevistados atribuíram um papel de protagonismo nos processos decisórios que envolveram a articulação dos entes federativos para realização de um diagnóstico situacional da Região. Esse diagnóstico serviria de subsídio à elaboração do desenho da Rede Interestadual.

Alguns entrevistados referiram que a influência regional do IMIP estava atrelada à sua relação política histórica com o governo de Pernambuco. Um exemplo disso, foi

identificado nas análises documentais onde evidenciamos a inserção da instituição na gestão de serviços de alta complexidade, em várias regiões de saúde do estado.

Com relação à participação da UNIVASF, a análise documental referia que suas contribuições estiveram mais relacionadas ao processo de implementação da Rede Interestadual e não à sua idealização. A Universidade passou a ter maior influência regional a partir de 2013, após transição do hospital municipal de Petrolina-PE para hospital universitário federal, sob autonomia administrativa da UNIVASF/EBSERH.

As entrevistas revelaram que a relação entre os atores na etapa de formulação do desenho da REIS era predominantemente cooperativa e havia certa confluência de interesses e propósitos.

Quando nos processos decisórios de regionalização predominam relações cooperativas como ocorreu na Região que analisamos, alguns estudos ressaltam que isso cria possibilidades de convergência de ideias e propósitos e colabora para superar estratégias defensivas e estabelecer um ambiente mínimo de cooperação (RIBEIRO, 2015; SANTOS et al., 2015). Isso tem uma importância significativa em virtude dos fatores políticos determinarem a dinâmica relacional dos atores na conformação de regiões de saúde (OUVERNEY et al., 2017) e produzir variações no grau de articulação entre eles na arena de governança (CARVALHO et al., 2017).

Em suma, as características dos atores aqui sumarizadas revelaram um ambiente político diverso e, em certa medida, favorável à articulação das três esferas de gestão. Isso foi determinante para o avanço de decisões que resultaram na elaboração de um projeto de implementação de Rede Interestadual de Saúde para a Região que estudamos.

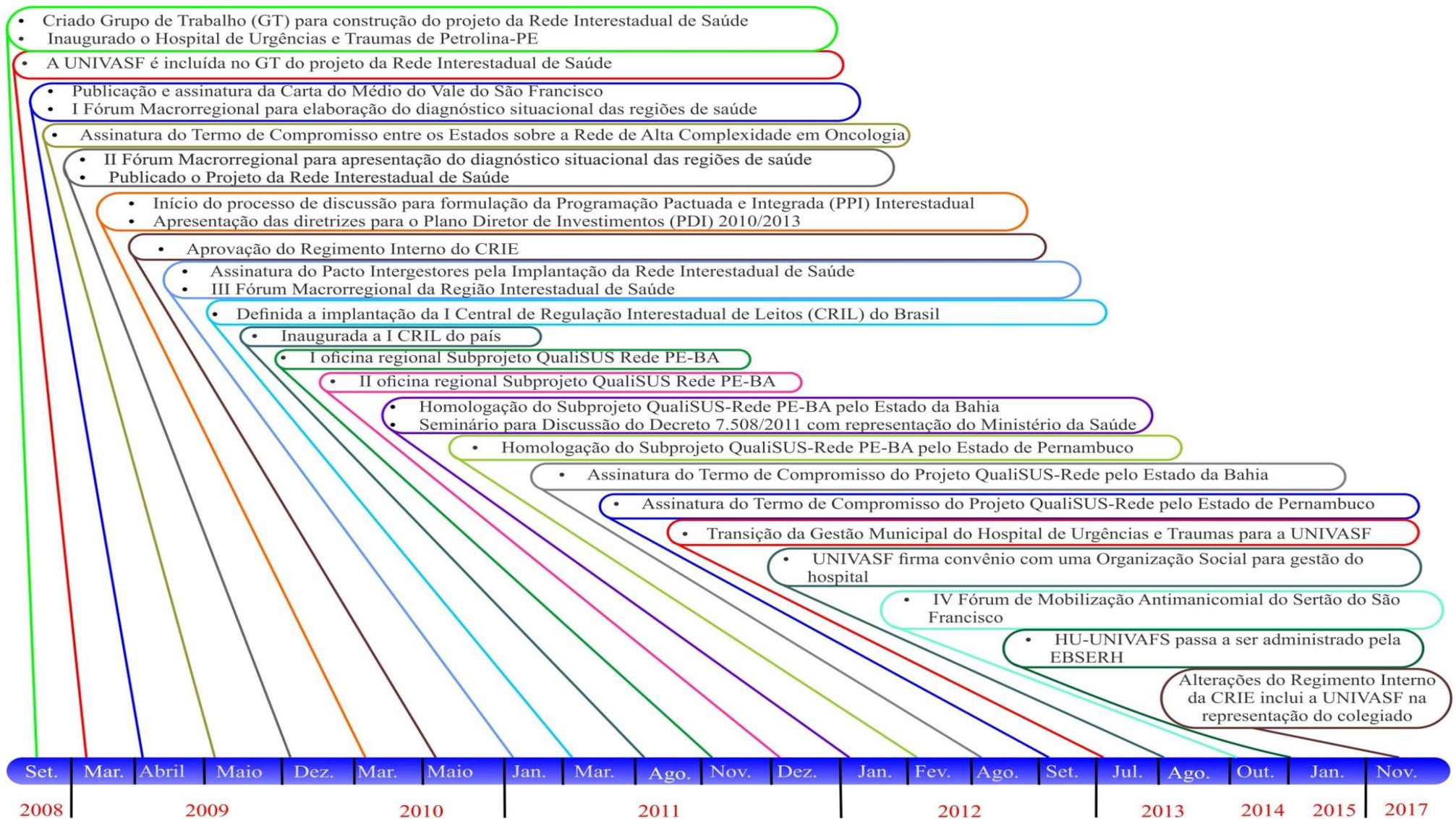
6.3 O processo decisório da formulação desenho político regional (2008-2017): a proposta de uma Rede Interestadual de Saúde (REIS)

O projeto de desenho político regional oscilou entre uma agenda decisória construtiva, de estagnação e de retomada dos propósitos idealizados. Seu processo decisório pode ser classificado temporalmente em três fases: a) 2008 até 2015 – etapa de convergência de ideias e intenções entre os atores, na formulação e decisões para implementação do desenho regional; b) de 2015 até 2017 – ruptura com o projeto de desenho regional e saída atores importantes na sua idealização, das arenas de disputa e espaços estratégicos de articulação, pactuação e negociação, somada ao cenário contingenciamento dos investimentos e fechamento de serviços em algumas

microrregiões de saúde; c) a partir de 2017 - tentativas de rediscutir pautas estagnadas, com tímidas articulações travestidas de um discurso de retomada do projeto do projeto regional.

A Figura 7 sistematiza os principais fatos decisórios desde a idealização a diferentes etapas da implementação do projeto de desenho regional.

Figura 7 - Linha do tempo dos principais fatos do processo decisório de para formulação e implementação do desenho político regional (2008-2017)



Fonte: entrevistas e documentos consultados. Elaboração do autor (2018).

A decisões que compuseram a formulação do desenho regional foram permeadas por uma série de impasses entre vários atores. Esses impasses envolveram divergências sobre o recorte territorial para a implantação da Rede Interestadual, entre gestores regionais de Pernambuco; diferenças de participação dos gestores municipais nas decisões, com implicações na construção de compromissos interfederativos, realização do diagnóstico regional e estruturação de mecanismos para pactuações interestaduais; dificuldades de decisões sobre a implantação da comissão deliberativa e serviço de regulação interestadual; e disputas no processo de transição do hospital municipal de Petrolina para hospital universitário federal (Quadro 17).

Quadro 17 – Principais fatos, impasses, atores envolvidos e soluções do processo decisório do desenho político regional (2008-2017)

Fato	Impasse (s)	Ator (es) envolvido (s)	Solução
Decisão sobre a fronteira interestadual que seria objeto do projeto de Rede Interestadual.	Secretários municipais de saúde da região de Salgueiro-PE desejavam que o projeto da Rede Interestadual fosse construído com a fronteira do Ceará e os da região de Petrolina-PE com a fronteira da Bahia.	Secretários Municipais de Saúde da região de Salgueiro-PE e região de Petrolina-PE.	Os secretários da região de Salgueiro-PE cederam à proposta de Rede Interestadual com a Bahia pelo baixo poder político diante da forte representatividade política de Petrolina-PE, junto ao cenário nacional à época.
Assinatura da Carta do Vale do São Francisco.	Falta de participação de vários representantes municipais em discussões que resultaram nos compromissos federativos elencados na Carta.	Secretários Municipais de Saúde.	Não houve assinatura da Carta por todos os entes municipais do espaço interestadual de saúde.
Elaboração do Diagnóstico de Saúde Regional.	Poder técnico e os recursos financeiros do diagnóstico estavam sob controle dos consultores do IMIP.	Consultores do IMIP e técnicos das secretarias municipais e Diretoria	Inserção tardia de representantes municipais e estaduais da Microrregião de Saúde de Paulo

Fato	Impasse (s)	Ator (es) envolvido (s)	Solução
		Regional de Saúde (DIRES) na região de Paulo Afonso-Ba.	Afonso-Ba no processo do diagnóstico e redução da atuação deles apenas ao papel consultivo.
Elaboração e discussão da PPI e PDI interestadual.	Falta de transparência nos critérios de alocação dos recursos financeiros da PPI/PDI. Não havia marco legal no SUS que sustentasse a proposta de unir PPI e PDI de dois estados.	Secretários Municipais de Saúde da região interestadual e gestores regionais de saúde.	Os gestores insatisfeitos tentaram ocupar posições que viabilizassem seu poder decisório sobre as pautas que incluíam a PPI e PDI interestadual. Houve recuo da proposta de PPI e PDI.
Implantação da Comissão de Cogestão Interestadual de Saúde (CRIE).	Gestores municipais alegavam pouca discussão do regimento da CRIE com os colegiados regionais e discordaram da legitimidade da representação oficial da Comissão.	Secretários Municipais de Saúde.	O Regimento da CRIE foi enviado para homologação na CIB de cada Estado sem ampla discussão nos colegiados regionais e sua representação se manteve, mesmo diante das contestações sobre a legitimidade.
Regulação interestadual de leitos.	Tratamento desigual de municípios na regulação do acesso pelos médicos reguladores nos primeiros meses de implantação da Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL).	Secretários Municipais de Saúde e médicos reguladores.	O impasse foi colocado em pauta de discussão da CRIE com a CRIL.
Cadastro da CRIL no	Falta de marco legal impedia o cadastro de	Secretarias Estaduais de	A CRIL foi cadastrada no sistema

Fato	Impasse (s)	Ator (es) envolvido (s)	Solução
sistema de informação.	serviço de abrangência interestadual no sistema de informação, limitando um pré-requisito para obtenção de recursos federais.	Saúde, representantes da CRIL e da CRIE.	de informação de cada estado.
Financiamento da CRIL	As decisões não avançaram na definição de responsabilidades financeiras dos estados e ente nacional para o custeio da CRIL.	Secretarias Estaduais de Saúde, representantes da CRIL e da CRIE.	Os estados apenas disponibilizaram recursos de investimento para implementação da estrutura e contratação de pessoal. Em longo prazo, apenas foi cogitado que um estado iria custear os profissionais e o outro ente as demais demandas.
Inclusão de novos leitos hospitalares sob regulação da CRIL.	Gerentes de unidades hospitalares tiveram resistência em ceder leitos para a CRIL operar fluxos de regulação. Desejavam manter a governabilidade sobre eles.	Representantes da CRIL e gerentes de unidades hospitalares das microrregiões de Salgueiro-PE, Ouricuri-PE, Paulo Afonso-BA e S. do Bonfim-BA	Foi adiada a decisão de firmar um pacto oficialmente instituído entre todas as microrregiões e serviços que seriam regulados.
Localização da CRIL	Divergência sobre a localização da CRIL. Nenhum dos gestores aceitava que o serviço ficasse localizado em apenas um dos estados.	Secretários Municipais de Saúde	Foi proposto que a CRIL ficasse localizada num ponto mediano da fronteira interestadual, em área pertencente ao Exército Brasileiro e foi consensuada a localização provisória na sede do SAMU de Juazeiro-BA.

Fato	Impasse (s)	Ator (es) envolvido (s)	Solução
Implementação do Subprojeto QualiSUS rede PEBA	Entraves burocráticos e inércia dos estados inviabilizaram a execução do recurso financeiro.	Secretarias Estaduais de Saúde	Todo o recurso destinado à região, pelo projeto, foi devolvido ao ente federal.
Instalação da gestão provisória do HU-UNIVASF pela OS ISGH	Gestores da CRIL perderam governabilidade sobre a regulação dos leitos regulados do hospital.	Diretores da OS (ISGH) e gestores da CRIL	Interrupção da gestão da OS e implantação da gestão hospitalar federal pela UNIVASF/EBSEH e repactuação dos leitos.
Implantação da gestão federal do HU-UNIVASF	Resistência de corporações médicas e atores ao projeto de uma gestão hospitalar federal. Esses opositores se beneficiavam de ganhos políticos em troca de favores, utilizando a estrutura hospitalar.	Corporações médicas, aspirantes políticos, deputados, vereadores e representantes da UNIVASF e EBSEH.	Definição de novas “regras institucionais” pela EBSEH e realização de concurso público para substituição dos vínculos precários de trabalho.
Contrapartida financeira de Petrolina-PE para o HU-UNIVASF	Os repasses municipais para o hospital foram suspensos pela SMS-Petrolina, após implantação da gestão federal pela UNIVASF/EBSEH.	Secretários Municipais de Saúde	Gestores da CIR Petrolina-PE solicitaram esclarecimento da Reitoria da Universidade sobre o processo de transição do hospital.
Criação de um novo fluxo de regulação interno pelos diretores do HU-UNIVASF	O fluxo criado internamente divergia do fluxo pactuado entre o hospital, representantes da CRIL e da CRIE.	Diretores do hospital ligados à EBSEH e gestores da CRIL	Gestores solicitaram uma discussão ampliada do fluxo proposto nos colegiados microrregionais do espaço interestadual.

Fonte: Entrevistas e análise documental. Elaboração do autor (2019).

Os principais impasses e soluções envolvendo os atores sociais do processo de formulação da Região estudada confirmam o que estudos ressaltam sobre a dinâmica de poder entre os atores influenciarem a tomada de decisões na construção de desenhos regionais (OUVERNEY et al., 2017; MARTINELLI et al., 2015; SHIMZU, 2013; LIMA et al., 2015).

Fase I – 2008-2015

Chamou-nos a atenção que representantes da microrregião de Salgueiro-PE ressaltaram que as discussões sobre Rede Interestadual de Saúde (REIS) não foram idealizadas de forma pioneira entre Pernambuco e Bahia, mas entre Pernambuco e Ceará:

Quem foi que começou a pensar numa rede interestadual? Não foi nem a Bahia/Pernambuco; foi Pernambuco/Ceará [...] havia um fluxo natural de pessoas que confluía de Pernambuco para dentro de Ceará, buscando soluções de problemas de saúde. Então a gente começou por essa linha de Ceará, a discutir essa rede Pernambuco/Ceará (Gerente Regional de Saúde).

Os profissionais da região de Salgueiro-PE afirmaram existência de uma relação política mais próxima com a microrregião do Cariri-CE, porque ocorriam frequentes encaminhamentos de usuários para o acesso a serviços de saúde entre as duas microrregiões:

Então eu estou a 50 km da Bahia e a 27 km do Ceará. O que é que acontece? Eu tenho municípios que estão muito mais para o Cariri, ou seja, aquilo que eles não conseguem aqui na sede da sétima regional (Salgueiro-PE), eles conseguiam naquele momento com mais facilidade pela rede de Cariri (Gerente Regional de Saúde).

As pessoas conseguiam de uma forma ou de outra, pelo fluxo natural, e aquilo que ele não conseguia aqui, ele ia pra Cariri-CE. Então o meu relacionamento da população dessa região era muito mais forte com Ceará do que com Petrolina-PE (Gerente Regional de Saúde).

Houve conflitos entre gestores municipais da região de Salgueiro-PE e de Petrolina-PE, pela divergência de propósitos sobre a fronteira interestadual que deveria ser objeto do projeto de uma Rede Interestadual de Saúde:

Esse foi o problema da sétima regional (Salgueiro-PE) ser taxada, naquele momento, de rebelde. Porque a gente dizia a todo o momento que o nosso vínculo de resolutividade não estava em Petrolina, mesmo a gente estando dentro da macro do Vale do São Francisco. O nosso vínculo não era com Petrolina/Juazeiro. O nosso vínculo era com Ceará. E aí foram muitos embates, muito problema. Porque chegou um momento que os nossos secretários, em uma das reuniões, os secretários municipais de saúde que compõe a sétima regional (Salgueiro-PE) se retiraram da reunião. Porque dizia que nós não tínhamos nenhum vínculo formado com Petrolina e Juazeiro da Bahia (Gerente Regional de Saúde II).

Todavia, apesar das divergências entre os gestores, a discussão de Rede Interestadual avançou entre Pernambuco e Bahia e estagnou com o Ceará, pelo fato de Petrolina-PE concentrar maior poder político junto à esfera federal, na época:

De repente, mais do que de repente, um outro grupo de interesse, lógico, político-administrativo e por ter em Petrolina um polo de referência na área de São Francisco, certo? Começou-se a pensar na rede Pernambuco/Bahia, em detrimento de Pernambuco/Ceará. Por que eu digo em detrimento? Porque representações políticas de maior peso na esfera federal estava aqui dentro de Petrolina-PE (Gerente Regional de Saúde).

Então o que que acontece? Um grupo político juntamente com uma instituição que trabalha a saúde como um todo, no caso o IMIPI naquele momento, alinha-se a esse grupo e desenvolve um projeto de rede Pernambuco/Bahia com a quarta macrorregião que nós estamos localizados (Gerente Regional de Saúde).

Os documentos analisados apontaram que as decisões iniciais sobre a formulação da Rede Interestadual priorizaram discussões restritas às sedes macrorregionais de cada estado (Juazeiro-BA e Petrolina-PE), em detrimento das demais microrregiões, que foram incluídas tardiamente após sugestão do Ministério da Saúde.

Ex-representantes de Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) das microrregiões de saúde na Bahia confirmam essa inclusão tardia:

Sim, por sinal a maior parte das reuniões aconteciam no auditório do IMIP, eu não participei de quase todas, porque tinha reuniões de secretários e Ministério e as DIRES não eram convidadas. Também deixaram muito a desejar nesse sentido (Sanitarista da Base Regional de Saúde – Paulo Afonso).

Por conta de status, eu fiquei muito angustiada quando as pessoas do município perguntavam como estava a rede PEBA e a gente não tinha muito acesso às reuniões (Sanitarista da Base Regional de Saúde – Paulo Afonso).

A concentração das discussões iniciais nas sedes macrorregionais parece apontar que as decisões sobre a Rede Interestadual não tiveram como característica, uma participação igualitária de todas as representações regionais naquela época. Isso foi um aspecto comum entre a região que estudamos e outras regiões de saúde, onde estudos evidenciaram a centralização das decisões em municípios-sede, como na região de Vitória-ES (ALMEIDA; LIMA, 2015) e regiões do Mato Grosso (SCATENA et al., 2014).

Tanto os entrevistados quanto a análise documental revelaram que o primeiro movimento oficial de construção da Região ocorreu com a publicação da Portaria Federal 1.989 de 23 de setembro de 2008, que criou Grupo de Trabalho (GT) para formulação do projeto da Rede Interestadual do Médio Vale do São Francisco (BRASIL, 2008).

O levantamento documental nos permitiu concluir que os primeiros propósitos idealizados para a Rede Interestadual foram reunidos em documento publicado em 2009, no I Fórum Macrorregional de Saúde e intitulado “Carta do Vale do Médio São Francisco” (JUAZEIRO, 2009). A Carta apresentava o desejo de 10 compromissos entre os três entes federativos, que incluía desde a definição de instância de cogestão interestadual à construção de mecanismos para estruturar uma regulação do acesso entre os dois estados.

Apesar da Carta expressar a intencionalidade de compromissos entre os entes federativos, não houve assinatura unânime dos 55 representantes municipais que na época integravam a Região. Apenas 40 assinaram o documento. Cabe destacar que dois gestores de municípios-sede de microrregião não assinaram o documento (Ouricuri-Pe e Senhor do Bonfim-Ba). Na Bahia, dos 25 representantes municipais, vinte e três o assinaram e em Pernambuco, dos 30, dezessete assinaram.

A situação inicial das decisões para formulação do projeto da Rede Interestadual evidenciava certo alinhamento político das esferas subnacionais com a gestão federal. Estudos assinalam que características como essa são importantes no enfrentamento de impasses para política de regionalização do SUS (ALBUQUERQUE E LOZZI, 2011). A Região que analisamos apresentou característica similar com a região entre Tocantins, Pará e Maranhão (TOPAMA), no que se refere à essa confluência de intencionalidades das esferas de gestão subnacionais com a gestão federal, para regionalização da atenção à saúde (CASANOVA et al., 2017).

Os fóruns macrorregionais de saúde foram os principais espaços de construção do desenho político regional, de acordo com entrevistados e documento analisado (BAHIA e PERMANBUCO, 2009). Ocorreram três fóruns entre 2009 e 2010⁹.

⁹ O primeiro definiu a metodologia de elaboração do diagnóstico regional; o segundo correspondeu à discussões e deliberações sobre as evidências do diagnóstico regional, eixos, diretrizes e ações que iriam compor o projeto da RIS; e o terceiro correspondeu às deliberações para assinatura de um pacto intergestores para implantação da Rede Interestadual.

Os Fóruns foram determinantes para os atores deliberarem pela realização de um diagnóstico de saúde da Região. Para isso, o Ministério da Saúde lançou um edital com financiamento para contratação de instituição consultora que realizaria esse diagnóstico:

Aí o Ministério da Saúde: “então, vamos fazer o seguinte, [...] vamos abrir um edital [...] para ver o que de fato tem nessa região aí, para ver se de fato é viável essa questão da rede interestadual.” E aí foi feito, abriu um edital do Ministério da Saúde, onde na época quem ganhou o edital foi o IMIP (Gestora de regulação interestadual).

A instituição vencedora do edital foi o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Informantes destacaram a forte ligação política do IMIP com técnicos do Ministérios da Saúde, representantes do executivo e legislativo do estado de Pernambuco à época:

[...] independentemente de qualquer grupo político, o IMIP sempre esteve ligado a todos os grupos políticos de Pernambuco. Tanto é que as pessoas que fizeram o levantamento daqui foram pessoas que saíram do Ministério que eram do IMIP; voltaram para o IMIP e estavam cedidos à Secretaria Estadual de Pernambuco para o IMIP [...] sempre houve uma relação muito próxima da secretaria Estadual de Pernambuco com o IMIP (Ex-Secretária Municipal de Saúde).

Foram relatadas divergências de interesses dos consultores técnicos do IMIP e representantes da microrregião de saúde de Paulo Afonso-Ba, no diagnóstico regional. Os primeiros demonstravam interesses pessoais em cargos comissionados e os segundos desejavam participar das decisões e referiram insatisfação pela inclusão tardia nesse processo, sendo classificados por um dos entrevistados como “tarefeiros”:

Tinha um técnico que sempre estava presente e eu também percebi os interesses de cargos que surgiam [...] não me envolvia. Éramos só ouvinte. Eu mesmo não gerava muita opinião... começaram a convidar a gente depois de muitas... precisando sempre da gente para as informações que a gente prestava e viramos tarefeiros (Ex-gestora da DIRES de Paulo Afonso-Ba).

O Diagnóstico de Saúde Regional foi um dos principais marcos na formulação do projeto da Rede Interestadual e ressaltado em unanimidade pelos entrevistados. Ele ocorreu em 2009 e consistiu na identificação das capacidades de oferta de serviços das seis microrregiões de saúde, pertencentes ao território interestadual.

A realização de diagnósticos regionais para formulação de projetos de regiões de saúde parece ser uma característica decisória comum entre o território que analisamos e

outras de regiões saúde do Brasil. As principais similaridades dessas regiões com a nossa corresponderam a diagnósticos realizados com participação das três esferas de gestão e centrados na análise da capacidade de oferta de serviços (CASANOVA et al., 2017; ALMEIDA; LIMA, 2015; SOUZA, SCATENA e KEHRIG, 2014). Entretanto, os atores envolvidos nos impasses do diagnóstico da Região que estudamos eram diferentes dos atores de outra região interestadual, onde disputa envolvia, exclusivamente, os gestores estaduais (CASANOVA et al., 2017).

Apesar do propósito do diagnóstico em subsidiar a formulação do projeto da Rede Interestadual, ele se reduziu a um produto descritivo da situação regional e insuficiente para definir responsabilidades entre os entes federativos ou mesmo orientar decisões federais para alocação de novos recursos para a Região:

[...] em nenhum momento os dois estados sentaram para dizer o seguinte: "tá, esses municípios tem essa situação. O que é que nós enquanto Estado vamos apoiar esses municípios?" (Ex-secretária Municipal de Saúde)

Não saiu nenhum documento dizendo qual era o papel de cada Estado e município na atenção primária, para você poder trabalhar e organizar a rede local [...]. Isso não foi feito. Em relação à média e alta complexidade o que aconteceu também? O Ministério da Saúde não colocou dinheiro novo [...] poderia ter tido um acordo de mandar recursos para os dois estados [...] o que fez foi apenas redirecionar serviços e dizer: "cada município vai fazer tais e tais serviços ." (Ex-secretária Municipal de Saúde)

A limitação do diagnóstico regional descrita acima parece apontar o que alguns autores afirmam sobre a dificuldade das decisões de organização do SUS criarem bases políticas para redefinir ações, mobilizar atores e criar parcerias institucionais de diferentes tipos e natureza (VIANA et al., 2018a). Além disso, as desigualdades intermunicipais da Região expressavam desigualdades de capacidades financeira, política e instalada, que segundo estudo em outra região do país são responsáveis por limitar a definição de responsabilidades entre os entes (SANTOS, 2013), o que parece ter ocorrido após o diagnóstico da Região estudada.

Tanto o diagnóstico regional quanto os Fóruns Macrorregionais de Saúde apoiaram a elaboração de um Projeto de Implementação da Rede Interestadual de Saúde publicado em 2009 e detalhado no Quadro 18 (Anexo A)¹⁰ (PERNAMBUCO e BAHIA, 2009).

¹⁰ O Quadro apresenta o conteúdo na íntegra do eixos, diretrizes e ações idealizadas no documento do Projeto de Implementação da Rede Interestadual de Saúde do Médio Vale do São Francisco.

Também foram formulados Planos Estratégicos de Ação para os aspectos mais críticos identificados no diagnóstico regional¹¹.

Os atores que formularam o projeto da Rede Interestadual decidiram pela organização de níveis prestação do cuidado nos âmbitos municipal, regional, macrorregional e interestadual (Quadro 19 – Anexo B)¹². Ao analisar essa decisão houve concordância com as entrevistas sobre a intenção dos atores em construir um desenho de Rede Interestadual focado nas ações hospitalares de alta complexidade, de modo que ficou no plano das “boas intenções”, as ações primárias de saúde e de atenção especializada:

A proposta da rede PEBA foi principalmente complementar a questão de serviço de urgência e emergência. O que um não tivesse, o outro estado ou outros municípios, as outras regiões, podiam estar se organizando, ver onde estavam os vazios e aí se reorganizar [...] foi basicamente na questão mais complexa, não partindo de ações básicas e de ações especializadas (Gestora de regulação municipal).

Então, na rede PEBA, a gente só discute mesmo rede de urgência e emergência; praticamente só isso. E eu acho que é isso aí (Secretária Municipal de Saúde).

Decisões regionais avançaram no sentido de formular uma Programação Pactuada e Integrada (PPI) e um o Plano Diretor de Investimentos (PDI) com abrangência interestadual:

Esse PDI foram noites e noites que eu passei (risos) [...] foi feito um site da rede interestadual [...] e aí esses grupos de trabalho, a gente fez uma plataforma lá para fazer o Plano Diretor de Investimentos. Para você ter noção a gente colocou todas as unidades. Era muito lindo, e a gente dizia, sabe o quê? Rede Cooperativa de Saúde Solidária, era um espetáculo! (Gestora de Regulação Interestadual, I).

Todos os municípios tinha o trabalho de chegar em casa, entrar no site e colocar toda essa questão do investimento que era por unidade (Gestora de Regulação Interestadual, II).

A proposta de PPI e PDI interestadual pouco avançou, segundo as informações registradas nas atas dos colegiados regionais. Primeiro porque as decisões não chegaram a consensos sobre os critérios de alocação e distribuição de recursos financeiros entre os

¹¹ Os Planos incluíam o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS); a redução da mortalidade materno-infantil; a atenção às urgências e emergências; e a regulação integrada. Todos foram apresentados no II Fórum Macrorregional de Saúde, em 2009 (BAHIA e PERAMBUCO, 2009).

¹² O Quadro apresenta o conteúdo na íntegra dos níveis de referência idealizadas no documento do Projeto de Implementação da Rede Interestadual de Saúde do Médio Vale do São Francisco.

municípios da RIS. Segundo porque os atores afirmavam a ausência de instrumentos legais para Regiões Interestaduais de saúde e que inviabilizou a integração das PPI e PDI entre os estados Pernambuco e Bahia.

Diante da dificuldade de concretizar a integração da PPI e PDI no âmbito interestadual, cabe assinalar a complexidade que essa fato ilustra, no que se refere a estabelecer mecanismos e instrumentos de planejamento regional integrado entre os dois estados e os 53 municípios da RIS. Ainda que não seja em território de fronteira interestadual como no nosso estudo, essa dificuldade de construir planejamentos regionais integrados tem sido recorrente em outras regiões de países como Itália (DEVITO et al., 2016) e regiões brasileiras do Espírito Santo (ALEIDA e LIMA, 2015) e Sul Matogrossense (KEHRIG et al., 2015). Como alternativas à essa situação, países tem adotado conferências regionais de saúde para o fortalecimento de relações interfederativas no planejamento regional (HOLLEDERER e STÜHLER, 2017).

Em 2010 foi criada uma Comissão de Cogestão Interestadual de Saúde (CRIE) com caráter deliberativo e representação dos três entes federativos e da Região. A CRIE foi legitimada apenas no âmbito estadual, através de resoluções homologadas nas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) da Bahia e Pernambuco (BAHIA, 2010; PERMANBUCO, 2010). Estudo apontou que essa decisão serviu de inspiração para gestores da região interestadual TOPAMA, que tentaram formular propostas para criação de um colegiado deliberativo com natureza semelhante ao da Região estudada (CASANOVA et al., 2017).

Os principais impasses apontados nas atas sobre a criação da CRIE envolveram secretários municipais de saúde da Bahia e Pernambuco, por discordâncias quanto à legitimidade de representação da Comissão e pela aprovação do Regimento sem discussão em cada um dos seis colegiados microrregionais que pertenciam à RIS. Essa característica decisória na região pesquisada reflete um dilema para estabelecer consensos entre os entes federativos, cujo desafio estava em incorporar à formulação do desenho regional, desejos e propósitos de cada esfera administrativa.

No ano de 2011 as decisões resultaram na implantação de uma Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) e com abrangência sobre os dois estados e os 53 municípios da RIS (BAHIA e PERNAMBUCO, 2012).

Diversos impasses foram identificados nas atas analisadas e referentes ao processo de implantação da CRIL. Eles envolviam gestores municipais, gestores estaduais, médicos reguladores, representantes da CRIE, da CRIL e gerentes de unidades hospitalares. Havia discordância sobre o tratamento desigual dos médicos reguladores

com os municípios menores, que constantemente negavam acesso para usuários em serviços hospitalares localizados nas sedes da RIS; inexistia marco regulatório que possibilitasse o cadastro da CRIL nos sistemas de informação e isso limitava a obtenção de financiamento federal; não havia definição de responsabilidades financeiras dos estados e do ente nacional para o custeio da CRIL; gerentes de unidades hospitalares resistiam ao fato da CRIL passar a ter governabilidade sobre a regulação de leitos sob sua gestão; e por fim, haviam divergências na decisão sobre a localização da sede da CRIL.

Sobre a última divergência acima, o conteúdo das atas revelou que houve consenso em implantar a sede da Central, provisoriamente na sede do Serviço de Atenção Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) de Juazeiro-BA. Essa foi uma decisão conveniente a todos os gestores municipais, estaduais e regionais, pois o local já contava com uma estrutura física e tecnológica que comportava as demandas iniciais do serviço de regulação, além da urgência de sua implantação.

Entre 2011 e 2012, a Região foi território de um iniciativa federal como objetivo de fortalecer a gestão regional. Tratou-se do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede), desenvolvido com apoio do Banco Mundial (BIRD). Idealizava-se que o QualiSUS contribuísse com a qualificação da atenção, gestão e desenvolvimento de tecnologias para a proposta da Rede Interestadual.

O projeto QualiSUS-rede representava uma expectativa de investimento federal da ordem de R\$ 13.723,168, 04 de reais para a Região (BAHIA e PERNAMBUCO, 2012). As oficinas regionais do Subprojeto QualiSUS rede PEBA (como assim foram denominadas nos documentos), eram os principais espaços de discussão para definir os recursos destinados no projeto e que auxiliariam na implementação da Rede. Os problemas logísticos de regulação interestadual da Região motivaram os atores locais, regionais e nacionais a priorizarem o investimento na informatização da Rede Interestadual, sobretudo visando a atenção de urgência e emergência de alta complexidade e a regulação integrada.

Em 2012 o COSEMS esteve mais presente na Região e organizou seminários para discussão dos dispositivos do Decreto 7.508/2011. Os seminários foram conduzidos com a presença do MS, especificamente do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI/SGEP/MS), dos municípios e estados. Segundo os registros das atas da CRIE e CIR, as discussões pretendiam mobilizar pautas relativas às novas proposições para gestão regional, definidas no Decreto.

Um dos momentos de destaque do processo decisório de construção do desenho regional se referiu à transição, iniciada 2013 e concluída em 2015, do Hospital de Urgências e Traumas de Petrolina (HUT) para Hospital Universitário Federal (HU-UNIVASF), por meio de doação via Decreto Municipal¹³.

A transição da gestão do hospital se deu em duas fases: a provisória e a definitiva. A primeira correspondeu à contratação de uma Organização Social que geriu o estabelecimento entre agosto de 2013 a janeiro de 2015, até que a UNIVASF possuísse condições administrativas, estruturais e de pessoal suficientes para gerir definitivamente o hospital. A gestão definitiva iniciou apenas em fevereiro de 2015, momento em que o serviço foi habilitado como Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF).

Havia pouca referência sobre a transição do hospital nas atas do colegiado regional de Petrolina-PE, o que parece indicar que as decisões sobre a pauta foram restritas aos gestores do município e ao Conselho Universitário da UNIVASF, sem participação dos gestores regionais, municipais, estaduais e docentes da própria Universidade.

O início da gestão hospitalar da UNIVASF/EBSERH correspondeu uma fase de ruptura na correlação de forças entre grupos médicos e políticos que atuavam dentro do hospital com interesses econômicos e eleitoreiros:

Bem, a administração de OS é muito pouco transparente vamos dizer assim. Então, existiam aqui pessoas e grupo que tinham altos valores de ganhos, inclusive em organização de serviços em ações privadas e essas pessoas deixaram de ter esses ganhos (Gestor hospitalar I).

A nossa gestão foi uma das primeiras coisas que fizemos aqui: mudança organizacional. Aqui era palanque de políticos! Vários foram eleitos pelo que fazia no hospital e a gente procurou fazer o inverso: tirar a política de dentro do hospital, tirar deputado e senadores de dentro para que fosse uma gestão equânime e igualitária para todos (Gestor Hospitalar II).

¹³ As atas analisadas deixavam claro que a decisão pela doação do hospital à UNIVASF/EBSERH aparentou ter uma motivação econômica pela incapacidade da gestão municipal de Petrolina-PE, manter os custos do hospital. Inclusive isso foi ratificado em ata que apontava suspensão de repasses financeiros da gestão de Petrolina-PE para o hospital logo após a doação. Por outro lado, isso produzia um ganho conveniente à UNIVASF, que pretendia instituir um campo de práticas para os cursos de graduação em saúde, sob sua autonomia.

Esses grupos se tornaram os principais opositores ao projeto de administração hospitalar da UNIVASF/EBSERH e tentaram imprimir estratégias no sentido de boicotar a transição do hospital:

[...] tinham pessoas acostumadas a ganhar muito aqui e gerou uma certa propaganda anti-EBESERH e Universidade, porque isso barrava em interesses múltiplos, né? [...] (Gestor Hospitalar).

A institucionalização de novas diretrizes gerenciais e a realização de concurso público para substituir os grupos de interesses dentro do hospital foram as alternativas referidas pelos diretores da EBSERH, para contornar as ações opositoras ao processo de transição da gestão hospitalar.

Decisões da direção do HU-UNIVASF resultaram na criação de um fluxo de regulação paralelo e divergente ao que havia sido pactuado entre os gestores de municípios e representantes da CRIL. As atas e entrevistas eram concordantes sobre essa decisão ter gerado conflitos entre secretários municipais e a direção do hospital, em virtude de repercussões negativas sobre o acesso dos usuários e sobre a governabilidade dos profissionais reguladores da CRIL:

A partir do momento que aqui começou a ter uma seleção e recursa sistemática de alguns tipos de atribuições e pacientes de baixíssima complexidade, começou a contrariar essa visão de perfeição dessa central reguladora [...] quando a gente começa a devolver os pacientes para os municípios, começa a incomodar o gestor, que começa a ter preocupação, porque antes o problema era todo aqui, a imprensa só vinha aqui (Gestor Hospitalar).

Fase II – 2015 até 2017

Entre 2015 e 2017 as evidências documentais e entrevistas apontaram que houve uma ruptura com o projeto da Rede Interestadual de Saúde. Essa fase apresentou como características a estagnação dos processos decisórios, o distanciamento dos entes estaduais em relação às demandas da Região, a inércia da CRIE (havia dois anos sem reuniões ordinárias), a estagnação dos recursos financeiros, a desmotivação dos gestores municipais para rediscutir pactuações, o fechamento de serviços em algumas microrregiões da Bahia, a baixa governabilidade da gestão para regular leitos e um espaço regional com relações predominantemente conflitivas:

[...] aos poucos com o andar da política e caminhar das mudanças de gestão, quando foi mudança de governo estadual ... a Bahia tem se ausentado e o ente Pernambuco ele ficou ausente [...] e as coisas meio que pararam (Gestora de regulação estadual).

Os impasses aqui apontados apenas ratificam a natureza complexa das decisões para formulação de regiões de saúde que, como ressaltam alguns autores, são permeadas por interesses de teor municipalista, político-partidário, econômico, privatista e dificultam a institucionalidade dos espaços regionais (CASANOVA et al., 2017; CARVALHO et al., 2017).

Essa dificuldade de continuidade nas decisões para formulação do desenho regional refletiu uma divergência de intenções entre os entes e atores, que resultou na omissão, principalmente, dos gestores estaduais e nacionais em relação aos propósitos idealizados no projeto da Rede Interestadual. Em situações predominantemente conflitivas como nesta segunda fase do processo decisório do desenho regional, alguns autores assinalam que as decisões tendem a ser menos efetivas e haverá mais tempo dedicado às negociações e repactuações do que para implementação da região de saúde propriamente dita (JÚNIOR e SHIMIZU, 2017).

Fase III – a partir de 2017

Os entrevistados afirmaram que, a partir de 2017 houve a inserção do Ministério Público Federal na Região, no sentido de mediar a retomada das discussões do projeto da Rede Interestadual, através de audiências públicas de articulação com os estados, Conselhos Regionais de Medicina de Pernambuco e da Bahia, a UNIVASF/EBSERH, deputados estaduais, sociedade civil, gestores e profissionais de saúde.

Esse movimento de “retomada” foi induzido, principalmente, como estratégia defensiva dos diretores do HU-UNIVASF contra a superlotação do hospital, através de sucessivas denúncias:

A gente percebeu que algo deveria ser feito E ao mesmo tempo nós começamos a provocar algumas entidades, principalmente o Ministério Público Federal. Então, no determinado momento que as tensões foram crescendo houve a convocação de audiência pública [...] já teve a primeira reunião com a presença do secretário de Pernambuco e, o da Bahia, mandou representante. Houve uma segunda em Recife [...] (Gestor hospitalar)

Apesar dos impasses explicitados ao longo desse capítulo, as decisões aqui descritas foram de suma importância para proposição de um desenho político de Rede Interestadual de Saúde (Figura 8). Esse desenho traz uma característica complexa por agregar dois estados e 53 municípios distribuídos em duas macrorregiões de saúde: o Norte da Bahia e o Vale do São Francisco de Pernambuco. Em cada macrorregião há três microrregiões de saúde com uma Comissão Intergestora Regional (CIR), de caráter deliberativo.

Em Pernambuco, em cada microrregião de saúde existem Gerências Regionais de Saúde (GERES) que atuam como estruturas de representação estadual junto às CIR, no apoio ao planejamento, decisão e monitoramento dos municípios. Na Bahia, há apenas uma estrutura similar que assessora as CIR e os municípios das três microrregiões simultaneamente, denominado de Núcleo Regional de Saúde Norte. Essa é uma característica do desenho regional que revela uma presença desigual da coordenação estadual entre Pernambuco e Bahia, junto aos municípios que compõem a REIS.

A proposta do desenho da Rede Interestadual contemplou apenas a regulação de leitos de alta complexidade, que estão distribuídos entre as microrregiões de saúde em hospitais de grande e médio porte. Eles foram idealizados como referências para determinadas especialidades, conforme os níveis de referência assistenciais apresentados em anexo.

A Rede Interestadual contempla duas estruturas estratégicas para sua operação. Uma delas é a Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) e a outra é Comissão de Cogestão Interestadual de Saúde (CRIE), com caráter deliberativo.

As características do desenho da Região que analisamos evidencia uma importante complexidade política para sua operacionalização enquanto proposta de regionalização da saúde. Isso porque sua dinâmica necessita da articulação de atores das variadas esferas administrativas, além da necessidade de conciliar múltiplos interesses de representantes governamentais e não-governamentais, em grande parte, divergentes.

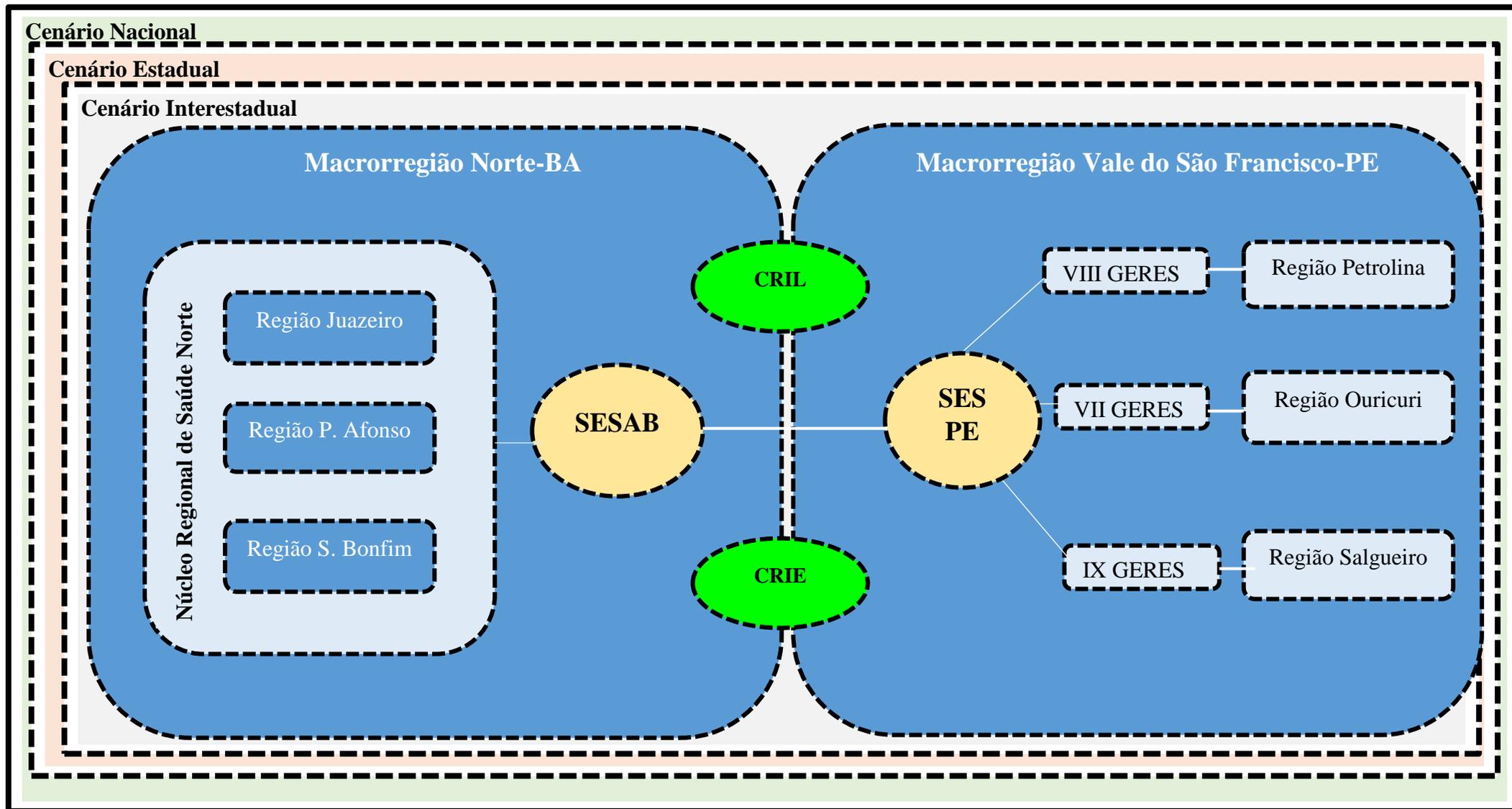
Estudos assinalam que em cenários semelhantes à essa tripla determinação política (municípios, estados e União) da Região pesquisada, haverá muitos desafios para estabelecer acordos e cooperações nas decisões do processo de regionalização, principalmente por essa configuração depender da convergência mínima de interesses de atores com projetos de governo distintos (RIBEIRO, 2015; SANTOS et al., 2015; CARVALHO et al., 2017).

Nesse sentido, o desenho da Rede parece exigir dos seus implementadores, um controle de infinitas variáveis para que sua proposta se torne governável. Essa característica da Região estudada parece convergir com o que Matus (2005) destaca sobre projetos de governo “ambiciosos”.

Ainda que os propósitos iniciais do desenho da Rede trouxessem diretrizes para o âmbito da APS e da atenção especializada, no plano prático, o escopo central das ações se reduziu à regulação de leitos hospitalares de alta complexidade e seu desenho institucional foi influenciado por condições prévias como recursos e histórico de cooperação ou conflito, enquanto determinantes do processo decisório.

As propostas de pactuação e financiamento interestadual ficaram na retórica e isso explica porque, na mais otimista das hipóteses, a Rede Interestadual se reduziu a uma permuta de serviços e como vários entrevistados relataram, “a um acordo informal”.

Figura 8 – Proposta do desenho político da Rede Interestadual de Saúde do Médio Vale do São Francisco



Fonte: elaboração do autor (2019).

6.4 Coerência entre o projeto da Rede Interestadual de Saúde e os projetos de governo dos entes federativos

Tanto o desenho político da Rede Interestadual quanto os planos de saúde dos entes federativos (objeto de análise desse tópico) podem ser classificados como projetos de governo, que segundo Matus (2005) representam um conjunto de intenções e propostas de meios comprometidos com uma finalidade. Esse tópico apresenta resultados da análise de coerência entre as proposições do Projeto de Implementação da Rede interestadual do Médio Vale do São Francisco e os planos de saúde dos entes federativos (Quadro 20).

Em relação às propostas municipais, a análise foi concentrada nas sedes da região interestadual (Juazeiro-Ba e Petrolina-PE), por serem os municípios mais populosos e com maior capacidade de oferta de serviços da Região. Os planos foram analisados no período das três fases correspondentes ao desenho político regional e já descritas no tópico anterior. Cabe destacar que Juazeiro-Ba não possuía o Plano Municipal de Saúde (PMS) referente a 2010-2013. Esse problema de regularidade na apresentação de Planos Municipais de Saúde pode comprometer o planejamento e avaliação das ações de saúde e foi uma característica semelhante com municípios da região Sudoeste da Bahia (SILVEIRA et al., 2016).

No âmbito municipal, os planos de saúde pouco apresentavam propósitos de cunho regional, sobretudo referente ao projeto da Rede Interestadual. A maior parte do conteúdo propositivo dos planos municipais estava orientado para interesses locais, ainda que os entes compartilhassem o mesmo espaço regional de saúde. Entre os dois projetos municipais analisados, o de Petrolina-PE foi aquele que ainda apresentou algumas proposições voltadas a redes regionalizadas de atenção (sobretudo as temáticas) e fazia algumas referências a discussões do projeto da REIS e do subprojeto Quali-SUS Rede PEBA.

O escopo das ações previstas entre os entes tinham assimetrias em termos de clareza, profundidade, definição de atores e pontos de atenção responsáveis pela sua execução, revelando como o processo de implantação da Rede Interestadual pode ter sido tangencial à agenda política dos gestores municipais.

Quadro 20 – Coerência entre projeto de implementação da Rede Interestadual e os planos saúde dos entes federativos (2008-2017)

DIRETRIZ	EIXO DE AÇÃO	PMS Juazeiro-BA		PMS Petrolina-PE		Planos Estaduais - Bahia		Planos Estaduais - Pernambuco	
		2010-2013	2014-2017	2010-2013	2014-2017	2012-2015	2016-2019	2012-2015	2016-2019
Fortalecimento da AB	Expansão da ESF								
	Estruturação da rede								
	Qualificação do Cuidado na Atenção Básica								
Redução da Mortalidade materno-infantil	Qualificar a atenção ao pré-natal, parto e ao recém-nascido								
	Qualificação Profissional								
	Gestão da informação								
	Vigilância do óbito infantil e neonatal								
	Mobilização Social e Comunicação								
Atenção às urgências e emergências	Implantação do atendimento às pequenas urgências em 100% das USF								
	Reestruturação e ampliação da urgência pré-hospitalar fixa								
	Ampliação e aperfeiçoamento da urgência pré-hospitalar móvel (SAMU)								
	Fortalecimento dos serviços de atendimento às urgências de nível terciário e garantia de leitos complementares								
	Readequação das unidades de saúde								
	Desenvolvimento, formação e educação continuada para os profissionais								
Regulação integrada	Construir mecanismos para regulação integrada								

Fonte: Planos municipais, estaduais e nacionais de saúde. Elaboração do autor (2018).

Legenda: Ausência de coerência Presença de coerência

As diferenças destacadas entre os projetos municipais são ilustrativas dos impasses ao processo de regionalização da saúde em situações de divergência de interesses locais. Isso porque os planos de saúde enquanto projetos de governo dos gestores municipais tendem a representar um conjunto de proposições que refletem os interesses desses atores locais (MATUS, 2005).

No geral, havia uma importante incoerência entre os projetos municipais e as propostas do projeto da Rede Interestadual (REIS). Nos raros momentos em que houve coerência de propostas com a Rede Interestadual, essas foram relativas ao eixo “expansão e qualificação da APS”. Os eixos de redução da mortalidade materno-infantil, regulação integrada e atenção às urgências e emergências foram os que tiveram maior incoerência com as propostas dos Planos Municipais de Saúde (PMS). Apenas uma proposição do PMS (2014-2017) de Petrolina-PE mencionava ação relativa ao projeto da REIS e destinada a aprimorar a regulação de internamento interestadual dos leitos de urgência e emergência.

As divergências de propósitos locais em relação à política de regionalização interestadual no território que analisamos, parece refletir um importante desafio de alinhamento de interesses locais aos propósitos de delineamentos regionais interestaduais de saúde.

Assim como na Região que estudamos, outras regiões apresentaram semelhanças no que se refere à incoerência de projetos de governo municipais com propostas de regionalização da saúde (KREINDLER, 2018; SILVA, 2013; WALKINSHAW et al., 2015). Esse é um aspecto ressaltado nos estudos como ponto crítico para construir desenhos regionais e concretizar planejamentos intergovernamentais para organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Cabe salientar, que a análise das duas sedes regionais apenas ilustra a magnitude do desafio para o projeto da Rede Interestadual estabelecer coerência com projetos governamentais dos 53 municípios da Região. Inclusive o quantitativo de entes locais nas regiões de saúde é um determinante político-institucional destacado em estudo que apontou esse aspecto como desafiante na implementação de projetos de regionalização da saúde (OUVERNEY et al., 2017).

No âmbito estadual também foram evidenciadas assimetrias em termos de conteúdo de propostas, especificidade e coerência com os eixos e diretrizes do projeto da Rede Interestadual (REIS). As propostas estaduais não tinham coerência com o projeto da REIS.

A análise dos PES permitiu concluir que a lógica dos projetos de governo estaduais não era orientada para espaços fronteiriços interestaduais. A perspectiva dos propósitos estava limitada ao âmbito intraestadual.

As proposições do PES-Bahia 2012-2015 mencionavam investimentos para quatro hospitais que fazem parte região Norte da Bahia, mas sem citar o projeto da Rede Interestadual de Saúde. Os hospitais citados pertenciam às microrregiões de saúde de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim.

Nos PES de Pernambuco (2012-2015) havia menção à proposta da Rede Interestadual de Saúde na contextualização das características estaduais, sobretudo em relação ao processo decisório de criação do desenho político regional, das discussões sobre a PPI interestadual e da inauguração da CRIL. Nesse mesmo Plano identificamos menção ao fortalecimento da Comissão de Cogestão Interestadual (CRIE). Essas características não foram observadas nos PES da Bahia.

Também analisamos os planos nacionais, com vista a identificar em que medida a agenda federal contemplou proposições destinadas a territórios interestaduais de saúde. Evidenciou-se que o conteúdo propositivo dos Planos Nacionais de Saúde (PNS) não possuía coerência com os propósitos destinados a políticas interestaduais de saúde.

Os PNS não mencionavam qualquer proposta destinada a regiões interestaduais de saúde, o que parece apontar que esses territórios não assumiram centralidade na política nacional de regionalização do SUS. Havia apenas propostas voltadas ao aprimoramento de mecanismos de gestão interfederativa, ainda sim, restrita para assinatura de Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP).

Cabe destacar que em ambos os PNS analisados, nada se propôs em relação à qualificação da gestão regionalizada do SUS, em termos de planejamento e pactuação regional.

O cenário de incoerência aqui evidenciado confirma um importante hiato entre intenção e ação, que de acordo com Silva (2013) deriva de uma frágil cultura de planejamento integrado, que reduz propostas coletivas regionais à vontade de alguns atores.

As divergências entre os propósitos analisados ratificam que a conformação de espaços regionais de saúde é um processo imperfeito e construído por atores que disputam projetos distintos e têm concepções diferentes sobre a natureza da relação entre os entes federativos e a organização dos serviços nas regiões de saúde.

Em alguns estudos também foi identificada a dificuldade de estabelecer coerência de projetos governamentais com projetos de desenhos regionais de saúde (MARTINELLI, VIANA e SCATENA, 2014). Embora na região que estudamos os projetos estaduais e nacionais tenham sido incoerentes com política regionais interestaduais de saúde, em outra região, os propósitos estaduais e federais foram muito influentes na conformação do desenho regional (ONO e SCATENA, 2014).

Em síntese, os projetos de governo dos entes federativos apresentaram importante incoerência de propósitos com proposições necessárias para conformação de regiões interestaduais de saúde. Essa incoerência parece apontar para um cenário político adverso ao seu processo de implementação da Região estudada, sobretudo, em condições de governabilidade, em virtude dos projetos de governo dos entes federativos possuírem intencionalidades desvinculadas daquelas idealizadas pelos atores do processo decisório do desenho político regional.

7. AS CONDIÇÕES DE GOVERNABILIDADE DA REGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE

A governabilidade da Região pesquisada foi considerada baixa, em função de diversas características. Tais características implicaram em dificuldades de construir uma dinâmica regional com entes federativos bem articulados e tornou inviável a consolidação de pactuações interestaduais e a continuidade de decisões e movimentos necessários para implantação da proposta de Rede Interestadual de Saúde.

Não havia participação da gestão federal na RIS e isso colaborava para uma relação interfederativa desarticulada com ações locais isoladas e importante dificuldade para institucionalizar um planejamento interestadual integrado, de modo que as relações interfederativas na Região se reduziram a uma permuta de serviços.

Não havia possuía mecanismos legais federais e nem regionais para organizar a gestão na Região Interestadual de Saúde. Isso inclusive resultou no insucesso de uma iniciativa de indução financeira federal, no território que pesquisamos.

As secretarias municipais de saúde tinham capacidades financeiras desiguais para custeio e investimento na ampliação de serviços de saúde, o que produzia um quadro de dependência fiscal entre dos municípios de pequeno porte em relação às sedes regionais, gestão estadual e federal.

A alternância de poder político-administrativo na Região colaborou para fragmentar decisões no âmbito interestadual e como isso trouxe impasses para governabilidade dos gestores da Comissão de Cogestão Interestadual de Saúde (CRIE).

Houve uma correspondência heterogênea entre as metas dos entes federativos para o setor saúde e o desenho da Rede Interestadual, resultando em diferenças importantes na implantação de serviços entre as microrregiões de saúde, com influências diretas sobre a governabilidade da gestão para regulação interestadual de leitos.

7.1 Um ente federal ausente e a desarticulação interfederativa

As entrevistas e atas analisadas foram concordantes sobre a ausente participação da gestão federal na Região. Identificou-se que tal participação foi expressiva em apenas dois momentos: nos primeiros debates para a elaboração do projeto regional (2008-2009) e quando houve decisões voltadas à implantação do Subprojeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde (QualiSUS-Rede) PEBA (2011-2012):

Eu acho que o Ministério da Saúde é um pouco distante da realidade, principalmente agora (Gestor Regional de Saúde).

Só no começo. Eu não consigo sentir nenhuma representação do governo federal (Secretária Municipal de Saúde I).

A única inserção federal na gestão regional foi a gerência do HU-UNIVASF, através da EBSERH, mas sem participação de representações do Ministério da Saúde na Comissão Deliberativa Interestadual e, portanto, nas decisões que envolvessem a implantação da Rede Interestadual:

O Ministério aprovou e acompanhou, de fato, só que depois ele não participou mais de nenhuma reunião, entendeu? Não existe mais esse acompanhamento assíduo da política pública do país em relação a isso. Era um modelo que poderia até servir para outros estados, né? Mas hoje eu sinto, particularmente, que essa ausência do Ministério da Saúde...Talvez tenha sido por isso que nunca tenha saído de fato, do papel (Secretária Municipal de Saúde III).

Essa ausência do MS na Região resultou na estagnação de decisões regionais para as quais municípios e estados dependiam totalmente da gestão federal. Isso limitou consensos e pactuações entre as três esferas de governo e colaborou para uma inércia político-institucional do projeto de desenho regional idealizado:

Tem que ter alguém do governo federal para intermediar. E foi designado à pessoa que estava responsável por isso aqui. Então qual era o correto? É que essas discussões políticas fossem entre os três e isso não tem. Então, assim, o papel mesmo da regionalização, o papel político da regionalização ela não existe aqui. A rede é uma coisa de papel. Então, assim, quando você tem instâncias, essas são instâncias de negociação. Sempre vai existir conflito. Quando você tá só com um município dentro do estado... existem mais de dois estados com municípios diferentes e ninguém aparece justamente para resolver isso (Ex-secretária Municipal de Saúde).

Um dos exemplos de decisões estagnadas foi relativa a recursos federais para financiar o projeto da Rede Interestadual, limitando os investimentos necessários para garantir sua implantação:

Uma das coisas que sempre falo é que houve o planejamento de um desenho regional. Construiu-se uma rede interestadual Pernambuco-Bahia no papel; em um desenho. Agora, na prática, nem financiamento foi discutido para essa rede e a gente sabe que toda Rede precisa de desenho, mas ela precisa de financiamento. Ela precisa de uma programação pactuada e que diga quem vai ser responsável pelo que e o quanto precisamos para garantir o funcionamento dos serviços de saúde. Então esse é um desafio e acho que o Ministério da Saúde tinha um papel fundamental (Gestor hospitalar HU-UNIVASF).

Registros das atas da CRIE permitiram identificar que a falta de representação federal gerou divergências entre os próprios gestores municipais da Comissão sobre a permanência do MS como um dos membros efetivos. Houve deliberação na Comissão Interestadual pela exclusão da representação federal, posteriormente revogada na ocasião da revisão do Estatuto e Regimento. Também foi evidente a falta de assiduidade de representantes do Ministério da Saúde nas reuniões da Comissão ocorridas entre 2013 a 2017.

Cabe salientar que a ausência da representação federal na Região foi um obstáculo importante para a governabilidade do projeto da Rede Interestadual, em função da necessária mediação do Ministério da Saúde para articular os propósitos entre os diversos municípios e os dois estados envolvidos no desenho regional.

A ausente participação federal na implementação das regiões de saúde tem sido destacada por alguns autores. Eles assinalam que isso é uma herança da indução de autonomia provocada pela descentralização, que reduziu a presença da coordenação nacional nas regiões (CARNEIRO et al., 2014; GOMES e VASQUEZ, 2012; JÚNIOR e CAMPOS, 2014). Alguns autores defendem a participação federal efetiva nas regiões de saúde para melhor articular os atores regionais e reduzir desigualdades na provisão de

serviços públicos, pelos entes subnacionais (OUVERNEY et al., 2017; ARRETCHE, 2012).

Em síntese, a Região que estudamos apresentou uma importante desarticulação interfederativa e a ação isolada dos municípios e estados na tentativa de operar o projeto da Rede Interestadual. Essa característica foi recorrente em outra região de saúde brasileira (JÚNIOR e CAMPOS, 2014) e é apontada por estudos como propícia para relações intergovernamentais predatórias, bloqueios decisórios, desresponsabilização dos entes federativos e grande dificuldade de redução das desigualdades regionais (OUVERNEY et al., 2017; LIMA e VIANNA, 2011).

Essa desarticulação interfederativa impediu a construção de mecanismos legais/normativos, necessários para estabelecer uma ambiência jurídica regional mais coerente com as características da RIS e necessárias à construção de pactuações e contrapartidas interestaduais.

7.2 O “acordo de cavalheiros”: uma estratégia para compensar a desarticulação interfederativa

A RIS que analisamos apresentou, como característica, uma baixa capacidade institucional das secretarias municipais e estaduais para concretizar um planejamento regional integrado. Não havia métodos capazes de integrar as Programações Pactuadas e Integradas (PPI) dos estados e estabelecer mecanismos de contrapartidas financeiras interestaduais. Como consequência, os gestores municipais passaram a utilizar a permuta de serviços, entre os municípios, como estratégia compensatória de governo:

Então, o que é que foi feito? Foi feito apenas algumas modificações, algumas definições de papel. Tipo assim, o Hospital Regional de Juazeiro vai fazer oncologia. Oncologia materno-infantil vai ficar com o Dom Mallan. Então, a gente, simplesmente dividiu o que seria a responsabilidade de cada um. Se você perguntar: “vai ter recurso financeiro, trocado entre os estados?” Não houve. O que nós fazemos é uma troca de serviço, apenas isso (Gestora de Regulação Interestadual II).

[...] devido a essas dificuldades legais, não deu para se avançar na pactuação de recursos e sim nas trocas de serviços. A nossa legislação tem que evoluir muito ainda em relação a política de saúde. Principalmente na parte de financiamento [...] (Gestor de Regulação Interestadual II).

O “acordo de cavalheiros”, como foi classificada a permuta de serviços intermunicipais, pelos entrevistados, representava o principal indício da baixa governabilidade tanto das secretarias municipais quanto das estaduais, em dispor de métodos capazes de consolidar uma pactuação interestadual:

Então, eu acho que os acordos como eles não foram, de alguma forma, formalizados, e é uma das coisas que sempre me perguntam: “como é que o pessoal dessa rede tá superlotada? o que é que é para cada um fazer? [...] não tem um documento. Um papel escrito, como você falou, essas pactuações e acordo não são localizados (Gestora de Regulação Interestadual I).

Muitas coisas não avançaram no financiamento e a questão da PPI, porque a gente não fez pactuação. Houve uma troca. Eu levo meu paciente para lá, porque lá é referência. Eles de lá trazem para cá, porque aqui é a referência. Mas isso não está dentro da PPI. É um acordo de cavalheiros (Secretária Municipal de Saúde V).

Vários estudos confirmam que o planejamento regional integrado é um processo de difícil operacionalização pelos ente federativos. As pactuações são vistas como processos burocráticos e com baixo envolvimento dos gestores (MAGALHÃES, 2014; MELLO et al., 2017; REIS et al., 2017; KEHRIG et al., 2015). Isso reduz as relações entre os entes federativos à informalidade (IANNI et al., 2012), o que coaduna com nossos resultados.

Em regiões de saúde que possuem dificuldade de institucionalizar planejamentos regionais integrados, como na Região que estudamos, alguns artigos destacam que haverá menores chances de sucesso na implantação de desenhos regionais, porque as regiões de saúde demandam acordos técnico-políticos (ALMEIDA; LIMA, 2015; LIMA et al., 2017).

As principais semelhanças de baixa governabilidade institucional para articulação e planejamento regional entre a região que estudamos e demais regiões brasileiras foram relativas a ausência de planos regionais integrados, insuficiente institucionalidade dos instrumentos de planejamento e baixa capacidade organizacional das SES para coordenar os municípios no processo de planejamento regional (SCATENA et al., 2014; ONO e SCATENA, 2014; ASSUNÇÃO e NETO, 2014; ONO e SCATENA, 2014).

Portanto, a dificuldade de estabelecer um plano regional integrado que evidenciamos na RIS reflete o desafio de concretizar acordos técnicos e políticos em cenários que agregam um importante quantitativo de entes com governabilidade desigual.

7.3 O vazio normativo para regular a Região Interestadual de Saúde

Não foram identificados marcos normativos específicos para o planejamento e gestão de Regiões Interestaduais de Saúde na análise documental desse estudo. Isso foi um dos principais obstáculos que, segundo entrevistados, limitaram a governabilidade das pactuações de serviços e contrapartidas financeiras entre os estados, na implantação do projeto político regional.

Desde as primeiras iniciativas de construção do projeto regional, esse ausente marco normativo gerou insegurança jurídica para os gestores estaduais e municipais da Região. Um exemplo ilustrativo foi o processo de contratação de serviços de hemodiálise pela gestão de Petrolina-PE:

Um exemplo bem clássico, nós tivemos uma reunião com a promotoria do Ministério Público de Pernambuco, no mês passado. O Estado de Pernambuco... eles estão com um problema sério em relação ao paciente de hemodiálise. Veja só como é interessante: o Estado lançou licitação para contratar mais serviços aqui mesmo em Petrolina, mas a unidade existente no município não tem capacidade instalada para ampliar o serviço. Na Bahia, em Juazeiro, tem uma clínica que quer vender o serviço, tem potencial para ampliar, mas não pode porque está em outro Estado, né? É interessante (Gestor de Regulação Interestadual).

O levantamento das normativas sobre a política nacional de regionalização permitiu concluir que as diretrizes federais contemplam apenas relações interfederativas no âmbito municípios-estados, havendo um importante vazio de proposições para territórios interestaduais de saúde. Elas apenas citam que podem existir regiões interestaduais, mas nada foi proposto sobre meios, instrumentos e mecanismos de organização político-institucional para esses territórios (BRASIL, 2001; 2002; 2006; 2010; 2011).

Esse importante vazio normativo federal impediu avanços nas negociações financeiras entre os entes Bahia e Pernambuco durante a implantação do desenho regional:

Aí nessa discussão né, da rede, assim, se pensava no planejamento integrado, interestadual, um orçamento integrado, mas o que parece é que isso não vingou. Não caminhou uma PPI interestadual; um orçamento interestadual, porque o que algumas pessoas falam é assim: “Isso não é legislado. Ainda não é legislado”. Como eu pego recurso de um estado e passo para outro? Isso é legislado a nível estadual e municipal (Gestor de Regulação Interestadual).

[...] primeiro que se eu tenho Pernambuco, nove milhões de habitantes, o meu planejamento é para nove milhões de habitantes. Se

eu tenho uma fronteira que invade em 80% a 86% em território Pernambucano, são 860 mil pessoas que estão entrando no território sem nenhuma compensação financeira. Vai ter estrangulamento, já está acontecendo estrangulamento (Gestora Regional de Saúde).

Assim como em regiões de configuração interestadual como a que estudamos, há ausência de diretrizes brasileiras para regiões de fronteira, o que também limitou a implantação de propostas de redes fronteiriças (AIKES e RIZZOTTO, 2018). Por outro lado, em países como Itália, tem-se adotado a criação de legislações regionais para apoio à organização e gestão de Redes de Atenção à Saúde, ainda que com baixa adesão de algumas regiões no país (GIORGETTI et al., 2015)

As limitações normativas identificadas para implantação do desenho regional vão ao encontro de estudos que ratificam a insuficiência da legislação do SUS para contemplar singularidades regionais e assinalam que as heterogeneidades regionais impõem dificuldades para definir padrões normativos de regionalização ideais (CARVALHO et al., 2017; RIBEIRO et al., 2017a), sobretudo quando as regiões combinam vários entes com legislações e organizações político-administrativas distintas (AIKES e RIZZOTTO, 2018).

Essa ausência de marco regulatório para regiões interestaduais limitou decisões dos gestores estaduais e municipais da Região, condicionando as relações interfederativas ao plano da informalidade, denominada por muitos entrevistados como uma permuta de serviços:

[...] não existia forma legal até então para se transferir recursos. Então, na época, a ideia era trocar serviços (Gestor de Regulação Interestadual).

Alguns estudos são concordantes no que diz respeito aos desafios do marco legal do SUS para conciliar objetivos dos entes federativos em ambientes institucionais dotados de incertezas, racionalidade limitada e conflito de interesses (SANCHO et al., 2017; SILVA, 2013). Santos (2013) destaca que os desenhos regionais têm se reduzido a uma mera divisão administrativa, sem suficiência normativa para garantir segurança jurídica entre os entes, o que parece ser uma situação semelhante à identificada na governabilidade da Região pesquisada.

Em síntese, a ausência de marco regulatório federal para os espaços com configurações semelhantes ao que estudamos limitou a capacidade de decisão dos atores responsáveis pela implantação da Rede Interestadual de saúde, gerando incertezas quanto a possibilidades de construção de uma política interestadual de saúde.

7.4 O subprojeto QualiSUS-Rede Pernambuco-Bahia: uma estratégia de indução federal frustrada na Região

O Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede) tratou-se de uma estratégia do Ministério da Saúde (MS), desenvolvida com o apoio do Banco Mundial (BIRD) e instituída pela Portaria Ministerial 396/2011. A proposta QualiSUS-Rede tinha por objetivo apoiar a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012).

A Região Interestadual de Saúde Pernambuco-Baia foi uma das contempladas pelo Projeto QualiSUS-Rede. Deliberou-se em reunião do Colegiado Interestadual pela formação de um grupo condutor para coordenar a implantação do Projeto na Região, com representação das Secretarias Estaduais, do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS BA e PE), dos municípios das seis microrregiões de saúde, da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e apoiador local representando a gestão federal (BRASIL, 2012).

A construção do Subprojeto QualiSUS Rede Pernambuco-Bahia foi iniciada em 2011 e tomou como base o diagnóstico regional realizado em 2008. O Subprojeto previa investimentos federais de **R\$ 13.723,168, 04 reais** para a Região e isso representava um apoio importante para a implantação das propostas idealizadas no projeto político da Rede Interestadual de Saúde (BRASIL, 2012). Os eixos prioritários para utilização dos recursos do Subprojeto foram definidos em função dos problemas logísticos de regulação interestadual. Decidiu-se, portanto, investir na Rede de Urgência e Emergência (RUE) e na informatização da regulação integrada. O Quadro 21 traz uma correspondência entre o projeto de implementação da Rede Interestadual e os eixos do Subprojeto QualiSUS-Rede PEBA definidos para os investimentos.

Quadro 21 – Correspondência entre o Subprojeto QualiSUS-rede PE-BA e a projeto de implementação da Região Interestadual de Saúde

Projeto implementação rede interestadual PE-BA		Subprojeto QualiSUS- Rede PE-BA	
Eixo estruturante	Objetivos de ação	Eixo estruturante	Objetivos de ação
Fortalecimento da AB	Expansão da ESF Estruturação da rede		

Projeto implementação rede interestadual PE-BA		Subprojeto QualiSUS- Rede PE-BA	
Eixo estruturante	Objetivos de ação	Eixo estruturante	Objetivos de ação
	Qualificação do Cuidado na Atenção Básica	Inexistente	Inexistente
Atenção Materno-infantil	Qualificar a atenção ao pré-natal, parto e ao recém-nascido	Inexistente	Inexistente
	Qualificação Profissional Gestão da informação Vigilância do óbito infantil e neonatal Mobilização Social e Comunicação	Inexistente	Inexistente
Atenção às urgências e emergências	Implantação do atendimento às pequenas urgências em 100% das USF Reestruturação e ampliação da urgência pré-hospitalar fixa na região	Rede de Urgência e Emergência	Capacitar profissionais do SUS sobre as redes de atenção à saúde e os fluxos de acesso na Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco
	Ampliação e aperfeiçoamento da urgência pré-hospitalar móvel (SAMU) Fortalecimento dos serviços de atendimento às urgências de nível terciário e garantia de leitos complementares Readequação das unidades de saúde Desenvolvimento, Formação e Educação Continuada para 70% dos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem	Inexistente	Inexistente
Regulação integrada	Construir mecanismos para regulação integrada	Sistema de apoio logístico - Tecnologia de Informação	Prover os pontos de atenção à saúde com equipamentos, comunicação, rede lógica e elétrica que

Projeto implementação rede interestadual PE-BA		Subprojeto QualiSUS- Rede PE-BA	
Eixo estruturante	Objetivos de ação	Eixo estruturante	Objetivos de ação
			<p>permitam a conectividade entre eles, a partir do diagnóstico do dimensionamento da situação local</p> <p>Implantar sistema Web integrado de informática que contemple todos os níveis da assistência, envolvendo o aspecto clínico, operacional, administrativo e gerencial</p> <p>Divulgar para usuários do SUS as redes de atenção à saúde e os fluxos de acesso na Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco</p>

Fonte: Projeto de Implementação da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco / Subprojeto QualiSUS-Rede PE-BA. Elaboração do autor (2018).

Havia prazo para utilização dos recursos do Subprojeto QualiSUS, estimado para 30 de junho de 2014 e, em caso de descumprimento da vigência, os recursos seriam devolvidos ao Ministério da Saúde (PRNAMBUCO e BAHIA, 2012). O documento do Subprojeto apontava que a responsabilidade de coordenar a execução orçamentária seria dos entes estaduais. Os municípios cooperariam com os estados para execução da proposta e o Ministério da Saúde contribuiria apenas com o apoio institucional.

Ao contrário do que se esperava, o Subprojeto QualiSUS não obteve êxito na Região que estudamos por alguns impasses político-institucionais. Um deles foi relativo a impasses para realização dos processos licitatórios para aquisição de materiais e equipamentos:

[...] tentaram fazer uma coisa “mega”, mas não se teve expertise inclusive de fazer uma licitação (Ex-coordenadora regional do QualiSUS Rede).

Ficou a cargo de Pernambuco fazer a licitação e a Bahia pegaria carona nessa licitação. Porque a gente estava fazendo assim: um estado faria licitação e o outro pegaria carona para poder ver. Só que isso passa

por Procuradoria Geral do Estado e muitas burocracias jurídicas para oficializar como isso é possível ... pegar carona em uma licitação de outro Estado e essas coisas todas. Isso foi um problema nosso e terminou que Pernambuco não executou nada e teve que devolver todo o recurso (Apoiadora regional QualiSUS Rede).

A análise das atas da CRIE permitiu identificar certa morosidade na aprovação do Subprojeto, diante de sucessivos registros de solicitações de ajustes, o que postergou a sua homologação no nível federal e comprometeu a liberação dos recursos em tempo hábil para a Região.

Os tempos institucionais dos estados para implementarem o processo de adesão ao Subprojeto foram diferentes. A Bahia conseguiu homologar o Subprojeto na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) mais rapidamente e Pernambuco demorou a homologá-lo no Colegiado Bipartite, de acordo com atas da CRIE e resoluções CIB consultadas.

Os entrevistados afirmaram que a estrutura física e de pessoal era insuficiente para operar o Subprojeto QualiSUS na Região:

[...] o grupo não tinha pessoas que se debruçassem. Aquilo chegou a um ponto, logo no início do QualiSUS-REDE, que se precisava de pessoas exclusivas para ficar a serviço daquilo. Não tinha. Então era eu que era a coordenadora aqui, que ajudava fazendo um pedaço do termo de referência. Então faltou, pra mim um, *locus* institucional para isso, porque isso pesa. Você acha que isso é bobagem? Isso não é bobagem. Você precisa ter um *locus* para as coisas. Porque senão, não dá pra botar no mesmo balaio de gato mais coisa. Faz mal feito (Ex-coordenadora regional do QualiSUS Rede).

A insuficiência normativa federal, já apontada no tópico anterior, inviabilizou uma gestão interestadual compartilhada do recurso, de modo que a execução financeira do Subprojeto ocorreu em cada Secretaria Estadual de Saúde:

[...] não legislou até hoje e ainda não se sabe. Assim, não tem algo definido como é que vai ser, como se faz a transferência de recurso de um Estado para outro. Por isso que o recurso foi colocado na Secretaria Estadual de Saúde dos dois estados para que eles executassem, pagassem e fizessem a execução financeira, mas as ações seriam desenvolvidas, na época, pelos 55 municípios. Então a gente tinha que pensar o que fazer com aquele recurso e que contemplasse os 55 municípios (Ex-coordenadora regional do QualiSUS Rede).

Além dos fatores mencionados, as mudanças de gestão estadual foram elementos dificultadores da articulação regional, uma vez que provocou descontinuidade nos

processos de discussão entre atores estaduais e apoiadores do grupo condutor do Subprojeto na Região:

A gente teve mudança de gestores durante a execução, então, quando teve a mudança de gestor, já era outra dificuldade. Até que eles se familiarizassem com o que estava acontecendo, demandava muito tempo (Apoiadora regional QualiSUS Rede).

Os relatórios de prestação de contas do QualiSUS-Rede permitiram confirmar a não execução orçamentária dos recursos do Subprojeto na RIS. Essa dificuldade de executar o orçamento parece ser uma característica comum a diversas outras regiões do país que integraram o QualiSUS, a exemplo da RIDE-DF, das regiões metropolitanas do Rio de Janeiro, Entre Rios, Belém-PA, Recife-PE, Ponta Porã/Dourados-MS e Belo Horizonte-MG (CONASS, 2013).

Outras dificuldades à implantação do QualiSUS-Rede nas regiões de saúde do país foram referidas em relatórios do Ministério da Saúde. Elas corresponderam a falta de projeto executivo/arquitetônico para estruturar serviços de saúde nas regiões; a propostas de cursos de qualificação muito específicas e com baixa adesão por gestores e profissionais de saúde; a propostas de qualificação regional sem atender a critérios normativos federais, como a existência de Termo de Referência (TR); a dependência de gestores regionais de consultorias para construção de alguns Subprojetos; e a baixa capacidade de governo dos entes subnacionais para conduzir os Subprojetos (CONASS, 2013).

Em estudo sobre a implantação do QualiSUS-Rede em outra região do país foram evidenciadas dificuldades semelhantes à região que estudamos, quanto a descontinuidades administrativas estaduais, a incapacidade de gestão orçamentária integrada entre os estados, a insuficiência de pessoal e de estrutura física (CASANOVA et al., 2017).

Portanto, na Região que investigamos e assim como em outras do país, o Projeto QualiSUS-Rede se reduziu a uma iniciativa que ficou no plano das boas intenções. No nosso caso, isso resultou em um importante perda de investimentos oportunos à implantação do projeto da Rede Interestadual.

7.5 Desigualdades de capacidade fiscal entre os municípios e a dependência financeira

A Região Interestadual apresentava uma importante desigualdade de capacidade fiscal entre os entes municipais. Os de pequeno porte eram os que mais possuíam limitações de capacidade fiscal para custear serviços de saúde, o que resultava em uma dependência financeira:

Eu acho que eu percebo ainda uma dependência muito forte em relação a efetivação das suas ações, dependendo exclusivamente do Estado, seja na execução das ações ou no financiamento. É tanto que na maioria dos processos pactuados, em alguns deles é sempre muito colocado da contrapartida do Estado para esse papel da execução de serviço (Gerente Regional de Saúde I).

Os municípios se queixem que não tem recursos e não podem andar sozinhos; preciso de apoio; se colocando sempre como o primo pobre. Não posso fazer e preciso de apoio sempre (Secretária Municipal de Saúde IV).

A dependência financeira de custeio de serviços de saúde identificada em nosso estudo é uma característica comum a outras regiões de saúde brasileiras e se constitui como um importante impasse para as secretarias municipais implantarem a política de regionalização da saúde (AIKES e RIZZOTTO, 2018; (MARTINELLI, VIANA e SCATENA, 2014). Segundo alguns autores, o agrupamento de municípios em regiões de saúde não é suficiente para eliminar as desigualdades fiscais, dada a heterogeneidade do perfil econômico e populacional desses entes, tornando-se insustentável garantir serviços municipais em uma escala regional (VIANNA et al., 2018; TELES et al., 2016).

Essa situação de desigualdade de capacidade fiscal saturava o orçamento das gestões dos municípios-sede, porque elas passaram assumir maior parte do ônus com serviços de saúde na Região. Em certa medida, isso comprometeu a capacidade de governo das gestões das sedes macrorregionais efetivarem seu papel de referência:

Então, o problema é que, atualmente, a gente vive uma contenção de custos muito grande. Petrolina, por sua vez tem recebido uma carga muito grande de demanda. Digamos assim ... que ele tem que assumir a maioria, não só Petrolina, mas todos os municípios-sede estão assumindo cada vez mais responsabilidades. E aí a gente vê que essa sua condição de ser um município-sede e ser sede para outros municípios vem estagnando. Vem diminuindo pela própria falta de condição de infraestrutura desses municípios e de dinheiro mesmo, de recurso, né? (Secretária Municipal de Saúde I).

Diversos estudos ratificam nossos achados sobre as relações interfederativas serem determinadas pela dependência econômica dos entes municipais. Alguns desses estudos, encontraram não só dependência intermunicipal, mas também em relação ao ente federal e estadual (MACHADO et al., 2014; MOREIRA e RIBEIRO, 2017; MARTINELLI, VIANA e SCATENA, 2014). De acordo com alguns autores, esse é um impasse que representa contradições de uma descentralização que não repercutiu em independência fiscal dos entes locais, de modo que quanto mais dependentes são os municípios, maiores serão as necessidades de investimentos e gastos com saúde (MOREIRA e RIBEIRO, 2017; SOARES et al., 2016).

Como mecanismo compensatório para contornar a baixa capacidade financeira, as gestões municipais de pequeno porte ampliaram a aquisição de ambulâncias, que segundo entrevistados, tornou-se uma estratégia para transferir os problemas de acesso dos municípios menores para as sedes regionais:

Juazeiro... Ela atende a 53 municípios daqui da região. Mas, o que é que acontece? O que é repassado para esses municípios, também, deixa muito a desejar, não contempla e as prefeituras da região como um todo percebendo isso, percebendo o subfinanciamento da saúde, investiram em ambulancioterapia (Representante de Grupo Econômico da Região).

A ampliação frequente de ambulâncias nos municípios de pequeno porte também foi confirmada em atas de várias reuniões das CIR. Havia clareza de que essa estratégia também refletia alianças políticas entre secretários municipais de saúde, prefeitos, deputados e senadores, celebradas mediante a concessão de Emendas Parlamentares. Essa situação, revela características relacionais semelhantes a outro estudo, onde a dependência financeira dos municípios produzia ações predatórias, fragmentadas e calculadas estrategicamente (MACHADO, 2013).

O registro das atas de colegiados regionais permitiram identificar que secretários dos municípios-sede, para contornar a saturação orçamentária, utilizavam de constantes remanejamentos de recursos da atenção especializada, para suprir déficits na remuneração de serviços de atenção hospitalar em alta complexidade. Com isso, a atenção ambulatorial especializada era comprometida, de modo que não se conseguia garantir acesso tanto para a população do município-sede e nem para a população dos municípios vizinhos.

Diante das desigualdades financeiras aqui identificadas, cabe salientar a complexidade do cenário estudado, por agregar municípios diferentes economicamente e

entre mais de um estado, sem qualquer mecanismo legal de compensação financeira como já destacado. Alguns autores já defendem alternativas que podem auxiliar compensações fiscais entre cidades de regiões de fronteira entre países e que talvez possam ter utilidade institucional em fronteiras interestaduais. Elas incluem “repasses extras” por procedimento realizado em pessoas que residam fora do limite territorial da região; a implantação de sistemas que registrem a demanda da população flutuante e a criação de estruturas administrativas e financeiras interestaduais ou transfronteiriças (AIKES e RIZZOTTO, 2018).

Algumas decisões relativas à Região eram limitadas pela incapacidade institucional das gestões municipais deliberarem sobre pautas dependentes da gestão federal. Um exemplo evidenciado em atas da CIR correspondeu a implantação do Plano Regional de Atenção às Urgências e Emergências, que dependia da edição de Portarias Federais de custeio para Unidades de Suporte Avançado (USA), o que limitou avanços na organização das urgências e emergências em diversos municípios, também apontado nas entrevistas:

Paulo Afonso, Senhor do Bonfim e Juazeiro também, né? O nosso plano de atenção de urgências que a gente fez na mesma época que o plano de Pernambuco, eu falo porque eu ajudei a elaborar o plano, tá? Então, o de Pernambuco está aprovado há dois anos e o nosso não; está no papel ainda. Está no Ministério para apreciação. Há quatro meses que o Ministério devolveu para a gente atualizar. Aconteceu que há quatro anos esse plano estava parado (Gestor de Regulação Interestadual III).

Outro exemplo de dependência local em relação à gestão federal ocorria em decisões políticas para aprovação de recursos e credenciamento de novas Equipes de Saúde da Família (EqSF), de Agentes de Combate à Endemias (ACE), UPA, SAMU e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como evidente em atas da CIR. Os secretários municipais de saúde da Região não tinham capacidade de articulação política suficiente para influenciar decisões federais e agilizar a aprovação dessas pautas. Esse achado parece indicar que a implantação de algumas propostas do projeto da Rede Interestadual podem ter fracassado por dependerem diretamente da capacidade de articulação das esferas subnacionais para aprovação de pautas na agenda federal.

Em outros estudos, os gestores municipais não somente eram dependentes do poder decisório da gestão federal como em nossa pesquisa (MARTINELLI, VIANA e SCATENA, 2014), mas também das decisões estaduais (SILVA; MOTA, 2017).

A capacidade financeira dos municípios, também era comprometida por atrasos de repasses e insuficiente participação estadual em investimentos necessários para a Região. Os registros de atas da CIR Petrolina apontavam passivos de contrapartidas da gestão de Pernambuco para componentes estratégicos da assistência farmacêutica e SAMU. Os RAG confirmaram o comprometimento da capacidade fiscal da SES-PE. Havia registro de contingenciamentos orçamentários desde o início de 2015. Isso agravou a crise fiscal em municípios que passaram a ter simples dificuldades de custear deslocamentos de representantes para reuniões ordinárias da CIB (em Recife) e reuniões ordinárias na sede da CIR (Petrolina), conforme registrado em atas.

Um exemplo do agravamento da situação fiscal nos municípios de microrregião de Petrolina se referiu à decisão arbitrária da SMS da sede regional, pela não implantação do SAMU regionalizado. Alegava-se insegurança fiscal diante da incapacidade econômica dos municípios menores para garantir um financiamento solidário do serviço. Essa situação ilustra o que estudos destacam sobre a posição vantajosa das sedes regionais nas relações interfederativas, pois elas controlam o acesso aos serviços sediados em seu território (MACHADO, 2013); possuem maior domínio das informações sobre a rede de serviços regional (DOURADO e ELIAS, 2011); maior capacidade técnica (MELLO et al., 2017); maior poder de captação de recursos e influência nas negociações e processos decisórios regionais (BISCARDE, 2016).

Portanto, as assimetrias de capacidades intermunicipais aqui destacadas limitaram a capacidade institucional local de apoiar efetivamente o processo de implantação da Rede Interestadual, sobretudo por questões relativas a financiamento.

7.6 Os desafios para estabelecer pactuações regionais: da estagnação à ruptura de “acordos”

Nosso estudo identificou a existência de diversas dificuldades para concretizar pactuações na Região. Através das pactuações deveriam ser definidas programações de ações nos territórios, a alocação dos recursos e os fluxos de referência entre os municípios, contribuindo, assim, para garantia do acesso aos serviços de saúde e para apoiar o processo regulatório da assistência (BRASIL, 2006).

Dentre os diversos obstáculos, identificamos aqueles que iam de questões ligadas à insuficiência de proposições normativas, como a falta de legislação para Região Interestadual de Saúde, baixa institucionalidade das diretrizes de pactuação regional e

defasagem financeira da Tabela SUS em relação aos preços inflacionados de mercado; processos de gestão dos municípios, tais como insuficiente oferta de serviços de média e alta complexidade, desigualdades de poder e capacidade técnica entre os gestores municipais; até questões inerentes à oferta de recursos financeiros pela gestão estadual e federal, para viabilizar a oferta dos serviços pactuados (Quadro 22).

Quadro 22 – Principais obstáculos das pactuações na Região Interestadual de Saúde

Obstáculo	Implicação
PPI com baixa institucionalidade para concretizar pactuações interfederativas na Região	- As pactuações se reduziram a uma troca de serviços entre os entes federativos
Descompasso entre preços da Tabela SUS e os preços de mercado impostos pelos prestadores privados	- Estagnação das pactuações e limitações na manutenção e ampliação de oferta dos serviços especializados na Região - Limita a negociação de contratos de serviços privados e especializados na Região, a preço de mercado - Impede que a oferta de serviços contratada na sede regional corresponda ao que foi estabelecida na PPI
Falta de atualização da PPI em ambos os estados	- As pactuações passaram a não ser rediscutidas entre os municípios e estados
Baixa capacidade financeira dos municípios para compensar o descompasso da Tabela SUS em relação ao mercado dos prestadores privados	- Prevalencem desacordos e descumprimento das pactuações entre gestores municipais - Saturação financeira e da capacidade de oferta nos municípios-sede - Realocação compensatória, constante, de recursos financeiros entre tetos municipais
Municípios menores não garantiam a resolutividade dos casos urgentes de baixa complexidade	- Conflitos e desgastes políticos entre gestores de municípios menores e das sedes regionais
Redução da capacidade financeira dos estados diante da crise fiscal	- Atraso de repasses estaduais para os municípios
Insuficiente oferta de serviços especializados da rede própria na Região	- Dependência do gestor municipal em relação ao setor privado nas pactuações - Aumenta o poder político do empresariado da saúde nas negociações para contratação dos serviços - Facilita decisões arbitrárias dos prestadores no sentido de descumprir os contratos
Desigualdades de poder decisório entre os gestores de municípios maiores e menores, nas pactuações	- Gestores de municípios com maior capacidade de oferta detém o poder

	decisório sobre aceitar (ou não) ofertar serviços às demais cidades da Região
As necessidades regionais como um demanda imprevisível	- Desafia a programação pensada na PPI para atender a demandas transitórias da situação epidemiológica regional
Falta de novos recursos financeiros federais e estaduais	- Remanejamento constante de recursos da APS e atenção especializada para a alta complexidade, nas sedes regionais
Insuficiente capacidade técnica dos gestores municipais	- Dificulta a compreensão do gestor do fluxo administrativo das pactuações regionais

Fonte: entrevistas e análise documental. Elaboração do autor (2019).

A Região não possuía diretrizes normativas federais suficientes para garantir segurança jurídica na pactuação de recursos entre os estados e municípios fronteiriços:

Mas a PPI interestadual que sempre se propôs, nunca aconteceu oficialmente. Essa região é conhecida pelo Ministério, mas ela não existe no papel porque quando você vai ver, não tem nada sobre uma região que tem dois estados. Isso foi uma coisa que a gente discutiu na época do QualiSUS com André da SGETS. Como é que fica? Aí ele: realmente é uma coisa ... não é fácil a situação não, porque a PPI interestadual implicava em orçamento também. Tem o orçamento físico e o financeiro para fazer e quem vai executar recebe (Secretária Municipal de Saúde IV).

Diferenças na dinâmica de elaboração e a desatualização do instrumento de Programação Pactuada e Integrada (PPI) de cada estado, impossibilitou uma pactuação interestadual, que se reduziu a uma permuta de serviços:

Para falar da PPI e da atenção especializada e hospitalar deveria acontecer uma discussão financeira desse recurso. E o estado de Pernambuco, na época, não discutiu também. Então, não havia nenhuma discussão pelo estado de Pernambuco da PPI. E na Bahia já havia algo mais dinâmico. Como é que a gente ia fazer a PPI interestadual? Juntar os dois documentos? Pegar o recurso da atenção hospitalar da PPI dos dois estados e aí fazer a PPI interestadual? [...] (Secretária Municipal de Saúde IV).

Aí a mesma coisa aconteceu com a PPI. A PPI foi um pouco mais complicado, porque a PPI do estado de Pernambuco ela está, vamos dizer assim, congelada desde 2005, se eu não me engano. Para gente não há uma discussão (Gestora de Regulação Interestadual I).

Então, a gente, simplesmente, dividiu o que seria a responsabilidade de cada um. Se você perguntar: “vai ter recurso financeiro, trocado entre os estados?” Não houve. O que nós fazemos é uma troca de serviço, apenas isso [...] simplesmente Pernambuco atende

o que é baiano e o que é baiano atende o que é pernambucano (Gestora de Regulação Interestadual II).

A pactuação regional ocorria isoladamente em cada estado e eram similares a um “acordo de informal entre gestores”. Não houve evidências de pactuações interestaduais:

É porque a PPI ela foi pactuada de boca. Ela foi um acordo, vamos dizer assim, de cavalheiros, aqui e em Pernambuco. A PPI foi acordada e foi estudada, enfim, foi discutida, mas ela não foi oficializada (Secretária Municipal de Saúde V).

Aqui ela foi um acordo. Houve reuniões, onde foi discutida a PPI, onde foi discutido o que os municípios precisavam, quem ia fazer o quê, mas isso não foi oficializado. Isso foi um acordo de cavalheiros, está entendendo? Que teve recursos que veio aqui para Petrolina, mas sem os recursos você não consegue visualizar quanto é o valor que vem de cada município. Aí o estado cedeu uma planilha dizendo que esses são os valores quem vem de cada município, mas uma planilha no Excel. Não tem um documento oficial. Não existe nada oficializado em relação à PPI. Então, a gente trabalha com acordo de cavalheiros (Secretária Municipal de Saúde V).

A insuficiente oferta de profissionais e serviços especializados na rede própria dos municípios de referência determinava as pactuações na Região. Isso nos permitiu concluir que essas pactuações eram mais influenciadas pela oferta de serviços do que pelas demandas de saúde regionais propriamente ditas:

Uma pactuação que é inviável, se eu não tenho isso no município de Remanso, imagina nos outros onze, nos outros dez, que nós somos onze. Então, eu não tenho profissional aqui para isso. É a questão do que é pactuado e da nossa capacidade de ter um profissional para exercer aquele papel (Secretária Municipal de Saúde I).

O financiamento a gente não teve mais, então ficou estagnado. O município chegava para mim e dizia: “eu quero alocar o meu recurso no seu, não quero mais aquele”. Aí eu dizia: “eu não tenho capacidade instalada de receber”. Aí começou a ter esse conflito, porque não é apenas o “eu querer”; é a capacidade instalada do outro poder receber. E daí começou a ter conflito. Essa PPI online ela não se tornou eficiente por isso. Porque começou vários municípios de região que não era de Juazeiro, por exemplo, quer jogar o recurso para cá, e Juazeiro começou a dizer: “êpa! Para mim não, eu não tenho capacidade instalada de receber” (Gestora de Regulação Interestadual II).

Alguns gestores afirmaram que as programações da PPI não contemplavam demandas de saúde transitórias e imprevisíveis na Região. Isso também foi mencionado em atas das CIR:

Então, assim, a saúde ela é muito dinâmica. A PPI ela é muito paralisada. Por que a realidade de 2010 para 2017 já mudou, tanto do ponto de vista populacional quanto do ponto de vista do perfil epidemiológico. O que hoje nós temos e lá em 2010 nós não tínhamos. A gente tem casos comum aí, a Zika mesmo, em 2010 a gente nunca tinha ouvido falar em Zika. De repente estou aqui no município de Juazeiro, que é referência, com um paciente que é portador de Zika ... atendo a uma microrregião. Tenho que ter profissional para isso; tenho que fornecer exame para aquilo. (Secretária Municipal de Saúde I)

Demandas regionais transitórias ou imprevisíveis dificilmente são contempladas pela PPI. Para alguns autores, a existência desse instrumento de gestão regional não garante o acesso, mesmo de demandas programadas, já que a oferta de serviços nas regiões de saúde é dinâmica e nem tudo que é pactuado será viável de ser ofertado (MOREIRA E TEMAKI, 2017).

Dificuldades de consolidação de pactuações regionais não eram características apenas da Região que estudamos, mas de outros territórios brasileiros, inclusive em regiões com configurações intraestaduais (MELLO et al., 2017; OUVENEY et al., 2017) e até mesmo em regiões mais desenvolvidas do Sudeste do Brasil (IANNI et al., 2012). Além disso, estudo confirmou os nossos achados quanto à insuficiência das diretrizes da política de regionalização, para efetivar pactuações em territórios interestaduais e até mesmo fronteiriços (MELO et al., 2017).

O importante descompasso dos preços da Tabela SUS em relação aos preços de mercado não garantia a suficiência de recursos para efetivar as ações e serviços programados na PPI de cada estado:

Na verdade o recurso MAC que eu recebo no meu fundo municipal de saúde não atualizou mais. Esse recurso nem dá para manter o hospital, consulta de cardiologia... não consigo ofertar suficiente uma ultrassonografia, uma consulta de média e alta complexidade, um exame de laboratório... (Secretária Municipal de Saúde III).

Da PPI, que não é oficial, é de uma PPI... que, se não me engano é de 2005, né? E os valores contratualizados ou os valores acordados naquela época não podem ser os menos, porque não se consegue prestar os mesmos serviços atualmente, com os mesmos valores aplicados naquela época (Secretária Municipal de Saúde V).

Como consequência da insuficiência de recursos financeiros para garantir as pactuações regionais, em ambos os estados, os gestores municipais e estaduais interromperam as revisões da PPI:

A PPI foi um pouco mais complicado, porque a PPI do Estado de Pernambuco ela está, vamos dizer assim, congelada desde 2005, se eu não me engano (Secretária Municipal de Saúde VI).

Não teve porque até hoje a PPI do estado de Pernambuco a gente não discute. Agora foi colocado para gente que era preciso retomar. É feito o seguinte: os municípios eles só replicam os valores que recebem, desde 2005 (Gestora de Regulação Interestadual II).

Porque assim, o que você tem para programar, é o mesmo recurso. Não se avançou, você discute programação com o mesmo recurso que tem. O Estado da Bahia, agora está revendo a PPI desde 2012. Lá no manual, a primeira coisa que tá dizendo é dizendo isso, que não tem recurso novo [...] (Gestora de Regulação Municipal).

Essa estagnação na rediscussão da PPI, segundo alguns informantes, talvez traduzisse um receio dos gestores estaduais produzirem novos impactos fiscais no orçamento:

Essa rediscussão acumularia mais impacto financeiro ainda. Acho que é no sentido de que nesse momento não é viável essa rediscussão, pois vai exigir impacto considerável para o Estado e acho que isso tem, de fato, postergado a revisão da PPI (Gerente regional de Saúde II).

Com indefinição de novos recursos financeiros para a Região, tornou-se inviável garantir sustentabilidade fiscal ao desenho político da Rede Interestadual, inclusive porque a região que estudamos se insere em território muito desigual. Esse achado vai ao encontro de estudo que assinala a falta de investimento novo em projetos de regionalização como obstáculo à sua consolidação (MOREIRA e RIBEIRO, 2017). Até mesmo em macrorregião de saúde mais desenvolvida da Bahia (Leste) e que não tem configuração interestadual, um estudo identificou inviabilidade de pactuações sem financiamento novo para ampliar a oferta de serviços e a capacidade financeira dos entes federativos (PEIXOTO e COELHO, 2016).

Na análise das atas das CIR identificou-se que prevalecia dificuldade de pactuação na Região. Um exemplo ocorreu entre o município de Remanso-BA, em relação ao SAMU regional, conforme o registro das atas da CIR Petrolina-PE. Municípios vizinhos a Remanso-BA não cumpriram com as contrapartidas e isso colaborou para o fechamento de uma Unidade de Suporte Avançado (USA) na cidade.

Em meio ao descumprimento das pactuações intermunicipais ocorriam influências políticas de gestores municipais sobre os fluxos de exames e procedimentos de média e alta complexidade na Região:

E o recurso tá lá. E aí você por muito... Como é que se consegue alguma coisa? E aí entra o que a gente acha que é a questão do arrumadinho ou influência ou tráfico de influência. Eu conheço fulano, que se eu ligar para ela, ela me consegue uma vaga para fazer um ergométrico, um ecocardiograma, uma eletroneuromiografia (Gerente regional de Saúde I).

As dificuldades de pactuação regional que evidenciamos em nosso estudo é reflexo da baixa institucionalidade das diretrizes nacionais de pactuação, propostas na política regional de saúde. Alguns estudos evidenciaram que nem mesmo em regiões com configurações comuns, essas diretrizes foram suficientes para garantir pactuações (SANTOS, 2018; SILVEIRA et al., 2016; SILVEIRA et al., 2016; SANTOS, 2018; MOREIRA e RIBEIRO, 2017; IANNI et al., 2012; MOREIRA e TAMAKI, 2017; BISCARDE, 2016).

Alguns estudos questionam a adequação das normativas de pactuação para sustentarem um planejamento regional com compromissos e serviços integrados, onde em muitas situações esses instrumentos se tornam ficções de gestão quando envolvem relações de poder entre atores governamentais e políticos (SANTOS e ASSIS, 2017; SANCHO et al., 2017; SANCHO et al., 2017).

Nos relatórios de gestão estadual, havia registros de descumprimentos de repasses estaduais para os municípios, em virtude da crise fiscal nacional, que reduziu a capacidade financeira dos estados continuarem investindo nos serviços de saúde da Região. Isso repercutiu em efeitos contraditórios sobre a alocação de recursos entre os níveis de atenção. A atas analisadas referiam constantes remanejamentos de recursos da PPI destinados à Atenção básica e atenção especializada para a alta complexidade de urgência e emergência hospitalar, tornando mais crítica a ruptura dos “acordos” no que tange a consultas, exames e procedimentos especializados. Alguns autores consideram que o descumprimento de repasses estaduais pode aprofundar a escassez de recursos regionais e estimular a competição entre municípios para garantia de uma oferta sempre contingenciada (SANTOS e ASSIS, 2017).

Registro das atas da CIR referiam que Tabela SUS se mostrava pouco atrativa nas negociações entre gestores municipais e proprietários de serviços privados, em função de baixos valores de remuneração dos procedimentos. Os contratos e convênios eram constantemente recusados pela iniciativa privada, pelos valores contratuais ofertados se encontrarem abaixo do preconizado pelo mercado.

Os empresários da Região tinham uma posição vantajosa nas negociações de contratos e convênios por controlarem os recursos e meios de produção em saúde num cenário de oferta pública especializada insuficiente, fragilizando a capacidade de negociação dos gestores, dada sua dependência dos serviços privados. As atas possuíram registro de decisões arbitrárias de prestadores contratados, que resultavam na oferta de procedimentos em quantidade inferior ao acordado com os entes municipais e estaduais, contribuindo para agravar o descumprimento das pactuações na Região.

Para Silveira et al. (2016) e Silva e Gomes (2014), a insuficiência de oferta pública pressiona a compra de serviços privados e o empresariado naturalmente eleva os preços. Como resultado, as contratações acabam resultando em oferta menor que o pactuado, para compensar os valores inflacionados pelo mercado que não são acompanhados pela Tabela SUS.

Outros estudos também atestam que o descompasso dos preços da Tabela SUS, em relação aos preços inflacionados de mercado pode produzir desigualdades entre a capacidade de contratação de serviços e as demandas de saúde regionais, assim como contribui para a ocorrência de decisões arbitrárias de prestadores contratados, que prejudicam as pactuações entre gestores (SILVEIRA et al., 2016; SILVA e GOMES, 2014; MOREIRA e TAMAKI, 2017; BISCARDE, 2016).

Na Região pesquisada, a baixa capacidade técnica dos gestores também foi afirmada como uma limitação nos processos de pactuação regional:

Em relação à PPI, a gente percebe em algumas situações incapacitação técnica, mesmo. Capacitação técnica de gestor, principalmente, a gente percebe em todos os níveis. Falta em algumas situações, principalmente nos últimos anos a gente percebeu isso [...] alguns gestores querem ajudar, mas falta capacidade técnica para definir ou então elaborar políticas apropriadas para cada região (Gestor de Regulação Interestadual).

Em situações de ruptura de pactos ou “acordos” como recorrente na Região em questão, os estudos destacam duas características importantes. A primeira é o fato de o município demandante (de menor porte) alocar recursos previamente no município de referência, sem a certeza da garantia de acesso (MOREIRA e TAMAKI, 2017). A segunda, diz respeito a essa alocação prévia de recursos no município-sede colaborar para que sua gestão assuma posição vantajosa em relação aos demais, porque goza da prerrogativa de gerir recursos financeiros alocados mensalmente para atendimento à sua

população e à referenciada (MACHADO, 2013). Ambas as situações eram recorrentes na RIS.

De acordo com as evidências aqui sumarizadas, a PPI ainda está muito distante de se tornar um instrumento de gestão com viabilidade institucional no âmbito estadual e interestadual, de modo que a troca de serviços se tornou predominante em detrimento de pactos interfederativos formalmente instituídos:

Entendeu? Então, assim, como não tem nada oficial, eu não posso falar de descumprimento, né? Quando eu falei de descumprimento, eu falo de uma coisa que está oficializada, mas sem está oficializada eu não posso falar de descumprimento (Gestora Estadual de Média e Alta Complexidade).

Quando nem mesmo as pactuações no cenário **intraestadual** conseguiram se tornar efetivas, pode-se dizer que a conformação de pactos **interestaduais** está mais difícil ainda de se tornar concreta, diante da complexidade do desenho político proposta como Rede Interestadual de Saúde.

Os obstáculos para o planejamento regional integrado na implantação da Rede Interestadual apenas confirmaram a complexidade de instituir programações de saúde em desenhos políticos que agregam múltiplos entes envolvidos, inclusive estaduais. Para alguns estudos, o planejamento regional em saúde ainda é um exercício teórico (VIANA et al, 2017; PEREIRA, 2017).

Essas adversidades nas pactuações da Região parecem ir ao encontro de duas principais justificativas apontadas em alguns estudos: primeiro, o “excesso” de autonomia municipal como um indicativo da fragmentação do sistema (VIANNA et al, 20008) e, segundo, a limitação da autonomia financeira municipal, como ponto crítico para estabelecer consensos e acordos (DUARTE et al., 2018).

Em síntese, os impasses sumarizados nesse tópico foram decisivos para determinar a situação das pactuações intermunicipais na Região Interestadual de Saúde, cujos documentos e entrevistas foram conclusivos quanto ao cenário de estagnação de pactos e/ ou ruptura dos próprios “acordos informais intergestores”.

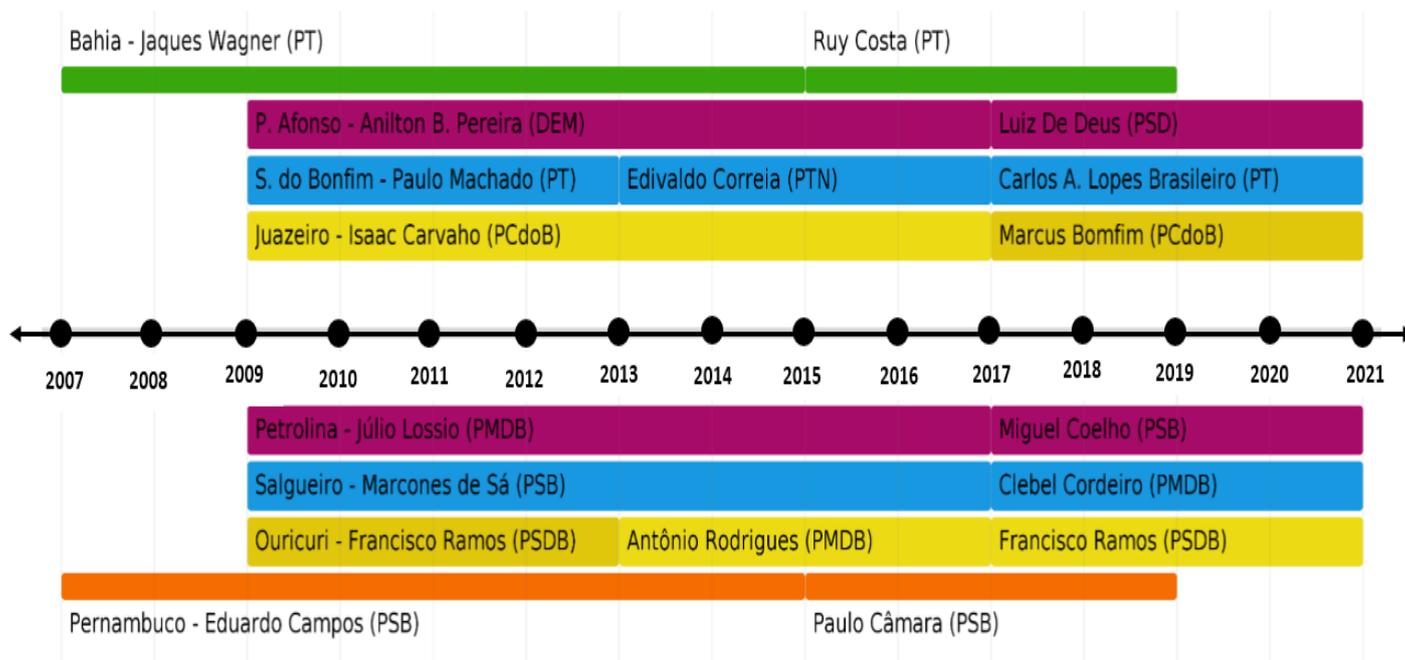
7.7 A alternância de poder político-administrativo na Região Interestadual de Saúde

As informações desse tópico se referem aos estados e às sedes de microrregião de saúde da RIS (Juazeiro, S. do Bonfim, P. Afonso, Petrolina, Ouricuri e Salgueiro). As

sedes de microrregiões foram priorizadas na análise por concentraram maior parte da oferta de serviços de saúde e serem referência para os demais municípios de pequeno porte do território interestadual que pesquisamos.

A análise de relatórios do Tribunal Superior Eleitoral entre 2007 a 2017 permitiu concluir que os estados tiveram continuidade político-partidária, embora os atores do executivo tenham sido diferentes. A maioria das sedes regionais tiveram descontinuidades político-partidárias no mesmo período, com exceção de Juazeiro-BA (Figura 10).

Figura 10 – Linha do tempo sobre a alternância político-partidária nas sedes das microrregiões de saúde e estados



Fonte: Tribunal Superior Eleitoral (TSE). Elaboração do autor (2019).

Mesmo com a manutenção de partido político na Bahia, a análise dos planos de saúde permitiu evidenciar mudanças de gestores da SESAB e uma certa ruptura entre o projeto de governo concebido na gestão Jorge Solla (2007-2014) e a agenda de um novo projeto concebido pela gestão Fábio Vilasbôas, a partir de 2015. Como exemplo, pode-se citar um importante distanciamento das propostas estaduais para o setor saúde entre as duas gestões citadas.

Informantes também confirmaram que a participação dos estados nas decisões envolvendo a implantação da Rede Interestadual foi significativamente afetada com as

mudanças de gestão estadual. Esse foi o período que coincidiu com a ruptura das agendas estaduais em relação ao projeto do desenho político regional (Fase II):

A gente conhecia bem as nossas limitações na época. Foi traçado, foi realizado e colocado nos planos de atenção às urgências tanto para o lado da Bahia quanto pro lado de Pernambuco. E assim ... como a gente tinha um apoio muito forte dos secretários do estado e do Ministério, a gente tinha esse apoio muito forte. Mas assim, de alguns anos pra cá [...] quatro anos pra cá, a gente viu que principalmente o estado da Bahia, ele não compõe mais com tanto empenho como logo no início (Gerente Regional de Saúde I).

Olhe, eu percebo assim, que os dois estados chegaram num momento que quando há troca da gestão, parece que os projetos são do gestor. O projeto da PEBA ficou na conta da gestão de Solla e na conta da gestão lá em Pernambuco. Mudou, é como se não existisse mais aquele ... e olhe que aqui na Bahia foi o mesmo partido que continuou (Gestora Estadual de Média e Alta Complexidade).

A ausência do ente Bahia na Região foi referida por todos os entrevistados. Seu maior exemplo correspondeu ao fechamento de alguns serviços de saúde em microrregiões como Paulo Afonso-BA e Senhor do Bonfim-BA:

Porque assim, a gente tá na gestão mas a gente tem que apontar que aqui não se entendeu o que era rede PEBA e não se abria nem pra conversa. A partir de 2016 Pernambuco volta a pressionar a Bahia dizendo: “A gente precisa sentar, a gente precisa conversar, a gente precisa retomar .” Por quê? Naquele momento a rede da Bahia estava muito pior e, Pernambuco, o pouco que ele estruturou estava sentindo o impacto da Bahia. Porque aí todos aqueles compromissos foram por água abaixo, o que tinha de ortopedia que a gente atendia de lá passou a não atender mais, as maternidades fecharam (Gestora Estadual de Média e Alta Complexidade).

E o irmão Bahia não tem a mínima ideia do que está acontecendo aqui. Não sabe o histórico, não conhece o processo, não reconhece a região, não reconhece a importância disso aqui (Gestora Estadual de Regulação).

Vale ressaltar que o cenário nacional teve descontinuidade político-partidária em 2016, após o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff (PT), o que pode ter aprofundado mais ainda, a desarticulação interfederativa na Região, por rupturas de apoio político-partidário entre os gestores do executivo estadual e executivo federal.

No âmbito municipal, as mudanças de partidos políticos nas sedes regionais dificultaram relações cooperativas entre gestores municipais e estaduais. Citou-se o exemplo entre a gestão municipal de S. do Bonfim e a Secretaria Estadual de Saúde da

Bahia, que dificultou negociações para investimentos estaduais na microrregião de saúde, na direção de consolidar a Rede Interestadual:

Bonfim não avançou porque ele não estava comungando com a política do estado da Bahia. Pelo contrário, era crítico. O Estado ofereceu, orientou como fazer para melhorar, mas o município não aceitou e não avançou (Secretária Municipal de Saúde III).

Mudanças político-administrativas também colaboraram para a rotatividade de gestores, tanto no âmbito municipal quanto estadual. Isso exigiu desses novos representantes, um certo tempo institucional para se apropriarem das singularidades da Região e darem continuidade a decisões para implantação da Rede Interestadual:

É... porque o que é que ocorre. Porque, Ítalo, infelizmente ou felizmente existe o período eleitoral. E o período eleitoral do município é diferente do estado. Então, o que é que ocorre? Os gestores, por exemplo, desse ano, são todos novos. A maioria dos gestores. Teve uma renovação aí e a maioria mudou e o que é que ocorre? A maioria dos gestores não tem conhecimento dessa rede PEBA, dessa rede interestadual e do que foi pactuado (Gestora de Regulação Interestadual II).

Então até quem conhece, lá embaixo na hierarquia, conseguir encostar no alto escalão para explicar o que é, qual é a importância, a pessoa explica mas um entende e outro não entende. Então foi esse trabalho todo que eu acho que Pernambuco teve do lado de lá e a gente aqui demorou mais. Aqui demorou mais (Gestora Estadual de Média e Alta Complexidade).

Para além das mudanças de representações, as alternâncias político-administrativas introduziram novos atores municipais e estaduais na Região, adicionando ao processo de implantação da Rede Interestadual outros interesses em disputa:

[...] Você tem um secretário de saúde que almeja uma posição política; ele almeja um cargo como vereador. Ele só vai fazer as coisas voltadas para o populismo. Ele vai fazer tudo com o interesse de ter a população satisfeita, mas não com interesse de resolver o problema. Ele vai comprar uma ambulância boa para transferir o paciente; o paciente chega no hospital não tem vaga, joga para outro canto. Então ele jogou o paciente para lá e para a família ele resolveu. Quem não resolveu foi o outro lugar que não fez. Quando é um secretário que além de secretário ele é técnico, não vai para esse viés. Ele vai pelo viés de resolver o problema (Diretor Hospitalar I).

Os nossos resultados se assemelham ao de outros estudos, onde a alternância político-administrativa contribuiu para rotatividade de gestores, alterou o padrão relacional entre os entes federativos e fragmentou a capacidade deliberativa dos atores na política de regionalização (KEHRIG et al., 2015; AIKES e RIZZOTTO, 2018; GARBELO et al., 2017; MACHADO 2014). Em poucas regiões do país, como no Estado do Ceará, a gestão estadual conseguiu manter um quadro profissional estável de gestores, mesmo com mudanças político-administrativas (GOYA et al., 2017).

A introdução de novos representantes municipais e estaduais, como ocorreu com as mudanças de gestão estadual e municipal no nosso estudo, segundo alguns autores, diversifica interesses em disputa e fragiliza grupos de atores já estabelecidos nas regiões de saúde (RIBEIRO et al., 2017). Alguns atores destacam que territórios com características de continuidade nas relações político-partidárias terão mais facilidade de consensos decisórios para implementar políticas e parcerias regionais, quando comparado com ambientes institucionais onde os representantes se relacionam pela primeira vez (WALKINSHAW et al., 2015; BRETAS; SHIMIZU, 2017).

Chamou a atenção que a diferença do tempo político das eleições estaduais e municipais foi um fator desafiante para a implantação da Rede Interestadual, porque parece ter provocado rupturas bianuais (entre 2008 a 2017), com decisões que já haviam avançado entre os atores que idealizaram o projeto regional. Em atas da CRIE identificou-se que era comum vazios decisórios relativos à implantação do projeto regional, após os períodos eleitorais. Quando eram retomadas discussões sobre a Região, existia sempre a necessidade de explicar para os novos gestores todo o processo de elaboração e as características do desenho regional. Era como se as decisões se iniciassem do “marco zero”.

Assim como nesse estudo, em outras regiões de saúde brasileiras, os períodos político-eleitorais bianuais coincidem com renovações administrativas e descontinuidades da política de regionalização. A principal semelhança delas com o nosso estudo foi a fragmentação das relações entre os entes federativos, tanto em regiões comuns (MELLO et al., 2017; SILVA; MOTA, 2017; SCATENA et al., 2014; KEHRIG et al., 2015; REIS et al., 2017) quanto interestadual (CASANOVA et al., 2017) e regiões metropolitanas de Salvador e Fortaleza (BISCARDE, 2016).

Em síntese, as alternâncias político-administrativas municipais e estaduais foram obstáculos importantes que colaboraram para rupturas com o projeto político do desenho regional. A saída de representantes militantes que idealizaram a Região e a introdução de

novos atores foram nocivas à manutenção de relações de poder mais favoráveis à consolidação da Rede Interestadual. Isso interferiu na continuidade dos processos decisórios e resultou em inatividade da principal estrutura deliberativa do desenho regional: a Comissão de Cogestão Interestadual de Saúde (CRIE).

7.8 A inércia da Comissão de Cogestão Interestadual de Saúde (CRIE)

A partir da análise das atas da CRIE identificamos alguns fatores que determinavam a governabilidade dos gestores da Comissão. Dentre eles, destacaram-se questões que iam desde uma atuação centrada em informes e com poucas deliberações à ausente coordenação estadual do colegiado. Isso implicou na desarticulação dos entes federativos e resultou na interrupção do calendário de reuniões, com estagnação de várias decisões importantes para concretizar as propostas do desenho político regional.

O perfil das discussões entre representantes da CRIE era predominantemente informativo e pouco deliberativo. Prevalciam pautas essencialmente normativas e com debates superficiais sobre a implantação da Rede Interestadual.

Ao longo do período analisado, a Comissão pouco cumpriu com o calendário trimestral de reuniões ordinárias previstas no Regimento Interno, a exceção dos anos de 2010 e 2013 (Quadro 23). Os registros da atas sinalizavam dificuldade para completar quórum e manter a regularidade das reuniões (BAHIA 2010; PERNAMBUCO, 2010).

Nunca houve a participação de todos os representantes nas reuniões ordinárias da CRIE e chamou a atenção que a representação federal se fez presente em apenas uma das reuniões ao longo do período analisado. Evidenciamos que a Comissão entrou num processo de inércia a partir de outubro de 2015 e permaneceu por dois anos consecutivos, sem reuniões.

A inércia da CRIE resultou tanto da desmotivação dos gestores municipais que integravam a Comissão quanto da ausência dos gestores estaduais para coordenar o espaço deliberativo:

Eu acho que os gestores perderam, como eu te falei, desacreditaram do colegiado. Porque como não se tem recurso, não se tem recurso novo, perdeu-se a credibilidade e os gestores não tiveram interesse em se reunir, a rede foi desabando e serviços que foram implantados na época lá em 2011 foram fechando (Secretária Municipal de Saúde V).

[...] foram programadas várias reuniões e canceladas, mas o fato é que não ocorriam e houve essa evasão dos estados. A Bahia

principalmente ela evadiu muito nas decisões, no sentido de saber que existiam alguns entraves que ele precisaria avançar em alguns serviços (Gerente Regional de Saúde).

Veja, se eu fosse dizer como eram nossos colegiados; quando iniciou... calorosos, sala cheia, todo mundo cheio de ideias, apontando estratégias para como a gente se conduzir ... esse era aquele cenário. Hoje, nós passamos o ano de 2015 e 2016 sem o colegiado conseguir se reunir [...] e aí eu posso te perguntar, essa acomodação, essa não priorização, era apenas do estado da Bahia? Se eu fosse dizer que era apenas do Estado da Bahia, talvez eu não estivesse falando a verdade para você. Mas a gente percebe que mesmo que Pernambuco levando nas costas a resolubilidade, a gente também percebe uma não priorização mais dessa rede (Gerente Regional de Saúde I).

Os nossos achados permitiram identificar que a ausência de coordenação estadual do espaço da CRIE foi determinante para estagnação das atividades do colegiado, uma vez que o desenho regional idealizado trazia um extenso número de municípios e isso demandava uma articulação política dos estados.

A coordenação dos estados é um ponto fundamental nos processos de regionalização do SUS e assinalado em alguns estudos, diante da diversidade de atores e organizações que compõem as decisões regionais (LIMA e VIANNA, 2011; BISCARDE, 2016). Na hipótese de ausente coordenação estadual como no caso que estudamos, os projetos de regionalização se tornarão mais incertos para consolidar redes regionalizadas de atenção à saúde (JACCOUD e VIEIRA, 2018).

Diante da ausente coordenação estadual do fórum deliberativo, o processo de implantação da Rede Interestadual ocorreu de forma desarticulada entre os 53 municípios e os dois estados. Alguns estudos são consistentes com os nossos achados ao destacar que em regiões com coordenação estadual ausente predominam uma atuação gerencial centrada na prestação de serviços em detrimento da coordenação dos sistemas regionais (BISCARDE, 2016) ou mesmo pode significar uma ação estratégica dos gestores para limitar que a agenda decisória estadual seja envolvida por novas reivindicações (COELHO e PAIM, 2016), o que no nosso caso, tratar-se-ia de novas demandas relativas investimentos para implantação do desenho político regional – a Rede Interestadual.

Quadro 23 - Frequência dos gestores nas reuniões da Comissão de Cogestão Interestadual de Saúde (CRIE), 2010-2017.¹⁴

Reunião	SESAB	NRS-Norte-BA	VII GERES-PE	SES-PE	MS	Juazeiro-BA	Petrolina-PE	S. Bonfim-BA	Salgueiro-PE	Ouricuri-PE	P. Afonso-BA	Chorrochó-BA	Pindobaçu-BA	S. Cruz-PE	UNIVASF	Cabrobó-PE	Casa Nova-BA	Ipubi-PE	Abaré-BA	Campo Formoso-BA	Afrênio-PE	Sento Sé-BA	Lagoa Grande-PE
Dez/2010																							
Jan/2011																							
Abr/2011																							
Mai/2011																							
Jun/2011																							
Set/2011																							
Nov/2011																							
Dez/2011																							
Mar/2012																							
Jun/2012																							
Set/2012																							
Mar/2013																							
Ago/2013																							
Nov/2013																							
Set/2014																							
Out/2014																							
Out/2015																							
Nov/2017																							

Fonte: Atas da Comissão de Cogestão Interestadual de Saúde (CRIE). Elaboração do autor (2018).

 Havia registro de participação  Sem registro de participação

¹⁴ Alguns registros de participação não foram identificados em função dos seguintes motivos: (a) atas referiam listas de presença anexas e que não foram identificadas; (b) nas atas sem lista de presença, os registros eram identificados apenas no caso dos representantes que se manifestavam nas reuniões; e (c) algumas representações foram alteradas ao longo do período analisado e outras inseridas mais recentemente.

As pautas envolvendo a Rede Interestadual, portanto, passaram a não ter uma referência deliberativa e muitos gestores municipais e coordenadores de serviços recorriam aos profissionais da Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), para que eles tomassem decisões de competência dos estados, ainda que isso não fosse sua atribuição e que não houvesse poder administrativo para tal:

Como eu lhe disse, nós não temos uma identidade, não temos um nome, a gente se dirige a quem? Quero fazer um ofício eu mando para quem? Qual o endereço? Então a CRIL ficou sendo o gestor, como se fosse o única estrutura que os gestores podiam se reportar, onde podia pautar algum tipo de reclamação, de dificuldade (Diretor Hospitalar III).

Porque nós estávamos há mais de três anos com a ausência do Estado da Bahia e de Pernambuco. Não tinha conversa, não tinha diálogo. Então, eu acho que existiu um hiato aí grande dos dois estados... a nossa rede ela foi se desmontando (Secretária Municipal de Saúde VII).

Ao contrário do que foi evidenciado em relação à atuação da CRIE, estudos apontam que em regiões onde os fóruns deliberativos são bem estruturados e com funcionamento regular, há maior possibilidade de avanços na regionalização (OUIVERNEY, 2017).

Um reflexo importante da inércia da CRIE foi a estagnação de decisões estaduais envolvendo a regulação interestadual de leitos de alta complexidade. Isso aumentou as demandas judiciais e estimulou a intervenção do Ministério Público Federal (MPF) na Região, com a convocação de audiências públicas para a retomada das agendas da Comissão:

[...] teve muitas cobranças para que fosse retomada e precisou de uma intervenção do Ministério Público. Por que intervenção do Ministério Público? Porque muita reclamação dessa questão que não tinha vaga [...] aqui parou, Bonfim parou, Paulo Afonso parou e acho que o estado não cobrou que os municípios fizessem seu papel (Secretaria Municipal de Saúde I).

As atas consultadas referiam que primeira audiência pública ocorreu em 2016, na Câmara de Vereadores de Petrolina-PE. Contou com apoio de Deputado Estadual de Pernambuco (PT), representantes da região e MPF. A pauta central era a retomada das agendas da CRIE e continuidade da implantação da Rede Interestadual. As audiências passaram a ter um papel importante na articulação dos gestores estaduais e resultou na

retomada de agenda da Comissão em outubro de 2017, mas nada avançou na articulação com a gestão federal.

A dificuldade de estabelecer estruturas deliberativas atuantes, também é uma característica presente em regiões intraestaduais. As semelhanças entre os nossos resultados com as demais regiões brasileiras dizem respeito, principalmente, à dinâmica dos espaços deliberativos, caracterizada por uma atuação predominantemente burocrática e informativa, baixa capacidade decisória, ausente coordenação dos estados e da gestão federal no apoio à política de regionalização (MELO et al., 2017; BARKER e CHURCH, 2017; MOREIRA e RIBEIRO, 2017; SILVA e MOTA, 2017).

7.9 Coerência entre o cumprimento das metas previstas pelos entes federativos e as diretrizes do projeto da Rede Interestadual de Saúde

Este tópico apresenta a análise de coerência entre o cumprimento das metas em saúde definidas pelos gestores municipais e estaduais e o projeto da Rede Interestadual. A principal fonte de consulta foram as Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG).

As ações analisadas corresponderam aquelas referentes ao período de 2010 a 2017, nos âmbitos municipal (sedes regionais Petrolina-Pe e Juazeiro-Ba) e estadual. Os anos de 2008 e 2009 foram excluídos, em função das PAS terem sido elaboradas antes das discussões oficiais do projeto político regional.

O cumprimento das metas propostas foi classificado de acordo com o seguinte critério: (a) cumprido totalmente – quanto toda a meta estipulada na Programação Anual de Saúde (PAS) era alcançada; (b) cumprido parcialmente – quando a meta estipulada para na PAS não era totalmente cumprida; (c) não cumprido – quando a meta estipulada na PAS não foi colocada em prática (Quadro 24).

O grau cumprimento das metas de saúde foi heterogêneo entre os municípios e estados que analisamos e a direcionalidade que cada ente deu às suas metas confirmam o distanciamento das agendas dos municípios e estados em relação aos propósitos que haviam sido idealizados para Rede Interestadual de Saúde (REIS).

As metas mais cumpridas pelos municípios tinham coerência com as diretrizes do projeto regional, em sua maioria, quanto ao fortalecimento da APS, a redução da mortalidade materno-infantil e a regulação integrada. As menos cumpridas se

relacionavam com as diretrizes propostas para a urgência e emergência, um dos principais pontos críticos do desenho regional.

Os RAG revelaram déficits de repasses estaduais de recursos de média e alta complexidade para os municípios, sendo necessárias contrapartidas municipais acima do teto legal estabelecido. Um exemplo foi o não cumprimento de metas de readequação, estruturação, ampliação e qualificação da tenção pré-hospitalar fixa e móvel de urgência, na Região, em virtude de atrasos dos repasses estaduais e incapacidade fiscal dos entes municipais.

Na gestão de Jaques Wagner (2007-2014) o estado da Bahia cumpriu mais metas correspondentes com as diretrizes da Rede Interestadual em relação a Pernambuco. Entretanto, essa situação se inverte com o início da Gestão Ruy Costa na Bahia, a partir de 2015.

A análise dos RAG permitiu identificar que as metas estaduais davam pouca ênfase ao projeto da Rede Interestadual de Saúde. Na Bahia, as principais eram restritas a investimentos para ampliação de um anexo ao Hospital Regional de Juazeiro (HRJ); a implantação da CRIL; a qualificações regionais em atenção materno-infantil e a gestão da PPI. Em Pernambuco, as metas envolviam o cadastramento de novos leitos hospitalares; a ampliação de SAMU; a implantação de centrais de regulação e leitos de retaguarda; articulações municipais para assinatura de COAP; oficinas itinerantes de qualificação da gestão regional e contratação de gerentes regionais de saúde.

A partir de 2015 percebeu-se um menor cuidado com o registro de informações nos RAG da Bahia, o que pode ter relação com a mudança de gestão estadual. Inexistiam informações das metas estimadas e cumpridas nos instrumentos de planejamento e gestão.

Analizamos as metas nacionais, com vista a identificar em que medida elas contemplavam ações voltadas para territórios interestaduais de saúde, mas nenhuma evidência apontou qualquer movimento direcionado a regiões com essa configuração, o que ratifica novamente a tangencialidade de espaço interestaduais na agenda da política nacional de saúde.

Quadro 24 – Coerência entre o cumprimento das metas previstas pelos entes federativos e as diretrizes do projeto da Rede Interestadual de Saúde (2010-2017)

		EENTES FEDERATIVOS																													
DIRETRIZ	EIXO DE AÇÃO	Juazeiro-Ba							Petrolina-PE							Bahia							Pernambuco								
		10	11	12	13	14	15	16	17	10	11	12	13	14	15	16	17	12	13	14	15	16	17	12	13	14	15	16	17		
Fortalecimento da AB	Expansão da ESF																														
	Estruturação da rede																														
	Qualificação do Cuidado na Atenção Básica																														
Redução da Mortalidade materno-infantil	Qualificar a atenção ao pré-natal, parto e ao recém-nascido																														
	Qualificação Profissional																														
	Gestão da informação																														
	Vigilância do óbito infantil e neonatal																														
	Mobilização Social e Comunicação																														
	Implantação do atendimento às pequenas																														

A principal meta nacional voltada para a gestão das regiões de saúde, no período que analisamos, restringiu-se à assinatura de Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP). Os RAG referiam a ocorrência de seminários regionais com essa finalidade, entre conselheiros de saúde, lideranças dos movimentos sociais, gestores estaduais das capitais, dos municípios de grande porte de cada estado, secretarias estaduais e COSEMS. Entretanto, todas as metas de implantação do COAP não foram cumpridas na maioria das regiões de saúde entre 2012 e 2017, à exceção do Ceará e do Mato Grosso. Todos os COAP assinados tiveram seus aditivos expirados em dezembro de 2016 e não foram renovados, por decisões dos fóruns deliberativos regionais e registrados nos RAG.

As dificuldades de implantação do COAP nas regiões de saúde são ratificadas por outros estudos (OUVERNEY et al., 2017; (CASANOVA et al., 2017; MENICUCCI et al., 2018; MOREIRA e RIBEIRO, 2017). No caso da RIS que investigamos, ainda que Pernambuco tenha feito movimentos de articulação política para avançar nas assinaturas do COAP, na Bahia, estudo confirmou o que evidenciamos sobre a incipiência desse processo em todo estado e ausência de assinaturas (SILVEIRA FILHO et al., 2016).

Os nossos achados são confirmados por outros estudos que destacam os processos de regionalização dependentes do ritmo e qualidade de implementação das metas e serviços de saúde, por cada ente federativo (OUVERNEY et al., 2017).

De acordo com Matus (2005) a governabilidade de projetos de governo será determinada pelo controle distinto de variáveis entre os atores responsáveis pela sua formulação ou implementação. Isso parece ter relação com o que ocorreu na RIS que estudamos, ao observarmos que as heterogeneidades do ritmo e desempenho no cumprimento das metas de importância para o projeto da Rede Interestadual foram fatores de difícil controle pelos atores que idealizaram e que tentaram implantar o desenho político regional.

Em geral, havia pouca coerência das metas dos entes federativos em relação a movimentos institucionais que eram imprescindíveis para dar concretude ao projeto da Rede Interestadual, sobretudo no âmbito estadual. Essa situação confirmou desafios para a governabilidade regional, uma vez que a implantação das suas diretrizes possuía interdependência tripartite, seja da direcionalidade seja da capacidade dos municípios, estados e União cumprirem as metas estipuladas, e isso implicou na não implantação de serviços essenciais para a operacionalização adequada do desenho regional, em todas as microrregiões de saúde.

A implantação de novos serviços de saúde prevista no desenho político regional não ocorreu de forma homogênea entre as microrregiões de saúde que analisamos (Quadro 25). Boa parte da implantação de serviços permaneceu restrita nas sedes regionais Juazeiro-Ba e Petrolina-Pe e algumas microrregiões como de Paulo Afonso e Senhor do Bonfim tiveram serviços descredenciados pela gestão estadual.

Tanto as diferenças de implantação de serviços quanto o descredenciamento de alguns deles na macrorregião Norte da Bahia resultou no desequilíbrio entre oferta procedimentos, exames, consultas e leitos e a demanda dos usuários na RIS. Os entrevistados foram unânimes em afirmar havia um importante diferença no acesso a serviços de saúde, entre as macrorregiões dos estados:

Na realidade nós hoje estamos com a nossa capacidade instalada, aqui dentro da região de Juazeiro e Petrolina um pouco esgotada. Isso devido a vários fatores. Primeiro, quando foi feita a discussão na rede, dessa capacidade instalada, ela se adequava à necessidade populacional. Porém, com o passar dos anos, com a falta de continuidade do processo, de melhoria das instalações, da ampliação dos leitos nas regiões, etc. Isso terminou esgotando a capacidade instalada dentro de Juazeiro e Petrolina. No início dos processos de discussão foi definido alguns papéis importantes dos hospitais regionais, que seria o Hospital Regional de Ouricuri, Salgueiro, Paulo Afonso e Bonfim. Salgueiro e Ouricuri avançaram, implantaram ortopedia, a obstetrícia, os leitos de UTI. Enquanto a Bahia que fazia esse serviço, que já fazia parto, vários tipos de cirurgias ortopédicas, eles se retraíram. Quando os hospitais regionais da Bahia, eles se retraem nesse processo, o que é que acontece? Acontece que a capacidade instalada aqui se esgotou (Gestora de Regulação Interestadual II).

A discrepância assistencial do estado da Bahia para o estado de Pernambuco é muito grande. Então, você está dentro de uma reunião onde você está lá como hospital que tá falando que eu tenho de 100 pacientes, 70 são da Bahia. E Bahia? Me faça alguma coisa, minha amiga! E a Bahia...? (Secretária Municipal de Saúde IV).

Diante das desigualdades regionais de implantação de serviços nas microrregiões de Paulo Afonso e Senhor do Bonfim, usuários passaram a buscar serviços de saúde nas microrregiões mais estruturadas, a exemplo de Juazeiro-BA e Petrolina-PE. Isso colaborou para a um aumento na demanda de serviços nas sedes regionais, provavelmente incompatível com a capacidade financeira dos município-sede:

Eu acho que a gente tem um problema que é: estruturar melhor os municípios. Acho que isso é importante. Fortalecer a nossa rede, que a

gente tem aqui dentro dos municípios-sede; dos municípios-polo. Então aqui para o lado da Bahia fortalecer o que eu posso, fortalecer em Juazeiro; ter um Hospital Regional funcionando, maternidade, a UPA; conseguir que a gente tenha outras referências aqui no estado da Bahia; e financiamento. Porque, assim, enquanto gestora eu já tinha noção que nós pagávamos uma conta muito cara por isso, agora eu tenho certeza. Agora eu tenho certeza. Porque, assim, nós arcamos com o que é da nossa responsabilidade e arcamos o que não é da nossa responsabilidade (Secretária Municipal de Saúde IV).

Quadro 25 – Alcance de metas relativas à implantação de serviços de saúde previstas para as microrregiões de saúde no projeto da REIS

Ações previstas no projeto da REIS	Microrregiões de Saúde de Pernambuco			Microrregiões de Saúde da Bahia		
	Petrolina	Salgueiro	Ouricuri	Juazeiro	P. Afonso	S. do Bonfim
Ampliação de cobertura populacional da ESF municipal para, pelo menos, 60%	Alcançou	Alcançou	Alcançou	Três municípios não alcançaram	Alcançou	Alcançou
Ampliação de NASF	Alcançou	Alcançou	Alcançou	Alcançou	Alcançou	Alcançou
Ampliação do SAMU	Alcançou	Não alcançou	Não alcançou	Alcançou	Alcançou	Alcançou
Implantação de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD)	Alcançou	Não alcançou	Não alcançou	Alcançou	Alcançou	Alcançou
Implantação de leitos de retaguarda	Alcançou	Sem registro	Sem registro	Não alcançou	Não alcançou	Não alcançou
Implantação de salas de estabilização	Não alcançou	Alcançou	Não alcançou	Não alcançou	Não alcançou	Não alcançou
Implantação de UPA 24 h	Alcançou	Sem registro	Sem registro	Alcançou	Alcançou	Não alcançou
Ampliação da atenção hospitalar de média e alta complexidade	Alcançou	Alcançou	Alcançou	Regrediu	Regrediu	Regrediu

Fonte: atas, entrevistas e relatórios de Grupos de Trabalho da Rede Interestadual de Saúde. Elaboração do autor (2019).

Analisou-se em que medida algumas das proposições do projeto regional sobre a implantação de serviços na Região foram alcançadas. No âmbito da APS havia proposição de ampliação da cobertura de Equipes de Saúde da Família (EqSF) para, no mínimo, 60% em todos os municípios da RIS (Figuras 11 e 12)¹⁵. Os relatórios de cobertura da APS permitiram identificar que os municípios da RIS ampliaram de forma heterogênea as EqSF e aqueles pertencentes à macrorregião de Pernambuco tiveram um desempenho melhor, onde quase todos alcançaram 100% de cobertura em comparação com o Norte da Bahia.

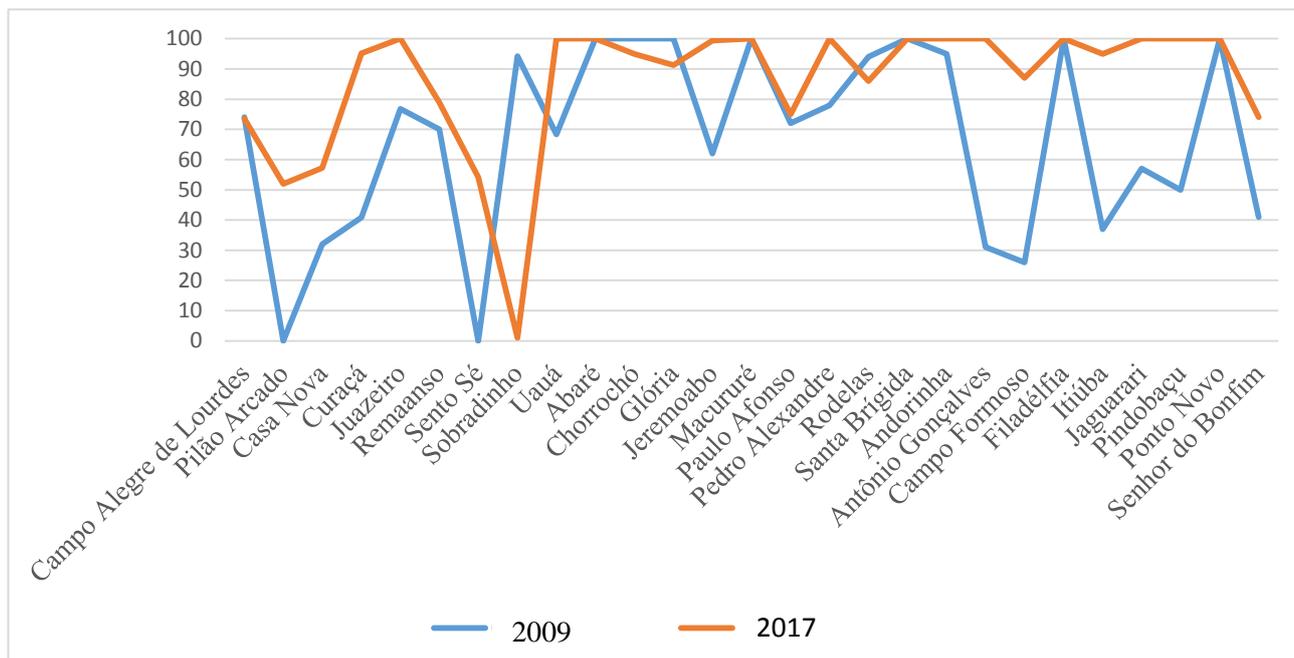
Era prevista a ampliação de Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF). Em ambas as macrorregiões dos estados ocorreu a implantação de um número superior ao previsto (Figura 13) quando comparamos os anos de 2009 e 2018.

Com relação a atenção às urgências e emergências, as metas de ampliação de SAMU, de UPA e Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) tiveram maior êxito na macrorregião Norte da Bahia, onde os serviços foram regionalizados (Figuras 14 e 15), enquanto na macrorregião de Pernambuco se manteve uma situação praticamente estacionária e com os serviços concentrados na sede (Petrolina-Pe) (Quadro 26).

Embora nas atas da CIR Petrolina fosse evidenciado que havia propostas de regionalização do SAMU, Unidades de Suporte Avançado (USA), UPA, motolâncias e ambulâncias, nada se concretizou por entrave financeiro e pela não adesão de dois municípios da microrregião (Dormentes e Orocó), ao Pacto pela Saúde. Essa adesão ao Pacto era critério de habilitação de serviços de urgência e emergência nas Portarias federais. Por outro lado, a ampliação dos leitos de retaguarda e salas de estabilização alcançaram melhor êxito em Pernambuco (Quadro 26).

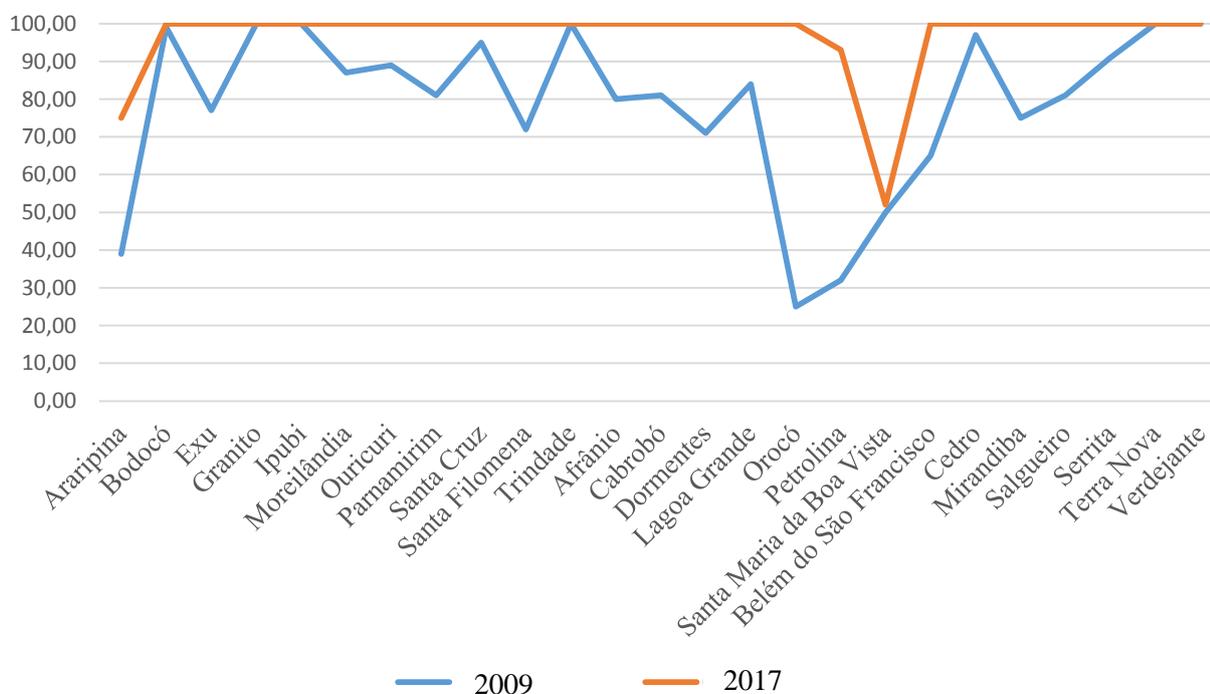
¹⁵ Nos gráficos estão apresentados dados referentes aos anos de 2009 e 2017, a título de ilustração da evolução da cobertura de APS nos municípios entre o período em que essa proposta foi idealizada no projeto da REIS e anos após seu processo de implantação, respectivamente.

Figura 11 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família nos municípios da Macrorregião Norte da Bahia (2009 e 2017)



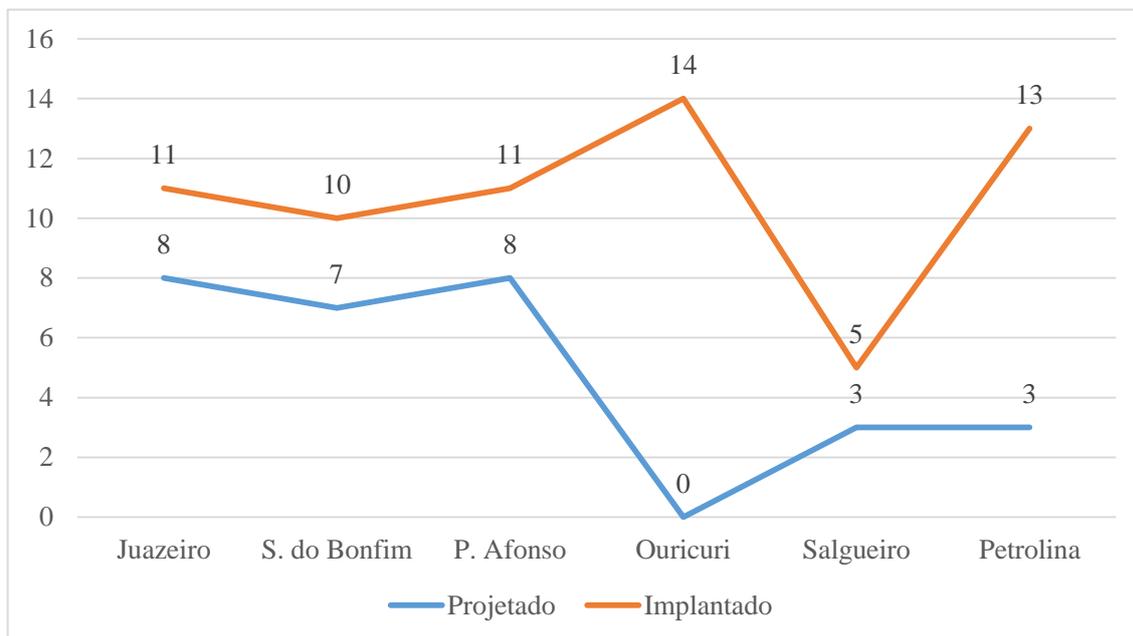
Fonte: Relatórios do Departamento de Atenção Básica – DAB/MS e Projeto de Implementação da Rede Interestadual de Saúde do Médio Vale do São Francisco. Elaboração do autor.

Figura 12 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família nos municípios da Macrorregião do Vale do São Francisco, Pernambuco (2009 e 2017)



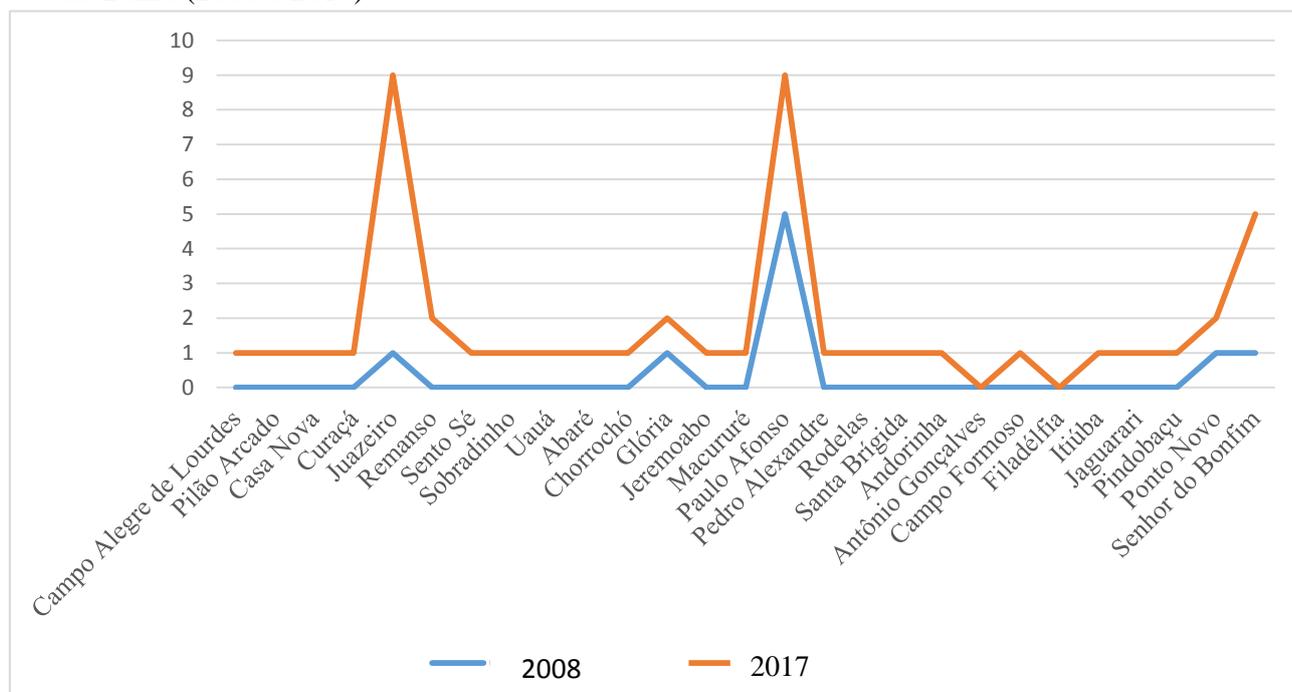
Fonte: Relatórios do Departamento de Atenção Básica – DAB/MS e Projeto de Implementação da Rede Interestadual de Saúde do Médio Vale do São Francisco. Elaboração do autor.

Figura 13 – Número de NASF projetados (2009) e implantados (2018) por Microrregião de Saúde da Rede Interestadual de Saúde



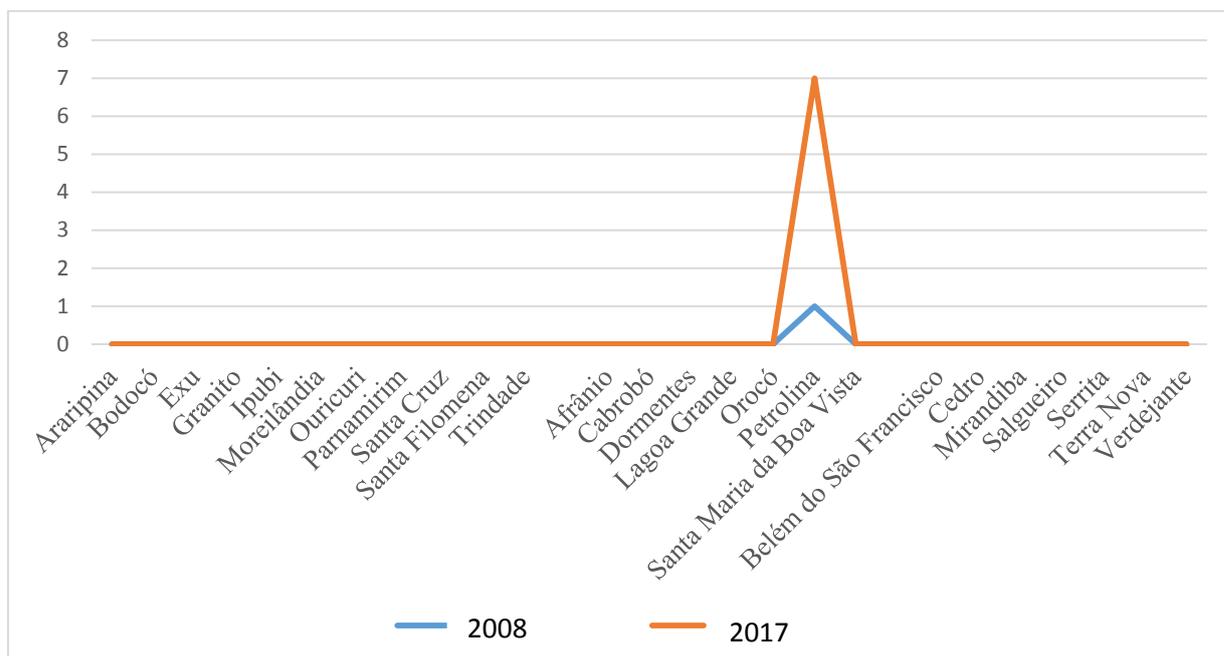
Fonte: Relatórios do Departamento de Atenção Básica – DAB/MS e Projeto de Implementação da Rede Interestadual de Saúde do Médio Vale do São Francisco. Elaboração do autor.

Figura 14 – Número de SAMU implantado nos municípios da macrorregião Norte da Bahia (2008 e 2017)



Fonte: DATASUS. Elaboração do autor.

Figura 15 – Número de SAMU nos municípios da macrorregião do Vale do São Francisco, Pernambuco (2008 e 2017)



Fonte: DATASUS. Elaboração do autor.

Quadro 26 – Outras diferenças na implantação de serviços de urgência e emergência entre as macrorregiões de saúde da Bahia e Pernambuco

Bahia	Pernambuco
Implantação do SAMU nas microrregiões de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim.	A gestão de Petrolina apresentou ao MS projeto de implantação do SAMU municipal.
Gestão dos municípios de Casa Nova, Senhor do Bonfim, Chorrochó, Curaçá e Juazeiro implantaram UPA.	Gestores da CIB aprovaram implantação de UPA em Petrolina.
Gestores da CIB aprovaram implantação de UPA no município de Paulo Afonso.	Implantação de UPA 24h sob gestão estadual, em Petrolina.
Habilitação de uma equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar na Região de Senhor do Bonfim, nos municípios de Campo Formoso, Filadélfia, Itiúba, Jaguarari e Pindobaçu.	A gestão de Cabrobó apresentou à CIR projeto de implantação de uma UPA 24H.
Foram habilitadas duas equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar no município de Juazeiro.	Em 2011 o HU-UNIVASF foi habilitado como porta de entrada hospitalar de

	urgência e emergência estratégica para o desenho da RUE da Região de Petrolina.
-	Em 2011 foram habilitadas duas equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar em Petrolina.
-	A gestão estadual aprovou leitos clínicos de retaguarda na RUE para atendimento à demanda espontânea e/ou referenciada, nos atendimentos de média complexidade e oferta de procedimentos diagnósticos.

Fonte: Relatórios de Grupos de Trabalho de Implementação da Região Interestadual (2016). Elaboração do autor.

A falta de investimentos estaduais para a ampliação de serviços de saúde nas microrregiões do Norte da Bahia comprometeu a oferta de leitos de alta complexidade, de modo que as microrregiões do Vale do São Francisco de Pernambuco passaram a absorver maior parte da demanda hospitalar da RIS:

A Bahia hoje só resolve 16% dos problemas de saúde dessa área, 84 % tá dentro de Pernambuco . Ou seja, é uma frustração que por mais reunião que aconteça, já houve auditoria, já houve audiências públicas convocadas pela promotoria; pelo Ministério Público...já tivemos reunião com a SESAB... é só reunião! Tem uma prevista para quarta-feira, mas não consegue mais andar (Gerente Regional de Saúde II).

Você não quer se decepcionar com a rede PEBA, mas Pernambuco sustenta a rede PEBA. Nós sustentamos a Bahia. A Bahia não se envolve nos problemas; a Bahia não participa nem de reuniões quando é marcada. Você pode perceber que tudo de alta complexidade fica em Petrolina porque lá não há a contrapartida. Nós temos uma maternidade em Juazeiro que é de médio e baixo risco. Mesmo assim, nós atendemos pacientes deles aqui. Por qualquer motivo eles fecham o plantão e nos só fechamos o plantão se por acaso o teto cair (Diretor Hospitalar I).

Na microrregião de Juazeiro-BA, segundo relatórios da CRIL, houve mudança contratual com importante serviço de referência em ortopedia hospitalar e isso resultou na redução importante da produção de procedimentos em ortopedia, mensalmente:

Mudou o contrato que havia. Antes o Serviço de Ortopedia e Traumatologia (SOTE) tinha convênio com o município de Juazeiro e isso foi transferido para a SESAB. Então o estado da Bahia ficou com ortopedia, puxou a ortopedia, tá certo? E contratualizou com a SOTE. Reduziu em média 50% do que antes tinha de ortopedia para a região (Gerente de Regulação Municipal).

A natureza administrativa dos hospitais regionais também foi um fator impeditivo para a ampliação de serviços nas microrregiões de saúde. Em Pernambuco foram ampliados, de forma importante, hospitais de caráter público e maioria em gestão direta. Na Bahia, predominava oferta de leitos contratualizados entre a SESAB e serviços privados ou entidades filantrópicas e o mais importante hospital público da macrorregião se encontrava em gestão indireta. Essas diferenças resultaram em limitações de governabilidade das Secretaria Estadual de Saúde da Bahia para ampliação dos serviços na RIS, como ocorreu nas microrregiões de Senhor do Bonfim e Paulo Afonso:

Olhe, a SESAB por diversas vezes teve por dentro do Senhor do Bonfim; tiveram várias reuniões lá com o prefeito, com o secretário de saúde, tentando ver o que o estado poderia fazer como parceria para que melhorasse o funcionamento desse hospital. Porém houve uma desistência porque não viram dos gestores locais uma receptividade, em relação a isso [...] a mesma coisa está acontecendo com Paulo Afonso. Paulo Afonso também é... a SESAB não conseguiu entrar, por quê? O Hospital era da CHESF (Gestora de Regulação Interestadual II) .

Nesse sentido, a SES-PE teve menos resistências para implantação de novos leitos hospitalares, porque a maioria das suas unidades pertencia à rede própria. A SESAB possuía hospital próprio apenas em Juazeiro-BA, o que dificultou negociações entre gestores estaduais e gerentes dos hospitais privados e filantrópicos, para ampliar leitos e incluí-los como executantes da Rede Interestadual para atender a demandas da Região.

Os RAG da Bahia permitiram confirmar que havia, de fato, déficit de leitos nas microrregiões de Paulo Afonso e Senhor do Bonfim e poucos investimentos concentrados para ampliação de leitos apenas na microrregião de Juazeiro. De acordo com os relatórios, o Norte do estado era segunda macrorregião com maior déficit de leitos e desde 2013 esse déficit havia aumentado. Estudos na Bahia confirmaram esse achado sobre a região Norte apresentar um importante déficit de leitos hospitalares (SANTOS e ASSIS, 2017; TELES, et al., 2016).

Os nossos achados foram semelhantes sobre a redução do número de leitos hospitalares em outras regiões de países como a Itália, o Japão e a República do Congo (TUNG e CHANG, 2016; SION et al., 2015; GUIDETTI et al., 2014) e a praticamente em todas as regiões brasileiras (DE NIGRI, 2016; ALBUQUERQUE et al., 2017; MARTINELLI, VIANA e SCATENA, 2014). De acordo com outros autores, essa

redução de leitos é uma consequência da pouca ou ausente estrutura de oferta pública em média e alta complexidade nas regiões de saúde (JACCOUD e VIEIRA; 2018).

Além dos desafios aqui apontados para a implantação de novos serviços nas microrregiões de saúde, vale assinalar três questões importantes sobre a RIS que estudamos. Primeiro, o diagnóstico regional realizado em 2009 permitiu aos gestores regionais identificarem que as microrregiões já possuíam déficit de leitos hospitalares antes da formulação do projeto político regional; segundo, as referências hospitalares definidas entre os gestores municipais, estaduais e de regulação interestadual não tiveram os investimentos estruturais indispensáveis à demanda dos usuários da Região; e terceiro, a falta de novos recursos financeiros federais para a Região constrangeu a capacidade financeira dos estados para realização desses investimentos indispensáveis.

As desigualdades regionais na implantação de serviços de saúde aqui evidenciadas se apresentaram como obstáculos importantes para governabilidade na RIS. Quanto mais desigual é a oferta de serviços nas microrregiões de saúde mais difícil será para os gestores municipais e estaduais darem respostas oportunas para necessidades de saúde distribuídas de forma tão desigual nos territórios (VIANA et al., 2016; OUVENEY et al., 2017), assim como colabora para barreiras de acesso dos usuários em serviços de média e alta complexidade (MACHADO, 2013), como evidenciamos nas microrregiões de Paulo Afonso-BA e Senhor do Bonfim-BA.

Diante da oferta desigual de serviços de saúde em algumas microrregiões da RIS que estudamos, cabe destacar outra problemática levantada por autores que assinalam sobre a política brasileira de austeridade fiscal comprometer, mais ainda, a capacidade financeira dos estados e municípios em investir na ampliação de novos serviços nas regiões de saúde (REIS et al., 2017). É possível que essa situação possa aprofundar as desigualdades regionais na oferta de serviços que encontramos na Região pesquisada.

Em suma, na Região houve uma importante desigualdade no alcance das metas projetadas pelos entes federativos para o setor saúde e na implantação de serviços entre as microrregiões de saúde, o que resultou em importantes desigualdades de oferta e resolutividade entre as macrorregiões da Bahia e de Pernambuco.

7.10 A baixa governabilidade da gestão para regular leitos na Região Interestadual

No desenho político regional havia a proposta de implantação de uma Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) hospitalares. Essa regulação deveria ser gerenciada por representantes de ambos os estados e contemplava, principalmente, leitos de alta complexidade em urgência e emergência. Os fluxos estabelecidos para a regulação interestadual foram pactuados ente os gestores e profissionais da CRIL, gestores municipais, estaduais e gerentes de unidades executantes e solicitantes. Havia um fluxo definido para o encaminhamento de usuários entre cada unidade hospitalar.

Diversos obstáculos foram identificados para a gestão operacionalizar a regulação interestadual de leitos. Dentro os principais, podemos destacar aqueles que variaram da oferta desigual de leitos nas microrregiões de saúde, ausência de sistema de regulação integrado e a natureza administrativa das principais unidades executantes da RIS (Quadro 27).

Esses obstáculos limitaram a capacidade administrativa dos gestores e profissionais da CRIL para regular fluxos de usuários entre as principais referências hospitalares, gerando desde uma importante demanda reprimida de usuários à desorganização dos fluxos de encaminhamentos previamente estabelecidos entre gestores da Central Reguladora e os gestores municipais e gerentes dos serviços.

Quadro 27 – Principais impasses sobre a governabilidade da gestão na regulação interestadual de leitos

Impasses	Implicações
Insuficiente oferta de leitos de alta complexidade nas microrregiões de saúde.	Importante demanda reprimida nos hospitais de Juazeiro/Petrolina e aumento do tempo de resposta da CRIL.
Baixo poder político dos gestores da CRIL sobre as decisões praticadas entre gestão estadual e prestadores privados e filantrópicos.	Os fluxos pactuados entre a CRIL, gestores municipais e estabelecimentos executantes eram desrespeitados.
Gestores da CRIL tinham baixa autonomia sobre decisões envolvendo	As decisões ocorriam em prol dos interesses dos gerentes dos hospitais e

Impasses	Implicações
leitos em unidades hospitalares privadas, filantrópicas ou em gestão indireta.	detrimento das necessidades regionais levantadas pelos profissionais da CRIL.
A CRIL não possuía autonomia para implantar novos leitos hospitalares nas microrregiões de P. Afonso e S. do Bonfim como executantes da RIS.	Hospital regional das microrregião de S. do Bonfim foi incluído tardiamente como executantes da RIS e o da microrregião de da P. Afonso não foi incluído.
Insuficiência de pessoal no HU-UNIVASF.	Alta taxa de permanência hospitalar e importante demanda reprimida para regulação em emergências neurológicas e de traumatologia.
Fechamento de serviços nas microrregiões de saúde da Bahia (sobretudo P. Afonso e S. do Bonfim).	Aumento da demanda de usuários de alta complexidade para unidades hospitalares de Juazeiro e Petrolina.
Falta de investimentos estaduais para serviços nas microrregiões de saúde da Bahia.	Impediu a manutenção e ampliação de leitos hospitalares no Norte do estado.
Mudanças contratuais, de perfil dos serviços e descredenciamentos no Norte da Bahia.	Redução de capacidade de oferta em procedimentos de alta complexidade na macrorregião Norte.
Baixa resolutividade dos hospitais regionais de pequeno porte.	Superlotação das unidades de urgência e emergência de Juazeiro e Petrolina.
Ausência de um sistema integrado entre unidades executantes e solicitantes.	Inviabilizava o monitoramento em tempo real do fluxo de usuários regulados, facilitava interferências políticas e perda de procedimentos.
Falta de implantação de sistemas logísticos informatizados.	Frágil sistema de referência e contrarreferência.
Encaminhamento de usuários fora dos fluxos estabelecidos.	Aumento da demanda reprimida nas emergências hospitalares das sedes regionais.
Inércia da CRIE.	Colaborou para estagnação de decisões sobre a ampliação de leitos na Região.

Impasses	Implicações
Aumento da população regional que não foi acompanhado pela implantação de novos serviços de média e alta complexidade na Região.	Aumento da demanda na regulação interestadual de urgência e emergência

Fonte: entrevistas e análise documental. Elaboração do autor (2019).

A ampliação de serviços de atendimento às urgências, como leitos hospitalares, foi uma proposta idealizada no projeto político regional. Contudo, mesmo após alguns anos de formulação do projeto regional, os RAG da Bahia apresentavam registros onde confirmamos que os leitos hospitalares do estado eram concentrados na capital e Região Metropolitana. A macrorregião que estudamos, assim como a Oeste e Nordeste possuíam menos de 2,0 leitos por 1.000 habitantes. Essa era uma informação concordante com o registro de atas da CRIE.

A RIS possuía uma oferta leitos aquém das demandas de usuários para o serviço de regulação interestadual. Boa parte dos leitos hospitalares da Região estava distribuída em Juazeiro-BA e Petrolina-PE em detrimento das demais microrregiões de saúde:

A CRIL não tem dificuldade no processo de regulação. O problema é o déficit de vagas, pois não temos garantia que o Regional de Juazeiro irá realizar as cirurgias de traumatologia-ortopedia que foram contratualizadas. Não temos como ampliar as cirurgias da SOTE; retomar as cirurgias do hospital em S. do Bonfim; regular paciente para o hospital da CHESF em Paulo Afonso, etc. Se não houver o serviço, não tem como regular” (Gestora de Regulação Interestadual II).

Os impasses sobre a oferta desigual de leitos nas microrregiões de Senhor do Bonfim e Paulo Afonso foram justificados em atas da CRIE. No primeiro caso, havia entraves políticos de negociação entre a SESAB e a gestão municipal, pelo fato de o único hospital da cidade ser filantrópico e se encontrar sob intervenção do município há mais de uma década. O segundo caso se referia ao fato do Hospital Regional de Paulo Afonso ser privado e de propriedade da Companhia Hidrelétrica do São Francisco (CHESF), o que inviabilizava qualquer tipo de financiamento público ou doação para SESAB. Ambas as situações impediram, desde o período de formulação do projeto regional, a ampliação de leitos e a inclusão desses estabelecimentos como unidades executantes e reguladas pela gestão da CRIL.

A inexistência de um sistema de regulação interestadual integrado dificultava a padronização do processo regulatório de usuários entre unidades executantes de ambos os estados:

Então, o que é que ocorre? A gente tem um sistema que é nacional, que é o SISREG, então, todos foram capacitados, todos utilizam. Porém, vamos dizer, a gente precisa regular uma nebulização, que a gente não faz aqui ainda. Então, quando o HU, que é referência de alta complexidade solicita para gente, a gente inclui tanto na Bahia, como em Pernambuco, nas centrais estaduais, que são outros sistemas. Então, na Bahia a gente utiliza o SUREN e em Pernambuco a gente utiliza para leito de UTI o SISREG, mas pra urgência e emergência é por e-mail. Então a gente utiliza vários sistemas e eles não se falam, não tem interação por unidade. Então, isso também é um dificultador do processo de regulação daqui (Gerente de Regulação Municipal).

Identificamos nos documentos analisados de Pernambuco, que dos sete hospitais de referência, quatro eram de natureza pública. Na Bahia, dos sete hospitais regionais, seis não eram públicos e o único pertencente à rede própria se encontrava em gestão indireta por uma instituição filantrópica. Cabe salientar, ainda, que uma das principais unidades de alta complexidade da Região era gerenciada pela EBSEH.

Diante da importante concentração de leitos em estabelecimentos privados, filantrópicos ou em administração indireta, os gestores da CRIL não possuíam poder administrativo suficiente para impedir decisões arbitrárias dos gerentes hospitalares e que resultavam na desorganização dos fluxos de regulação interestadual. Não havia nenhum controle dos gestores de regulação sobre essa variável.

A partir das análises de atas da CIR, percebeu-se que havia uma assimetria de informações entre os gerentes hospitalares, gestores e médicos reguladores da CRIL. Como exemplo, pode-se citar constantes paralisações no Hospital Regional de Juazeiro e decisões arbitrárias dos dirigentes do HU-UNIVASF sobre a criação de novos fluxos de regulação interestadual internos ao hospital, sem a devida comunicação aos profissionais da central reguladora. Os gestores do HU-UNIVASF adotaram novas regras de acesso de usuários regulados para o hospital, de modo a restringir a regulação daqueles que não se enquadravam no perfil clínico de interesse da administração do estabelecimento. Em ambos os casos ocorria desorganização dos fluxos pactuados entre a CRIL e colegiados deliberativos regionais.

Diante do que evidenciamos sobre a influência de prestadores privados na dinâmica da regulação regional, cabe destacar que essa situação implicava em um baixo poder administrativo para os gestores da CRIL e médicos reguladores. A Região representava

para eles, uma ambiente de incertezas, com limitada capacidade decisória sobre os fluxos de regulação interestadual. Essa é uma característica comum a regiões onde há predominância de leitos privados e em gestão indireta como identificado em outros estudos (SANCHO et al., 2017; ALMEIDA; LIMA, 2017).

Alguns artigos destacaram que há uma certa utopia em idealizar redes regionalizadas com entes federativos subordinados a interesses dos prestadores privados e filantrópicos, em virtude dessa dependência pública em relação aos prestadores reduzir a governabilidade dos gestores de regulação assistencial (SILVEIRA et al., 2016; REIS et al., 2017; ALMEIDA; LIMA, 2017).

Muitos hospitais de pequeno porte nos municípios menores não possuíam resolutividade no caso de usuários em situação de baixa urgência, o que colaborava a ocorrência de muitos encaminhamentos de baixa complexidade para unidades de alta complexidade, sem respeito aos fluxos de regulação interestadual. Tratava-se de uma dinâmica corriqueira na Região, que segundo os entrevistados, havia sido naturalizada pelos gestores e classificada por alguns como “ambulancioterapia”.

Nas atas da CRIE era recorrente o registro de encaminhamentos de usuários por gestores municipais e de unidades solicitantes, em discordância com os fluxos estabelecidos pela CRIL. Boa parte desses encaminhamentos acontecia sem regulação médica e com informações divergentes do quadro clínico, o que aprofundava conflitos entre médicos reguladores, gestores municipais e hospitalares.

A dificuldade de compatibilizar fluxos de regulação pactuados com fluxos informais paralelos se mostrou um entrave à implantação da regulação interestadual de leitos. Essa característica encontrada em nosso estudo foi ressaltada em outras pesquisas, em que a regulação regional tinha obstáculos semelhantes quanto a encaminhamentos de usuários de municípios menores para hospitais de referência de alta complexidade, em desobediência aos critérios de regulação assistencial estabelecidos (CAVALCANTI e SPINELLI, 2014; VIANNA et al., 2018; MELLO et al., 2017). Para alguns autores, isso caracteriza a regulação assistencial como um grande desafio na regionalização, onde a informalidade de fluxos se mostra mais corriqueira do que o acesso regulado institucionalmente (GOYA et al., 2017)

Existia um baixo controle dos gestores da CRIL sobre as interferências políticas de médicos nas disputas pelo acesso a leitos de alta complexidade na RIS:

Quando um médico de uma unidade hospitalar é amigo de um médico de outra unidade hospitalar, isso atrapalha. Porque o médico garante o acesso daquele paciente e nega a central. Isso atrapalha. Isso a gente não consegue ter gestão sobre isso (Gestora de Regulação Interestadual II).

Nas atas da CIR era comum o registro de pressões políticas de prefeitos e secretários municipais sobre a CRIL, no sentido de culpabilizar os profissionais da regulação pelas dificuldades de acesso aos leitos hospitalares. Interferências políticas nos serviços de regulação assistencial se trata, segundo estudo, de um dilema político que reflete interesses dos prefeitos e secretários em garantirem a manutenção da satisfação do eleitorado no seu território (MACHADO, 2013).

Além dos impasses aqui apontados, os relatórios da CRIL permitiram concluir que o descompasso entre a demanda de usuários e a oferta de leitos na RIS era um obstáculo que produzia constrangimentos gerenciais na regulação interestadual. Segundo os relatórios, a população regional apresentou crescimento de 7% (149 mil pessoas), que não foi acompanhado na mesma velocidade pela ampliação de leitos de alta complexidade.

Os obstáculos de regulação interestadual identificados em nosso estudo foram semelhantes a desafios de regulação do acesso em outras regiões de saúde, ainda que com configurações intraestaduais. As semelhanças com nossa pesquisa foram referentes a insuficiente oferta de leitos de alta complexidade (GABELO et al., 2017; CAVALCANTI e SPINELLI, 2014); a inexistência de um sistema de regulação integrado (SILVA, 2013); a interferência dos prestadores privados e filantrópicos na governabilidade dos gestores de regulação (CAVALCANTI e SPINELLI, 2014; SANCHO et al., 2017; ALMEIDA; LIMA, 2017); e a interferências políticas de prefeitos e secretários de saúde nos fluxos assistenciais (KEHRIG et al., 2015; CAVALCANTI e SPINELLI, 2014) (SILVEIRA et al., 2016; SANTOS, 2018; CUNHA e SOUZA, 2017).

Havia diversos desafios para consolidar a gestão da regulação interestadual de leitos na RIS que estudamos. Os entraves de governabilidade dos gestores de regulação interestadual e profissionais da CRIL refletiram o baixo controle desses atores, sobre variáveis envolvendo disputas de poder entre grupos políticos, empresariado regional e instituições responsáveis pela gestão indireta dos principais serviços de referência hospitalar.

Em suma, os obstáculos ao processo de implantação do desenho regional representaram entraves importantes para a consolidação dos propósitos idealizados para Rede Interestadual de Saúde e, portanto, os atores responsáveis pela sua implementação

tiveram pouco controle de variáveis decisivas para operacionalizá-los. Isso vai ao encontro do que Matus (2005) explicita, sobre a governabilidade de propósitos dependerem do controle de diversas variáveis políticas e institucionais para que um projeto alcance sua viabilidade institucional.

8. A CAPACIDADE DE GOVERNO NA REGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE

Identificamos alguns fatores que interferiram na capacidade de governo dos gestores municipais e estaduais para governar a Região Interestadual de Saúde.

Os gestores das comissões deliberativas regionais tinham baixo poder decisório e a atuação dos colegiados era predominantemente burocrática e informativa, com interferências externas de atores influentes na RIS.

As decisões estaduais ocorreram desarticuladas do projeto da REIS e assumiram um foco local, onde as Secretarias Estaduais de Saúde não conseguiam estabelecer mecanismos ou meios para integrar decisões coerentes com uma política interestadual de saúde. A SES possuíam desigualdades de capacidade de governo e a Bahia se destacou por ter diminuído de forma expressiva essa capacidade com a extinção de estruturas administrativas regionais. A seguir, destacaremos cada uma das questões apresentadas acima.

8.3 Baixa capacidade deliberativa das Comissões Intergestoras Regionais

Foram analisadas atas das CIR Petrolina-PE e Juazeiro-BA. Identificamos importantes diferenças na atuação das comissões deliberativas. Elas variaram da regularidade do cronograma de reuniões à frequência de supressão de pautas, arquivamento dos registros das discussões e definição dos pontos de pauta.

Identificamos semelhanças importantes entre as Comissões que analisamos, principalmente sobre a baixa capacidade deliberativa dos gestores, o que se refletia em uma atuação predominantemente influenciada pela gestão estadual, com pautas frequentemente burocráticas e discussões reduzidas a informes.

Havia frequente divergência entre pautas e discussões, de modo que pontos importantes para a gestão da RIS eram suprimidos em detrimento da introdução de outros debates alheios às decisões indispensáveis para implantação da Rede Interestadual.

A decisões dos colegiados eram influenciadas de forma recorrente por atores externos como prestadores, empresários, organizações da administração indireta ou mesmo por atores internos, sobretudo gestores municipais das cidades-sede, através de decisões unilaterais (Quadro 28).

Quadro 28 – Características da atuação das Comissões Intergestoras Regionais de Petrolina-PE e Juazeiro-BA

Característica institucionais	Petrolina-PE	Juazeiro-BA
Cronograma de reuniões	Mais regular	Irregular
Supressão de pautas	Pouco frequente	Frequente
Arquivamento de atas e registro de informações	Sistematização de todas as atas de forma digital	Sistematização das atas com poucos detalhes das deliberações e várias delas não forma localizadas
Definição das pautas	Predominantemente induzida pela representação estadual	Predominantemente induzida pela representação estadual
Atuação da comissão	Centrada em informas e poucas deliberações	Centrada em informas e poucas deliberações
Foco das discussões	Questões Administrativas e burocráticas	Questões administrativas e burocráticas
Divergência entre pautas e discussões	Recorrente	Recorrente
Correspondência das decisões com diretrizes do projeto da REIS	Discussões mais coerentes com a REIS	Discussões menos coerentes com a REIS
Participação dos gestores municipais nas discussões	Gestores mais participativos	Gestores menos participativos
Influência de decisões unilaterais de municípios-sede	Recorrente	Recorrente
Influência de decisões unilaterais externas	Recorrente	Recorrente
Influência de prestadores privados	Recorrente	Recorrente

Fonte: atas das CIR Juazeiro e Petrolina. Elaboração do autor (2019).

Os gestores municipais das CIR pouco definiam as pautas de discussões das reuniões. Frequentemente as pautas eram induzidas ou delimitadas pelas representações estaduais. A análise dos temas de pauta permitiram concluir que entre 2015 a 2017 pouco foi discutido sobre o projeto político da Rede Interestadual, confirmando o vazio decisório que identificamos nas entrevistas (Quadro 29).

O perfil de atuação das Comissões possuía baixa capacidade deliberativa e predominava reuniões com caráter informativo, decisões centradas no âmbito local e em aspectos administrativos/burocráticos. Havia frequente divergência entre as pautas e deliberações nos dois colegiados, o que parece indicar que nem mesmo a manutenção dos pontos definidos para discussão tinham viabilidade institucional.

Quadro 29 – Frequência dos temas das pautas das CIR Juazeiro-Ba e Petrolina-Pe

Temas de pauta	CIR Juazeiro			CIR Petrolina		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Regimento interno e aprovação de atas	1	0	0	0	0	1
Portarias, resoluções e outras	1	0	0	1	4	2
Composição de Câmara Técnica e grupo de trabalho	2	1	0	4	1	5
Cronograma de reuniões	2	0	1	2	1	1
Eleição de representação	0	0	3	2	0	1
Acesso a serviços de saúde	0	0	0	1	3	3
Habilitação de gestão municipal	0	0	2	0	0	0
Aquisição de equipamentos	0	0	0	0	0	0
Transição HUT para UNIVASF	0	0	0	0	0	0
Atenção Básica	3	1	1	9	10	6
Urgência e Emergência	4	5	5	1	4	3
Conferência de Saúde	2	0	1	1	0	1
Regulação assistencial	2	2	0	5	5	7
Consórcio de Saúde	1	0	0	0	0	0
Políticas de saúde	0	0	0	0	1	2
Pactuações	2	0	5	1	4	4
Acidentes e violência	0	0	0	0	2	1
Arboviroses e microcefalia	1	3	0	1	11	1
Atenção especializada	1	3	10	3	4	6
Cirurgias eletivas	1	0	0	0	0	4

Credenciamento de serviços	0	1	2	1	1	0
Rede Cegonha	0	1	0	0	0	0
Vigilância em saúde	1	0	0	5	4	5
Sistemas de informação	0	1	0	0	0	0
Pesquisa Científica	1	0	1	0	0	0
Doenças infecciosas	0	0	0	1	7	3
Educação permanente, cursos e eventos	1	2	0	9	3	7
Financiamento	0	7	0	0	3	1
Transporte sanitário	0	1	0	0	0	0
Emenda Parlamentar	0	0	1	0	0	0
Atenção materno-infantil	0	0	0	4	5	6
QualiSUS-Rede	0	0	0	0	0	0

Fonte: atas das consultadas (2015-2017). Elaboração do autor.

A incoerência entre as pautas e deliberações das Comissões e as diretrizes do projeto de implementação da Rede Interestadual parece sinalizar que houve um certo distanciamento das decisões regionais nos colegiados, necessárias para garantir a continuidade do processo de implantação do desenho político regional (Quadro 30).

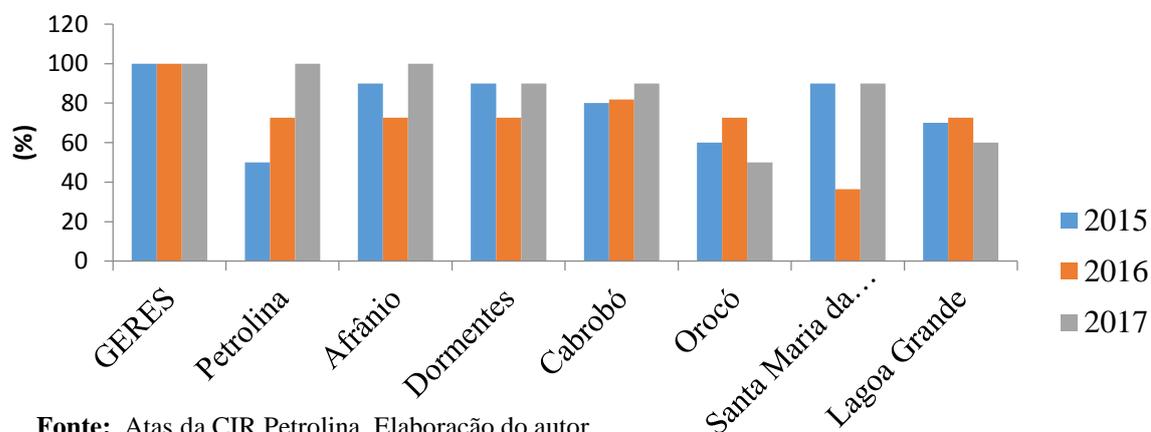
Representantes estaduais e coordenadores das CIR exerciam maior liderança nos colegiados, influenciando diretamente as deliberações, pela sua boa capacidade argumentativa e por possuírem informações privilegiadas do nível central estadual. Constantemente, colocava-se em pauta votações com motivações políticas e de caráter emergencial, que eram aprovadas compulsoriamente, por vezes, sem obtenção de consenso dos demais representantes municipais.

Secretários Municipais de Saúde pouco participavam das discussões e assumiam postura de ouvintes (mais evidente na CIR Juazeiro-BA). Raros posicionamentos de secretários municipais ocorriam apenas em disputas financeiras.

Os secretários municipais de saúde das CIR não tinham acesso a informações sobre contratos de gestão entre Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e instituições da administração indireta, responsáveis pela gestão de hospitais regionais importantes na RIS. Isso afetava diretamente a capacidade de decisão nos colegiados. Um exemplo se referiu ao contrato da SESAB com a instituição que gerenciava o Hospital Regional de Juazeiro-Ba. Havia pouca clareza sobre os valores contratuais e o motivos pelos quais o estabelecimento se encontrava com problemas de manutenção de equipamentos, insumos e pagamento de pessoal. Esse era um ponto de muitos conflitos entre os gestores municipais e a SESAB.

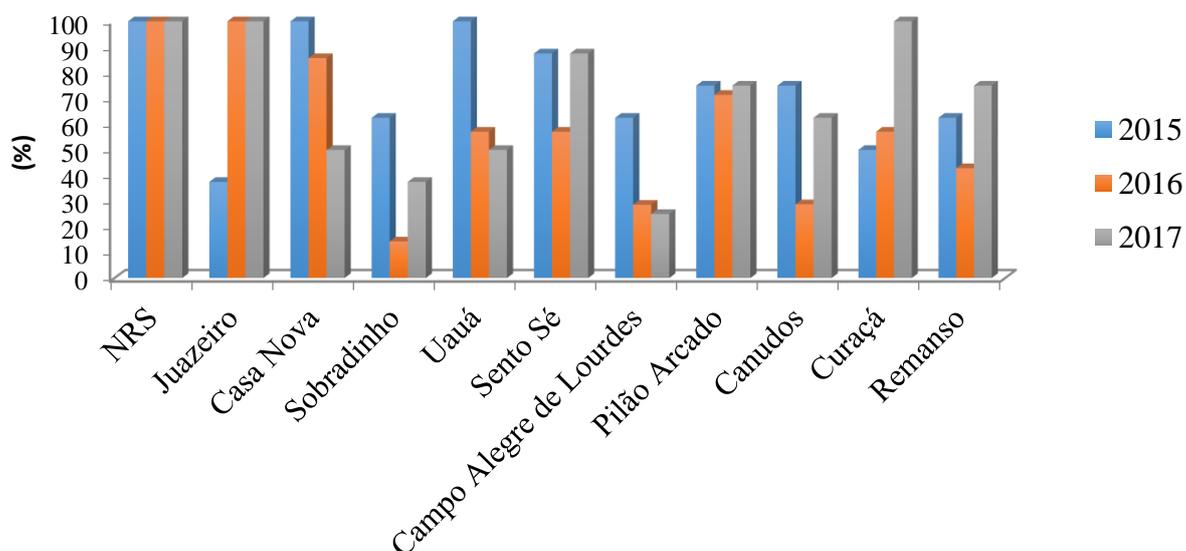
As Comissões apresentavam ausência constante de representantes municipais, inclusive das sedes macrorregionais (Juazeiro e Petrolina). Pouquíssimas reuniões contavam com a presença de todos os secretários da microrregião de saúde. Essa falta de assiduidade dos gestores se constituía como impasse para deliberações importantes na Região. Justificativas registradas em atas sinalizavam mudanças de calendário das reuniões como responsáveis pelo absenteísmo dos gestores (Figuras 16 e 17).

Figura 16 - Frequência relativa dos gestores nas reuniões da CIR Petrolina-Pe (2015 a 2017)



Fonte: Atas da CIR Petrolina. Elaboração do autor.
GERES - Gerência Regional de Saúde

Figura 17 - Frequência relativa dos gestores nas reuniões da CIR Juazeiro-Ba (2015 a 2017)



Fonte: Atas da CIR-Juazeiro. Elaboração do autor.
NRS - Núcleo Regional de Saúde

A capacidade deliberativa das CIR era determinada por desigualdades de poder político e administrativo entre os gestores municipais. Representações dos municípios decidiam de forma arbitrária sobre pautas importantes para a Região, sem haver consenso de todos os gestores das Comissões. Dois exemplos poder ser citados: o primeiro referente à decisão da SMS de Juazeiro-BA em descredenciar um dos poucos

serviços especializados de ortopedia e traumatologia na Região, alterando completamente o fluxo pactuado; o segundo relativo à decisão da SMS Petrolina-PE em declinar com a implantação do SAMU regional que havia sido pactuada.

Decisões externas às Comissões também influenciavam a atuação das CIR. Ainda que os gestores divergissem de tais decisões, não havia poder político suficiente para impedir que essas influências externas prevalecessem em relação aos interesses do colegiado. Um exemplo ocorreu com decisões arbitrárias da direção do HU-UNIVASF, sobre a criação de critérios de regulação internos e paralelos aos existentes e institucionalmente pactuados entre os gestores municipais e a Central Reguladora.

O espaço das CIR se caracterizava como uma arena de disputas de prestadores privados para negociar contratos ou convênios na Região. Existia um “jogo” de poder econômico constante. A principal via de influência dos prestadores privados nas CIR se dava em participações nas reuniões ordinárias. Eles possuíam espaço garantido pelo próprio colegiado para argumentar e tentar obtenção de consenso dos gestores municipais, pela aprovação de contratos com serviços especializados. Exemplos de algumas situações estão sumarizados no Quadro 31.

Quadro 31 – Principais disputas envolvendo prestadores privados nos espaços deliberativos das CIR Juazeiro-BA e Petrolina-PE (2015-2017)

Prestador	Motivação	Impasse	Posição dos representantes da CIR
Clínica Oftalmológica A	Habilitação de serviços voltados ao glaucoma	Não se enquadrava nos critérios estaduais de habilitação	- Membros da CIR decidem orientar o prestador para se adequar aos critérios - Após adequação do prestador aos critérios foi aprovada sua contratação
Clínica Oftalmológica B	Habilitação de serviços voltados ao glaucoma	-	- Havia articulação prévia e pouco transparente entre o

			prestador e representantes da SESAB nas CIR Juazeiro - Foi deliberado o credenciamento por unanimidade
Instituto Beneficente A	Celebrar a contratualização de serviços de rastreamento do câncer de mama	O Instituto alegava ações de rastreamento paralelas e desconexas com SESAB e desejava dominar a realização dos serviços na Região	- Representação estadual decidiu unilateralmente levar o pleito do Instituto para as CIR da região de P. Afonso. S. do Bonfim, CIB-BA e COSEMS-BA.

Fonte: atas das CIR Juazeiro e Petrolina. Elaboração do autor (2019).

A RIS que analisamos apresentou algumas semelhanças com outras regiões onde os espaços deliberativos possuíam baixa institucionalidade e seu perfil era predominantemente formalista e burocrático (GARBELO et al., 2017; MELLO et al., 2017; CARVALHO et al., 2017); com predomínio de influência das representações estaduais sobre as pautas e assimetrias de poder entre os gestores, sobretudo no Norte e Nordeste (MACHADO et al., 2014; CARNEIRO et al., 2014; VIANNA et al., 2017; PEREIRA, 2017); ocorrência de disputas entre atores internos e externos aos colegiados (FRANZESE e ABRUCIO, 2013; SANTOS, 2018) e gestores pouco articulados e atuantes na definição das pautas das CIR (SCATENA et al., 2014).

As evidências sobre a baixa capacidade deliberativa das CIR na Região apontam que esses espaços se tornaram esvaziados e com pouquíssimo poder de condução da política de regionalização. Isso limitou, inclusive, a capacidade dos gestores da região estabelecerem métodos necessários à operacionalização das propostas idealizadas no projeto político regional.

Uma pesquisa na Região confirmou o achado do nosso estudo quando também evidenciou que as CIR Petrolina e Juazeiro não deliberavam ou pouco influenciavam a

política de saúde regional (PEREIRA, 2017). Em cenário metropolitano de Salvador-Ba parece haver semelhança com nossos resultados quanto à dependência das comissões intergestoras regionais em relação ao nível central da SESAB, ainda que essas regiões de saúde sejam mais desenvolvidas (BISCARDE, 2016).

Além da capacidade de governo das instâncias deliberativas microrregionais, cabe destacar a importância da direcionalidade das decisões da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), que resultou na divergência entre a agenda decisória dos estados e as decisões necessárias para operacionalização da REIS.

8.2 Direcionalidade das decisões nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES)

Analisamos as decisões das SES de cada estado entre 2008 a 2017, através da consulta às resoluções das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB). Evidenciamos que as decisões estaduais ocorriam isoladamente e sem qualquer articulação voltada à uma política interestadual de saúde. As deliberações tinham um foco predominantemente local, muito evidente pela frequente de aprovação de emendas parlamentares e credenciamento de serviços de saúde para os municípios (Quadro 32).

A maior parte das decisões estaduais não tinha correspondência com as diretrizes da projeto de implementação do desenho regional e nem com as demandas necessárias para superar os impasses de governabilidade para garantir sua implementação. Nada se observou de métodos ou mecanismos estaduais de articulação das agendas decisórias entre as SES, demonstrando que a dinâmica das decisões foi fragmentada. Pernambuco se destacou em relação à Bahia, apenas por apresentar algumas deliberações dirigidas à política de regionalização, como oficinas de discussões sobre o COAP, o Mapa de Saúde e a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).

A velocidade das decisões das SES foi um ponto que chamou a atenção sobre a capacidade de governo na Região. Algumas decisões, a exemplo dos Planos Regionais de Urgência e Emergência e outras envolvendo a atenção especializada e hospitalar de alta complexidade (ponto crítico da Região) avançaram mais em Pernambuco do que na Bahia.

Quadro 32 – Direcionalidade decisões estaduais, Bahia e Pernambuco (2008-2017)

Conteúdo das decisões	Bahia										Pernambuco									
	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
Credenciamento de Equipes de Saúde da Família e construção de Unidades de Saúde											-	-	-							
Recursos financeiros para colegiados de gestão microrregional											-	-	-							
Credenciamento de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)											-	-	-							
Plano de Ação Regional de Urgência e Emergência											-	-	-							
Credenciamento de Equipe de Saúde Bucal (ESB)											-	-	-							
Alteração de tipologia de Centro de Especialidade Odontológica (CEO)											-	-	-							
Credenciamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)											-	-	-							
Homologação de Termo de Compromisso de Gestão municipal											-	-	-							
Recursos para Pólos de Academia da Saúde e/ou Consultório de Rua											-	-	-							
Ampliação do SAMU regional											-	-	-							
Habilitação de leitos hospitalares											-	-	-							
Recursos para construção e requalificação de Unidades Básicas de Saúde											-	-	-							
Alteração de composição ou modalidade de NASF											-	-	-							
Habilitação/ampliação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)											-	-	-							
Reestruturação de Comissão para acompanhar e avaliar a Programação a PPI estadual											-	-	-							
Tetos financeiros municipais na Programação Pactuada e Integrada (PPI)											-	-	-							
Planos de Ação Regional em Educação Permanente em Saúde											-	-	-							
Aprovação do Regimento do Colegiado de Cogestão da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco											-	-	-							

Conteúdo das decisões	Bahia										Pernambuco									
	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE)											-	-	-							
Mudança de tipologia de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e/ou Hospital											-	-	-							
Implantação/construção de UPA											-	-	-							
Habilitação de procedimentos de cuidados prolongados em hospitais regionais											-	-	-							
Transferência da gestão hospitalar para administração direta estadual											-	-	-							
Recursos para o Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC)											-	-	-							
Ampliação do Teto Financeiro Federal MAC com o objetivo de ampliação da rede de serviços na Rede de Atenção Interestadual Bahia-Pernambuco											-	-	-							
Aprova o projeto para aquisição do componente móvel da atenção à saúde bucal junto ao Ministério da Saúde											-	-	-							
Implantação da Central de Regulação Interestadual de Leitos – CRIL PE/BA.											-	-	-							
Aprovação o Subprojeto do QualiSUS-Rede na Rede de Saúde do Vale do Médio São Francisco											-	-	-							
Recursos para aquisição dos medicamentos na Atenção Básica											-	-	-							
Aprovação de Projeto do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)											-	-	-							
Aprovação do detalhamento de Componente da Atenção Domiciliar da Rede de Atenção às Urgências											-	-	-							
Ações de Vigilância em Saúde nos Municípios											-	-	-							
Diretrizes, componentes e critérios para a construção dos Planos Regionais da Linha do Cuidado do Trauma, na Rede de Atenção às Urgências											-	-	-							
Serviço de Atenção Domiciliar											-	-	-							

Conteúdo das decisões	Bahia											Pernambuco										
	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17		
Transferência de município entre regiões de saúde						■					-	-	-						■			
Incentivo financeiro para custeio à ações de vigilância, prevenção e controle do HIV/AIDS							■				-	-	-	■								
Telessaúde e/ou Telemedicina								■			-	-	-	■		■		■				
Descredenciamento de CEO							■				-	-	-									
Expansão dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias								■			-	-	-	■								
Transferência de habilitação de serviços de oftalmologia											-	-	-									
Inserção de serviço na Política Estadual de Hospitais de Pequeno Porte									■		-	-	-									
Atenção especializada em terapia renal									■		-	-	-						■	■		
Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia									■		-	-	-							■		
Aprovação de recursos de emenda parlamentar para saúde										■	-	-	-	■			■			■		
Financiamento de procedimentos eletivos e/ou urgência e emergência										■	-	-	-	■	■	■						
Credenciamento de hospital e/ou procedimentos de alta complexidade											-	-	-	■		■			■	■		
Composição de Câmara Técnica de Gerência Regional											-	-	-	■								
Plano Regional da rede cegonha											-	-	-	■				■				
Aprovação do Plano Diretor de Regionalização											-	-	-	■								
Diretrizes para remodelagem da rede de Urgência e Emergência											-	-	-	■								
Projeto Saúde na Escola											-	-	-	■								
Rede de média e alta complexidade em oftalmologia											-	-	-	■								
Financiamento de equipamentos e materiais											-	-	-		■							
Aprovação da Política Estadual de Regulação											-	-	-		■							

Conteúdo das decisões	Bahia										Pernambuco									
	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
Rede de Atenção Psicossocial											-	-	-							
Credenciamento de Unidade Odontológica Móvel											-	-	-							
Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde											-	-	-							
Agenda de trabalho para construção do planejamento regional, mapa de saúde, COAP e PGASS											-	-	-							
Incentivo financeiro para a CRIL- PE/BA e centrais de regulação municipal											-	-	-							
Recursos financeiros para ações de controle social											-	-	-							
Atenção Obstétrica e Neonatal											-	-	-							
Implantação e manutenção de Unidade Especializada de Atenção à Saúde (UPAE)																				
Acesso a procedimentos Traumatológico-Ortopédicos de média complexidade																				
Ações de educação permanente																				
Diretrizes para pactuação estadual de indicadores e metas																				
Descredenciamento ou remanejamento de leitos hospitalares																				
Alterações do Regimento Interno da CRIE da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco e Bahia.																				

Fonte: Resoluções das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB). Elaboração do autor.

Legenda:  Decisão existente  Decisão inexistente - Resoluções CIB indisponíveis

As divergências nas agendas decisórias encontradas em nosso estudo são explicadas por alguns autores como uma assimetria de capacidade dos entes subnacionais produzirem diferentes respostas decisórias no processo de implementação da política de saúde (OUVERNEY et al., 2017; VIANA et al., 2017a). Isso parece apontar que no caso da RIS, a direcionalidade decisória das SES se distanciou das diretrizes do projeto político da Rede Interestadual.

Quando há divergências de decisões entre estados como o que identificamos em nosso estudo, alguns artigos destacam que isso pode indicar a ausência das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na mediação construtiva da política regional de saúde (MELLO et al, 2017; MOREIRA e RIBEIRO, 2017; VIANA et al., 2017).

Há que se destacar a possibilidade da trajetória da política de saúde em cada estado explicar as distintas direcionalidades no processo decisório das SES, como ressaltam alguns autores (VIANA e LIMA, 2011). Vale salientar que a RIS que estudamos se insere no Nordeste brasileiro, classificado como contexto político-institucional desfavorável ao processo de regionalização do SUS (ALBUQUERQUE e LOZZI, 2011), o que também pode explicar a desarticulação das agendas decisórias em relação ao projeto político regional.

Pode-se concluir, assim, que a capacidade de governo na RIS foi determinada pela divergências das decisões estaduais em relação a pautas indispensáveis para implantação da Rede Interestadual, além da limitada capacidade dos gestores estaduais construírem mecanismos para articular suas decisões de forma integrada e orientadas para uma política interestadual de saúde.

8.3 Diferentes capacidades de governo entre as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) da Bahia e Pernambuco

As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) tinham capacidades de governo desiguais em função de diferenças na política de descentralização de recursos para os municípios. Identificamos que a atuação da gestão estadual nas regiões era menos efetiva na Bahia do que em Pernambuco, porque entre as SES havia diferença no quantitativo de estruturas administrativas regionais.

Pernambuco possuía um processo de composição da gestão regional mais técnico e a Bahia tinha um processo mais político. A frequência de movimentos institucionais para qualificação da gestão regional também era desigual.

As práticas de planejamento das secretarias estaduais possuíam métodos e propósitos distintos, onde em Pernambuco, mesmo com a mudança de gestão da SES houve continuidade de propósitos e, na Bahia, esses os propósitos se fragmentaram. Os estados também possuíam tempos institucionais distintos de elaboração de Planos Diretores Regionais (PDR) e de revisão da PPI.

As características estaduais em relação à extensão territorial e número de regiões de saúde representavam desafios singulares para a capacidade das SES coordenarem a política de regionalização.

Os processos de pactuação regional eram mais participativos na Bahia do que em Pernambuco. Entretanto, quando analisada a resolutividade dos serviços de saúde, Pernambuco apresentava melhor desempenho e a SESPE possuía maior capacidade de governo para regular as decisões nos hospitais regionais, já que boa parte deles estavam sob administração direta.

A coordenação regional das SES era distinta em relação a ser mais ou menos centralizada e mais ou menos atuante. A gestão da Bahia possuía uma atuação mais descentralizadora e a gestão de Pernambuco uma atuação mais regionalizada e parceira junto aos municípios (Quadro 33).

Quadro 33 – Principais diferenças na capacidade de governo das Secretarias Estaduais de Saúde da Bahia e Pernambuco

SESAB	SESPE
Reduziu o número de estruturas administrativas regionais	Manteve as estruturas administrativas estaduais em todas as regiões de saúde
Coordenadores de estruturas administrativas regionais são indicados politicamente	Coordenadores de estruturas administrativas regionais passam por seleção pública de provas e títulos
Menor frequência de movimentos institucionais para plantação do COAP	Maior frequência de movimentos institucionais para plantação do COAP
Mudança de projeto de governo nos planos estaduais de saúde, após mudança da gestão estadual	Continuidade do projeto de governo nos planos estaduais de saúde entre as mudanças de gestão
Possui 28 regiões de saúde com Comissões Intergestoras Regionais	Possui 12 regiões de saúde com Comissões Intergestoras Regionais
Número extenso de municípios sob coordenação estadual (417)	Número menor de municípios sob coordenação estadual (184)

Discrepância entre o número de regiões de saúde e estruturas administrativas regionais estaduais	Equilíbrio entre o número de regiões de saúde e estruturas administrativas regionais estaduais
Primeiro PDR criado em 2001 e última revisão em 2017	Primeiro PDR criado em 2001 e última revisão em 2011
Maior número de hospitais regionais sob administração indireta	Menor número de hospitais regionais cedidos à administração indireta
Macrorregião Norte da Bahia com serviços de saúde menos resolutivos	Macrorregião do Vale do S. Francisco-PE com serviços de saúde mais resolutivos
PPI sem revisão desde 2010	PPI sem revisão desde 2005
Processo de pactuação mais participativo com os municípios	Processo de pactuação mais verticalizado com os municípios
O processo de pactuação é informatizado	O processo de pactuação não é informatizado
A atuação da SESAB tem uma dinâmica mais centralizadora e municipalista	A atuação da SESPE tem uma dinâmica mais regionalista
A coordenação regional dos municípios foi esvaziada na Região	A coordenação regional dos municípios se manteve atuante na Região
Descentraliza recursos da alta complexidade para os municípios	Não descentraliza os recursos da alta complexidade para os municípios

Fonte: entrevistas e documentos analisados. Elaboração do autor (2019).

A seguir, serão destacadas as principais diferenças político-institucionais das SES e que tiveram maior influência na capacidade de governo estadual para condução do projeto da Rede Interestadual de Saúde (REIS).

Haviam diferenças no planejamento estadual de acordo com os PES analisados. As propostas estaduais não apresentavam continuidade entre os PES da Bahia, após mudanças de gestão estadual, enquanto em Pernambuco, os propósitos tiveram continuidade, mesmo com a mudança de gestão.

O planejamento estadual da Bahia na gestão entre 2012 até 2015 era desenvolvido por meio do Programa PlanejaSESAB e estava vinculado a um projeto de governo maior. Esse projeto era denominado “Plano Bahia 2023”, que propôs uma agenda estratégica para gestão estadual do SUS, elaborada com diversos atores governamentais e não-governamentais. À época percebeu-se que o planejamento estadual tinham práticas bem estruturadas e eram orientadas pelo referencial do Planejamento Estratégico Situacional em Saúde.

A partir de 2016 com a mudança de gestão, o planejamento estadual de saúde apresentou certa ruptura com o desenho do Plano Bahia 2023 e tinha características menos

participativas e estruturadas, aparentemente desvinculado de metodologias de planificação estratégica.

No planejamento estadual do SUS em Pernambuco, assim como na Bahia, os Planos estavam vinculados a um projeto de governo maior denominado “Modelo de Gestão Integrado - Todos por Pernambuco”¹⁶. As propostas dos PES eram continuamente avaliadas e havia o monitoramento das metas alcançadas e não alcançadas.

As SES tinham diferentes capacidades de coordenação estadual dos municípios na Região. As decisões no estado da Bahia resultaram na extinção de estruturas administrativas estaduais em duas microrregiões de saúde da região Norte. Isso reduziu a capacidade estadual de coordenação regional dos municípios, necessária para operar o projeto da REIS.

As DIRES do Estado da Bahia foram criadas na década de 80 com o intuito de organizar os territórios de forma descentralizada administrativamente e integrados distritalmente (SANTOS 2018). Sua principal função era canalizar a comunicação político-institucional entre os municípios e a gestão estadual. Elas possuíam estrutura, autonomia administrativa e financeira próprias (BAHIA, 2016).

Estudos apontam que historicamente as DIRES já possuíam uma baixa capacidade de coordenação regional dos municípios pelo número insuficiente de técnicos, descontinuidades na formação de pessoal e limitações financeiras. Esses espaços foram deslegitimados ao longo do tempo por falta de investimento em equipamentos e influências políticas que comprometeram sua atuação regional (SANTOS, 2018; ANDRADE e COLEHO, 2016).

A extinção das DIRES ocorreu através da Lei Estadual nº 13.204/2014, que modificou a estrutura organizacional e administrativa do estado da Bahia (PEREIRA, 2017). Essa mudança resultou em retração da participação estadual na gestão regional do SUS, pois extinguiu as 31 DIRES com inserção nas 28 **microrregiões** de saúde e centralizou a estrutura administrativa estadual em apenas nove Núcleos Regionais de Saúde (NRS), sediados nos municípios-sede de nove **macrorregiões**.

Essa decisão governamental corrobora com evidências que ratificam a tendência de ausente participação estadual na política de regionalização do SUS (MELLO et al, 2017;

¹⁶ Esse projeto era denominado como principal ferramenta da gestão pública de Pernambuco e foi implantado em 2011, por meio de 12 seminários regionais contando com mais de 13.000 participantes que apresentaram em torno de 25.000 propostas, as quais derivaram mais de 400 metas prioritárias, incluídas no Plano Plurianual (PPA) 2012-2015.

REIS et al., 2017; KEHRIG et al., 2015; BISCARDE, 2016). Ao contrário do que evidenciamos na Bahia, outras regiões do país apresentavam uma participação mais atuante de estruturas administrativas estaduais, a exemplo de Manaus-AM, Entorno-DF e Alto do Rio Negro-AM (VIANA et al., 2017). Pernambuco e Mato Grosso se destacaram pela manutenção das suas estruturas administrativas estaduais nas regiões (SCATENA et al., 2014).

Os entrevistados classificaram a extinção das DIRES como um processo arbitrário e que resultou no deslocamento de pessoal dos postos de trabalho da gestão regional para unidades hospitalares. Isso reduziu de forma importante, a capacidade de governo da SESAB na articulação regional dos municípios no Norte da Bahia:

E cadê a estrutura de equipes, de pessoas, técnicos para dar conta? Não importa se saíram, se mexeram demais. Veio a quebra da insalubridade; a saída da insolubilidade de todo mundo; volta de profissionais para dentro de hospitais, que era para garantir a insalubridade. Então, assim, foi um processo reverso (Ex-gestora de DIRES).

O NRS da macrorregião Norte do estado passou a ser o responsável por assessorar três microrregiões de saúde extensas (Juazeiro, S. do Bonfim e P. Afonso) e com uma importante quantidade de municípios (28). Tratou-se de uma centralização administrativa com efeito reverso à capacidade de governo da SESAB:

Os diretores de Núcleo eu não sei, eles ficam muito apagados. Eu não sei se eles não tem poder de voz, de barganha, de mostrar tecnicamente, não sei se pelo fato de ser uma indicação eles ficam muito apáticos (Gerente de Base Regional de Saúde I).

Os Núcleos Regionais de Saúde, eles foram tão esvaziados que hoje são apenas repassadores dos processos, daqui da secretaria. O nível central decide. eles são fazedores de trabalho. São tarefeiros (Gestora de Base Regional de Saúde II).

Com menos estruturas administrativas regionais na Bahia, evidenciamos que isso resultou em uma desigualdade de capacidade de governo entre a SESPE e a SESAB, muito exemplificada, pelos entrevistados, como uma presença desigual dos estados na coordenação regional dos municípios:

Na gestão de Pernambuco, a GERES, tem um trabalho efetivamente junto aos municípios de acompanhamento, de gestão, de levantamento de dificuldade, solução. A gestão é eficiente. Do lado da

Bahia, a gente tem um Núcleo Regional de Saúde. Tem uma pessoa para três microrregiões de saúde e que não tem poder político. Ele sozinho não vai fazer nada; não tem capacidade de conhecer toda a região de saúde, né? Então, isso é um diferencial muito importante (Gestora de Regulação Interestadual de Leitos II).

A centralização administrativa da SESAB em Núcleos Regionais gerou iniquidades na definição de prioridades entre as microrregiões de saúde do Norte baiano. Afirmou-se que o fato da microrregião de Juazeiro sediar o Núcleo, a colocava em posição política vantajosa em relação às demais:

A prioridade é que se lá tiver uma coisa, vai quatro para lá (Juazeiro-Ba) e uma para cá (P. Afonso), porque estão mais perto e isso já nos privou e não é a mesma coisa (Gestora de Base Regional de Saúde I).

Estudo na Região Metropolitana de Salvador identificou que a extinção das DARES, assim como em nosso estudo, fragilizou a atuação institucional da SESAB na gestão regional (BISCARDE, 2016). Para alguns autores, essa característica de centralização decisória nos estados resulta na escassez de espaços formais de articulação política nas regiões e reflete a dificuldade de criar estruturas regionais administrativas para implementação de políticas de regionalização da saúde (BISCRDE, 2006; VIANA et al., 2017).

Nas microrregiões que não sediavam o Núcleo Regional, destacou-se um aumento de demandas administrativas, mas que não foram acompanhadas de uma autonomia proporcional sobre as decisões regionais:

[...] E a gente regrediu assim... os trabalhos continuam os mesmos, a responsabilidade até maior de assessorar todos esses municípios. Os municípios tem suas necessidades e carências também, por conta de rotatividade de profissional, por conta de rotatividade de secretários de saúde. Só que tudo a gente tem que pedir permissão ao Núcleo (Gerente De Base Regional de Saúde I).

Qualquer execução que a gente for fazer não tem a liberdade. Temos que convocar o Núcleo para autorizar e a gente atuar (Gerente De Base Regional de Saúde I).

Um achado importante se referiu ao fato da ocupação do cargo de coordenador de NRS ser uma indicação política, tornando a capacidade de governo dos Núcleos vulnerável a decisões centrais da SESAB:

Na hora que o nível central está falando eles calam. São muito poucos que tem coragem de falar alguma coisa mostrando por A mais B que a situação tá crítica; que a situação precisa ser repensada. Alguns até dizem: “Não, mas a gente está tentando, a gente está conversando.” Mas tem uma questão política muito forte por trás disso e eu vou te dizer, o Norte da Bahia ainda sofre muito mais [...] (Gerente Regional de Saúde II).

Os nossos achados sobre as repercussões de exclusão das DIRES na capacidade de governo da SESAB, no Norte da Bahia, apresentaram semelhanças com outras macrorregiões do estado em relação a participação fragilizada da SES na gestão regional; baixo poder decisório e influência do nível central nos NRS; perda de autonomia financeira e administrativa nas microrregiões que não sediavam o Núcleo; e ocupação política dos cargos de coordenadores de Núcleo (BISCARDE, 2016; ANDRADE e COELHO, 2016).

A decisão pela exclusão das DIRES produziu um importante esvaziamento na capacidade de governo da SESAB na gestão regional, assim como centralizou as decisões em representantes com indicação política e subordinados ao nível central da SES. Essa situação resultou em desigualdades na gestão das necessidades regionais e distanciou o ente estadual dos municípios, colaborando para reforçar uma lógica interfederativa fragmentada e de interesses locais predominantes.

Enquanto na Bahia, muitos profissionais das DIRES foram realocados para postos de trabalho em hospitais; em Pernambuco, os RAG 2012 a 2015 possuíam registro da realização de seleção pública para contratação de gerentes regionais de saúde e a contratação de novos Sanitaristas para apoiar o planejamento e regulação em todas as regiões de saúde do estado.

A discrepância na proporção entre o número de regiões de saúde e o número de estruturas administrativas regionais, entre as SES, para alguns entrevistados, refletia em uma atuação mais regionalista da SESPE e mais municipalista da SESAB:

Pernambuco ele tem um desmembramento que é bem interessante. Ele tem dentro de cada região de saúde minisecretarias com todos os serviços que uma secretaria de saúde tem: controle, avaliação e auditoria tem em todas elas; regulação, tem em todas elas; central de marcação, tem em todas elas; serviço de emergência, uma UP AE, tem em todas as regiões. Aqui é na Bahia é municipal [...] (Gestora de Regulação Interestadual II).

Pernambuco, gosto muito da forma como eles trabalham, porque eles são regionalistas. Pernambuco inteiro é regionalista. Diferente da Bahia que é municipalista. O recuso vai pro município e o município se

vire com esse valor. O Estado não, o Estado de Pernambuco ele não libera o recurso da alta complexidade (Gestora de Regulação Interestadual II).

[...] Eu acredito que essa descentralização deixa muito... os gestores muito à vontade pra não fazer ou fazer quando não se tem quem fiscalize. E é uma fragilidade (Gerente de Regulação Municipal).

Essa diferente configuração gerencial das SES gerava desigualdades de capacidade na coordenação estadual dos municípios, entre os dois estados. Havia unanimidade dos entrevistados sobre uma coordenação regional mais atuante em Pernambuco quando comparada com a Bahia:

A presença de Pernambuco era mais marcante aqui do que a da Bahia. Presença técnica mesmo, e também a gente tem o apoio muito mais forte. Melhorou um pouco de um ano pra cá. Um ano não, uns seis meses para cá, pro lado da Bahia. A gente tá conversando mais. Mas em Pernambuco infinitamente dão um apoio maior pra a gente em tudo. As regionais também a gente tem um apoio muito mais forte do lado pernambucano do que o lado baiano (Gestor de Regulação Interestadual II).

Existia maior envolvimento da SESPE em movimentos destinados para implantação do COAP. Pernambuco conseguiu avançar na conformação de grupos executivos de regionalização (Portaria 491/2012) e grupos condutores da PGASS (Resolução CIB 2329/2012). Em todas as regiões de saúde, os gestores estaduais realizaram debates voltados ao COAP, junto aos municípios e COSEMS, o que não ocorreu na mesma proporção com a Bahia.

Diferenças nos desenhos dos PDR de cada estado resultaram em delimitações singulares das macro e microrregiões em termos de extensão territorial e número de municípios, o que implicava em diferentes esforços estaduais para ser fazer presente e atuante nas regiões de saúde mais periféricas ao nível central das SES.

Os entes estaduais eram geograficamente distintos em extensão territorial, número de regiões de saúde e municípios. Isso influenciava a capacidade institucional de coordenação estadual dos municípios:

Então... Assim, eu consigo enxergar que para o Estado é um desafio muito grande conseguir chegar de forma igualitária, de forma que envolva qualidade, de uma forma mais efetiva. Eu acho que é bem mais difícil do que para Pernambuco (Coordenador de Núcleo Regional de Saúde).

A capacidade resolutiva das macrorregiões de cada estado era diferentes, como evidente nos registros documentais da CRIL. Um exemplo frequente diz respeito à importante quantidade de usuários do Norte da Bahia regulados para unidades de alta complexidade na macrorregião de Pernambuco.

As SES tinham diferenças na frequência de revisão da PPI e dinâmica de pactuação com os municípios:

A PPI foi um pouco mais complicado, porque a PPI do Estado de Pernambuco ela está, vamos dizer assim, congelada desde 2005 [...] pra gente não há uma discussão. Não é dinâmico em Pernambuco. Já a PPI da Bahia ela é mais dinâmica. Tem um sistema, eles conseguem... Mesmo com um orçamento, vamos dizer assim, estático, eles conseguem de alguma forma tá conversando [...] (Gestora de Regulação Interestadual I).

Evidenciou-se que o perfil de condução da política regional pelas SES apresentavam duas dinâmicas opostas. Na Bahia havia um predomínio do viés político-partidário e em Pernambuco um viés mais técnico:

Você vai para uma reunião com Pernambuco e Bahia. Pernambuco mostra estatísticas da população, população por leitos, serviços, todo um quadro de ações. Ele tem uma observação numérica e situacional de cada lugar dele, tem por município, por microrregião; ele demonstra um conhecimento se não das necessidades, mas pelo menos do que está sendo feito. A gente percebe que a Bahia se eles têm não apresentam, mas acredito que não tem, porque se tivesse apresentava uma demonstração de conhecimento e saber. É como se a Bahia tivesse uma atuação muito política e pouco efetiva técnica. Ela é muito política, mas pouca ação técnica (Diretor Hospitalar II).

Um exemplo frequentemente apontado para caracterizar a situação acima se referiu a diferentes mecanismos de seleção de representantes estaduais nas regiões de saúde entre Pernambuco e Bahia:

Em Pernambuco o cargo é técnico, apesar de ser o cargo comissionado, ele é de livre concorrência. É um cargo comissionado, porém existe uns processos seletivos. Tem edital aberto para todos, existem os pré-requisitos com quatro etapas, uma delas era elaboração de um plano de ação para uma região de saúde, com foco nos principais indicadores - primeira etapa e eliminatória. Depois teve análise curricular e a entrevista (Gerente Regional de Saúde I).

Estudos confirmam que na Bahia há uma tradição de influências político-partidárias na gestão estadual da SESAB e frágil participação dos conselhos deliberativos, que resultam no predomínio de práticas clientelistas sobre as decisões em detrimento de critérios técnicos (COELHO e PAIM, 2005; SANTOS, 2018; BISCARDE, 2016).

Havia concordância de outros estudos na Bahia com os nossos achados, sobre a prática de indicações políticas para representações e coordenações de estruturas administrativas regionais da SESAB. Segundo os autores, isso ocorre há décadas e facilita influências políticas de atores do nível central da Secretaria, nas regiões (COELHO e PAIM, 2005; BISCARDE, 2016).

Essa tradição de influências político-partidárias na Bahia foi ressaltada em estudo como estratégia para a SESAB conseguir exercer suas influências decisórias nas regiões de saúde e remete a um período histórico de conservadorismo, conhecido como “Carlismo” (SANTOS, 2018). Para alguns autores esse período tinha como característica o favorecimento político de municípios que eram situação ao governo estadual, sobretudo em aspectos da descentralização, investimentos e recuperação de serviços de saúde (COELHO e PAIM, 2005).

Assim como em nossa pesquisa, outros estudos apontam características semelhantes quanto a diferentes de capacidades institucionais dos estados na coordenação da política de regionalização e assinalam que persistem fragilidades das Secretarias Estaduais assumirem esse protagonismo (CASANOVA et al., 2017; BISCARDE, 2016; MELLO et al, 2017; VIANNA, et al., 2018).

As desigualdades de capacidade de governo das SES que analisamos, também podem ser explicadas pelos aspectos históricos e político-institucionais da regionalização em cada estado. Na Bahia, até 2006, a gestão estadual era oposição à União e se colocou contrária a aderir ao Pacto Pela Saúde (SANTOS e ASSIS, 2017), implicando em certo atraso na implementação de instâncias decisórias regionais (BISCARDE, 2016). Em Pernambuco, o processo de regionalização teve menos resistências políticas desde o ano 2000 (PEREIRA, 2017).

As diferentes capacidades de governo das SES, portanto, eram resultantes de determinantes político-institucionais dos estados. Essas diferenças influenciaram a capacidade estadual nas microrregiões que integravam a RIS e dificultaram a ação dos gestores estaduais que eram indispensáveis para garantir a viabilidade de uma política interestadual de saúde.

Apesar da baixa capacidade de governos das secretarias municipais e estaduais na RIS, identificamos que os gestores tentaram estruturar algumas estratégias para superar obstáculos à regionalização interestadual. Essas estratégias variaram da implantação de programas e serviços de APS a sistemas de apoio logístico, embora elas não tenham sido

suficientes para aumentar a governabilidade nem a capacidade de governo dos atores e instituições na Região.

Em relação às estratégias previstas para a APS no projeto da Rede Interestadual, os gestores tentaram construir mecanismos desde a qualificação à implantação de programas específicos de prevenção e promoção da saúde na APS. Contudo, isso não foi suficiente para conferir respostas mais efetivas na reduções de internações evitáveis, além de que as estratégias não foram implantadas na mesma velocidade e de forma homogênea entre os 53 sistemas municipais de saúde da integrantes da RIS, como destacado nos relatórios de grupos de trabalho da Rede Interestadual.

No âmbito da atenção especializada, os principais movimentos institucionais na Região contemplaram a implantação de novos serviços de atenção especializada em ambos os estados. Pernambuco se destacou com a implantação de Unidades de Atenção Especializada (UPAE) e a Bahia pela implantação de consórcios intermunicipais para implantação de policlínicas regionais de especialidades. Todos os Consórcios da região Norte da Bahia foram celebrados no segundo semestre de 2018, mas nenhum serviço havia sido implantado.

Ainda na Bahia, outros procedimentos especializados foram descredenciados e alocados no Hospital Regional de Juazeiro (HRJ), onde não tiveram êxito na implantação por diversos problemas estruturais do hospital, inclusive de equipamentos e pessoal.

Poucos serviços de diagnóstico e terapia foram ampliados na RIS e eles estavam concentrados na iniciativa privada. Os prestadores ofertavam serviços de forma seletiva, isto é, aqueles que eram melhores remunerados pela Tabela SUS. Além disso, as tentativas de organização da atenção especializada no Norte da Bahia não ocorreu na mesma proporção em outras microrregiões de saúde, a exemplo de Paulo Afonso e S. do Bonfim.

Em relação à atenção de urgência e emergência, as decisões pouco avançaram na implantação de novos serviços e se resumiu a discussões sobre os fluxos de regulação do acesso para os principais hospitais da RIS. Esses fluxos estabelecidos não passaram por consensos formalmente instituídos entre os gestores da CRIL e de serviços, assim como não houve uma readequação das estruturas física, tecnológica e de pessoal nos hospitais regionais, para atender aos fluxos propostos.

A implantação da CRIL pode ser destacada com uma dos principais movimentos para organização da regulação integrada, porém isso não foi suficiente para garantir a governabilidade da regulação interestadual dos leitos hospitalares existentes na RIS, seja

por diversas decisões arbitrárias dos gestores de municípios demandantes e serviços executantes, que contrariavam os fluxos idealizados; seja porque os leitos não eram suficientes para a demanda da região em algumas microrregiões de saúde, além da falta de sistemas integrados de apoio logístico para apoiar a gestão da regulação.

Os sistemas de apoio logístico, desde a idealização política da região era um ponto de importante dificuldade na RIS e registrado em atas. Ainda que algumas decisões tenham tentado viabilizar os processos de apoio logístico, como a descentralização da confecção do Cartão Nacional de Saúde para os serviços e movimentos de organização do transporte sanitário, pelos gestores locais, isso não ocorreu de forma homogênea nos 53 municípios da RIS, colaborando para persistência de impasses logísticos na Região.

Desse modo, pode-se concluir que nem todos os mecanismos usados pelos gestores para aumentar a capacidade de governo e a governabilidade na RIS tiveram sucesso ou mesmo foram satisfatórios para contornar cada obstáculo à implantação da Rede Interestadual, porque havia diversas variáveis político-institucionais não controladas por eles.

Portanto, a implantação da Rede Interestadual foi determinada tanto pela insuficiente capacidade pessoal dos gestores quanto pela baixa capacidade de atuação das secretarias municipais, estaduais e colegiados deliberativos regionais e interestadual.

Em suma, a capacidade de governo na RIS foi insuficiente para superar obstáculos políticos adversos à implantação do desenho regional, pelo fato da Região corresponder a uma ambiência de grandes incertezas político-institucionais, de governabilidade complexa e por exigir uma alta capacidade de governo dos atores para operar as propostas idealizadas.

8. DINÂMICA DE PODER NA REGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE

Esse capítulo tem como objetivo apresentar a dinâmica de poder da RIS. Para isso, utilizamos na análise dessa dinâmica, as proposições teóricas da Teoria da Produção Social de Carlos Matus.

Buscamos identificar elementos importantes da dinâmica regional, em especial, a ação política dos atores sociais (aqui entendidas como fatos, ações, decisões, produção de bens ou serviços, etc.; as capacidades ou incapacidades de influência dos atores sociais, correspondentes a seus conhecimentos, força, recursos econômicos, destreza, experiência, ferramentas, sistemas e instituições, que condicionava a produção das ações

políticas na Região; e as regras relacionais de poder, correspondente ao *modus operandi* instituído no espaço regional, pelos atores e instituições, que permitem, proíbem, estimulam, desestimulam, estabelecem entraves ou facilitam o desenvolvimento das relações de poder.

Sistematizamos, a partir das diferentes lógicas e motivações expressas na Teoria da Produção Social, quais eram as principais intencionalidades dos atores influentes na RIS e quais suas lógicas de ação política no território interestadual.

Para identificação das principais disputas de poder regional utilizamos os elementos teóricos dos nove “jogos de poder”, onde analisamos suas características para compreender as tipologias de poder dominantes e subordinadas e quais atores disputavam os diferentes poderes em evidência na RIS, bem como os ganhos atribuídos por eles nas disputas.

Buscamos analisar, também, quais eram os posicionamentos assumidos pelos atores sociais (apoio, rejeição ou indiferença), nas disputas de poder e nas relações cooperativas e conflitivas existentes na RIS. A análise desses posicionamentos nos permitiu confirmar as verdadeiras motivações dos atores nas disputas de “cada subjogo de poder” e do “grande jogo”.

Em virtude do referencial teórico que adotamos destacar a ação social como uma relação combinada de cooperação e conflito, considerou-se necessária a análise das características cooperativas (se aberta ou limitada; no sentido de apoio ou geração de conflito) e conflitivas presentes na dinâmica de poder regional. Os tipos de conflitos foram analisados, buscando objetivá-los para além da mera oposição de interesses.

Consideramos, nesse sentido, as seguintes tipologias de conflitos na análise desse estudo: (a) **cognitivo**, que exprime divergências baseadas em modos diferentes de conhecer e apreciar a realidade; (b) **emocional**, que surge das relações de simpatia ou antipatia pessoais entre os atores, ou de predisposição favorável ou contrária a situações ou jogadas, sem fundamento racional; e (c) **de interesse**, que ocorre em virtude dos benefícios de uns serem as perdas para outros.

Antes de descrevermos a dinâmica de poder regional propriamente dita, discorreremos em três tópicos sobre algumas características que foram marcantes na RIS e com influência direta no modo como os atores governavam a Região.

A primeira diz respeito ao fato das sedes regionais possuírem importante diferença de poder político, onde força política dos quadros quem faziam parte da gestão de Petrolina era mais notória. A segunda referente ao foco das relações interfederativas entre

as gestões municipais serem predominante local, com ausente articulação interfederativa para consolidação de uma política interestadual de saúde. E a terceira relativa ao padrão regressivo na público-privada entre os gestores municipais e estaduais e instituições privadas, filantrópicas e da administração indireta. Essas três questões serão destacadas a seguir.

9.1 Desigualdade de poder político entre os municípios-sede da Região Interestadual de Saúde

A dinâmica de poder da região tinha uma característica importante, referente à diferença de poder político entre das sedes regionais. Os quadros do executivo municipal de Petrolina possuíam uma relação política mais coesa em função de ser governada por um grupo familiar tradicional e com longa trajetória de mandatos políticos na Região:

O poder político de Petrolina ali é muito maior que o de Juazeiro. Então sempre houve essa comparação da diferença. E nessa diferença, historicamente, Juazeiro já foi superior a Petrolina. Petrolina nasceu como passagem para Juazeiro, mas dos últimos 40 anos para cá essa equação desequilibrou e Petrolina desenvolveu muito [...] Petrolina tem uma condição maior, fruto do quê? De um grupo político consolidado da família Coelho, salvo um ou dois mandatos, com um poder muito forte e a cidade foi muito mais planejada [...] (Representante de Grupo Econômica I).

O poder político da gestão de Petrolina na Região era superior aos demais municípios, principalmente porque seus governantes possuíam uma relação de proximidade com atores estratégicos do executivo e do legislativo estadual e federal, inclusive vinculados à própria família do prefeito da cidade:

Petrolina tem uma força política muito maior. Petrolina tem, da família Coelho, um prefeito, que é prefeito e deputado estadual, saiu de deputado para ser prefeito da cidade. Tem um deputado federal que hoje é ministro e tem um senador, só de Petrolina. Tem mais dois deputados federais. Então, toda essa questão federal, evidentemente, fica mais fácil pro município (Representante de Grupo Econômico I).

Em Juazeiro, predominava a desarticulação política e disputas que anulavam capacidades dos representantes construir articulações com a esfera de governo federal:

Petrolina, eles sempre se unem e falam assim: “para trazer dinheiro para cá eles podem estar brigando como for, todos apoiam”. Em Juazeiro, os deputados da Bahia não. Juazeiro basicamente assim... você não tem nenhum Deputado Federal especificamente de lá. Juazeiro nunca se

conseguiu eleger porque eles mesmos brigam entre si, cada um pega um deputado de fora (Docente UNIVASF I).

A força política dos quadros que compõem a gestão de Juazeiro na Região foi ainda mais fragilizada pelo fato de o governo municipal ser vinculado ao PCdoB, onde perdeu representatividade no cenário nacional, após o Impeachment da Presidenta Dilma Rousseff, em 2016. O fato do município ser governado por partido de base aliada ao PT no Governo Estadual da Bahia, também aumentou sua fragilidade de articulação política com o cenário nacional.

Essa importante capacidade de articulação política dos gestores de Petrolina foi favorável a várias decisões nacionais que beneficiaram o grupo político do governo municipal, a exemplo de diversas Ementas Parlamentares de deputados e senadores, destinadas a empreendimento de saúde filantrópico na cidade e pertencente ao mesmo grupo familiar vinculado ao poder executivo, conforme evidenciado em relatórios de prestação de contas da instituição.

As diferenças de poder político entre os atores das sedes regionais do nosso estudo coadunam com o que artigos destacam sobre as regiões de saúde apresentarem desigualdades de poder entre os entes federativos (JÚNIOR E SHIMIZU, 2017). Inclusive outro estudo na RIS vai ao encontro dos nossos achados ao evidenciar a ligação histórica de políticos de Petrolina com grupos políticos oligárquicos de Pernambuco (PEREIRA, 2017). Segundo alguns autores, essas heranças oligárquicas nas regiões de saúde são responsáveis por muitas dificuldades que os municípios do Nordeste enfrentam para organizar sistemas regionais (ALBUQUERQUE e LOZZI, 2011).

A literatura ressalta que os fatores políticos são determinantes da natureza e dinâmica de poder entre os atores do sistema de saúde e da forma como eles imprimem suas decisões (OUVERNEY et al., 2017) e, quase sempre, isso se apresenta como um viés dificultador da regionalização (CARVALHO et al., 2017).

Biscarde (2016) afirma que as desigualdades intermunicipais podem se expressar, também, no plano político, onde os processos decisórios dependerão da força política de cada ente e do seu momento político-partidário. Para Lima e Viana (2011) a maior coesão político-partidária poderá está associada a grande bolsões políticos eleitorais nas regiões, que implicam em desigualdades de poder entre os entes.

Em pesquisa na Região em questão, identificou-se que a dimensão política foi a que teve desempenho mais satisfatório em relação à dimensão organizacional e estrutural. Entretanto, os autores chamam a atenção de que o bom desempenho político nas regiões

de saúde são insuficientes para superar entraves de estrutura e organização (VIANNA et al., 2017), o que pode explicar porque os entes federativos da Região atuavam mais numa dinâmica local em detrimento de uma política interestadual de saúde.

9.2 O interesse local em detrimento de uma política interestadual de saúde

As relações interfederativas na Região eram predominantemente predatórias e centradas em interesses locais de representantes municipais, em detrimento de uma política interestadual de regionalização.

Um dos principais exemplos registrados em atas das CIR consistia em encaminhamentos de usuários dos municípios de pequeno porte para hospitais de alta complexidade nas sedes regionais, sem critérios clínicos e em desacordo com os fluxos interestaduais de regulação pactuados:

Olha, ontem eu recebi uma queixa do diretor médico aqui da UPA de Juazeiro. Ele disse: “Olha, só hoje eu recebi três pacientes de Sobradinho. Chega lá, mete para cá sem regulação, sem nada, aí a ambulância vem, deixa o rapaz ai na porta e vai embora” (Gestor de Regulação Interestadual III).

A prática de encaminhamentos em desacordo com os fluxos de regulação interestadual era ainda mais motivada por uma permanente disputa política entre prefeitos, deputados e senadores, que resultava na concessão de Emendas Parlamentares destinadas para compra de ambulâncias. Para os prefeitos, isso favorecia a obtenção de recursos para aquisição de transporte sanitário e aumentava o apoio político da sociedade civil; para deputados e senadores, tratava-se de uma troca estratégica para obtenção de apoio político-partidário nos municípios, com vistas a possível reeleição:

No município ele não tem um hospital, o que é que ele vai pedir? Uma ambulância, que é a famosa ambulancioterapia. Pegou o paciente, botou na ambulância e leva para Juazeiro ou Petrolina ou em outras regiões ou para Senhor do Bonfim. [...] então ele vai buscar essa Emenda do Deputado, que inclusive eu acho isso um absurdo, porque é um poder de barganha muito grande. Vira: “oh, rapaz, e aí?”. Chega para o prefeito desonesto e diz: “eu tenho três milhões você me dá dois e fica com um”. O prefeito topa na hora, que é desonesto e quer barganha eleitoral. O cara não tem nada a ver com o município e chega assim: “olhe prefeito, eu vou te dar aqui dois milhões de emendas você me dá cinco mil votos para a eleição” (Coordenador de Núcleo Regional de Saúde).

[...] quando você tem um secretário de saúde, que além de secretário ele almeja uma posição política; ele almeja um cargo como vereador ou se candidatar a alguma coisa, ele só vai fazer as coisas voltadas para o populismo. Ele vai fazer tudo com o interesse de ver a população satisfeita, mas não com interesse de resolver o problema. Ele vai comprar uma ambulância boa para transferir o paciente, o paciente chega no hospital, não tem vaga; joga para outro canto. Então ele jogou o paciente para lá e para a família ele resolveu; quem não resolveu foi o outro lugar que não fez (Diretor Hospitalar III).

A natureza das disputas entre prefeitos, deputados e senadores que evidenciamos na RIS vão ao encontro de alguns artigos que assinalam a cultura de negociação política em detrimento do planejamento técnico na gestão regional. Essa é uma situação impulsionada pelo consumo de serviços que afeta o sucesso eleitoral dos gestores locais e seus cálculos políticos. Trata-se de um jogo distributivo em que os ganhos pessoais prevalecem sobre possibilidades de relações solidárias com os demais entes municipais (MACHADO, 2013; MELLO et al., 2017).

Os gestores de municípios de pequeno porte eram os que mais produziam ações em consonância com um política de interesses locais. Possivelmente isso era não só decorrente de alianças políticas, mas pela baixa capacidade financeira das secretarias municipais de saúde:

A gente observa que a maioria dos municípios de pequeno porte, eles acham muito melhor jogar o recurso dele no município de maior porte, nas sedes macro, que ele tem os serviços (Gestora de Regulação Interestadual II).

Porque é muito mais prático dizer não faço e mandar para outro local, porque ele não tem custo; não tem dor de cabeça e está preocupando o próximo. Então é muito melhor fazer isso. Acho que também falta boa vontade das gestões. Não é possível que eles não enxerguem que um aparelho de eletrocardiograma, por exemplo, que custa cinco mil reais, seja melhor que fazer dez viagens e o cara morrer de infarto (Representante do SINDMED BA).

Por outro lado, gestores das sedes regionais possuíam posição política vantajosa para defender políticas locais, porque as referências regionais concentravam maior parte dos serviços de saúde e recursos tecnológicos da RIS. Era comum gestores de municípios de referência deliberarem pela não regionalização dos serviços de saúde:

Porém, na minha percepção, é que ainda estamos muito na percepção do foco local. O município teria que está vendo a implantação daquele serviço na perspectiva de rede ou uma perspectiva de regionalização. Por exemplo, existem serviços em Petrolina que teria condições de abranger para se tornar um serviço regionalizado e isso só precisaria da

decisão do gestor para que a gente possa ter uma rede mais integrada [...] a gente tem dificuldades com a gestão porque ela não quer abrir para o serviço regionalizado, mesmo tendo o perfil (Gerente Regional de Saúde I).

Alguns artigos destacam a resistência das gestões municipais de referência na construção de relações interfederativas mais solidárias (CARVALHO et al., 2017; SILVA e MOTA, 2017). Esses municípios, mesmo integrantes de uma mesma região, tendem a privilegiar seus munícipes. Isso também é explicado pelos limites físico-financeiros que exigem das referências regionais maior contrapartida de recursos próprios em relação a municípios de pequeno porte (ARAÚJO e GONÇALVES, 2017).

As divergências político-partidárias, também reforçavam relações interfederativas fragmentadas e dificultava, por exemplo, possibilidades de articulações e negociações entre secretarias de saúde estadual e municipal na regionalização de serviços:

Esse papel do estado em fazer a articulação entre os municípios fica muito difícil. Porque as pessoas se elegem e se esquecem de que elas não precisam mais falar só de partido político; eles continuam fazendo política partidária e não política de saúde. Essa é minha opinião pessoal e tem vários municípios que você não conversa porque aqui é partido tal e ali é tal... (Gestor de Regulação Estadual II).

A literatura tem destacado dificuldades profusas da política de regionalização superar a reprodução de influências político-partidárias municipais e dos seus interesses eleitoreiros, clientelistas e corporativos. Isso é um indicativo de que a regionalização do SUS é mais influenciada pela dimensão política e social, e seu acúmulo histórico, do que pela política de saúde propriamente dita (MELO et al., 2017).

Assim como em nossa pesquisa, diversos outros estudos em diferentes regiões do país evidenciaram dinâmicas de relações interfederativas subordinadas a interesses locais e com políticas regionais muito incipientes (GARBELO et al., 2017; MWISONGO e NABYONGA, 2016; SILVA et al., 2017; BISCARDE, 2016; SANTOS, 2018; CASANOVA et al., 2017).

Muitos artigos destacam que um padrão relacional com foco local prevalente estimula relações predatórias e inviabiliza a cooperação e solidariedade entre os entes, reforçando a existência de vários sistemas locais isolados e posturas individualistas dos gestores de saúde, com interesse regional incipiente ou ausente (BISCARDE, 2016; SANTOS, 2018; MWISONGO, e NABYONGA, 2016; SILVA et al., 2017).

Políticas de saúde desarticuladas de um sistema regional também é reflexo dos efeitos de uma política de repasses que incentiva a adesão dos municípios a agendas

nacionais indutoras de captação de recursos, totalmente desvinculada das necessidades regionais e em cenário de dependência financeira (DUARTE et al., 2018).

Em síntese, evidenciamos que a política regional cooperativa e solidária se mostrou muito distante do preconizado na política de regionalização, na RIS que estudamos, principalmente pelo cenário de relações interfederativas completamente predatórias e influenciadas pela dimensão política.

9.3 Relação público-privada com padrão regressivo na Região Interestadual de Saúde

Identificamos na RIS uma relação público-privada com padrão regressivo seja pela oferta pública de serviços de saúde inferior à oferta do setor privado, em parte da média e alta complexidade, seja pela dependência dos gestores municipais e estaduais dos prestadores privados, filantrópicos e organizações da administração indireta.

Tantos as atas quanto relatórios de grupos de trabalho da RIS permitiram identificar uma dupla intencionalidade nas negociações entre atores governamentais e prestadores. Nos primeiros, predominava a dependência dos serviços ofertados e a necessidade de compra para garantia do acesso à população e, nos segundos, o interesse de mercado com uma importante motivação lucrativa.

A dependência de serviços privados em várias regiões do país é assinalada por diversos estudos, sobretudo na atenção especializada de média e alta complexidade (ROMANO e SCATENA, 2014; ARAÚJO e GONÇALVES, 2017; ALMEIDA; LIMA, 2015; SHIMIZU et al. 2017; MOREIRA e TAMAKI, 2017; MELLO et al., 2017; SANTOS, 2018), como evidenciamos na RIS. Um estudo identificou que no Brasil o segmento privado com fins lucrativos predominava em torno de 74,6% para serviços de média e alta complexidade (MIRANDA, 2017). Isso, segundo alguns atores, gera uma dependência dos gestores públicos, determinada pela provisão insuficiente de serviços da rede própria (SILVEIRA FILHO et al., 2016).

A dependência pública em relação ao setor privado, caracterizava-se pela desigualdade de capacidade nas disputas ocorridas nos processos de negociação entre o empresariado regional e secretários de saúde, porque os prestadores possuíam o controle dos recursos tecnológicos e da força de trabalho, enquanto os gestores ocupavam uma posição vulnerável a pressões do empresariado, pela dependência insuficiência pública dos serviços de saúde ofertados.

O principal exemplo da força do setor privado na Região foi evidenciado nos documentos sobre a implantação da RIS. No Norte da Bahia, dos cinco hospitais regionais que prestavam atendimento ao SUS, apenas um era público e, ainda assim, em gestão indireta por instituição filantrópica. Em Pernambuco, dos sete hospitais regionais da Região Interestadual, quatro eram natureza pública; porém, dos dois principais, um estava sob gestão da EBSEH e outro do IMIP.

Os Planos Estaduais de Saúde da Bahia permitiram confirmar que, desde 2004, o Estado instituiu um Programa de Parcerias Público-Privadas (PPP). A decisão foi justificada como estratégia de atração de investidores privados em projetos de reconhecido interesse. Os PES deixaram evidente a posição estadual em assumir a concessão de serviços de saúde para administrações indiretas, sobretudo os hospitais.

Na Região que estudamos, outro estudo confirmou significativa participação da iniciativa privada e Organizações Sociais em serviços da rede hospitalar de referência (PEREIRA ET AL., 2017). Essa característica também esteve presente em regiões do Mato Grosso, em Goiás, no Piauí, no Pará e no oeste do Paraná (MIRANDA, 2017). Apenas na região de Vitória-ES havia um cenário distinto ao nosso, onde maior parte dos hospitais públicos eram geridos pela administração direta estadual (ALMEIDA e LIMA, 2015).

Um estudo destacou que o desempenho de inúmeras funções públicas pelo setor privado e a delegação para instituições privadas de funções de controle e monitoramento das ações públicas é uma tendência (LIMA et al., 2017). Na assistência hospitalar do estado do Mato Grosso, por exemplo, o predomínio de prestadores privados lucrativos e não lucrativos na gestão da rede hospitalar era de 63% em 2012 (SOUZA e SCATENA, 2014).

A análise das atas das CIR revelou uma frequente introdução de interesses privados na dinâmica regional. Ocorriam decisões arbitrárias e veladas dos prestadores contratados ou organizações da administração indireta, sem qualquer debate e consenso nos colegiados deliberativos regionais e interestadual.

Constantemente, as negociações de contratos de serviços entre gestores e prestadores eram envolvidas por pressões para acordos promíscuos, que descortinavam uma importante divergência entre propósitos de mercado e a capacidade de pagamento dos gestores, em grande parte, limitada por valores inflacionados de mercado em relação à Tabela SUS:

Bem, se o meu recurso é para dez consultas, então vamos contratar três? Três de trinta, em vez de contratar dez de dez? A gente precisa seduzir o nosso empresariado local (Gestora de Regulação Interestadual II).

Um estudo na região Sudoeste da Bahia também evidenciou que a defasagem da Tabela SUS era um ponto facilitador de influências privadas nas negociações de contratos entre prestadores e gestores públicos. O empresariado tende a definir preços dos procedimentos e serviços em função do mercado e à revelia da Tabela SUS (SANTOS, 2018).

Os prestadores privados não somente influenciavam a dinâmica regional em negociações diretas com os gestores, mas também participando de reuniões ordinárias das CIR, conforme evidenciamos em várias atas. O espaço das Comissões era utilizado como uma arena de disputas econômicas, onde o empresariado exercia estratégias argumentativas para convencer gestores a celebrarem contratos de serviços especializados em condições totalmente favoráveis aos interesses de mercado e destoantes das necessidades regionais.

Um exemplo ocorreu com a participação de prestadores de oftalmologia na CIR Juazeiro, na intenção de celebrar contrato para regionalizar a prestação de serviços destinados a todos os municípios da macrorregião Norte da Bahia, contudo, sem atender a critérios de implantação do serviço, que previa, no mínimo, a instalação de uma unidade oftalmológica em cada sede das microrregiões de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim. O prestador desejava concentrar os serviços apenas na cidade de Juazeiro.

Um estudo na Região Sul Matogrossense também evidenciou a introdução de interesses privados na dinâmica regional, através da participação do empresariado em colegiados regionais (KEHRIG et al., 2015). Na Região Interestadual que estudamos, outro estudo identificou que apesar da forte relação público-privada, não se dispõe de fórum próprio para mediar negociações entre gestores e setor privado. Os autores destacaram a importância de um espaço próprio com essa finalidade, seja dentro ou fora do âmbito das CIR (VIANNA et al., 2017)

As influências do setor privado também estavam presentes nas relações entre o empresariado regional e o Hospital Universitário Federal da UNIVASF. Havia uma dupla inserção de atores no sistema regional de saúde, seja como proprietários de hospitais privados seja como docente da UNIVASF, atuante no hospital em atividades de formação médica:

[...] a medicina privada aqui ela tem um poder muito forte e aí, são as mesmas pessoas que você vai encontrar que são os donos dos Hospitais, vou citar como exemplo, da neuro aqui, né? Que é uma figura pública daqui durante muitos anos e que é dono do principal Hospital privado daqui [...] e ocupa espaço de formação, também, muitos deles estão ocupando nossos espaços de formação acadêmica (Docente UNIVASF II).

O crescimento da oferta privada também é financiado pelo Estado na forma de renúncia fiscal e retrata a presença do setor privado de saúde como resultante do fomento de políticas públicas (CAMPOS, 2010; BAHIA, 2010; MOREIRA et al., 2017). Um dos entrevistados destacou situação semelhante na microrregião de Petrolina-PE como estratégia para renúncia de dívidas tributárias de grupos médicos, proprietários de serviços privados:

Empresas da saúde aqui que devem muito dinheiro ao município, e aí eles vão pagar isso aí com serviços, com serviços hospitalares, consultas e exames complementares, né? E é uma forma que, até tem feito uma propaganda. A gestão atual fez até uma propaganda que diz assim: “agora o cidadão de Petrolina...”. Eu até salvei o vídeo, que dizia assim: “o cidadão de Petrolina vai ter saúde privada”. Quer dizer, reforçando essa imagem de que o que é bom é o privado; não é o público (Docente UNIVASF II).

As evidências do nosso estudo confirmam achados de outros autores sobre as relações público-privadas como determinantes da dinâmica de poder nas regiões de saúde (VIANNA e LIMA, 2011). A influência de vários grupos médicos que encontramos na RIS foi destacada em outro artigo, onde esses são classificados como um monopólio de difícil enfrentamento pela maioria dos municípios brasileiros (VIANNA et al., 2018).

Alguns autores reforçam as nossas evidências ao destacar que a relação entre o Estado e o setor privado é uma relação desigual de dominantes e dominados (COELHO e PAIM, 2016). Na região de Vitória da Conquista-BA, por exemplo, os interesses privados se imiscuíam nas decisões regionais, sobretudo aquelas envolvendo a alta complexidade hospitalar (SANTOS, 2018). Essas questões refletem a necessidade de considerarmos a força que o setor privado/filantrópico tem sobre as dinâmicas regionais seja em credenciamentos, contratualizações ou pagamentos (ROMANO e SCATENA, 2014).

A literatura assinala um certo predomínio das influências privadas nas decisões regionais, dificultando a pactuação da assistência à saúde, já que os atores que representam o setor privado visam relações em prol de interesses próprios, ainda que haja

alguma regulação estatal (KEHRIG et al., 2015; MIRANDA, 2017). Isso ganha maior força em regiões com menor capacidade gestora para exercer a regulação na relação público-privada (SANTOS e GIOVANELLA, 2014).

Diante das características da relação público-privada na Região que estudamos, cabe destacar o risco que isso representa para a política interestadual de regionalização, quando os gestores públicos se tornam fragilizados para regular essa relação. Alguns artigos assinalam que as estratégias de regulação pública do setor privado contratado ainda são precárias e quanto menor for essa capacidade regulatória maior será a influência do setor privado, sobretudo diante de possíveis alianças entre prestadores e atores políticos do executivo e legislativo (SANTOS, 2018; MELLO et al., 2017; ALMEIDA; LIMA, 2015).

Em suma, a política interestadual de saúde era fortemente determinada por um dinâmica de poder regulada por interesses de mercado e com ausente ou incipiente capacidade regulatória do setor público. A dupla dependência pública do empresariado regional fortalecia o poder desses atores e fragilizava possibilidades dos gestores públicos construir uma política de regionalização em consonância com o direito à saúde e com as necessidades da RIS.

9.4 Distribuição do poder na Região: os atores mais influentes

O território interestadual era uma trama entre vários atores com motivações e capacidades de influência desiguais. Havia diferentes intencionalidades em disputa, simultaneamente. A distribuição do poder na RIS era desigual e se concentrava nos atores mais influentes da dinâmica regional, em função do controle desses atores sobre variáveis decisivas, principalmente em disputas políticas, econômicas e comunicacionais.

Identificamos diversos atores influentes na dinâmica de poder regional. Dentre eles, destacaram-se aqueles inseridos em grupos políticos e grupos econômicos. Os primeiros representados por alianças entre prefeitos, vereadores, deputados, senadores e aspirantes políticos; os segundos, representados por cooperativa médica, prestadores privados; entidades filantrópicas, sem fins lucrativos e/ou Organizações Sociais.

Alguns atores representavam instituições de saúde ligadas a grupos familiares tradicionais na Região e com importante trajetória político-partidária no executivo municipal, estadual e federal.

Tinham influência na região, outros atores coletivos pertencentes ao poder judiciário, a entidade associativa e/ou sindical e movimento social vinculado à UNIVASF (Quadro 34).

Essa diversidade de atores e instituições nas regiões de saúde, segundo alguns estudos, colabora para influências importantes sobre as decisões políticas regionais, sobretudo porque a estrutura federativa brasileira favorece a inserção de novos atores institucionais, múltiplos modelos de organização administrativa e diferentes interesses em disputa (LIMA e VIANNA, 2011; FRANZESE e ABRUCIO, 2013 VIANNA et al., 2017).

Na RIS, o poder se concentrava em atores com maior força política e econômica. Os mais influentes se destacaram pelo maior controle de recursos políticos, econômicos, conhecimentos e organizacionais. Os atores influenciados ou cooptados possuíam pouco ou nenhum controle de recursos decisivos para garantir alguma capacidade de disputa de poder na Região, dentre eles, destacavam-se técnicos das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, gestores dos espaços deliberativos (regionais e interestadual) e da central reguladora interestadual.

As desigualdades de controle de recursos entre os atores reflete o que Matus (2005) afirma sobre a relatividade da ação entre eles. Para o autor, a dinâmica de poder regula a liberdade máxima de um ator, que pode ser incompatível com a igualdade de espaço para o outro. Trata-se, portanto, de relações competitivas entre pessoas de capacidades e possibilidades de ação desiguais, determinadas por regras que podem ofertar condições vantajosas para uns em detrimento de outros.

Os nossos achados sobre a diversidade de atores influentes na RIS coadunam com alguns artigos que destacam as regiões de saúde como espaços de desigualdades de poder e recursos entre atores e instituições, com intencionalidades heterogêneas. Esse poder tende a se distribuir em uma ampla rede de atores e organizações dentro e fora do governo, o que condiciona certa dependência de acordos com prestadores, empresários da saúde, trabalhadores, entre outros (BRETAS JUNIOR; SHIMIZU, 2017; BRETAS JUNIOR; SHIMIZU, 2017).

Quando analisadas as principais motivações dos atores influentes na RIS, percebeu-se que elas eram decisivas da ação política praticada por cada um deles. A dinâmica regional era determinada por várias intencionalidades, simultaneamente, que variavam da acumulação de poder e mercado a ganhos pessoais, interação comunicacional e bem-estar social. Entretanto, chamou a atenção que o perfil dos atores e instituições presentes

na RIS foram determinantes para que a dinâmica regional operasse, predominantemente, a favor de uma lógica de acumulação de poder e produção de bens e serviços (lucro) (Quadro 34).

Em função do referencial teórico que adotamos nessa pesquisa, podemos considerar a dinâmica de poder regional como um jogo social e, segundo Matus (2005), não é possível haver intencionalidades individuais isoladas, dissociadas da interação entre os atores. A ação dos atores presume uma meta, um desejo ou um sentido, que podem ser aceitos ou não. Isso pode explicar porque a Região em análise combinava múltiplas intencionalidades em jogo.

Alguns artigos assinalam que a regionalização acontece em meio a relações de poder com orientações e interesses diversos e divergentes. Essa é a base do processo político da regionalização em saúde, em grande parte, com predominante motivação política no processo de governar regiões de saúde (MELLO et al., 2017; MOREIRA e RIBEIRO, 2017; CASANOVA et al., 2017).

A produção da ação política requer, além da motivação dos atores sociais, capacidade suficiente para produzir influências na dinâmica relacional de poder, que resulta no controle que o ator exerce sobre determinados recursos (econômicos, políticos, conhecimentos e organizativos). Essa capacidade também reflete o conhecimento, a força, a destreza, a experiência, as ferramentas, os sistemas e instituições, que condicionam as suas ações (MATUS, 2005).

Quadro 34 – Características motivacionais e capacitantes dos atores mais influentes na Região Interestadual de Saúde

Ator	Motivação	Lógica de ação	Recursos que controla	Fatores capacitantes¹⁷	Número de relações¹⁸	Redes de relações¹⁹
Grupos políticos	Poder e força Posição individual Argumentação	Acumular poder Seleção individual Interação comunicativa	Político Econômico	Experiência política e apoio do governo estadual e diversos municípios	7	Política Econômica
CHESF	Poder e força Mercado	Acumular poder Produção e distribuição de bens e serviços	Político Econômico Organizacionais	Proprietária de um dos principais hospitais regionais	9	Política Econômica
IMIP	Mercado Interação comunicacional	Produção e distribuição de bens e serviços Entendimento entre os atores	Político Técnico Organizacionais	Apoio direto do governo estadual, várias parcerias com universidades e gerencia uma extensa rede de serviços em PE	6	Política Administrativa Econômica Científica
APAMI	Poder e força Mercado Interação comunicacional	Acumular poder Produção e distribuição de bens e serviços Entendimento entre os atores	Político Econômico Técnico Organizacionais	Apoio de grupos empresariais e políticos nas três esferas de governo	13	Política Econômica
APMI	Mercado	Produção e distribuição de bens e serviços	Político Técnico Organizacionais	Ausência de instituição concorrente e domínio sobre o principal hospital	4	Política Econômica Administrativa

¹⁷ Exprime quais características favoreciam a capacidade de ação do ator sobre a RIS.

¹⁸ Número de relações expressas na grafia política regional, conforme tipo de ator e grupo dos atores com os quais se relaciona.

¹⁹ Natureza da rede de relações que o ator mantém na RIS.

				regional do Norte da Bahia		
HU-UNIVASF	Poder e força Interação comunicacional Competências burocráticas	Distribuir poder Entendimento entre os atores Produção da ação institucional	Político Econômico Técnico Organizacionais	Detém o poder sobre os principais recursos e ações de alta complexidade do espaço regional	16	Política Administrativa Científica
Cooperativa Anestesiologia	Mercado Interação comunicacional	Produção e distribuição de bens e serviços Entendimento entre os atores	Técnico	O ator é exclusivo no espaço regional e consegue fácil cooptação de novos aliados	5	Econômica
PROMATRE	Mercado	Produção e distribuição de bens e serviços	Técnico	Único serviço de referência em cardiologia da região Norte da Bahia	1	Econômica
NUMANS/UNIVASF	Bem-estar indivíduo e família Interação comunicacional	Resolução dos problemas da vida cotidiana Entendimento entre os atores	Técnico Cognitivos	Apoio das universidades, profissionais, usuários, movimentos sociais, estudantes e residentes da região	3	Política Social
Ministério Público	Bem-estar indivíduo e família Interação comunicacional	Resolução dos problemas da vida cotidiana Entendimento entre os atores	Técnico Cognitivos	Apoio da UNIVASF, EBSEH, SINDMED e gestores regionais	10	Política Jurídica

Fonte: Entrevistas e análise documental. Elaboração do autor (2019).

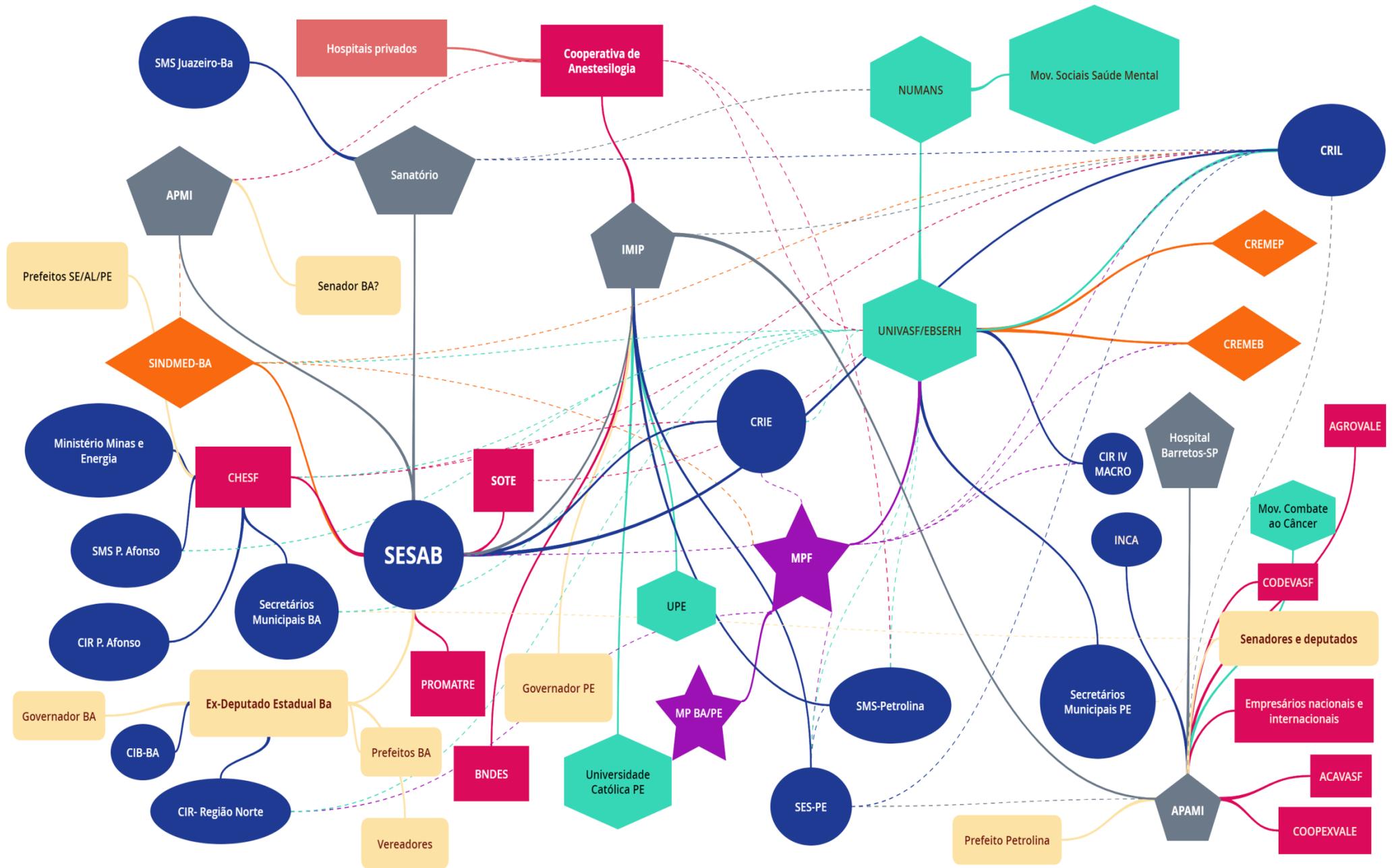
Identificamos alguns fatores que favoreciam a capacidade de ação dos atores influentes na dinâmica da RIS. Eles possuíam em comum características como uma extensa rede de relações políticas; um perfil de liderança; contavam com o apoio de atores políticos importantes em uma ou mais esferas de governo; apoio de grupos vinculados ao setor privado e com maior controle dos recursos tecnológicos de serviços de saúde da Região; ou pertenciam a instituições com produção de bens e serviços ofertados de forma exclusiva na RIS.

Quanto maior era o número de relações políticas internas e externas ao espaço da RIS, maior era a capacidade de influência dos atores e instituições sobre a dinâmica de poder regional. Em função disso, construímos uma grafia das interações entre os atores citados no Quadro 34 (internos à Região) e demais atores sociais externos (Figura 18²⁰).

Pode-se dizer que tanto as motivações dos atores para agir quanto suas capacidades determinavam as diferentes lógicas da dinâmica de poder regional. Para Matus (2005), em um jogo social, as capacidades de um ator podem se positivar ou negativar, a depender de como está concentrado o poder e quem o domina. Trata-se, portanto, de uma dinâmica onde os atores podem modificar a distribuição de poder e vice-versa (MATUS, 2005). As principais características dos atores mais influentes da dinâmica regional serão detalhadas a seguir.

²⁰ A grafia foi organizada em cores e formas geométricas distintas, considerando a natureza dos grupos de atores sociais e/ou instituições relacionadas, a saber: a) cinza, organizações sociais e instituições filantrópicas; b) azul, secretarias municipais e estaduais de saúde, instituições governamentais/públicas, grupos técnicos, gestores e espaços deliberativos; c) rosa, grupos econômicos, empresariais e prestadores privados; d) amarelo, grupos políticos; e) laranja, conselhos profissionais e entidades sindicais; f) verde, movimentos sociais e atores vinculados a universidades; e g) lilás, atores vinculados ao poder judiciário. As linhas contínuas representam relações políticas mais coesas (motivações ou interesses convergentes) e, as tracejadas, relações menos coesas (motivações divergentes).

Figura 18 – Grafia política das relações entre os principais atores sociais internos e externos à Região Interestadual de Saúde



Fonte: Entrevistas e análise documental. Elaboração do autor. (2019)

Associação Petrolinense de Proteção à Maternidade e Infância (APAMI)

A APAMI é uma instituição filantrópica de origem familiar e vinculada a um grupo tradicional na política partidária do estado de Pernambuco. A instituição foi criada em 1948 com o objetivo de implantar lactários e a distribuição de leite materno na zona rural de Petrolina e toda região do Vale do São Francisco. Ela é presidida há décadas por membro desse grupo familiar tradicional e que possui diversas relações com grupos políticos e empresariais nacionais e internacionais.

De acordo com o diretor da instituição, a APAMI ampliou suas ações para área urbana, através da implantação de creches. Isso, aos poucos, aumentou sua representatividade política na Região. Com a criação do SUS, o grupo implantou a oferta de serviços especializados de saúde de forma pioneira, em Pernambuco, dada a ausência de serviços públicos dessa natureza.

Em entrevista com o diretor do grupo, percebeu-se que a criação do SUS foi fundamental para que os gestores da APAMI projetassem intenções referentes à produção de serviços de alta complexidade na área urbana. A maior evidência foi a criação do primeiro serviço de oncologia da Região, em 1998. O serviço se tornou referência para usuários do Norte da Bahia e da Região do Vale do São Francisco (PE), com oferta inicial de procedimentos de quimioterapia.

A APAMI possuía contrato com a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) para ações de oncologia materno-infantil, sendo a maior parte dos seus recursos provenientes do SUS (87,2%) e os demais derivavam de Emendas Parlamentares e doações de pessoas jurídicas e físicas. A instituição também arrecadava não somente com a prestação de serviços oncológicos, mas com a oferta de procedimentos de diagnóstico laboratorial e de imagem, onde possuía vários contratos e convênios particulares e com municípios da RIS, segundo relatórios da instituição.

A direção institucional e entrevistados deixaram claro que o principal projeto de poder da APAMI na RIS correspondia à implantação e habilitação da sua Unidade Oncológica de Alta Complexidade (UNACOM), própria. Havia intenção de adquirir autonomia financeira, uma vez que os serviços de quimioterapia prestados pela APAMI eram alocados em anexo de hospital estadual administrado pelo IMIP, o qual era responsável pela remuneração das atividades da APAMI. Era uma espécie de “quarteirização”, de acordo com informantes e atas analisadas.

O presidente da APAMI realizou vários movimentos políticos para consolidar esse projeto de poder institucional. Os relatórios da instituição apontaram visitas técnicas do Ministro da Saúde, representantes do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e do grupo do Hospital do Câncer de Barretos-SP, com o objetivo de conhecer a estrutura da futura UNACOM

(em construção à época do campo). Também foram evidentes diversas relações da APAMI com grupos econômicos nacionais e internacionais, que participavam como colaboradores financeiros, afirmado tanto pelo presidente quanto registrado em relatórios de prestação de contas.

Havia registro de relações políticas da instituição com deputados e senadores, vinculados ao próprio grupo familiar do diretor da unidade, denominados em relatórios como “os grades parceiros”. Eles foram responsáveis pela doação de importantes Emendas Parlamentares em 2011, 2012 e 2017, que totalizaram cerca de R\$ 1.900,000 (quase dois milhões de reais). Essas doções foram decisivas para consolidar a finalização da estrutura da UNACOM em construção, que passaria a ofertar novos serviços oncológicos inexistentes na Região, a exemplo da radioterapia.

Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Castro Alves-BA (APMI)

Trata-se de uma entidade sem fins lucrativos fundada em 2 de agosto de 1943 e com sede no município de Castro Alves-Ba. Ela gerenciava importantes hospitais públicos nas cidades de Simões Filho-Ba, Vera Cruz-Ba, Itaberaba-Ba, Seabra-Ba e em Juazeiro-Ba (Hospital Regional).

No Norte da Bahia, a APMI possuía contrato com a SESAB para administrar o Hospital Regional de Juazeiro. Diversos registros de atas e entrevistas eram concordantes sobre sucessivos problemas de gestão administrativa e financeira, no hospital, que resultavam na interrupção dos serviços prestados, em função de falta de manutenção de equipamentos, insumos e greve de pessoal por atrasos salariais. Somente em 2017, havia registro de três paralisações de médicos atuantes no hospital.

Em função disso, a instituição possuía conflitos constantes com o Sindicato dos Médicos da Bahia (SINDMED-BA) e com profissionais das unidades hospitalares administradas pela APMI no Centro-Oeste e Leste do estado.

As informações presentes em atas da CIR Juazeiro revelaram que a APMI, de certa forma, era “imune” a qualquer influência política dos espaços deliberativos regionais. Um exemplo disso era o registro de sucessivos pleitos dos secretários municipais para o acesso a detalhes contratuais entre instituição e a SESAB, mas sem sucesso. Os gestores municipais tinham baixo poder decisório para deflagrar qualquer ação opositora aos problemas do Hospital Regional ou diante de qualquer decisão arbitrária da direção da APMI. Havia uma aparente anuência do nível central da SESAB aos problemas de gestão administrativa e financeira citados, porque não existia qualquer sinal de intervenção estadual para mediar os conflitos entre a instituição e os gestores da CIR.

Coincidência ou não, outro sinal aparente de concentração de poder da APMI na Região ocorreu diante da rescisão contratual da SESAB com um serviço privado de Ortopedia e Traumatologia (SOTE) que, para todos os entrevistados, tinha resolutividade mais satisfatória do que os próprios prestadores públicos. Todos os serviços prestados pela SOTE foram alocados para o Hospital Regional de Juazeiro, sob gerência da APMI, conforme apontado por informantes e atas da CIR Juazeiro. Para os entrevistados, soava estranha essa realocação do serviço de ortopedia, porque nem mesmo os demais procedimentos pactuados para realização no hospital, a exemplo da oncologia, estavam sendo prestados na sua integralidade.

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)

O IMIP é uma entidade filantrópica que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Executa pesquisas e treinamento técnico em recursos humanos da área de saúde para organismos nacionais e internacionais, governamentais e não governamentais. Foi fundada em 1960 por um grupo de médicos, liderados pelo Professor Fernando Figueira, seu mentor. O Complexo Hospitalar do IMIP é reconhecido como uma das estruturas mais importantes do País, em diversas especialidades médicas, segundo informações do site institucional (IMIP, 2018).

Na Região, a instituição tem uma força importante, primeiro porque ela protagonizou o diagnóstico regional no processo de formulação da Rede Interestadual de Saúde; segundo, pela tradição de relações da instituição com os grupos políticos bem estabelecidos de Pernambuco, conforme já citado em tópicos anteriores. O IMIP gerenciava uma importante unidade hospitalar estadual, referência em alta complexidade materno-infantil, e uma UPA 24h, ambos em Petrolina-Pe. Também já administrou o Hospital Regional de Juazeiro, por alguns anos.

A gestão de serviços públicos pela instituição foi classificada como satisfatória por todos entrevistados. Atualmente a gestão IMIP conseguiu se inserir não somente na RIS, mas por todo território estadual, inclusive na capital, onde administra importantes estabelecimentos de saúde. Os informantes aparentavam uma grande satisfação com a administração do IMIP, que parecia ter construído uma relação muito próxima com gestores municipais, regionais e estaduais e, de certa forma, isso se refletia em uma força política importante da instituição em todo estado pernambucano.

Cooperativa de Anestesiologistas

A cooperativa surgiu de uma motivação da classe médica de anestesiologistas em romper com a falta autonomia financeira, porque antes toda sua arrecadação era subordinada a contrato com a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (UNIMED), segundo um dos fundadores.

De acordo com um dos sócios entrevistados, o sistema de remuneração da UNIMED não atendia aos interesses lucrativos da categoria, que desejava obter maior retorno financeiro e reduzir tributações do sistema UNIMED. Criou-se, portanto, uma estrutura administrativa independente, para garantir não somente maiores lucros mas, também, maior poder de influência em negociações com entes públicos e privados da Região.

A Cooperativa possuía 20 médicos associados, segundo informações da presidência. O grupo de anestesiologistas atuava em ambos os estados, em diferentes municípios da RIS, principalmente em serviços hospitalares das cidades de Juazeiro e Petrolina, através de contratos. Tratava-se de um ator influente, com importante capilaridade na Região. Alguns dos anestesiologistas atuavam tanto como cooperado quanto como servidor público em importantes serviços hospitalares do sistema regional de saúde, a exemplo do Hospital Universitário da UNIVASF.

O serviço da cooperativa era exclusivo na Região e isso colocava seus sócios em posição vantajosa na negociação de contratos com os gestores públicos e privados. Essa condição de exclusividade subordinava boa parte dos gestores públicos e privados que não tinham outra alternativa de contratação do serviço de anestesiologia.

A estratégia de montar a cooperativa aumentou a capacidade de influência da classe médica, não somente por deter o poder sobre os recursos financeiros, mas, sobretudo, por controlar a força de trabalho da especialidade e criar possibilidade de elevar preços e influenciar, com maior peso, as negociações dos contratos na Região.

Alguns estudos chamam a atenção para as cooperativas médicas enquanto organizações bem politizadas e altamente influentes na regionalização. Assim como na região do nosso estudo, a escassez de profissionais anestesiologistas aumenta o poder dessas organizações, que ditam escolhas para hospitais e serviços, conforme seus interesses de mercado (ALMEIDA; LIMA, 2017; ALMEIDA; LIMA, 2017; (MARTINELLI, VIANA e SCATENA, 2014).

Companhia Hidrelétrica do Vale do São Francisco (CHESF)

A relação da CHESF com o sistema regional de saúde se referia ao fato da instituição ser proprietária do principal hospital regional da microrregião de Paulo Afonso (Hospital Nair Alves de Souza). Segundo entrevistados, a estrutura hospitalar foi criada há 65 anos para atendimento exclusivo de funcionários da CHESF, mas ao longo do tempo se tornou porta aberta para usuários da Região, de diversas cidades na Bahia, Pernambuco, Alagoas e Sergipe. Essa amplo raio de atuação do hospital favorecia, em certa, medida, a visibilidade institucional da CHESF na RIS e isso permitiu a construção de relações políticas com diversos prefeitos e vereadores de vários municípios da fronteira interestadual.

Os custos do hospital eram mantidos predominantemente pela CHESF, sem contrapartidas estaduais e municipais, conferindo-lhe, portanto, total autonomia sobre as decisões referentes ao estabelecimento. Esse é um fato que, segundo informantes, explica a importante influência da CHESF nas decisões da RIS, onde desde a criação do projeto da Rede Interestadual se opôs a incluir os leitos do hospital como executantes. Para alguns entrevistados, isso significaria redução de status político e econômico junto a diversos municípios que encaminhavam seus usuários para o hospital e, portanto, o interesse era manter a unidade como porta aberta.

Todos os informantes da região de Paulo Afonso afirmaram o desinteresse progressivo da CHESF pelo custeio do hospital, por motivações econômicas. Havia um processo de negociação para doação da unidade à UNIVASF, a fim de romper com a responsabilidade financeira sobre o serviço. Os registro de atas da CRIE permitiram confirmar que essa motivação financeira para a doação era tão evidente que os representantes da CHESF declararam que não assumiriam qualquer ônus pelas reformas necessárias à doação do estabelecimento, agindo estrategicamente para que elas fossem custeadas pela UNIVASF/EBSERH ou SESAB.

Entrevistados confirmaram a tradição de CHESF influenciar as decisões que envolviam o hospital. Isso impediu por anos a governabilidade da SESAB sobre qualquer tipo de decisão relativa ao estabelecimento. A grande importância do estabelecimento para os diretores da CHESF estava na garantia dos serviços prestados como troca de apoio municipal propício à manutenção de poder econômico, pois o hospital se localizava em fronteira estratégica entre os estados Pernambuco, Bahia, Ceará e Sergipe.

A CHESF também possuía relações com empresas que terceirizavam a contratação de pessoal para o hospital e entrevistados afirmaram que isso favorecia uma arena de indicações

políticas para contratações, que alimentava a troca de favores entre a CHESF, prefeitos e vereadores de municípios nos estados fronteiriços. Segundo informantes, era comum grupos políticos e de empresas da classe médica influenciarem a dinâmica do hospital, em função de seus interesses pessoais.

Hospital da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU- UNIVASF)

Os representantes da EBSEH que gerenciavam o HU-UNIVASF tinham uma capacidade de influência importante na Região. O hospital era a principal referência de alta complexidade para atendimentos de neurocirurgia, traumatologia, cirurgia vascular, bucomaxilo, entre outros, para os 53 municípios da Região. A direção hospitalar, também tinha representação em espaços importantes como a comissão deliberativa interestadual, Conselhos Municipais de Saúde e entidades associativas de usuários. Tratava-se de um estabelecimento que agregava intencionalidades paralelas, tanto da UNIVASF quanto da EBSEH.

A estrutura hospitalar também era campo de ensino e práticas para todos os cursos da área da saúde da UNIVASF e de diversas outras faculdades e escolas técnicas da Região. Havia ainda, relações políticas construídas com os municípios, em função do desenvolvimento de cooperações ensino-serviço com as SMS, constituindo uma força de trabalho que atendia a interesses dos gestores municipais.

A gestão do HU-UNIVASF era a única representação dos prestadores que participava de forma atuante nos espaços deliberativos regionais e interestadual. E as atas analisadas permitiram revelar que os gerentes do hospital usavam esses espaços para exercer estratégias de influência no sistema de saúde regional, destinadas a produzir ações político-institucionais convenientes com interesses muito mais da EBSEH do que da Universidade.

O quadro de superlotação do hospital naquele momento era uma situação que afetava os interesses institucionais e financeiros dos dirigentes. A motivação principal delas era realizar ações políticas em consonância com interesses da gestão do HU-UNIVASF, exemplificada por informantes como a criação de fluxos de acesso hospitalar que atendiam apenas ao perfil da instituição e não necessariamente às necessidades regionais.

Um outro sinal de influência que identificamos nos documentos analisados, dizia respeito a movimentos de articulação entre a Universidade e os gestores da EBSEH, para consolidar parceria destinada a doação do hospital da CHESF, em Paulo Afonso. O objetivo seria a federalização da unidade, que ampliaria o campo de práticas de diversos cursos de saúde da instituição, além de colocar sob domínio de ambas as organizações o poder decisório na

microrregião de Paulo Afonso, influenciando fluxos de usuários regulados dos municípios para unidade do HU-UNIVASF, sediada em Petrolina-PE.

Ministério Público Federal (MPF)

A promotoria do Ministério Público (MP) se tornou um ator importante na Região, no sentido de acompanhar as decisões e iniciativas dos atores para retomada das negociações voltadas ao desenho da Rede Interestadual. Sua participação na Região resultou de pressões políticas de vários atores:

O MP tem partido para esse viés de indutor de políticas públicas. Nós fomos convocados por algumas instituições como Conselho Regional de Medicina do estado de Pernambuco e teve também participação da Assembleia Legislativa, através da deputada Socorro Pimentel [...] e a gente após provocação fomos até Petrolina (Promotor do MPF).

Mas olha, a chegada do ministério público, foi justamente devido a diversas denúncias que foi feita pelo HU-UNIVASF, tá? Então o HU-UNIVASF, ele começou a demandar muitos ofícios, tá? Para o ministério Público do Estado, para o Ministério Público da Bahia, o Ministério Público de Pernambuco, o Ministério Público Federal. A gente vive em reunião no Ministério para responder a essas demandas. É claro que quando a gente vai, a gente vai com as informações, entendeu? A gente vai com as informações mostrando que não é bem daquela forma, que eles colocam (Gestora de Regulação Interestadual II).

As ações do MP na Região se ampliaram de circunscritas a questões pontuais de judicialização da assistência para movimentos de articulação dos atores regionais, municipais e estaduais, por meio de um setor específico denominado Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção à Saúde Pública (CAOP):

O CAOP não é órgão de execução. Ele tem provocado o processo articulado com os promotores da região e as vezes é necessário você ter uma atuação mais em bloco e sólida, e o CAOPS entra como coordenação dessas ações (Promotor do MPF).

O principal mecanismo de influência do MP na Região ocorria através de audiências públicas e reuniões ordinárias da CRIE. Esse acompanhamento foi uma alternativa para tentar articular os atores estaduais e reconduzi-los ao seu papel de coordenação da Comissão Deliberativa Interestadual, afim de regularizar o calendário das reuniões:

Na verdade eu soube que teve uma intervenção. Teve um chamamento público com duas ou três audiências, onde o MP chamou nas vias de fato e, nesse chamamento, que as coisas vieram à tona, mas tudo por pressão do

Ministério Público que está presente a todo tempo (Gerente Regional de Saúde I).

A gente percebeu que algo deveria ser feito [...] Então, no determinado momento que as tensões foram crescendo houve convocação de audiência pública com o Ministério Público Federal e a justiça federal (Gerente do HU-UNIVASF II).

A atuação do MP na RIS assumiu um papel muito mais de vigilância institucional do que de coordenação federativa dos estados:

O MP não quer substituir a função do gestor e não temos essa pretensão, mas queremos que eles realmente demonstrem que estão tentando resolver as dificuldades que o sistema provoca (Promotor do MP).

O Ministério Público entrou no caso da rede PEBA [...] de forma extremamente construtivista, não foi de apontar o dedo, de punir, foi mesmo para construir (Gerente do HU-UNIVASF II).

O resultado positivo da atuação do MP na Região, resultou no reestabelecimento, em outubro de 2017, das reuniões da CRIE, que há dois anos consecutivos estavam interrompidas.

Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão (NUMANS)

O movimento denominado de Luta Antimanicomial no Sertão do Submédio São Francisco é um movimento social em construção e fruto de uma parceria entre professores e estudantes do curso de Psicologia da UNIVASF, profissionais e usuários da saúde mental, das cidades de Juazeiro-BA e Petrolina-PE, segundo a idealizadora do movimento.

As primeiras atividades de construção do movimento ocorreram em evento destinado à defesa da saúde mental no dia Mundial de Luta Antimanicomial (18 de maio). Os primeiros propósitos definidos buscavam a consolidação de um movimento social mais robusto, a nível regional, e que articulasse as gestões de Juazeiro e Petrolina, os gestores de outros municípios, os profissionais de saúde, entre outros:

Conseguiu agregar sabe, reunir é uma palavra melhor, usuários, profissionais, estudantes, pessoal de uma graduação bem diversificada, chamou artistas, chamou vários profissionais da saúde mental... (Docente UNIVASF II).

Avanços ocorrem no sentido da criação de um Núcleo de Saúde Mental, com estudantes de residência multiprofissional de saúde da UNIVASF, onde foram realizados diversos encontros na Universidade e serviços de saúde da Região. Os integrantes do Núcleo desejavam

a construção de uma identidade de movimento social, desvinculado de determinações institucionais e burocráticas (CABRAL et al., 2013; RODRIGUES et al., 2016).

Os propósitos de um movimento social ligado à saúde mental ganharam destaque na Região, com a realização de seis edições do Fórum de Mobilização Antimanicomial do Sertão (FMAS). Esses encontros produziram discussões e aproximações com o cotidiano dos serviços, agregando usuários, profissionais, movimentos sociais, estudantes, artistas, professores e profissionais da saúde mental, sendo decisivos para criação de um Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão (NUMANS), que de acordo com documentos analisados se constituiria como espaço permanente de luta Antimanicomial (CABRAL et al., 2013).

Em síntese, o NUMANS se tornou um ator coletivo importante na Região, ainda que num cenário de esvaziamento das instâncias de controle e participação social e num recorte restrito à saúde mental. A sua atuação parece, em alguma medida, representar a defesa de interesses que se aproximam mais do bem-estar social, em relação a motivações de outros atores influentes que se aproximavam mais do lucro e do poder político na RIS. O principal espaço de mobilização do Movimento se tornou o Fórum de Mobilização Antimanicomial do Sertão, que ocorre anualmente no dia 18 de maio.

A análise dos dados permite afirmar que a distribuição do poder na Região concentra maior influência em quem detém a capacidade sobre os recursos escassos (poder político, conhecimento, capacidades organizacionais e recursos econômicos). A dinâmica de poder regional pode modificar acumulação ou desacumulação de poderes em função das capacidades de “jogadas” dos atores ou de suas motivações serem (ou não) convergentes com o espaço de possibilidades de ação, determinado pela dinâmica relacional entre eles (MATUS, 2005). Essas premissas são fundamentais para compreender a dinâmica dos “jogos de poder” em disputa na Região Interestadual.

9.5 As disputas de poder na Região Interestadual de Saúde

Identificamos diferentes disputas de poder paralelas na Região, entre vários atores e instituições. Na dinâmica regional, prevaleciam disputas de poder político, econômico e da comunicação e, em menor frequência, disputas de poder pessoal, macroorganizacional e da vida cotidiana.

A dinâmica de poder regional tinha características muito complexas por agregar múltiplas disputas, simultaneamente, e que se alternavam entre os atores e instituições, em função das

suas motivações e capacidades. Essa alternância produzia uma dinâmica relacional que transitava entre conservação e mudança da natureza dos poderes em disputa, operando nos planos político, econômico, comunicacional, macroorganizacional ou da vida cotidiana, com objetivos excludentes (ou não) (Quadro 35).

Nenhuma das disputas de poder identificadas na Região acontecia isoladamente. Cada uma delas, ocorriam em lógicas superpostas. Isto é explicado por Matus (2005) em sua Teoria da Produção Social, que assinala a necessidade de um determinado jogo de poder necessitar, sempre da contribuição de alguma outra disputa para garantir sua permanência como “jogo dominante”. Nesse sentido, atores agiam politicamente para disputar o poder econômico; ou agiam economicamente para ganhar poder político; ou usavam de disputas de comunicação para disputar o poder macroorganizacional e assim sucessivamente.

A disputa econômica era o “grande jogo de poder dominante” na RIS. Os principais atores dessa disputa correspondiam a grupos empresariais como a CHESF; as instituições filantrópicas ou Organizações Sociais, responsáveis pela gestão de importantes serviços hospitalares de referência (IMIP, APMI, APAMI) ou serviços privados contratados pelas SMS ou SES; e grupo da Cooperativa Médica de Anestesiologia. Alguns atores inseridos em grupos políticos locais, estaduais e federais, usavam de disputas econômicas para ganhar poder e força política.

Nas disputas políticas, predominava a ação de atores individuais já inseridos em partidos políticos e aqueles aspirantes de cargos partidários, a exemplo de vereadores, prefeitos, deputados e senadores. Geralmente, as alianças políticas eram construídas através de ações econômicas, como, por exemplo, a liberação de Emendas Parlamentares. Alguns atores individuais usavam das disputas políticas e comunicacionais para garantir acumulações pessoais, onde o poder era tanto meio quanto fim para acumulações.

Em relação às disputas de comunicação, percebemos que elas eram meio para a dominação de todas as outras disputas de poder evidentes na RIS. Os atores e instituições utilizavam das interações comunicacionais como objetivo de obter o consenso para manutenção do apoio de aliados e cooptação de oponentes. Outros, usavam como estratégia de disputa comunicativa a omissão de informações privilegiadas, a fim de dificultar cálculos políticos de atores opositores e impedir qualquer rejeição às suas estratégias.

As características das disputas de comunicação que evidenciamos na RIS vão ao encontro do que assinala Matus (2005) sobre a disputa do poder da comunicação não apenas significar uma exposição das intencionalidades do ator para obter consensos, mas também a omissão como recurso de fragilização das ações opositoras dentro do jogo social.

Quadro 35 – Atores, jogos de poder em disputa na Região Interestadual de Saúde e condições de aceitabilidade/viabilidade

Ator	Jogos de poder em disputa	Condições de aceitabilidade²¹	Condições de viabilidade²²	Ator (res) influenciado (s)²³	Ator (es) que regula (m) a (s) jogada (s)²⁴
Grupos políticos	Político Pessoal Comunicação	Ideológica Ética individual Validação do ato de fala	Política Projeto pessoal Interação Comunicativa	Prefeitos, vereadores, secretários de saúde, SES, COSEMS, CIR, CIB, NRS, CRIL, GERES, gestores hospitalares e CRIE.	Gestores regionais, políticos e gestores municipais de oposição
CHESF	Político Econômico	Ideológica Paradigma Dominante	Política Econômica	MS, MEC, EBSEH, Secretarias Municipais de Saúde, CRIL, CIR P. Afonso, CRIE, UNIVASF, SESAB, NRS, municípios da AL/SE/PE, prefeitos e vereadores.	TCU, SESAB, EBSEH, UNIVASF e MP.
HU-UNIVASF	Político Comunicação Macroorganizacional	Ideológica Validação do ato de fala Paradigma Organizacional	Política Interação Comunicativa Organizacional	CRIL, CIR, CRIE, CHESF, MEC, MS, SINDMED, CREMEB, CREMEP, municípios, Conselhos Municipais de Saúde e de entidades representativas de usuários.	CRIL e gestores municipais.
APAMI	Político Econômico Comunicação	Ideológica Paradigma Dominante Validação do ato de fala	Política Econômica Interação Comunicativa	SES-PE, CODEVASF, Prefeito de Petrolina, Senador Fernando Bezerra, MS, Deputados Adalberto Cavalcante e Marcos Maciel, sociedade civil, INCA, Hospital de Barretos, empresas e indústrias, SMS, associações, Central geral do Dízimo de São Paulo, SESI, empresas japonesas e embaixada americana.	SES-PE
APMI	Econômico	Paradigma Dominante	Econômica	SESAB, CRIL, profissionais de saúde e HU-UNIVASF.	SINDMED e SESAB.
IMIP	Econômico Comunicação	Paradigma Dominante Validação do ato de fala	Econômica Interação Comunicativa	SES-PE, SMS Petrolina, APAMI e Governador (PE).	SES-PE

²¹ Refere-se ao eixo que regula a aceitabilidade da estratégia (jogada) produzida pelo ator em relação aos seus aliados e oponentes.

²² Corresponde ao eixo de viabilidade que o espaço interestadual de saúde pode impor à estratégia (ou jogada) do ator.

²³ Atores que são direta ou indiretamente afetados pelas ações (jogadas) do ator que disputa o jogo de poder.

²⁴ Atores que representam alguma resistência para ação (jogada) do ator que disputa o jogo de poder.

Ator	Jogos de poder em disputa	Condições de aceitabilidade²¹	Condições de viabilidade²²	Ator (res) influenciado (s)²³	Ator (es) que regula (m) a (s) jogada (s)²⁴
PROMATRE	Econômico	Paradigma Dominante	Econômica	SMS-Juazeiro, CRIL, CRIE, CIR, SESAB e gestores municipais.	SESAB
Cooperativa Anestesiologia	Econômico Comunicação	Paradigma Dominante Validação do ato de fala	Econômica Interação Comunicativa	Diretores de hospitais privados da região, IMIP, SMS Juazeiro e residentes de anestesiologia	Diretores de unidades hospitalares.
NUMANS/UNIVASF	Vida cotidiana Comunicação	Qualidade de vida Validação do ato de fala	Mobilidade social Interação Comunicativa	SES-PE, SESAB, UNIVASF, profissionais, graduandos, residentes, usuários psiquiátricos e Sanatório Nossa Senhora de Fátima	Sanatório Nossa Sra. de Fátima
Ministério Público Federal	Vida cotidiana Comunicação	Qualidade de vida Validação do ato de fala	Mobilidade social Interação Comunicativa	Assembleia Legislativa (PE), SES-PE, SESAB, CRIE, promotoria de justiça DE Petrolina-PE, MP-BA MP-PE	SES-PE e SESAB

Fonte: Entrevistas e análise documental. Elaboração do autor (2019).

Identificamos disputa de poder no sentido da produção de ações institucionais próprias e à revelia das diretrizes do projeto da Rede Interestadual. Os principais atores dessa disputa correspondiam a representantes da direção hospitalar do HU-UNIVASF, que representavam não somente interesses da UNIVASF, mas principalmente das ações da política institucional da EBSEH.

Praticamente inexistiam disputas da vida cotidiana em espaços da gestão interestadual. Isso confirmou que a dinâmica de poder da RIS estava muito mais alinhada a disputas externas do que aos interesses da política interestadual de saúde e da população da Região.

A única disputa em prol do bem-estar social evidente na RIS e com inserção em espaços da gestão e dos serviços, correspondia à atuação de representantes do poder judiciário (promotores do Ministério Público) e do movimento social vinculado à UNIVASF (Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão – NUMANS), ambos com características já descritas no tópico anterior.

No que se refere ao Ministério Público, disputava-se a rediscussão, pelos estados, da proposta da Rede Interestadual e a regularização das reuniões do colegiado deliberativo interestadual e, em relação ao NUMANS, disputava-se a desconstrução de um modelo de atenção manicomial dominante na Região e a implantação de modelos alternativos de atenção à saúde mental.

Sumarizamos as principais características das disputas de poder na RIS, as estratégias de ação dos atores e instituições em disputa e o posicionamento assumido entre oponentes, aliados e indiferentes (Quadro 36).

A principal estratégia relacional dos grupos políticos era a concessão de Emendas Parlamentares (EP), sendo boa parte destinadas para aquisição de ambulâncias. Essas disputas de poder, conforme atas e resoluções CIB analisadas, eram mais predominantes em municípios de maior colégio eleitoral e com amplo apoio político de deputados e senadores, aprofundando desigualdades regionais.

Quadro 36 – Características da dinâmica de poder em disputa na Região Interestadual de Saúde

Jogo em disputa	Jogador (res)	Jogadas (fatos ou ações)	Ganhos atribuídos às jogadas	Posições assumidas		
				Apoio	Rejeição	Indiferença
Político Pessoal Comunicação	Prefeitos, Deputados e Senadores	- Doação de emenda parlamentar para municípios - Obtenção de consenso nos colegiados regionais e Bipartites para aprovação de emendas	Aumentar o capital político para reeleições	Prefeitos, Deputados, Senadores e aspirantes políticos	Gestores de municípios-sede, da CRIL e de unidades hospitalares	SES, CIB, NRS, GERES, CRIE
Político Pessoal	Diretores da CHESF, prefeitos e secretários municipais de saúde	- Utilização dos serviços do hospital em troca de apoio político - Recusa em ceder os leitos hospitalares para regulação da CRIL	- CHESF ganha apoio dos municípios para continuar explorando recursos econômicos - Políticos mantem influências sobre o acesso aos leitos e ganham apoio político da população	Prefeitos, secretários municipais de saúde, aspirantes políticos, grupos médicos de empresas terceirizadas	Gestores da CRIL, CRIE e SESAB	-
Econômico	Diretores da CHESF e SESAB	- Doação do hospital para a UNIVASF/EBSERH - SESAB recusa financiar as reformas dos hospital para doação	- Interrupção dos custos institucionais da CHESF com o hospital - A doação do hospital mantém a SESAB isenta de contrapartidas financeiras - UNIVASF ganha campo de práticas	Representantes da UNIVASF, EBSERH, secretários de saúde, SESAB, CRIL e CRIE	-	-
Comunicação	Diretores do HU-UNIVASF	- Ocultar fragilidades estruturais do hospital nos colegiados deliberativos - Obtenção de consenso nos colegiados para responsabilizar municípios	- Atribuir total responsabilidade a secretários municipais e gestores da CRIL pela superlotação hospitalar	SINDMED-BA e Ministério Público	Secretários municipais e gestores da CRIL	-

Jogo em disputa	Jogador (res)	Jogadas (fatos ou ações)	Ganhos atribuídos às jogadas	Posições assumidas		
				Apoio	Rejeição	Indiferença
		e a CRIL pela superlotação do hospital - Realização de denúncias ao MP e CRM sobre a situação crítica da RIS				
Macroorganizacional	Diretores do HU-UNIVASF	- Criação de fluxo de regulação interno para usuários de toda a Região - Obtenção de consenso nos colegiados para aprovação do fluxo	- Dificultar o acesso de usuários de baixa complexidade e reduzir superlotação - Pressionar a SESAB para reestruturar os hospitais regionais do Norte da Bahia	-	Secretários municipais, gestores da CRIL e CRIE	-
Político	Diretores do HU-UNIVASF e secretários de saúde	- Celebração de acordos de cooperação técnica para cessão de profissionais dos municípios em caráter pontual	- Direção do HU-UNIVASF supria déficit de pessoal e reduzia demanda reprimida - Secretários agilizavam atendimentos dos seus municípios	Secretários Municipais de Saúde envolvidos no acordo de cooperação	Secretários municipais com usuários na fila de regulação e gestores da CRIL	CIR E CRIE
Comunicação	Diretores da APAMI	- Obtenção de consenso no colegiado regional sobre os déficits financeiros da instituição - Convencimento de gestores dos colegiados sobre a importância da instituição - Consenso do colegiado para aprovação do projeto de hospital próprio	- Obter apoio financeiro e para aprovação de pautas de interesse institucional, pelos secretários municipais	-	-	Secretários municipais de saúde

Jogo em disputa	Jogador (res)	Jogadas (fatos ou ações)	Ganhos atribuídos às jogadas	Posições assumidas		
				Apoio	Rejeição	Indiferença
Político Econômico	Diretores da APAMI	- Articulações políticas com Ministro da Saúde, representantes do INCA, Hospital de Barretos, deputados e senadores	- Habilitação do hospital próprio da APAMI - Apoio financeiro de emendas parlamentares para financiar a conclusão das obras do hospital - Dominar o mercado oncológico e garantir poder econômico na Região	INCA, Ministério da Saúde, SES-PE, deputados e senadores, grupo do Hospital de Barretos	-	CRIE, CIR e GERES
Comunicação	Diretores da APMI	- Ocultação de informações privilegiadas sobre o contrato institucional com a SESAB	- Impedir cálculos políticos dos colegiados deliberativos contra os interesses da instituição	-	CIR, CRIE, GERES, gestores da CRIL e do HU-UNIVASF	SESAB e NRS
Econômico	Diretores da APMI	- Interrupção arbitrária de atendimentos nos Hospital Regional de Juazeiro - Ruptura de contratos da SESAB com outros serviços da Região	- Compensação de déficits financeiros do contrato e dos atrasos de repasses estaduais - Alocação dos serviços descredenciados ao rol de ações do contrato da APMI, no Hospital Regional de Juazeiro	-	CIR, CRIE, GERES, gestores da CRIL e do HU-UNIVASF, SINDMED-BA	SESAB
Econômico	Diretores e coordenadores de serviços do IMIP	- Exigência de doações financeiras de municípios para atendimento de usuários - Monopolizar o mercado de alta complexidade materno-infantil na Região	- Garantir manutenção de poder econômico na Região	SES-PE	-	CIR, CRIE, GERES, gestores da CRIL, do HU-UNIVASF, SES-PE

Jogo em disputa	Jogador (res)	Jogadas (fatos ou ações)	Ganhos atribuídos às jogadas	Posições assumidas		
				Apoio	Rejeição	Indiferença
Econômico	Diretores da PROMATRE	- Redução arbitrária de procedimentos contratados de menor valor	- Garantir maior faturamento com procedimentos de maior remuneração pela Tabela SUS	-	Gestores da CRIL	CIR, CRIE e secretariam municipal de Juazeiro
Comunicação Econômico	Médicos da Cooperativa de Anestesiologia	- Mapeamento de novos profissionais da especialidade para interação comunicativa - Padronização de discurso de negociação com gestores municipais e gerentes hospitalares	- Garantir a cooptação de novos associados - Reduzir potencial concorrência na Região - Garantir poder de negociação e manutenção de valores contratuais compatíveis com os interesses econômicos da categoria	Sócios da Cooperativa e residentes de Anestesiologia da Região	Gestores municipais, estaduais e gerentes de hospitais públicos e privados	CIR e CRIE
Vida Cotidiana Comunicação	Representantes do NUMANS	- Produção de espaços de discussão regionais em defesa da luta Antimanicomial - Participação em movimentos sociais e espaços deliberativos para cobrar melhorias nos serviços de saúde mental	- Obter apoio de gestores, profissionais, Universidades e sociedade civil, na disputa por melhorias na atenção à saúde mental da RIS	Profissionais, gestores, professores e estudantes universitários, usuários de saúde mental, movimentos sociais, UNIVASF e FIOCRUZ	Grupo familiar proprietário do Sanatório Nossa Senhora de Fátima, em Juazeiro	Gestores da CRIL, CIR, CRIE, NRS, GERES e SES
Vida Cotidiana Comunicação	Ministério Público	- Pressiona gestores estaduais e regionais para rediscussão da Rede Interestadual - Mobilização da sociedade para discutir a situação da Rede Interestadual	- Retomar o projeto da Rede Interestadual - Amenizar ou solucionar os conflitos assistenciais e melhorar o acesso dos usuários	Profissionais, gestores municipais, gestores da CRIL, SINDMED, deputados estaduais, promotores públicos, usuários, vereadores, CIR, NRS e GERES	-	-

Fonte: entrevistas e análise documental. Elaboração do autor. (2019).

O produto final das disputas políticas não se traduzia a favor da política interestadual de regionalização, mas de ampliar ganhos de poder e força para possíveis eleições ou reeleições.

Segundo Matus (2005) os atores tendem a produzir fatos em consonância com suas capacidades atuais para conseguir sua ampliação. Isso parece refletir que, mesmo diante de normativas institucionais da regionalização, tudo pode se tornar viável nas disputas de poder, porque as estratégias políticas podem criar novas dinâmicas que subordinem as “regras tradicionais” do marco legal do SUS.

Vários artigos assinalam a importância dos fatores políticos na dinâmica de poder regional, pois as disputas de natureza política determinam a tomada de decisões, colaboram para interesses divergentes de elementos técnicos, interferindo negativamente nas relações interfederativas (CARVALHO et al., 2017; OUVÉNEY et al., 2017; KEHRIG et al., 2015; CASANOVA et al., 2017; BISCARDE, 206).

No que diz respeito à CHESF havia duas principais ações na Região: a política e a econômica. Na primeira, o hospital da instituição era a estrutura que viabilizava apoio político de prefeitos, secretários e grupos médicos nos municípios da região de Paulo Afonso e da fronteira com Pernambuco, Alagoas e Sergipe, em troca do uso dos serviços hospitalares.

As estratégias econômicas do grupo CHESF e sua relação com o sistema regional de saúde correspondia à interrupção progressiva de contrapartidas financeiras para o próprio hospital. A maior evidência identificada nos documentos se referiu a articulações com a UNIVASF para doação do estabelecimento, que passaria a ser hospital universitário.

Alguns entrevistados também referiram disputas políticas internas no hospital da CHESF. Essas eram motivadas por grupos da classe médica atuantes no hospital e que aspiravam posições partidárias e utilizavam o hospital como “cabo eleitoral”. Era muito comum entre cirurgiões que influenciavam politicamente o acesso de usuários para cirurgias eletivas. Outros grupos profissionais, também eram proprietários de empresas que terceirizavam a contratação de pessoal no hospital e utilizavam do seu poder decisório para estabelecer indicações políticas de profissionais contratados.

Os representantes do HU-UNIVASF eram os que mais se utilizavam das disputas comunicacionais para produzir ações institucionais na RIS. De um lado, entrevistados apontavam a omissão da direção hospitalar sobre as fragilidades estruturais em colegiados deliberativos; do outro, as atas tinham registros de posições defensivas no intuito de

responsabilizar secretários municipais e gestores da CRIL, pela superlotação do hospital. Toda a ação de jogo comunicativo dos dirigentes do HU-UNIVASF vislumbrava a obtenção de consenso dos gestores municipais em discussões muito bem argumentadas e baseadas em indicadores que, por um lado, enalteciam as potencialidades do serviço e, por outro, ocultava insuficiência de profissionais e de alguns equipamentos.

Além dos espaços deliberativos, os representantes da direção do HU-UNIVASF utilizavam estratégias comunicativas através denúncias ao Ministério Público Federal (MPF), ao Ministério Público Estadual (MPE) da Bahia e Pernambuco e aos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), sobre os conflitos assistenciais na regulação de leitos de alta complexidade. De acordo com os ofícios consultados, as denúncias tentavam convencer as instituições, para intervir judicialmente na Região. Havia uma clara insatisfação dos diretores com a superlotação hospitalar que, em certa medida, destoava dos objetivos institucionais, sobretudo pela prática corriqueira de médicos reguladores encaminharem usuários em desacordo com as prerrogativas de regulação do acesso e situações de “vaga zero”.

Em suma, os dirigentes do HU-UNIVASF desejavam a obtenção de autonomia para produzir ações institucionais próprias e coniventes com a política instituída pela EBSEH, para a gestão do hospital. Tratava-se de uma disputa que tentava consolidar o poder institucional da UNIVASF/EBSEH e bastante frequente nos registros dos colegiados deliberativos. O principal exemplo envolveu a criação de um fluxo de regulação interno e paralelo ao deliberado para a RIS, como já apontamos em tópicos anteriores.

A natureza da disputa de poder institucional que referimos acima vai ao encontro da Teoria da Produção Social, que assinala a possibilidade dos atores ou instituições criarem estratégias para mudar as “regras do jogo”, a fim de vencer disputas de poder em condições excepcionais (MATUS, 2005).

Tanto os entrevistados quanto as atas da CIR Petrolina nos permitiram identificar relações políticas frequentes entre a direção do HU-UNIVASF e secretários municipais de saúde, através de acordos de cooperação técnica para permuta de serviços. As SMS financiavam ou cediam profissionais, com interesse de realizar um mutirão para agilizar os atendimentos dos seus municípios, e os dirigentes do hospital se beneficiavam dessa estratégia para suprir déficits de pessoal e reduzir a demanda reprimida.

A disputa por novas ações institucionais na Região parecia subestimar a insuficiência das proposições normativas da regionalização e isso vai ao encontro de

alguns artigos que confirmam a limitação dessas normativas em processos de negociação regional sendo, portanto, necessário compreendermos as relações de poder e o modo como elas se constroem para além da expectativa legal (REIS et al., 2017; CARVALHO et al., 2017). Para Matus (2005) há possibilidades de propostas de relações sociais (em nosso estudo, entendidas como as normativas da política de regionalização) serem divergentes do espaço de possibilidades ditados pelas “regras de poder” instituídas na dinâmica entre os atores.

Em relação ao grupo da Associação Petrolinense de Proteção à Maternidade e Infância (APAMI), todas as articulações visavam relações políticas com grupos políticos e econômicos, dentro e fora do setor saúde, mas com pouca transparência, porque nenhuma das decisões envolvendo os apoios políticos ao projeto institucional do hospital próprio passavam pelo crivo dos colegiados ou da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

As principais estratégias do grupo APAMI eram interações comunicativas com gestores municipais, nos espaços da CIR, para obtenção de apoio financeiro. Usava-se argumentos no sentido de enaltecer fragilidades financeiras e de destacar a produção de atendimentos na Região, como forma de obter consenso dos gestores sobre a importância da organização, conforme registrado em atas.

O maior projeto de poder do grupo APAMI era a implantação da UNACOM própria (Hospital Dom Thomaz). Os registros de atas permitiram confirmar que as negociações para consolidar o projeto institucional pouco foi objeto de discussões e, principalmente, deliberações nas atas da CIR Petrolina. Apenas houve uma ata que possuía deliberação por unanimidade dos secretários, pela aprovação da implantação do hospital, sob argumento de que isso apoiaria os municípios na redução de longas filas e constantes transferências de usuários oncológicos para a capital (Recife).

Os relatórios de prestação de contas da APAMI revelaram uma importante articulação com o Ministro da Saúde, o grupo do Hospital de Barretos-SP e representantes do INCA, que realizaram visita *in loco* ao projeto arquitetônico do hospital, na perspectiva de que isso agilizasse o reconhecimento das instalações pelos atores e facilitasse sua habilitação como Unidade da Atenção Oncológica de Alta Complexidade (UNACOM).

A principal capacidade de influência do grupo APAMI na RIS era relacionada a sua extensa rede de relações com políticos e empresários. Grande parte das estratégias dos dirigentes da APAMI acontecia em parcerias com deputados e senadores, vinculados ao mesmo grupo familiar que dirigia a instituição. Isso facilitava decisões em prol dos

interesses da direção, a exemplo de obtenção de emendas parlamentares, com uma aparente ausência de interferências dos gestores municipais e estaduais, conforme identificamos nos relatórios de prestação de contas disponíveis no site institucional.

A natureza das relações da APAMI com agentes políticos e grupos econômicos ratifica o que destacam alguns autores sobre forças de coalizões construídas fora das políticas setoriais e por razões alheias à própria política de regionalização da Saúde influenciarem a dinâmica da gestão regional do SUS (VIANA et al., 2017)

No que se refere a Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Castro Alves (APMI) identificamos que havia uma relação com a SESAB de pouca transparência para os gestores municipais e regionais. Por diversas vezes as atas da CIR Juazeiro registraram conflitos entre os gestores, o nível central da SESAB e os dirigentes da APMI. Esses conflitos se referiam ao acesso a informações do contrato de gestão do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ), para investigação dos problemas de gestão financeira e administrativa, mas sem sucesso.

Alguns ofícios que analisamos enfatizavam vários pedidos de esclarecimentos, por parte dos gestores de regulação interestadual, questionando problemas de funcionamento do HRJ e a retomada da prestação de vários serviços, mas que sequer foram evidenciadas respostas tanto por parte da APMI quanto da SESAB. Esse achado também foi referido pelos entrevistados.

Nossos achados sobre a lógica de ação das instituições da administração indireta foram semelhantes a outro estudo na Região Metropolitana de Salvador, no que se refere aos contratos de gestão indireta de hospitais estaduais serem alheios às necessidades regionais e às pactuações realizadas antes gestores municipais e estaduais (BISCARDE, 2016).

Em relação ao Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), as relações com a SES-PE eram muito semelhantes às da APMI com a SESAB, em termos de poucas informações para gestores municipais e regionais, sobre processos de negociação e decisões de contratos com a gestão estadual.

Alguns informantes apontaram uma tradição da direção do IMIP, no sentido de obtenção de consenso de gestores municipais da RIS para conseguir apoio financeiro; outros afirmaram o interesse institucional de garantir a manutenção de poder sobre o mercado de atenção em alta complexidade materno-infantil:

“O IMIP sempre pedia dinheiro aos municípios. Quando eu era gestora eu me recusava a dar. O IMIP dizia que só ia atender as crianças daqui de Neonatologia se a gente mandasse uma quantia de dinheiro por mês” (Ex-secretária Municipal de Saúde).

“O IMIP não gosta de trabalhar com ninguém de fora. Tanto é que eles estão construindo universidade própria. Até a própria questão de estágio a gente tem algumas dificuldades da UNIVASF com eles lá. É tudo muito fechado. Eles trazem residente deles, monta a residência deles. Eles montam tudo porque eles não querem ninguém de fora lá dentro” (Ex-secretária Municipal de Saúde).

Os nossos achados sobre a pouca transparência das relações entre Organizações Sociais e instituições filantrópicas com os níveis centrais estaduais confirmam como a gestão na RIS era influenciada por um cenário de assimetrias de informações dos gestores regionais e municipais. Alguns autores destacam que cenários com essa característica limitam a racionalidade dos atores da gestão (SANCHO et al., 2017). Nossas evidências ratificam a proposição de Matus (2005) sobre a desigualdade de capacidades entre atores de um jogo social, onde uns tentam impor um jogo dominante (no caso das instituições) e outros tentam lutar pelo poder dentro desse jogo (no caso dos gestores regionais e municipais).

As estratégias dos sócios da Cooperativa de Anestesiologia tinham como objetivo a disputa pelo poder econômico, através interações comunicativas com diversos atores como gerentes de hospitais públicos e privados e residentes de anestesiologia.

Informante e sócio da Cooperativa confirmou que havia tradição da instituição mapear novos profissionais da categoria que chegavam à Região, para convencê-los a integrar a organização. No caso dos residentes, as interações comunicativas atuavam no sentido de obtenção de apoio em disputas da classe, como greves e paralisações, fragilizando possibilidade de substituições dos profissionais por residentes, em hospitais da Região.

Ainda no plano da disputa comunicativa, os profissionais da Cooperativa também se valiam de um discurso estratégico para garantir a coesão argumentativa nas negociações com dirigentes de unidades hospitalares e gestores de saúde:

Porque a anestesia é uma especialidade que ela mais do que tudo, trabalha como um pássaro. Ela precisa andar em bando. Ela funciona muito bem em qualquer lugar que você vá. Ela precisa desse esquema parecido com a Cooperativa, porque Anestesiologista sozinho, ele é frágil; ele precisa andar em bando e todo mundo falando a mesma língua (Representante de grupo econômico II).

De acordo com alguns artigos, as regiões de saúde refletem correlações de forças entre atores políticos, incluindo prestadores públicos, privados e corporações médicas (ALMEIDA e LIMA, 2017). Essa é uma correlação atribuída por uma dependência mútua entre o peso do setor privado na oferta de serviços e a insuficiência de prestadores públicos (ALMEIDA e LIMA, 2017).

No jogo da vida cotidiana, ainda que em menor frequência, apenas dois atores foram identificados como protagonistas de disputas em defesa da qualidade de vida social da Região: o Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão (NUMANS) e o Ministério Público.

Os representantes do NUMANS tinham uma tradição de disputa de modelo de atenção em saúde mental, com proprietários e gestores de um sanatório localizado em Juazeiro-Ba (Sanatório Nossa Senhora de Fátima). O serviço era referência interestadual para internação psiquiátrica de alta complexidade. A instituição funcionava na Região há décadas e pertencia a um grupo familiar tradicional com ligações políticas pouco esclarecidas pelos entrevistados. Os informantes foram unânimes sobre a existência de diversas denúncias proferidas contra o sanatório, relativas a maus tratos de usuários e a utilização de recursos terapêuticos contrários à política Antimanicomial.

As disputas NUMANS não apenas se restringia ao Sanatório, mas penetrava o espaço das universidades e movimentos sociais de saúde mental, no sentido de fomentar debates que colocassem a assistência em saúde mental da Região, na agenda decisória dos entes federativos, ainda que poucas evidências tivessem apontado algum avanço na implantação de serviços alternativos ao modelo vigente de atenção manicomial da RIS.

No que diz respeito ao Ministério Público (MP), a atuação dos representantes visava a mobilização dos gestores estaduais e atores regionais, para reativar as discussões sobre pautas do projeto da Rede Interestadual.

As disputas de poder que identificamos na RIS eram reguladas em função das “regras” instituídas pela relação entre atores oponentes, aliados e indiferentes. Essas “regras” (que se distanciavam das proposições normativas da regionalização) que, segundo Matus (2005), correspondem a uma interação que tende a dar maior ou menor liberdade à ação política dos atores, em função das condições de viabilidade e aceitabilidade ideológica, organizacional, entre outras. No nosso caso, a viabilidade das disputas transitou entre o plano político, econômico e da interação comunicativa.

Tanto a viabilidade quanto a aceitabilidade das estratégias de cada ator eram reguladas em função das resistências políticas dadas pelas posições assumidas entre os

atores. A dinâmica de poder regional estava subordinada a estratégias políticas de atores influentes, que divergiam das proposições normativas da política de regionalização e do projeto de desenho regional, em função de lógicas de disputas cooptadas pelo poder econômico e político, principalmente.

Em suma, os vencedores das disputas em jogo eram aqueles que possuíam maior controle dos recursos políticos, econômicos e organizacionais e os subordinados eram aqueles mais fragilizados politicamente no espaço regional, que frequentemente eram cooptados pelos jogos de poder, consciente ou inconscientemente, ou simplesmente não possuíam força suficiente para mudar a dinâmica dos fatos a favor dos seus interesses.

9.6 Características cooperativas na Região Interestadual de Saúde

Ainda que a RIS possuísse poucas evidências de relações cooperativas, identificamos algumas características de cooperação que envolviam diferentes pessoas e instituições, internas ou externas ao espaço regional estudado.

Os diferentes tipos de cooperações identificadas na Região envolviam secretários municipais e gestores estaduais de saúde, atores vinculados à universidade, Ministério Público, instituições filantrópicas, grupos políticos, profissionais de saúde e representantes de prestadores privados. Sistematizamos cada ponto de cooperação, seus respectivos planos relacionais, as pessoas e instituições envolvidas (Quadro 38).

A natureza das cooperações identificadas em nosso estudo ora atendia a interesses de apoio ora a interesses para gerar conflitos na dinâmica regional. As cooperações de apoio ocorriam, principalmente em negociações para obtenção de recursos financeiros e parcerias entre secretarias municipais, estaduais de saúde, colegiados regionais e Universidade, para resolução de problemas de gestão da RIS, acordos de cooperação técnica ou a retomada de discussões sobre o projeto da Rede Interestadual (Quadro 37).

As cooperações destinadas a gerar conflitos ou oposição a ação política de outro ator era comum em disputas decorrentes do descumprimento de pactuações e disputas por leitões entre secretários municipais de saúde, gestores estaduais, prestadores, instituições filantrópicas e organizações sociais; além da disputa por condições de trabalho envolvendo profissionais de saúde, organizações da gestão indireta, secretarias estaduais e sindicato da categoria médica.

Quadro 37 – Pontos e tipos de cooperação, planos relacionais em que elas ocorriam, pessoas e instituições envolvidas na RIS

Ponto de cooperação	Plano de cooperação	Pessoas ou instituições envolvidas	Tipo de cooperação		
			Aberta para apoio	Aberta para oposição	Limitada
Construção de posicionamentos contra problemas de acesso na REIS	MM	Secretários Municipais de Saúde e CIR			
Formação de Grupos de Trabalho para qualificação de profissionais	MM ME	Secretários municipais e estaduais de saúde			
Comissão de trabalho para investigar problemas de gestão do Hospital Regional de Juazeiro	MM	Secretários municipais de saúde e CIR			
Permuta de serviços de saúde entre as sedes regionais	MM	Secretários municipais de saúde			
Acordos de cooperação técnica para permuta de serviços entre municípios e HU-UNIVASF	MM MU	Secretários municipais de saúde e diretores do HU-UNIVASF			
Cooperações técnicas de integração ensino-serviço	MM MU	Secretários municipais de saúde, docentes e discentes da UNIVASF			
Oficinas de qualificação de profissionais de saúde	MM ME MU	Secretários municipais, estaduais de saúde, docentes e discentes da UNIVASF			
Articulações políticas para obtenção de recursos financeiros federais	MM IFP	Secretários municipais, estaduais de saúde, deputados, senadores e diretores de instituições filantrópicas			
Ações políticas para pressionar prestadores a cumprirem contratos	MM	Secretários municipais de saúde			
Articulações para retomada das discussões da REIS	MM ME GMP	Secretários municipais e estaduais de saúde, COSEMS, Ministério Público			
Denúncias ao Ministério Público contra superlotação do HU-UNIVASF	MM MU	Secretários municipais de saúde, diretores do HU-UNIVASF e representantes de sindicatos médicos			
Ações políticas contra decisões da SESAB quanto à extinção das DIRES	GP	Gestores municipais de saúde, profissionais técnicos dos municípios e sanitaristas da SESAB			
Influências políticas sobre fluxos assistenciais	PP	Profissionais de saúde e políticos influentes na região			

Ponto de cooperação	Plano de cooperação	Pessoas ou instituições envolvidas	Tipo de cooperação		
			Aberta para apoio	Aberta para oposição	Limitada
Liberação de Emendas parlamentares	EMP	Executivo municipal, deputados, senadores, aspirantes políticos e diretor de instituição filantrópica			
Credenciamento de serviços	MP EP	Secretários municipais, estaduais de saúde e representantes dos prestadores			
Ocultação de regras contratuais entre estadual e Organizações Sociais ou instituições filantrópicas	EP	Secretários estaduais de saúde, representantes dos prestadores e diretores de Organizações Sociais e Inst. Filantrópicas			
Ocultação de justificativas para problemas de gestão indireta em hospitais estaduais	EP	Secretários estaduais de saúde, representantes dos prestadores e diretores de Organizações Sociais			

Fonte: análise documental e entrevistas. Elaboração do autor (2019).

Legenda: Município-Município (MM); Município-Estado (ME); Município-Universidade (MU); Instituições Filantrópicas-Políticos (IF-P); Gestores-profissionais (GP); Profissionais-Políticos (PP); Executivo Municipal-Políticos (EMP); Município-Prestadores; Estado-Prestadores (EP); Gestores-Ministério Público (GMP)

Cooperações entre instituições filantrópicas, organizações sociais e gestores públicos-grupos políticos ocorriam em sentido opaco de intercâmbio de informações e em grande parte das situações eram fortalecidas pela incapacidade regulatória do Estado, como evidente nas atas das CIR.. Era comum cooperações políticas entre grupos oligárquicos na Região com políticos do legislativo federal e estadual.

Segundo Matus (2005) a ação política dos atores sociais pode combinar cooperações de natureza aberta ou limitada. A primeira, com características de transparência e intercâmbio de informações entre os atores e, a segunda, inerente à opacidade das intenções e diálogos entre eles, que ganha força diante da assimetria de informações entre quem opera a ação política e quem é afetado por ela.

Na Região que analisamos, os atores cooperavam tanto de forma aberta quanto limitada. As cooperações de natureza aberta ocorriam com mais frequência entre municípios, estados, universidade, Ministério Público e profissionais de saúde.

As cooperações de natureza limitada aconteciam com o intuito de omissão de intenções e propósitos, destinados a alianças políticas para obtenção de emendas parlamentares ou em situações que caracterizavam a omissão estratégica da gestão estadual e representantes de organização da gestão indireta, quanto a problemas estruturais em unidades hospitalares sob administração indireta ou informações contratuais privilegiadas.

Percebemos que na RIS, as cooperações limitadas aconteciam mais em relações com intencionalidades alheias à política interestadual de saúde e envolvia, principalmente, gestores municipais, prestadores privados, filantrópicos, organizações sociais, grupos políticos e alguns profissionais.

No plano Município-Município e Município-Estado, as atas das CIR apontaram cooperações motivadas pela dependência financeira e decisória dos municípios, em relação às decisões estaduais e federais. Na microrregião de S. do Bonfim, por exemplo, havia indícios de discussões para parcerias entre a SESAB e gestão municipal, no intuito de habilitar hospitais regionais de pequeno porte e reduzir a referência de partos de baixo risco para Juazeiro-Ba. Na microrregião de P. Afonso, destacaram-se negociações voltadas para reforma e ampliação do Hospital da CHESF, com vistas a uma possível federalização do estabelecimento e inserção de leitos na regulação interestadual.

Em relação ao âmbito município-universidade, as cooperações de apoio eram centradas em relações para qualificação profissional, uso ou articulações dos sistemas municipais como campo de prática e pesquisa; e realização permutas de serviços entre o

HU-UNIVASF e gestores municipais. Municípios cediam ou financiavam profissionais para mutirões de atendimento no hospital e a direção hospitalar garantia o acesso aos usuários dos municípios parceiros nas permutas. Essas evidências foram identificadas nos relatórios de grupos de trabalho da Rede Interestadual.

Referente ao plano cooperativo gestores-Ministério Público, aconteceriam articulações políticas para integração de agendas decisórias destinadas à retomada das discussões do desenho regional, sobretudo em relação ao acesso a leitos de urgência e emergência de alta complexidade e a problemas de regulação interestadual, conforme afirmado pelos gestores da CRIL e promotor do MP.

As cooperações limitadas estimulavam negociações ocultas com viés político e econômico. Elas favoreciam na RIS, ações que “blindavam” atores dominantes, de cálculos políticos externos. Um exemplo identificado em atas analisadas acontecia nas relações das organizações da administração indireta com o sistema regional de saúde, onde espaços deliberativos desconheciam e não tinham acesso a informações contratuais de gestão dos hospitais regionais, para influenciar qualquer decisão sobre a pauta.

As características cooperativas evidentes em nosso estudo coadunam com o que destacam artigos sobre as relações de cooperação intergovernamental serem resultantes de diversas motivações em jogo, onde cada ator social calcula estrategicamente eventuais benefícios de uma opção pela cooperação (MACHADO, 2013).

No caso das cooperações limitadas que identificamos na RIS, de fato ocorriam semelhanças com o que alguns autores assinalam sobre um ambiente político de assimetrias de informações entre quem se beneficia de uma cooperação pouco transparente e entre quem perde com esse tipo de relação (MACHADO, 2013; MATUS, 2005). Ainda que nas cooperações limitadas o objetivo fosse restringir cálculos políticos do oponente (MATUS, 2005), isso pode colaborar para a desconfiança entre os atores e níveis distintos de apoio nas regiões de saúde (WALKINSHAW et al., 2015).

Alguns autores destacam pontos positivos de uma cooperação quanto à possibilidade de construir a conciliações de interesses coletivos regionais e facilitar a comunicação regional (WALKINSHAW et al., 2015; SANCHO et al., 2017), o que não necessariamente refletia os tipos de cooperação evidentes na RIS

Por outro lado, o modelo federativo cooperativo pode resultar em alta dependência entre os entes federados em relação à União, quando não se dispõe de instrumentos adequados para pactuações intergovernamentais ou mesmo resultar apenas em consensos que acomodam animosidades (BISCARDE, 2016; SANCHO et al., 2017; SANTOS,

2013); ou cooperações dominadas pelo poder político eleitoral e partidário (SANTOS, 2013).

Uma vez que identificamos características cooperativas não apenas no sentido de apoio, mas no sentido de ações políticas para disputas de poder, cabe destacar o que alguns autores problematizam sobre o modelo federativo cooperativo brasileiro, enquanto adesão formalista ao politicamente adequado e com poucas evidências de que a tão defendida cooperação intergovernamental seja um padrão dominante no Brasil (RIBEIRO et al., 2017a). Os nossos achados confirmam o que um estudo evidenciou sobre a regionalização cooperativa apresentar contradições de viabilidade institucional para estabelecer mecanismos de dispersão do poder ou de tornar desvantajosa a opção por posicionamentos opostos à cooperação (MACHADO, 2013).

Em suma, na RIS predominavam cooperações abertas no sentido de apoio, seguida das cooperações de natureza limitada. De acordo com as características cooperativas aqui sumarizadas é possível perceber que a dinâmica de poder de RIS agregava múltiplos pontos e planos de cooperação, simultâneos. Eles se encontravam em constante mudança para deflagrar apoio, conflito ou ações políticas veladas.

As cooperações abertas tinham maior tendência a ocorrer em plano relacionais com intencionalidades mais administrativas e técnicas; as cooperações limitadas, em propósitos de natureza mais política e econômica, sobretudo em ações que caracterizavam promiscuidade entre instituições públicas, privadas, filantrópicas, grupos políticos e econômicos.

9.7 Características conflitivas na Região Interestadual de Saúde

A dinâmica de poder das relações entre os atores da RIS era predominantemente conflitiva. Os conflitos identificados pertenciam a diferentes planos relacionais envolvendo gestores municipais e estaduais, grupos econômicos, prestadores privados e filantrópicos, gestores de regulação interestadual, sindicato da categoria médica e profissionais de saúde.

De acordo com Matus (2005) a ação social conflitiva não deve ser reduzida a uma mera oposição de interesses. Nesse sentido, o autor propõe diferentes características conflitivas pertencentes ao plano cognitivo, quando há divergências sobre modos de conhecer e apreciar a realidade; ao plano de interesses quando o benefício de um ator significa perda para outro; ao plano misto combinando características dos dois conflitos

anteriores; e ao plano emocional que decorre da antipatia ou simpatia pessoal entre os atores ou predisposição favorável ou contrárias à ação política do outro sem fundamentação racional.

Foram identificados conflitos regionais de diferentes tipologias. Dentre eles, o cognitivo, o de interesse, o emocional e o misto. Os dois conflitos principais da RIS eram o misto e o cognitivo, sendo o primeiro mais frequente. Segundo a Teoria da Produção Social, são menos frequentes conflitos puros nas disputas de poder e o que tende a predominar é o conflito misto (MATUS, 2005).

Os principais planos relacionais dos conflitos cognitivos envolviam gestores e técnicos de regulação; prestadores e profissionais médicos; gestores municipais e estaduais; e representantes da EBSEH e da UNIVASF. Como principais conflitos cognitivos, destacaram-se discordâncias ou desrespeito aos fluxos de regulação interestadual por gestores municipais e prestadores, e divergências de atribuições entre entes federativos, serviços de saúde e até mesmo entre a Universidade e a direção do hospital universitário, representada pela EBSEH.

O conflito de natureza mista ocorria em disputas de poder envolvendo tanto projetos de interesses pessoais quanto diferentes formas de leitura de realidade entre os atores sociais. Essa tipologia de conflito pertencia a quase todas as relações de poder e era, principalmente, motivada por decisões arbitrárias de prestadores regionais e gestores municipais, assim como envolvia disputas por recursos financeiros e na gestão da regulação interestadual de leitos.

Diversos artigos assinalam pontos conflitivos na gestão regional, semelhantes aos evidenciados na RIS. Dentre eles, as disputas por recursos financeiros (BISCARDE, 2016; PEREIRA, 2017); barganha por interesses pessoais ou locais (MACHADO, 2013); divergências de atribuições interfederativas (RIBEIRO et al., 2017); disputas com motivações políticas, partidárias ou eleitoreiras (VIANA et al., 2017); e discordâncias de fluxos de regulação assistencial (GABELO et al., 2017; CAVALCANTI e SPINELLI, 2014; VIANNA et al, 2018).

Os planos relacionais conflitivos identificados em nosso estudo eram semelhantes a outras regiões de saúde, onde os conflitos eram mais predominantes entre gestores municipais (MACHADO, 2013); gestores municipais e estaduais (MACHADO et al., 2014); prestadores estatais e privados/filantrópicos (TENBENSEL, 2016) e entre gestores de municípios de referência e de municípios de pequeno porte (VIANA et al., 2017).

Em síntese, os conflitos de interesses estiveram mais presentes no plano das relações entre gestores, profissionais, prestadores, municípios e estados; os conflitos cognitivos abarcavam interações entre gestores municipais e estaduais, técnicos da CRIL, profissionais de saúde e gerentes de serviços; e o conflito misto envolvia todos já citados, além de profissionais, prestadores privados e filantrópicos, conselhos deliberativos, poder legislativo e judiciário, grupo econômico e UNIVASF (Quadro 38).

Quadro 38 - Pontos, planos e tipos de conflitos presentes na Região Interestadual de Saúde

Ponto de conflito	Plano de conflito	Pessoas ou instituições envolvidas	Tipo de conflito			
			Cognitivo	Interesse	Misto	Emocional
Disputa por recursos financeiros entre municípios com baixa capacidade fiscal	MM	Secretários Municipais de Saúde				
Serviços de emergência pouco resolutivos em cidades de pequeno porte	MM	Secretários Municipais de Saúde, técnicos da CRIL e gerentes hospitalares de referência				
Encaminhamento de usuários em desrespeito aos fluxos de regulação para as sedes regionais	MM	Secretários Municipais de Saúde				
Interferências políticas de prefeitos e vereadores na regulação interestadual de leitos	MM	Secretários Municipais de Saúde				
Descumprimento de pactuações de serviços e procedimentos especializados nos municípios	MM	Secretários Municipais de Saúde				
Decisões arbitrárias de gestores municipais para não sediar serviços de urgência e emergência	MM	Secretários Municipais de Saúde				
Divergência de atribuições federativas na política de regionalização	ME	Gestores municipais e estaduais				
Localização para implantação de serviços especializados	ME	Gestores municipais e estaduais				
Fluxo de dispensação de medicamentos	ME	Gestores municipais e estaduais				
Retomada de serviços no Hospital Regional de Senhor do Bonfim-Ba	ME	Gestores municipais, estaduais e Ministério Público				
Doação do Hospital da CHESF para UNIVASF	E-GP	Gestor estadual e diretores da CHESF				
Atrasos de repasses estaduais par implantação do SAMU regional	ME	Gestores municipais e estaduais				

Ponto de conflito	Plano de conflito	Pessoas ou instituições envolvidas	Tipo de conflito			
			Cognitivo	Interesse	Misto	Emocional
Disputa por leitos no HU-UNIVASF	MU	Gestores municipais e estaduais e técnicos da CRIL				
Falta de transporte sanitário para desocupação de leitos após alta	MP MU	Gestores municipais e estaduais, técnicos da CRIL e gerentes hospitalares				
Pouca resolutividade dos hospitais de pequeno porte nos municípios de pequeno porte	MU	Gestores municipais e estaduais e técnicos da CRIL, Secretários Municipais, Conselho Municipal de Saúde, Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores, Procuradoria Federal da República e Defensoria Pública da União.				
Decisões arbitrárias dos prestadores que resultavam no descumprimento de contratos	MP	Prestadores privados e filantrópicos, gestores municipais e técnicos da CRIL				
Discordância dos fluxos de acesso à regulação interestadual	MCRIL	Gestores municipais e técnicos da CRIL				
Desrespeito aos fluxos de regulação interestadual	PCRIL	Prestadores e técnicos da CRIL				
Interrupções de atendimento no Hospital Regional de Juazeiro	PCRIL	Gerentes hospitalares, técnicos da CRIL, gestores municipais, profissionais do SAMU				
Atrasos de pagamento salarial de profissionais do Hospital Regional de Juazeiro	SP	Sindicato Médico, APMI, Conselho Municipal de Saúde e Ministério Público				
Divergência de atribuições entre serviços de pontos de atenção diferentes	PP	Profissionais da atenção hospitalar, da APS e gestores de serviços.				
Descumprimento de carga horária de trabalho médico nos municípios de menor porte	PG	Profissionais Médicos e gestores municipais				
Divergência de atribuição entre a EBSEH e a UNIVASF	UNIVASF- EBSEH	Docentes da UNIVASF e gestores do HU-UNIVASF				

Fonte: atas da CIR, CRIE, relatórios de grupos de trabalho da Rede Interestadual e entrevistas. Elaboração do autor (2019).

Legenda: Município-Município (MM); Município-Estado (ME); Estado-Grupo Econômico (E-GP); Município-Universidade (MU); Município-Prestadores (MP); Municípios-CRIL (MCRIL); Prestadores-CRIL (PCRIL); Sindicato-Prestadores (SP); Estado-Estado (EE); Profissionais-Prestadores (PP); Profissionais-Gestores (PG)

As características conflitivas eram sobrepostas. Algumas delas refletiam conflitos herdados de contextos políticos e estruturais da RIS ou até gerados pela própria dinâmica de poder regional. Alguns autores destacam que em regiões com características relacionais predominantemente conflitivas prevalece um ambiente institucional de disputas partidárias, fiscais e fragmentação de interesses regionais (SANCHO et al., 2017).

Posicionamentos de rejeição aos conflitos, geralmente eram assumidos por gestores de municípios de referência, técnicos da CRIL e diretores de unidades hospitalares, que tentavam estabelecer mecanismos de resolução dos conflitos para acalmar animosidades. Já na posição indiferente, as evidências confirmaram a omissão, principalmente, dos estados e gestão federal, o que ratifica a pouca participação estadual na coordenação regional e a desarticulação interfederativa, decorrente da ausente participação do Ministérios da Saúde na gestão da RIS.

Analizamos alguns dos principais fatos conflitivos já citados e o posicionamento dos atores em relação a eles. Havia atores em posição de apoio ao conflito, simplesmente por colaborar para sua existência ou manutenção; outros, assumiam posição de rejeição seja como estratégias de defesa ou para cessar os conflitos; e outros não tomavam posição (indiferentes) (Quadro 39).

As principais posições de apoio para criação ou manutenção dos fatos conflitivos eram assumidas, principalmente, por gestores de municípios de pequeno porte pela sua dependência fiscal e de recursos tecnológicos em relação às sedes regionais, sobretudo em disputas financeiras ou de acesso a serviços de saúde hospitalares.

Prestadores filantrópicos, organizações sociais e diretores do HU-UNIVASF apoiavam conflitos que resultavam em divergências ou descumprimento de fluxos de regulação interestadual. Já coordenadores de Núcleos Regionais de Saúde apoiavam decisões arbitrárias estaduais, que implicavam em novas responsabilidades administrativas para os municípios-sede. Tratava-se de uma posição de subordinação dos representantes regionais, às decisões do nível central da SESAB.

As posições de rejeição aos fatos conflitivos eram adotadas, principalmente, por gestores de municípios de referência regional, os gerentes de unidades hospitalares de referência e gestores da CRIL, que tentavam controlar os fluxos de usuários de municípios de pequeno porte, em desacordo com os fluxos estabelecidos pela regulação interestadual ou mesmo rejeitavam a ação arbitrária de prestadores privados, filantrópicos e organizações sociais, que resultavam em oferta de serviços inferior ao pactuado com os municípios-sede da RIS.

Quadro 39 – Posicionamentos dos atores em relação aos fatos conflitivos na Região Interestadual de Saúde

Fatos conflitivos	Posições assumidas pelos atores		
	Apoio	Rejeição	Indiferença
Disputa por recursos financeiros entre municípios com baixa capacidade fiscal	Gestores de municípios de pequeno porte	-	Gestores federais e estaduais
Encaminhamento de usuários em desrespeito aos fluxos de regulação para as sedes regionais	Gestores de municípios de pequeno porte	Gestores de municípios de referência, técnicos da CRIL e gerentes de hospitais de referência	Gestores federais e estaduais
Interferências políticas de prefeitos e vereadores na regulação interestadual de leitos	Prefeitos de municípios de pequeno porte e médicos lotados em unidades de referência hospitalar da RIS	Gestores de municípios de referência, técnicos da CRIL e gerentes de hospitais de referência	Gestores federais e estaduais
Descumprimento de pactuações de serviços e procedimentos especializados nos municípios	Gestores de municípios de pequeno porte e prestadores	Técnicos da CRIL, médicos reguladores e gestores municipais com usuários em fila de regulação	Gestores federais e estaduais
Decisões arbitrárias de gestores municipais para não sediar serviços de urgência e emergência	Gestores de municípios-sede	Gestores de municípios de pequeno porte, gestores estaduais e regionais	Gestores federais
Decisões estaduais arbitrárias sobre atribuições federativas na política de regionalização	Coordenadores de Núcleos Regional de Saúde	Gestores de municípios de referência	Gestores federais
Decisão estadual arbitrária para implantação de serviços especializados	Coordenadores de Núcleos Regional de Saúde	Gestores de municípios de referência	Gestores federais
Decisão estadual arbitrária para fluxo de dispensação de medicamentos	Coordenadores de Núcleos Regional de Saúde	Gestores de municípios de referência	Gestores federais
Atrasos de repasses estaduais para implantação do SAMU regional	-	Gestores municipais	Gestores estaduais
Disputa por leitos no HU-UNIVASF	Gestores de municípios de pequeno porte e usuários	Técnicos da CRIL e diretores do HU-UNIVASF	Gestores estaduais e federais

Fatos conflitivos	Posições assumidas pelos atores		
	Apoio	Rejeição	Indiferença
Falta de transporte sanitário para desocupação de leitos após alta	Gestores municipais	Técnicos da CRIL e diretores de unidades de referência hospitalar	Gestores de municípios de pequeno porte
Superlotação de hospitais das sedes regionais	Gestores de municípios de pequeno porte	Técnicos da CRIL, diretores de unidades de referência hospitalar e gestores de municípios de referência	Gestores estaduais e federais
Decisões arbitrárias dos prestadores que resultavam no descumprimento de contratos	Prestadores filantrópicos e privados	Técnicos da CRIL, gestores das CIR e CRIE	Gestores estaduais e federais
Discordância dos fluxos de acesso à regulação interestadual	Prestadores filantrópicos e diretores do HU-UNIVASF	Técnicos da CRIL e gestores municipais	Gestores estaduais e federais
Desrespeito aos fluxos de regulação interestadual	Gestores de municípios de pequeno porte e prestadores privados e filantrópicos	Técnicos da CRIL e diretores de unidades hospitalares	Gestores estaduais e federais
Interrupções de atendimento no Hospital Regional de Juazeiro	Gestores da APMI	Técnicos da CRIL e diretores de unidades hospitalares da RIS, gestores municipais e profissionais de saúde do hospital	Gestores estaduais e federais
Atrasos de pagamento salarial de profissionais do Hospital Regional de Juazeiro	Gestores da APMI	SINDMED-BA e profissionais de saúde	Gestores estaduais e federais
Descumprimento de carga horária de trabalho médico nos municípios de menor porte	Profissionais Médicos	Gestores municipais de saúde	Gestores estaduais e federais

Fonte: atas da CIR, CRIE, relatórios de grupos de trabalho da Rede Interestadual e entrevistas. Elaboração do autor (2019).

Os atores se alinham a posições coerentes com seus propósitos. Essas posições podem combinar apoio, rejeição ou a indiferença (que implica em não tomar posição), a depender do grau de concordância entre objetivos perseguidos pelo projeto de poder de cada ator (MATUS, 2005).

De acordo com alguns artigos, a superação de posições defensivas depende da convergência mínima de interesses entre os atores. Esses posicionamentos ocorrem em cenários de incerteza, o que implica no desconhecimento de todas as ações políticas possíveis que cada ator pode colocar em prática e que levam a acordos quase sempre incompletos (RIBEIRO, 2015; SANTOS et al., 2015; SANCHO et al., 2017).

Sistematizamos os principais conflitos de prestação do cuidado na dinâmica de poder regional, segundo especialidades. Eles foram identificados em atas da CIR, da CRIE, em relatórios de grupos de trabalho da Rede Interestadual e algumas entrevistas.

Os principais conflitos de prestação do cuidado eram inerentes ao desequilíbrio entre a demanda de usuários da RIS e a oferta pública de serviços de média e alta complexidade. Havia constante disputa assistencial por leitos em função de dificuldades de acesso a internações eletivas ou de urgência e emergência, nas especialidades de cardiologia e vascular, neurologia, ortopedia, obstetrícia e psiquiatria (Quadro 40).

O acesso aos serviços de atenção especializada era um ponto crítico de disputa, sobretudo nas especialidade de Nefrologia e Oftalmologia, onde os serviços da Região estavam concentrados na iniciativa privada e havia dificuldades tanto administrativas quanto financeiras que impediam a celebração de contratos entre empresários e os gestores municipais e estaduais.

Entraves na organização e implantação da atenção à urgência e emergência também eram responsáveis por conflitos de prestação do cuidado na Região. Dentre as pautas conflitivas, a implantação do SAMU regional teve maior destaque pela dificuldade de consenso sobre o rateio de recursos entre gestores municipais e a dependência das decisões federais para habilitação do serviço.

Em todas as cinco macrorregiões do Brasil, os conflitos assistenciais também ocorriam como consequência de uma oferta pública insuficiente em serviços de especialidades semelhantes aos encontrados na RIS, sobretudo a ortopedia (CAVALCANTI e SPINELLI, 2014; SILVA et al., 2017; SCATENA et al., 2014; SILVA e MOTA, 2017; SOUZA, e SCATENA, 2014).

Quadro 40 – Principais conflitos na prestação do cuidado segundo especialidades, seus pontos críticos, pessoas e instituições envolvidas na Região Interestadual de Saúde

Especialidade	Pontos críticos	Pessoas e instituições envolvidas
Ortopedia e traumatologia	<ul style="list-style-type: none"> - Alta demanda de vítimas de causas externas de morbidade para o HU-UNIVASF - Alta demanda de usuários sem obediência à prerrogativa do conceito de “vaga zero - Estrutura física do HU-UNIVASF insuficiente para acolher toda demanda - Demanda reprimida de cirurgias eletivas ortopédicas, com aumento das ações judiciais na RIS - Ausência de leitos de retaguarda para pós-operatório - Dificuldade de transferência de usuários com fratura patológica (câncer) - Ausência de contato prévio com o SAMU para transporte de usuários graves, impactando em recepção inadequada e sala vermelha superlotada no HU-UNIVASF - A principal referência interestadual de pediatria hospitalar não possuía estrutura física e de pessoal suficiente para o atendimento de urgência/emergência na especialidade em questão - Em média, de 120 usuários regulados como perfil cirúrgico na Região, apenas 76 realizavam cirurgia porque a maioria era encaminhado como “suspeita de fratura” por municípios que não possuíam serviços de radiografia - Desde 2016 a gestão estadual da Bahia descredenciou leitos de ortopedia e traumatologia na macrorregião Norte - Na microrregião de Senhor do Bonfim foram interrompidas cirurgias de ortopedia e traumatologia e na de Paulo Afonso a produção foi reduzida em 33% 	Gestores da CRIL, diretores do HU-UNIVASF, secretários municipais de saúde
Obstetrícia	<ul style="list-style-type: none"> - A Região possuía apenas uma referência interestadual para atenção materno-infantil de alto risco - Pouca resolutividade de hospitais regionais em partos de risco habitual nos municípios de pequeno porte - Alta demanda de partos de risco habitual (53%) encaminhados para unidade de alto risco - A referência interestadual em alta complexidade obstétrica possuía insuficiência de leitos de UTI neonatal e pediátrica - O desenho da rede materno-infantil não havia sido implantado na microrregião de Pulo Afonso, que possuía uma produção de atendimentos aquém das necessidades da microrregião, na realização partos de risco habituais 	Gestores da CRIL, diretores do IMIP na Região, secretários municipais de saúde e gestores de maternidades de referência

Especialidade	Pontos críticos	Pessoas e instituições envolvidas
	<ul style="list-style-type: none"> - A microrregião de Paulo Afonso-BA possuía apenas o hospital da CHESF para realização de partos habituais e que também estava superlotado com demandas de municípios fronteiriços de Pernambuco, Alagoas e Sergipe - Um serviço privado conveniado ao SUS para realização de partos habituais na microrregião de Juazeiro-BA foi descredenciado - O hospital regional de Senhor do Bonfim era filantrópico e possuía entraves administrativos para retomar a realização de partos habituais. Houve redução da produção de partos em 34% e apenas em 2016 foi inserido como executante da REIS 	
Cardiologia e vascular	<ul style="list-style-type: none"> - Algumas microrregiões de saúde tinham como primeira causa de mortalidade, as doenças cardiovasculares - Pouca oferta de serviços de cardiologia de alta complexidade - O serviços especializados de cardiologia de média e alta complexidade eram concentrados nas instituições filantrópicas e privadas - Prestadores de cardiologia credenciados ao SUS tinham pouca resolutividade e ofertavam procedimentos seletivamente, em desobediência ao contratado - Descumprimento de metas contratuais com decisões arbitrárias dos prestadores para interrupção de procedimentos, a exemplo de cirurgias vasculares e consultas de cardiologia, na microrregião de Juazeiro-BA - Demanda reprimida de consultas de cardiologia na Região e muitos usuários a recorriam a consultas particulares - Procedimentos cardíacos não eram realizados em um único serviço de forma contínua para usuários com condições crônicas, de modo que muitos usuários iniciavam tratamentos em um estabelecimento e concluía em outro - Capacidades regulatória incipiente das SMS e SES junto aos prestadores de cardiologia - Não havia ambulatório de especialidade vascular nas microrregiões de saúde do espaço interestadual e o as amputações eram crescentes - Falhas na coordenação do cuidado de usuários com problemas vasculares na APS, o que colaborava para muitos casos evitáveis de amputações, aumentando a demanda nos serviços de média e alta complexidade vascular 	Secretários municipais de Saúde, CRIL e prestadores de cardiologia (filantrópicos e privados)
Nefrologia	<ul style="list-style-type: none"> - Pouca oferta de serviços hemodiálise - O único serviço de hemodiálise da RIS era prestado no HU-UNIVASF por recente descredenciamento de alguns serviços privados na Região 	Secretários municipais de saúde, gestores da CRIL e prestadores privados de Nefrologia

Especialidade	Pontos críticos	Pessoas e instituições envolvidas
	<ul style="list-style-type: none"> - Entraves normativos impediam as SMS contratarem de serviços de hemodiálise foram do seu território estadual - O único serviço de hemodiálise com potencial para contratação era localizado em Juazeiro-BA e se recusava a atender usuários do estado de Pernambuco, alegando não receber recursos da gestão estadual - Havia importante reprimida para Terapia Renal Substitutiva (TRS), com fila de espera de aproximadamente 180 usuários - Os proprietários de serviços privados de TRS disponíveis no Norte da Bahia exerciam pressões nas negociações contratuais e se recusavam a fechar acordos com valores vigentes na tabela SUS 	
Neurologia	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de prestação de serviços na principal referencia interestadual para cirurgias neurológicas (Hospital Regional de Juazeiro) - Em Pernambuco, a macrorregião concentrava os serviços de neurologia em dois prestadores privados tradicionais da cidade de Petrolina-PE, que também não possuía resolutividade satisfatória - O HU-UNIVASF que era referência para as cirurgias neurológicas pós-trauma se encontrava superlotado - Descontinuidades assistenciais em situações de alta complexidade, porque nem todos os procedimentos eram ofertados no mesmo estabelecimento - Crianças com traumas neurológicos, por exemplo, realizavam cirurgia no HU-UNIVASF e eram encaminhadas para o Hospital Dom Malan (IMIP), porque atendimentos infantis não eram a especialidade do hospital universitário 	Gestores da CRIL, Secretários municipais de saúde, gestores da APMI (HRJ), diretores do HU-UNIVASF, prestadores privados de cirurgias neurológicas
Oftalmologia	<ul style="list-style-type: none"> - Pouca oferta de serviços de atenção oftalmológica na Região - Na contratualização, gestores municipais desejavam que os serviços para rastreamento do Glaucoma fossem implantados em cada município como previa a Portaria e os prestadores se recusavam por desejarem concentrar o serviços nos municípios-sede, alegando inviabilidade econômica - Prestadores contratados para realização de cirurgias de catarata não cumpriam o contrato e alegavam inviabilidade financeira pelos baixos valores da tabela SUS - Diversos editais de licitação para credenciamento de serviços de urgências oftalmológicas na Região não tiveram interessados pela baixa atratividade financeira da tabela SUS - Imposição de condições abusivas dos prestadores de oftalmologia para celebrar contratos na Região 	Secretários municipais de saúde e prestadores privados de Oftalmologia

Especialidade	Pontos críticos	Pessoas e instituições envolvidas
	<ul style="list-style-type: none"> - A PPI previa a pactuação de todos os serviços oftalmológicos em cenário de oferta incompatível no sistema regional de saúde 	
Oncologia	<ul style="list-style-type: none"> - Os leitos de oncologia do Hospital Regional de Juazeiro (referência interestadual pactuada) eram insuficientes para a demanda e ficavam ocupados por longos períodos - Descumprimento dos atendimentos de oncologia pactuados para serem realizados no HRJ. - Insuficiência do valor contratual entre SESAB e a APMI para cumprir a meta interestadual dos atendimentos oncológicos, a exemplo da radioterapia - Superlotação de serviço de referência em oncologia de Pernambuco (APAMI) - Déficit de leitos de oncologia na região gerava fluxos informais de usuários para o HU-UNIVASF (que não tinha perfil pactuado para oncologia) 	Diretores do HU-UNIVASF, gerentes hospitalares, CRIL, APMI, APAMI
Saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura insuficiente dos serviços de saúde mental na RIS - Distribuição desigual dos leitos de saúde mental RIS - Os poucos leitos de saúde mental ficavam concentrados em Salgueiro-PE e Juazeiro-BA - Dificuldade de reorientação do modelo manicomial por modelos alternativos de atenção à saúde mental - Importante número de usuários de substâncias psicoativas e com comorbidades psiquiátricas na Região - Resistência de profissionais para realizar atendimento de usuários de substância psicoativas nos hospitais - A atenção de alta complexidade em saúde mental estaca concentrada em um Sanatório filantrópico na cidade de Juazeiro-BA, com estrutura inadequada - Havia conflitos entre gestores do Sanatório e representantes do Poder Judiciário em virtude de pressões para internação de usuários de saúde mental do conjunto penal - O plano regional de saúde mental não avançou no Norte da Bahia 	Diretoria de Sistema Prisional, NUMANS-UNIVASF, CRIL, gestores do Sanatório e Secretários Municipais de Saúde
Urgência e emergência	<ul style="list-style-type: none"> - Estagnação na aprovação dos Planos Regionais de Atenção às Urgências no Norte da Bahia - Entreves financeiros atrasaram a regionalização do SAMU em várias microrregiões de saúde da RIS - Forte dependência dos estados e municípios para aprovação de agendas relativas à urgência e emergência, como o SAMU e UPA 	Gestores da CRIL, diretores do HU-UNIVASF, secretários municipais de saúde

Especialidade	Pontos críticos	Pessoas e instituições envolvidas
	<ul style="list-style-type: none"> - Resistência de prefeitos de municípios menores para sediar UPA e de municípios de referência para regionalizar o serviço - O projeto oficial da REIS não incluiu as UPA como pontos de atenção reguláveis pela CRIL - Leitos de UPA superlotados por alta de manda de usuários aguardando vagas em leitos hospitalares ou ausente implantação de serviços de atenção domiciliar - Desintegração de sistemas logísticos de comunicação dificultava a regulação interestadual das urgências e emergências - A Unidades de APS não possuíam estrutura (equipamentos e pessoal qualificado) para o atendimento pré-hospitalar fixo das urgências 	

Fonte: relatórios de Grupos de Trabalho da Rede Interestadual de Saúde, atas da CIR e CRIE. Elaboração do autor (2019).

Um estudo na Bahia ratificou nossos achados sobre vazios assistenciais de serviços de média e alta complexidade, em cinco das nove macrorregiões de saúde do estado, incluindo a Norte (SANTOS, 2018). Na RIS que estudamos, uma pesquisa confirmou um número de leitos insuficiente e redução em 66% entre 2010 e 2016 (PEREIRA, 2017).

Alguns autores destacam que a suficiência de leitos está diretamente relacionada com o desenvolvimento econômico regional e regiões muito desiguais, por exemplo, são cenários desfavoráveis a oferta de leitos hospitalares, ao contrário de regiões mais desenvolvidas como Fortaleza, Belo Horizonte e Norte Barretos (PAVÃO et al., 2017).

O nosso estudo apresentou características de conflitos assistenciais similares ao evidenciado em outras regiões de saúde, no que tange a disputa pelo acesso a leitos (KEHRIG et al., 2015; MARTINELLI, VIANA e SCATENA, 2014) e ao diverso arranjo de instituições privadas concentrando decisões e influências nos contratos de atenção especializada e convênios com municípios e estados (VIANNA et al., 2017).

Em suma, o espaço interestadual de saúde combinava relações conflitivas que oram transitavam no plano de divergências cognitivas, de interesse, mistas ou emocionais. O predomínio de conflitos mistos demonstrou que os atores governam as regiões de saúde, não em função de diretrizes que preconizam a cooperação e solidariedade interfederativa, mas orientados por diferentes formas de apreciar a realidade, associadas a projetos de poder em prol de interesses pessoais ou institucionais e à revelia de uma política interestadual de saúde.

As diferenças de articulação política entre as sedes da região interestadual apenas ilustram, como em um mesmo espaço regional, o poder político pode se distribuir de forma heterogênea e influenciar a governabilidade e capacidade de governo de cada ente federativo.

Em uma dinâmica onde o interesse local prevalece em detrimento do regional, os atores governavam o território com intencionalidades muito distantes daquelas indispensáveis para consolidar uma política interestadual de saúde. Essa situação torna-se ainda mais crítica, dadas nossas evidências sobre a omissão dos gestores estaduais e federais da sua função primordial de coordenação federativa das relações intergovernamentais

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise política da Região Interestadual de Saúde permitiu compreender os antecedentes, principais atores sociais e as características dos processo decisório da formulação do desenho político da Região; as condições de governabilidade e capacidade dos atores e instituições para operar esse desenho; e os principais elementos determinantes da distribuição e da dinâmica de poder regional.

Como possíveis limitações desse estudo, pode-se destacar a impossibilidade da realização de entrevistas com atores da microrregião de Ouricuri-PE e a indisponibilidade de certos documentos durante alguns anos do período de análise como, Planos Municipais de Saúde, Relatórios Anuais de Gestão e atas de comissões deliberativas regionais e interestadual. Todavia, é possível que o cotejamento dos dados entre diferentes fontes de informação e a amplitude da análise por esferas administrativas tenha minimizado essas limitações.

Por meio dos elementos teóricos do Triângulo de Governo (MATUS, 2005) foi possível elucidar quais foram os principais atores, suas motivações, projetos em disputa e propósitos pensados enquanto desenho político para a Região pesquisada; quais eram as variáveis controladas e não controladas por esses atores, nas diferentes esferas administrativas e os principais obstáculos políticos para consolidação desse desenho; e quais eram as capacidades pessoal e institucional de atores individuais e coletivos (MATUS, 2005) nos diferentes cenários para operar o desenho político idealizado.

O elementos da Teoria da Produção Social (MATUS, 2005) foram essenciais na compreensão e caracterização da dinâmica de poder regional. Isso, pois suas categorias analíticas permitiram sumarizar os principais atores influentes, suas motivações, lógicas e capacidade de ação na Região, e quais disputas de poder eram dominantes e subordinadas nas relações entre os atores sociais, bem como as posição adotadas, a natureza da cooperação e do conflito entre eles.

A Região Interestadual que estudamos é um espaço singular e inserido em um território de importante desigualdade regional. Possui características complexas que desafiam a política de regionalização do SUS, por agregar um número expressivo de municípios e dois entes estaduais com características históricas, sociodemográficas, culturais, epidemiológicas, econômicas, político-institucionais e de oferta de serviços de saúde, díspares.

A ausência de uma política de regionalização interestadual de saúde e o fluxo de usuários não-regulados na fronteira interestadual resultaram em impasses políticos que determinaram processos decisórios voltados para proposição de uma Rede Interestadual de Saúde, enquanto desenho político regional, entre atores individuais e coletivos do cenário municipal ao nacional.

Os principais atores sociais do processo decisório regional tinham em comum a formação em Saúde Coletiva e importante trajetória profissional na atenção ou gestão do SUS, entre as diferentes esferas administrativas. O desfecho decisório foi permeado de diversos impasses, resultantes de interesses divergentes, que segundo Matus (2005), corresponde ao processo de elaboração de Projetos de Governo e que no caso da Região representou propósitos com pouca coerência com os projetos de governo dos entes federativos.

O projeto de desenho regional teve baixa condição de governabilidade pela suas proposições requerer objetivos significativamente redistributivos (MATUS, 2005), entre múltiplos atores de cenários e instituições diversas. Esse aspecto exigiu do desenho regional superar obstáculos transversais aos cenários federal, estadual, regional, interestadual e municipal. As limitadas possibilidades de ação dos atores também se relacionaram com assimetrias de controle de variáveis decisivas (políticas, econômicas, técnicas e administrativas) (MATUS, 2005), que reduziram a capacidade decisória desses atores, tornando, portanto, o projeto da Rede Interestadual de Saúde, fracassado.

Diante da relação público-privada com padrão regressivo, pudemos evidenciar o quão difícil será consolidar uma política de regionalização onde os interesses regionais são cooptados pelo poder econômico e a lógica de mercado dos prestadores. Também será desafiador consolidar regiões interestaduais de saúde onde o setor público é insuficiente em serviços próprios de média e alta complexidade e o próprio poder público se torna refém do setor privado ou mesmo concede suas unidades para outras instituições, cuja racionalidade político-administrativa diverge de uma política regional de saúde.

A distribuição desigual do poder apenas ilustra como a dinâmica política da RIS combina diversos atores e instituições do poder público e setor privado, com as mais variadas intencionalidades e capacidades de produzir influências. Trata-se, portanto, de uma relação de desiguais em termos de motivações e controle de recursos políticos, organizacionais, cognitivos, econômicos, entre outros.

As disputas de poder que evidenciamos na RIS aponta que as influências de natureza política e econômica são mais determinantes das decisões e dinâmica da política

de regionalização do que as necessidades regionais em si. Os interesses de mercado e político-partidários cooptam, permanentemente, qualquer possibilidade de construção de uma lógica de gestão regional solidária e cooperativa.

Por fim, os poderes em disputa que identificamos na Região explicam porque sua dinâmica tem um perfil conflitivo predominante e ainda que tenhamos identificado relações cooperativas, essas também colaboravam para o conflito ou divergiam da ideia de apoio à política de regionalização, para o apoio a relações de pouca transparência.

Diante dos obstáculos evidenciados nesse estudo, torna-se importante salientar que há baixas possibilidades de implantação de projetos de regionalização interestadual quando não há uma boa articulação interfederativa; quando não existe um arcabouço jurídico-normativo que regule a relação financeira entre entes estaduais e municipais (de estados distintos); quando há incoerência de propósitos, decisões e ações municipais, estaduais e federais; quando instrumentos de planejamento e gestão operam num plano meramente normativo e desconsidera a dimensão política dos processos de pactuação regional; quando alternâncias político-administrativas promovem rupturas institucionais nos espaços deliberativos; quando os entes estaduais forem omissos; quando não existir capacidade de oferta suficiente e resolutividade mínima, nos serviços de saúde a nível de microrregional; e quando os objetivos a serem alcançados por um projeto de desenho regional são altamente redistributivos.

A baixa capacidade de governo para conduzir o projeto regional esteve atrelada à assimetria entre a perícia pessoal dos atores sociais, das instituições governamentais e não-governamentais e à baixa condição de governabilidade na RIS, que produziram um ambiência político-institucional incerta e de resultados imprevisíveis. Segundo Matus (2005) o sistema será mais governável quanto maior for a capacidade de governo e quanto mais modestos forem os objetivos perseguidos.

Em cenários de baixa capacidade de governo, a política de regionalização em territórios interestaduais tende a se reduzir ao plano ideológico e de acordos informais; as disputas pessoais, políticas e financeiras suprimem métodos, técnicas e habilidades de governo; limita a autonomia municipal e fortalece a dependência em relação ao ente estadual e federal; produz um esvaziamento dos espaços deliberativos e submete-os a cooptações pelo poder econômico e político; a direcionalidade das decisões estaduais destoam das necessidades regionais e pouco se articulam em prol de acordos interestaduais; fragiliza a capacidade de planejamento regional integrado dos entes

federativos; e produz uma política de regionalização totalmente desvinculada da sociedade civil.

A análise a dinâmica de poder regional revelou que em um mesmo território há uma distribuição desigual do poder, que opera entre atores dominantes e dominados, pertencentes ou não ao setor saúde, mas com influências diretas sobre a política de regionalização interestadual do SUS.

Sobre a dinâmica de poder regional, vale salientar alguns aspectos. Primeiro que em um espaço interestadual haverá coexistência de entes federativos desiguais em termos de poder econômico e político, onde os interesses locais subvertem a lógica das necessidades regionais e criam ambientes políticos permanentemente predatórios. Esse é um fato que parece apontar para uma direção muito distante de uma política de regionalização cooperativa e solidária, como se defende no senso comum do marco jurídico do SUS e dos estudos empíricos.

Segundo, refere-se à dependência pública do setor privado, que cria condições adversas para o planejamento regional e para regulação estatal de prestadores privados e organizações da administração indireta. Esse cenário mina acordos de interesse público e reorienta a dinâmica de poder das regiões, para atender a interesses econômicos em detrimento do direito à saúde. Nesse sentido, parece muito otimismo apostar na política de regionalização quando a insuficiência de serviços públicos cria condições favoráveis para relações público-privadas regressivas, onde os agentes públicos ocupam uma posição subordinada e o empresariado detém o poder decisório por controlar os meios de produção e oferta de serviços.

Terceiro, diz respeito à variedade de atores em disputa no mesmo espaço regional, combinando diferentes capacidades de influência sobre os processos decisórios e com intencionalidades que ora podem se somar ora se anular. Contudo, cabe chamar a atenção sobre o desafios de construir a regionalização interestadual quando as motivações das principais atores operam em aspirações políticas e econômicas, e raramente no bem-estar social e qualidade de vida da população.

Quarto, relativo à coexistência de múltiplas disputas de poder interligadas e que alteram seu grau de dominância, constantemente. Quando se evidencia a predominância do poder econômico e político em detrimento do poder da sociedade, nos parece claro que o maior desafio de construir uma política de saúde regionalizada está em romper com a lógica de mercado e de obtenção de poder e força pessoal e política, entre os atores.

Quinto e último aspecto envolve a predominância de uma dinâmica relacional de poder conflitiva em detrimento da cooperação intergovernamental. As características da cooperação evidentes na Região corroboram com o que afirma Matus (2005) de não reduzirmos toda cooperação à intenção de ajuda. Ao contrário, os dados aqui revelados ratificam cooperações abertas como estratégia política para deflagrar ou cessar conflitos e cooperações limitadas como meio de omissão de intenções ou ação estratégica para impedir cálculos políticos dos oponentes e construir novas “regras” de poder, não previstas no arcabouço legal da regionalização do SUS.

Em suma, pode-se afirmar que as variáveis do Triângulo de Governo e a dinâmica de poder regional conduziram o desenho político da Região a operar em três planos ao longo do período analisado nesse estudo: a) convergências de propósitos entre os atores e decisões se mantendo ativas para implantação da Região (2008-2014); ruptura do desenho regional com estagnação das discussões e vazio decisório (2014 até 2017); e a partir de 2017 haviam iniciativas para retomada de discussão de pautas estagnadas.

À guisa de conclusão, há que se destacar as regiões interestaduais de saúde como um espaço desafiador para a gestão do SUS e ainda com várias possibilidades de investigação. Faz necessário investigar ainda, determinantes políticos dos fluxos de usuários nas fronteiras interestaduais e diversas outras experiências de formulação e implementação de Redes Interestaduais de Saúde no país, mediante o uso de condições marcadoras envolvendo as especialidades de prestação do cuidado mais conflitivas. Parece relevante, também, compreender de forma mais detalhada a influência de atores como a Universidade, o poder judiciário e as organizações da administração indireta, sobre regiões interestaduais de saúde.

Por fim, cabe assinalar que a análise política de Regiões Interestaduais de Saúde requer a escolha de um referencial teórico potente e que permita ao pesquisador romper com o senso comum e fazer um cotejamento assertivo entre o teórico e o empírico. Isso exige desenhos investigativos qualitativos, para se alcançar um aprofundamento analítico satisfatório e suficiente, na elucidação dos principais determinantes políticos da regionalização. Ademais, a análise de espaços complexos como o da presente pesquisa exige fôlego do pesquisador para se cercar de várias fontes de evidência, em um volume desafiador e entre múltiplas esferas administrativas ou caso o contrário se perde em qualidade analítica, haja vista interdependência da estrutura federativa brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 1-11. 2018.
- ALBUQUERQUE, J. L. Migração, circulação e cidadania em território fronteiriço: os brasiguaios na fronteira entre o Paraguai e o Brasil. **TOMO**, v. 26: p. 97-122. 2015.
- ALBUQUERQUE, M. V. de et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, v.22, n.4, p.1055-1064. 2017.
- ALBUQUERQUE, M. V. de. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001 a 2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros**. Tese (doutorado). Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013. 289 p.
- ALBUQUERQUE, M. V. de.; VIANA, A. L. D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em debate**, v. 39, p. 28-38, 2015.
- ALBUQUERQUE, M. V. de.; LOZZI, F. L. **O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros**. IN: VIANNA, A. L. D.; LIMA, L. D. de. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: CONTRA CAPA, 2011. p. 67-80.
- ALMEIDA, A. P. S. C.; LIMA, L. D. de. O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo. **Saúde em Debate**, V. 39, N. ESPECIAL, P. 51-63, 2015.
- ALMEIDA, P. F. de.; SANTOS, A. M. dos.; SANTOS, V. da P.; FILHO, R. M. S. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde Soc.**, v.25, n.2, p.320-335, 2016.
- ANDRADE, L. S.; COELHO, T. C. B. **Processo de trabalho de uma diretoria regional de saúde na Gestão Estadual da Atenção Básica**. IN: COELHO, T. C. B. Regionalização, articulação e regulação do SUS: valorizando os aportes locais. Feira de Santana: UEFES Editora, 2016. p. 83-130.
- ARAUJO, C. E. L.; GONCALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciênc. saúde coletiva** vol.22, n.3, p.953-963. 2017.
- ARRETCHE, M. **Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?** IN: ARRETCHE, M. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012. P. 173-202.
- ASSAN A.; TAKIAN, A.; AIKINS, M.; AKBARISARI, A. Universal health coverage necessitates a system approach: an analysis of Community-based Health Planning and Services (CHPS) initiative in Ghana. **Global Health**, v. 14, n 1. 2018.
- ASSUNÇÃO, M. A. P. de.; NETO, J. S. M. **A implantação da gestão regional da saúde: o caso da região do Vale do Peixoto , Mato Grosso**. IN: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI. M. A. S. Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. p. 469-500.

BAHIA (Estado). PERNAMBUCO (Estado). **Projeto de implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco**. [Documento para discussão no II Fórum Macrorregional]. Dez, 2009. 138 p.

BAHIA (Estado). PERNAMBUCO (Estado). **Subprojeto Regional QualiSUS-Rede: região interestadual Pernambuco-Bahia**. Juazeiro/Petrolina, mai, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SUBPROJETO-QUALISUSREDE-BAePEweb.pdf>. Acesso em: 21 de abr de 2017.

BAHIA (Estado). **Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia**. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). 2014. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp>. Acesso em: 11 de dez de 2018.

BAHIA (Estado). **Plano Estadual de Saúde da Bahia 2016-2019**. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. v. 40, supl. 3, out./dez. 2016, Salvador, 2016.

BAHIA (Estado). Resolução CIB/BA nº 089/2010. **Aprova o Regimento Interno da Comissão de Cogestão da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco e Bahia**. Salvador, mai., 2010. 8 p.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendência e justificção. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Org.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 115-128.

BAHIA, L. Tiro ao alvo no SUS: a mercantilização da saúde pavimenta o caminho para os gastos catastróficos com saúde de indivíduos e famílias: a solução não é a privatização. *Carta Maior*, Porto Alegre, 15 abr. 2015. Disponível em: <Disponível em: <https://goo.gl/IZlgz2> >. Acesso em: 14 mar. 2019.

BAHIA. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Salvador: SESAB/CES, 2012.

BAJRACHARYA, S. M. An assessment of the perceived barriers and strategies to promoting early detection of colorectal cancer: a practitioners' perspective. **Int Q Community Health Educ**. v. 26, n. 1, p. 23-44. 2007.

BANKAUSKAITE, V.; DUBOIS, H. F.W.; SALTMAN, R. B. **Patterns of decentralization across European health systems**. In: SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBAEK, K. *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. England: Open University Press; 2007. p. 22-43.

BARKER, P.; CHURCH, J. Revisiting Health Regionalization in Canada. **Int J Health Serv.**, v. 47, n. 2. 2017.

BISCARDE, D. G. dos S. *Gestão regional do SUS nas regiões metropolitanas de Salvador e de Fortaleza: instâncias, processos de pactuação e relações de poder*. [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2016. 299 f.

BRASIL, M. S. [Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011](#). Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. [Diário Oficial]. Brasília, DF, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). [Diário Oficial]. Brasília, DF, 2001.

- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). [Diário Oficial]. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Aprova as diretrizes do pacto pela saúde. [Diário Oficial]. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Constitui Grupo de Trabalho para Implementação da Rede de Atenção à Saúde Interestadual na Macrorregião do Vale do Médio São Francisco, compreendendo as regiões de Juazeiro - BA e de Petrolina - PE.** Brasília: DF, 2008. Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1989_23_09_2008_comp.html>. Acesso em: 11 de dez de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508 de 28 de junho 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial**. Brasília, DF, 2011.L
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Distrito Federal. 2010.
- BRETAS JUNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.22, n.4, p.1085-1095. 2017.
- C O E L H O, V.S.P. **Contratação de serviços e regionalização.** [Nota técnica] Novos Caminhos, n.13. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes). 2017. 25 p. Disponível em:<
www.regiaoeredes.com.br>. Acesso em 18 de mar de 2019.
- CABRAL, B. E. B.; COSTA, Michele L. de S.; LIMA, Grécia R. N. de; MELO, Jessica R. S.; SANTOS, Geizeane R. dos. De como o Sertão do Submédio São Francisco ganhou um núcleo de mobilização antimanicomial: da história aos desafios atuais. **Extramuros**, Petrolina-PE, v. 1, n. 1, p. 81-96, jan./jul. 2013.
- CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010.
- CARNEIRO, P. C. **Fronteiras irmãs: transfronteirizações na Bacia do Prata.** Porto Alegre: Editora Ideograf. 2016.
- CARNEIRO, P. S.; FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 100, p. 57-68, 2014.
- CARVALHO, A. L. B. de.; JESUS, W. L. A. de.; SENRA, I. M. V. B. 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. 2017.
- CARVALHO, G.; MEDEIROS, J. **Redes assistenciais no SUS – financiamento e alocação.** IN: SILVA, S. F. da. Redes de atenção à saúde: desafios à regionalização do SUS. 2 ed. Campinas-SP: SABERES Editora, 2013. p. 102-117.
- CASANOVA, A. O.; CRUZ, M. M.; GIOVANELLA, L.; ALVES, G. dos R.; CARDOSO, G. C. P. 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. 2017.
- CAVALCANTI, A. G.; SPINELLI, M. A. dos S. **A regulação assistencial no Sistema Único de Saúde: o caso da central de regulação de Cuiabá-MT**. IN: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S. Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. p. 289-312.
- COELHO, T. C. B. PAIM, J. S. **Aportes teóricos para o estudo das políticas e instituições públicas do campo da saúde**. IN: COELHO, T. C. B. Regionalização, articulação e regulação do SUS: valorizando os aportes locais. Feira de Santana: UEFES Editora, 2016. p. 23-82.
- COELHO, T. H. B.; PAIM, J. S. Processos decisórios e prática de gestão: dirigindo a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1373-1382, 2005.
- CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Relatório de progresso - Projeto QualiSUS-REDE. Nota Técnica nº 7/02013. Brasília: DF, 2013. 11 p. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2013/12/NT-47-2013-QualiSUS-Rede.pdf>>.
- COSTA, N. do R. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n.4, p.1065-1074. 2017.
- CRIE. Colegiado Regional Interestadual. **Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Médio Vale do São Francisco**. Bahia / Pernambuco, 2018.
- CUNHA, E. N. da; SOUZA, M. K. B. de. A regionalização da saúde enquanto princípio organizativo para a gestão do SUS. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 5, p. 2145-2156. 2017.
- CURY, G. M. M. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP): análise da matriz normativo institucional e seus aspectos federativos**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. [Tese de doutorado]. 2015. 177 f.
- DE VITO, C. Et al. Low level of attention to health inequalities in prevention planning activities of the Italian Regions. **Int J Equity Health**, v. 15, n.28. 2016.
- DOURADO, D. de A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário. **Rev. saúde pública**, v. 45, n. 1, p. 204-211. 2011.
- DUARTE, C. M. R.; PEDROSO, M. de M.; BELLIDO, J. G.; MOREIRA, R. da S.; VIACAVAL, F. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1163-1174. 2015.
- DUARTE, L. S.; MENDES, Á. N.; LOUVISON, M. C. P. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). **Saúde em Debate**, Jan 2018, v. 42 , n. 116, p. 25 – 37. 2018.
- DUBEUX, L. S.; CARVALHO, E. F. de. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS. **Rev. bras. saúde mater. infant**; v. 9, n. 4, p. 467-476, out.-dez. 2009.
- FERNANDES, F. M. B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Cien Saude Colet**, v. 22, n. 4, p. 1311-1320. 2017.

FERREIRA, M. P.; DINI, N. P. **Tipologia nacional dos colegiados de gestão regional**. IN: VIANNA, A. L. D.; LIMA, L. D. de. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: CONTRA CAPA, 2011. p. 67-80.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, 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. Federalismo e políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 279-299.

GALINDO, J. M.; CORDEIRO, J. C.; VILLANI, R. A. G.; FILHO, E. A. B.; RODRIGUES, C. S. Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. **Rev. Adm. Pública**, v. 48, n. 6, p. 1545-1566. 2014.

GARBELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. de O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 4. 2017.

GEREMIA, D. S.; DAIN, S. Federalismo e gestão metropolitana: subsídios para o planejamento territorial dos serviços de saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 11, n.2, p. 255-256, 2018.

GIORGETTI, C.; FERRITO, L.; ZALLOCCO, F.; IANNILLI, A.; CHERUBINI, V. Study Group for Diabetes of ISPED. Organization and regional distribution of centers for themanagement of children and adolescents with diabetes in Italy. **Ital J Pediatr**, v. 8, n. 41. 2015.

GIUSTI, A.; PERRA, A.; LOMBARDO, F. The experience of a nationwide Community of Practice to set up Regional Prevention Plans in Italy. **Health Res Policy Syst**, v. 15, n. 1. 2017.

GOMES, S.; VASQUEZ, D. **As relações verticais na federação: explorando o problema da descentralização e da autonomia**. IN: ARRETCHE, M. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012. P. 145-172.

GOYA, N.; ANDRADE, L. O. M. de; PONTES, R. J. S.; TAJRA, F. S.; BARRETO, I. C. de H. C. Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1235 – 1244. 2017.

GUIDETTI, D. Et al. Post-stroke rehabilitation in Italy: inconsistencies across regional strategies. **Eur J Phys Rehabil Med**, v. 50, n. 3. 2014.

GUIMARÃES, M. A. M. B. **A gestão estadual do SUS em Minas Gerais e seu efeito na regionalização em alguns resultados de saúde da população**. Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2011. 266 f.

HENRIKSSON, D. K.; AYEBARE, F.; WAISWA, P.; PETERSON, S. S.; TUMUSHABE, E. K.; FREDRIKSSON, M. Enablers and barriers to evidence based planning in the district health system in Uganda; perceptions of district health managers. **BMC Health Serv Res**, v. 16, n. 1. 2017.

HOLLEDERER, A.; STÜHLER, K. Cooperation in Public Health: Formative Evaluation of the Model Project "Regional Health Conferences" in Bavaria. **Gesundheitswesen**, v. 79, n. 8. 2017.

IANNI, A. M. Z.; MONTEIRO, P. H. N.; ALVES, O. S. F.; MORAIS, M de L. S.; BARBOZA, R. Metr pole e região: dilemas da pactua o da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 925-934. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional 2018 do IBGE**. 2018. Disponível em < ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2018/estimativa_dou_2018.pdf>. Acessado em 12 de nov de 2018.

IMIP. Instituto de Medicina Integral Professor Figueira. Dados institucionais. Disponível em < <http://www1.imip.org.br/imip/conheca/index.html>>. Acesso em 20 de dez de 2019.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS**: desvincula o da aplica o de recursos federais e os desafios da coordena o. [Nota Técnica]. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Rio de Janeiro, jul., 2018. 63 p. Disponível em:< http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8523/1/TD_2399.pdf>. Acesso em 18 de mar de 2019.

JAVANPARAST, S. Et al. How institutional forces, ideas and actors shaped population health planning in Australian regional primary health care organisations. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1. 2018.

JUAZEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Carta do Vale do Médio São Francisco**. Bahia, abril de 2009. 6 p.

JÚNIOR, N. B.; SILVA, S. F.; JÚNIOR, H. M. M. **Planejamento regional integrado no SUS**. IN: SILVA, S. F. da. Redes de aten o   saúde: desafios   regionaliza o do SUS. 2 ed. Campinas-SP: SABERES Editora, 2013. p. 159-198.

JÚNIOR, N. P.; CAMPOS, G. V. de S. O apoio institucional no Sistema  nico de Saúde (SUS): os dilemas da integra o interfederativa e da cogestão. **Interface, comunica o e saúde**, v. 18, n. 1, p. 895-908. 2014.

KATZ, I. et al. Managing type 2 diabetes in Soweto-The South African Chronic Disease Outreach Program experience. **Prim Care Diabetes**. v.3, n. 3, p.157-64, Aug. 2009.

KEHRIG, R. T.; SOUZA, E. S. de.; SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionaliza o da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense   luz das atas do colegiado de gestão. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 948 – 961. 2015.

KELAHHER, M.; SABANOVIC, H.; LA BROOY, C.; LOCK, M.; LUSHER, D.; BROWN, L. Does more equitable governance lead to more equitable health care? A case study based on the implementation of health reform in Aboriginal health Australia. **Soc Sci Med**, v. 123. 2014.

KELAHHER, M.; SABANOVIC, H.; LA BROOY, C.; LOCK, M.; LUSHER, D.; BROWN, L. Does more equitable governance lead to more equitable health care? A case study based on the implementation of health reform in Aboriginal health Australia. **Soc Sci Med**, v. 123. 2014.

KILEWO, E. G.; FRUMENCE, G. Factors that hinder community participation in developing and implementing comprehensive council health plans in Manyoni District, Tanzania. **Glob Health Action**, v. 8. 2015.

KREINDLER, S. A. Planning without action and action without planning? Examining a regional health system's efforts to improve patient flow, 1998-2013. **Int J Health Plann Manage**, v. 33, n. 1. 2018.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política da saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Cien Saude Colet**, v. 6, n. 2, p. 269-291. 2001.

LEVESQUE, J. F.; O'DOWD, J. J. M.; NÍ SHÉ, É. M.; WEENINK, J. W.; GUNN, J. Scoping of models to support population-based regional health planning and management: comparison with the regional operating model in Victoria, Australia. **Aust Health Rev.**, v. 41, n. 2. 2017.

LIMA, L. D. Et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

LIMA, L. D.; MACHADO, C.V.; O'DWYER, G.; BAPTISTA, T. W. de F.; ANDRADE, C. L. T. de.; KONDER, M. T. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 595-606, 2015.

LIMA, L. D.; VIANNA, A. L. IN: VIANNA, A. L. D.; LIMA, L. D. **Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde**. IN: VIANNA, A. L. D.; LIMA, L. D. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: CONTRA CAPA, 2011. p. 11-26.

LIMA, L.D. de.; QUEIROZ, L. F.N. de.; MACHADO, C.V.; VIANA A.L.D. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto Pela Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 1903-1904, 2012.

LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.V.; SCATENA, J.H.G.; **Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil?** Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. [Nota técnica], n.8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2017. 13 p. Disponível em:< www.regiaoeredes.com.br>. Acesso em 18 de mar de 2019.

LOCCI, P.; LOCCI, R. **Elementi di dirritti sanitario e amministrativo**. Pádua: Piccin, 2000.

LOVER, A. A. Et al. Regional initiatives for malaria elimination: Building and maintaining partnerships. **PLoS Med**, v. 14, n. 10. 2017.

MACHADO, A. T. da S. P. **Regionalização da saúde face à realidade metropolitana: análise das internações hospitalares na região metropolitana do Rio de Janeiro (1995-2005)**. [Tese de Doutorado]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2009. 149 f.

MACHADO, C. V. Et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais o Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 642-650. 2014.

MACHADO, C. V. Et al. Federalismo e política de saúde: os comitês intergovernamentais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n.4. 2014.

MACHADO, J. A. **Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma regionalização solidária e cooperativa?** IN: IN: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. de. Federalismo e políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 279-299.

MAGALHÃES, H. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulg Saúde Debate**, v. 52, p. 15-37. 2014.

MARTINELLI, N. L.; VIANA, A. L. D.; SCATENA, J. H. G. **A relação público-privada da região de saúde Médio Norte Mato-Grossense**. IN: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S. Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. p. 469-500.

MARTINELLI, N. L.; VIANA, A. L. D.; SCATENA, J. H. G. O Pacto pela Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 76-90, 2015.

MATUS, C. **El líder sin Estado Mayor**. La Paz: Altadir, 1997.

MATUS, C. **Teoria do Jogo Social**. São Paulo: FUNDAP, 2005. 524.

MELLO, G. A. et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1291 – 1310. 2017.

MELLO, G. A.; VIANA, A.L.A. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.19, n.4, p.1219-1239, 2012.

MENDES, A. Et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde Soc**, v.24, n.2, p.423-437, 2015.

MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. A. Pacto pela saúde: abordagens e colisões na arena federal. **Ciênc. saúde coletiva**, v.23, n.1, p.29-40. 2018.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T,B. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências. **Divulgação em Saúde para Debate**, v.52, p. 146-152. 2014.

METCALFE, D. Regionalisation of trauma care in England. **Bone Joint J.**, v. 98-B, n. 9. 2016.

MIRANDA, A. S. de. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único De Saúde**. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. 2003. 241 f.

MIRANDA, A.S. **Institucionalidades jurídicas e administrativas de estabelecimentos de saúde nas regiões do Brasil**. Novos Caminhos, n.16. 2017. Disponível em:<www.regiaoeredes.com.br.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C. G.; SILVA, A. L. A. da. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Soc**, v. 26, n. 2, p. 329-335, abr.-jun. 2017.

MOREIRA, L. C. de O.; TAMAKI, E. M. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. **Interações (Campo Grande)**, v. 18, n. 4, p. 99 – 108. 2017.

MOREIRA, L. M. de C.; FERRE, F.; ANDRADE, E. I. G. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.22, n.4, p.1245-1256. 2017.

- MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVENEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1097 – 1108. 2017.
- MOTA, P. H. dos.; VIANA, A. L. D.; BOUSQUAT, A. Relações federativas no Programa Academia da Saúde: estudo de dois municípios paulistas. **Saúde m debate**, v. 40, n. 108, p. 64-73, 2016.
- MWISONGO, A.; NABYONGA-OREM, J. Global health initiatives in Africa - governance, priorities, harmonisation and alignment. **BMC Health Serv Res**, v.16, n. 4. 2016.
- NASCIMENTO, P. R. do.; ZIONE, F. Relações federativas no SUS: autonomia nas relações intergovernamentais da CIB-SP. **Revista de Direito Sanitário**, v. 3, n. 2, 2002.
- NIGA, T.; MORI, M.; KAWAHARA, K. Relationship between regional population and healthcare delivery in Japan. **J Med Dent Sci**, v. 63, n. 1. 2016.
- NUTI, S.; VOLA F.; BONINI, A.; VAINIERI, M. Making governance work in the health care sector: evidence from a 'natural experiment' in Italy. **Health Econ Policy Law**, v. 11, n. 17. 2016.
- ONO, P.; SCATENA, J. H. G. **Gestão e planejamento regional: o caso de Barra do Garças**. IN: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI. M. A. S. Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. p. 423-443.
- OUVENEY, 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. 2017.
- PAIM, J. S. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I.; organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 459-491.
- PALAFIX, N. A. Et al. Comprehensive cancer control planning in the Pacific: the Cancer Council of the Pacific Islands a multi-national regional coalition. **Cancer Causes Control**, v. 29, n. 12, p. 1287-1295. 2018.
- PAVÃO, A. L.; DUARTE, C. R.; VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D. **Aspectos socioeconômicos, de estrutura e desempenho dos serviços de saúde das 17 regiões de saúde do Projeto Região e Redes**. [Relatório]. 31 p. 2017 Disponível em:< www.regiaoeredes.com.br>. Acesso em 18 de mar de 2019.
- PEIXOTO, L. T.; COELHO, T. C. B.; PEIXOTO, M. T. **Caminho da Programação Pactuada Integrada (PPI 2009) na Bahia**. IN: COELHO, T. C. B. Regionalização, articulação e regulação do SUS: valorizando os aportes locais. Feira de Santana: UEFES Editora, 2016. p. 83-130.
- PEREIRA, A. M. M. **Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais**. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

PENROD, J.; PRESTON, D. B.; CAIN, R.; STARKS, M. T. A discussion of chain referral as a method of sampling hard-to-reach populations. **Journal of Transcultural nursing** 2003;4(2):100-7.

PEREIRA, A. M. M.; LIMA, L. D. de.; MACHADO, C. V.; FREIRE, M. J. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 11-27, 2015.

PEREIRA, A. P. C. de M. **Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde No Brasil**: relatório regional Petrolina-PE/Juazeiro-BA. São Paulo, mai., 2017.

PEREIRA, A. P. C. M. Redes interestaduais de saúde: o caso da rede de atenção à saúde Pernambuco/Bahia. [**Tese de Doutorado**]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 198 p. 2017.

PEREIRA, J. de S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des) articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis**, v. 26, n. 3, p. 1033-1051. 2016.

PERNAMBUCO (Estado). **Plano Diretor de Regionalização do Estado de Pernambuco**. Secretaria de Estado de Pernambuco. 2011. 20 p. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf>. Acesso em: 11 de dez de 2018.

PERNAMBUCO (Estado). Resolução CIB/PE nº 089/2010. **Aprova o Regimento Interno da Comissão de Cogestão da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco e Bahia**. Recife, mai., 2010. 7 p.

PERTEL, T. et al. **Mapping the status of disease prevention and health promotion at primary health care level in Estonia**. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe; 2010. 68 p.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P de A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p.1511-1524, 2016.

PLATT, V.; O'CONNOR, K.; COLEMAN, R. Improving regional and rural cancer services in Western Australia. **Aust J Rural Health**, v. 23, n. 1. 2015.

PREUSS, L. T.; NOGUEIRA, V. M. R. O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 11, n. 2, p. 320 - 332, 2012.

REIS, A. A. C. dos; SÓTER, A. P. M.; FURTADO, L. A. C.; PEREIRA, S. S. da S. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Cien Saude Colet**, v. 22, n. 4, p.1045-1054. 2017.

REIS, Y.A.C dos.; CESSÉ, E. A. P.; CARVALHO, E. F. de. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 10, n. 1, p. 157-172, nov, 2010.

RIBEIRO PT. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saúde Soc**, v. 24, n. 2, p. 404-412. 2015.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R.; OUVENEY, A. M.; SILVA, C. M. F. Passos da. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Ciênc. saúde coletiva**, v.22, n.4, p.1031-1044. 2017a.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J-L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1075 – 1084. 2017b.

ROCHA, V. C. **Significados e tendências do federalismo e das relações intergovernamentais no Brasil e na Espanha**. IN: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. de. Federalismo e políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 29-64.

RODRIGUES, R. M. et al. **Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco**: potencial instituinte para a produção de redes vivas. IN: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C; MERHY, E. E. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. - Rio de Janeiro : Hexis, 2016.

ROMANO, C. M. C.; SCATENA, J. H. G. **A relação público-privada no SUS: estrutura e produção da assistência ambulatorial de média e alta complexidade na baixada cuiabana**. IN: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI. M. A. S. Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. p. 317-343.

SANCHO, L. G. et al. O processo de regionalização da saúde sob a ótica da teoria dos custos de transação. **Ciênc. saúde coletiva**, v.22, n.4, p.1121-1130. 2017.

SANTOS, A. M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde**: desafios à integração e coordenação do cuidado. Salvador: EDUFBA, 2018. 311 p.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 13, n. 2, p. 400-422. 2017.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SANTOS, F. A.; JÚNIOR, G. D. G.; GURGEL, I.G. D.; PACHECO H. F.; BEZERRA, A. F. B. A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. **Physis**, v. 25, n. 4, p. 1079-1094. 2015.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n.4, p.1281-1289. 2017.

SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: desafios da gestão interfederativa. Campinas, SP: SABERES EDITORA, 2013.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

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

SCATENA, J. H. G. ; KEHRIG, R. T.; OLIVEIRA, L. R. de.; OLIVEIRA, J. L. de.; MARTINELLI, N. L. **A regionalização da saúde em Mato Grosso do ponto de vista dos atores regionais**. IN: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI. M. A. S.

Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. p. 135-168.

SHIMIZU, H. E. Et al. O papel proeminente dos Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde no processo de governança regional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22 n.4. 2017.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.

SILVA, A.M. da. **A estrutura das regionais de saúde do município de Jaboatão dos Guararapes-PE**. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2012.

SILVA, C. R.; CARVALHO, B. G.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E de F. P. de A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n.4, p.1109-1120. 2017.

SILVA, E. C. da.; GOMES, M. H. de A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde Soc.**, v.23, n.4, p.1383-1396, 2014.

SILVA, E. C. da.; GOMES, M. H. de A.; Impasses no processo de regionalização do SUS. SILVA, E. C. da; GOMES, M. H. A. A descentralização e regionalização das ações de vigilância laboratorial os interesses em disputa. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, 2014.

SILVA, H. P. da.; MOTA, P. H. dos S. **Regionalização da saúde e integração dos serviços**: evidências sobre o atual estágio de conformação das regiões e redes de atenção à saúde na perspectiva dos municípios brasileiros. [Nota técnica], n. 11. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil.

SILVA, S. F. da. **Desafios da regionalização e do planejamento integrado para a construção das redes de atenção à saúde no SUS**. IN: SILVA, S. F. da. *Redes de atenção à saúde: desafios à regionalização do SUS*. 2 ed. Campinas-SP: SABERES Editora, 2013. p. 102-117.

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, 2011

SILVEIRA FILHO, R. M.; SANTOS, A. M. dos; CARVALHO, J. A.; ALMEIDA, P. F. de. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis**, v. 26, n. 3, p. 853-878. 2016.

SION, M. Et al. A resource planning analysis of district hospital surgical services in the Democratic Republic of the Congo. **Glob Health Sci Pract**, v. 3, n. 1. 2015.

SIQUEIRA, J. C. **Regionalização da assistência à saúde no Norte Fluminense: uma avaliação sobre a assistência hospitalar**. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública. 2011. 160 f.

SOARES, R. F.; CLEMENTE, A.; FREIRE, F. de S.; SCARPIN, J. E.. Centralidade municipal e interação estratégica na decisão de gastos públicos em saúde. **Rev. adm. Pública**, v. 50, n. 4, p. 563-585. 2016.

SOLLA, J. J. S. P.; SANTOS, F.P.; MALTA, D. C.; REIS, A. T. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na gestão plena do Sistema

Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. **In:** Brasil. Ministério da Saúde (MS). Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências: gestão dos serviços de saúde. Brasília: MS; 2002.

SOMOZA, J. E. **Política Sanitária Espanhola**. Madri: Ediciones Diaz de Santos, 2001.

SOUZA, E. S. de.; SCATENA, J. H.; KEHRIG, R. T. **Diagnóstico situacional e planejamento regional das ações de saúde: o caso da região sul mato-grossense**. IN: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI. M. A. S. Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. p. 367-387.

SOUZA, P. C. de.; SCATENA, J. H. G. **O mix público-privado na assistência hospitalar do estado do Mato Grosso à luz dos parâmetros assistenciais do SUS**. IN: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI. M. A. S. Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. p. 345-364.

SUS: tramas locais. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.4, p.1106-1116, 2013.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; ARAÚJO, E. C.; FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, H. G. O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.1, p.79-84, 1993.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. da S. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. **Saúde Soc**, v. 25, n. 3, p. 786-799. 2016.

TENBENSEL, T. Health System Regionalization - the New Zealand Experience. **Healthc Pap.**, v. 16, n. 1, 2016.

TUNG, Y.C.; CHANG, G.M. The Relationships Among Regionalization, Processes, and Outcomes for Stroke Care: A Nationwide Population-based Study. **Medicine (Baltimore)**, v 95, n. 15. 2016.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.; PIOLA, S. F. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. **In:** GEOVANELLA, L. et al (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 395-425.

USP. Universidade de São Paulo. Banco de indicadores: distribuição das regiões segundo os cinco grupos socioeconômicos. IN: USP. Universidade de São Paulo. **Regiões e redes: caminho da universalização da saúde no Brasil**. São Paulo 2017. Disponível em:< <http://www.resbr.net.br/indicadores/view/>>. Acesso em 02-02-2017.

UUSITUPA, M. et al. Are we really active in the prevention of obesity and type 2 diabetes at the community level? **Nutr Metab Cardiovasc Dis**. v. 21, n. 5, p. 380-9, May. 2011.

VERCELLI, M.; LILLINI, R.; QUAGLIA, A.; CAPOCACCIA, R. Italian regional health system structure and expected cancer survival. **Tumori**, v. 100, n. 4. 2014.

VIANA, A. L. D. et al. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.17 n.1. 2017a.

VIANA, A. L. D. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde Soc.**, v.24, n.2, p.413-422, 2015.

- VIANA, A. L. D.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; NEGRI-FILHO, A. de.; MEDINA, M. G. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6. 2018.
- VIANA, A. L. D.; DA SILVA, H. P. A política social brasileira em tempos de crise: na rota de um modelo social liberal privado? **Cad. Saúde Pública**, v.31, n.12. 2015.
- VIANA, A. L. D.; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo Perspect.**, v. 22, n. 1, p. 92-106. 2008.
- VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. **Avaliação nacional das Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs):** as CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS. Relatório síntese estadual Bahia. USP/Fiocruz: 2010.
- VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. **O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestoras Bipartite.** IN: VIANNA, A. L. VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: CONTRA CAPA, 2011. p. 11-26.
- VIANA, A.L. D.; LIMA, L.D.de L; 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, 2010.
- VIANA, A.L.A. et al. **Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil.** Novos Caminhos, n.15. 2017b. Disponível<:em www.regiaoeredes.com.br. Acesso em 16 de mar de 2019.
- VIANA, R. P.; LIMA, L. D. de. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1025-1049, 2013.
- VIANA; A. L. D.; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M.V.; IOZZI, F.L. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v.22, n.1, p.92-106, 2008.
- WALKINSHAW, L. P. Et al. Process evaluation of a regional public health model to reduce chronic disease through policy and systems changes, Washington State, 2010-2014. **Prev Chronic Dis**, v. 12, n. 37. 2015.
- WILL, R. M. M. M.; LANDIM, E. L. A. S.; GUIMARÃES, H, do C, L.; PAGLIARINI, E. M.; MOTA, C. O da. A descentralização e regionalização das ações de vigilância laboratorial no estado da Bahia: a experiência da rede de laboratórios de saúde pública. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.39, Suppl.1, p.10-30, 2015.
- YAHN, P.I.F. de C.; YASUI, S. O apoiador caipira: o desafio/artes de articular redes regionais a partir de territórios/desejos singulares. **Interface, comunic e saúde**, v. 18, n.1, p 871-84. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista com informantes-chave

Identificação do informante-chave

Nome:	Entrevistado N°:
Cargo:	Data: / / /
Local:	Início: Fim:
Instituição/órgão:	Idade: ----- anos
Formação:	Sexo: [] Masculino [] Feminino
Formação mais elevada: [] Graduação [] Especialização [] Residência [] Mestrado	
[] Doutorado	
Vínculo atual: [] Concursado [] Celetista [] Cargo comissionado [] Contrato temporário	
[] Outro. -----	
Município:	Estado: [] Bahia [] Pernambuco

Caracterização da trajetória dos atores

- Trajetória acadêmica (graduação, pós-graduação, mestrado e/ou doutorado);
- Trajetória profissional no SUS e na gestão (espaços, cargos e funções ocupadas);
- Histórico de militâncias em partidos políticos, na saúde, movimentos sociais, estudantis, etc;

Perguntas sobre o desenho político do espaço regional

- Quais fatos que motivaram a conformação da região interestadual de saúde?
- Quais os principais atores que idealizaram e participaram da construção das primeiras propostas de implantação da região?
- Quais eram as primeiras ideias pensadas para organização dos serviços de saúde da região?
- Quais os principais fatos ocorreram ao longo do tempo para implantação da região interestadual de saúde?
- Quais eram os principais aliados e opositores ao projeto da região interestadual de saúde?
- Como era a participação dos atores e entes federativos no processo de implementação da região? Essa participação se alterou? Em qual sentido?
- A região conseguiu estabelecer um planejamento regional integrado? Existe um plano interestadual oficializado?

- Quais serviços e ações atualmente são contemplados pelo desenho da região interestadual de saúde? Como esse desenho está organizado?
- Como está desenhado o processo de regulação interestadual de leitos?
- Como está desenhada a atuação da Comissão de Cogestão Interestadual de Saúde (CRIE)?
- O que, de fato, conseguiu se concretizar das propostas que foram pensadas para região?
- Quais propostas para a região não saíram do papel? E quais delas retrocederam?
- Quais aspectos pensados para a região não avançaram nas decisões dos entes federativos?
- Quais os principais obstáculos para implementação da região interestadual de saúde?
- Por qual motivo a região passou a compor o Projeto Quali-SUS Rede? Como foi esse processo de indução federal na região? Quais avanços e obstáculos a iniciativa registrou no espaço regional?
- Como se deu a organização dos planos regionais de urgência e emergência na região? Os estados avançaram na mesma proporção, nesses planos? Caso negativo, quais os principais motivos?
- Quais as principais diferenças você destacaria entre os estados, e que influenciam a gestão regional? Como foi a participação dos estados ao longo desse período de implantação da região interestadual? Atualmente, como se encontra essa participação?
- E sobre o ente federal, como se encontra a participação atualmente na região?
- Como foram organizados os serviços de saúde nas regiões de cada estado? Quais diferenças você destacaria entre os entes, nesse sentido?

Dinâmica política

- Qual a situação atual da Programação Pactuada e Integrada dos estados?
- Descreva como é o processo de PPI aqui na região.
- Quais as principais diferenças você destacaria no processo de PPI entre os estados?
- Houve uma proposta de PPI e PDI interestadual? Elas avançaram? Caso não, quais os principais fatores restritivos para esse avanço?
- Como tem sido a atuação da CRIE na região? Quais as principais dificuldades do colegiado?
- Como a CRIL atua no espaço regional? Quais suas dificuldades? Quais conflitos envolvem o processo de regulação interestadual e entre quais atores ocorrem esses conflitos?
- Quem são os atores mais influentes na região?
- Com quem esses atores possuem algum tipo de relação política? O que eles fazem como principal atividade no espaço regional?
- Esses atores conseguem exercer influências sobre quais aspectos na região? De que forma eles exercem essa influência? Poderia exemplificar?

- Quais os interesses que esses atores deixam claro para você? Quem eles mobilizam para conseguir atender seus interesses? De que forma eles fazem essa mobilização?
- Que tipo de questão esses atores influentes conseguem ter sob seu controle?
- As Comissões Intergestoras Regionais (CIR) conseguem ter algum tipo de controle sobre esses atores influentes? As decisões que beneficiam eles passam pelo colegiado?
- Quais questões as CIR conseguem ter controle e quais ela não consegue?
- Você percebe alguma diferença na dinâmica de condução das CIR de ambos os estados? Quais você destacaria? Exemplifique.
- Quais os principais gargalos assistências do região?
- Como tem sido a relação entre os entes municipais sede e os demais limítrofes? Há conflitos nessa relação? De qual natureza?
- Como tem sido conduzida essa relação nas CIR? Os interesses regionais são priorizados em detrimento dos locais?
- Como tem se dado o processo de pactuação financeira entre esses entes?
- Como tem sido a relação dos espaços cogestores com os prestadores e públicos e privados na região? Há conflitos? Quais?
- Esses prestadores desrespeitam as decisões consensuadas para a região? De que forma? Exemplifique.
- Há municípios mais poderosos na região e que tem grande influência nas decisões? Quem são esses municípios e por qual motivo eles são poderosos?
- Como tem sido a relação entre Juazeiro e Petrolina na pactuação de serviços e fluxos dos usuários? E como tem sido essa relação entre eles e os demais municípios limítrofes? E entre os estados e o governo federal?
- Você percebe diferenças entre Juazeiro e Petrolina? Quais você destacaria?
- Quais as principais dificuldades dos gestores para contratação de prestadores privados na região? O que é feito para superar essas dificuldades? Quem sai ganhando e quem sai perdendo?
- Na região, as instância de participação e controle social são atuantes?
- Por que o Ministério Público passou a acompanhar as decisões na região? Como essa instituição chega na região e quem foram os atores responsáveis por acioná-la?
- Qual o objetivo do MP na região? Que relação ele estabelece com os espaços deliberativos e entres federativos? Como ele participa da região?
- Como tem sido a relação política e financeira entre os estados, nos assuntos que dizem respeito à região?
- Quais são os pontos de maior conflito entre os municípios? E entre eles e os estados?
- Há conflito entre os estados? Quais?
- Quais as questões com maior dificuldade de estabelecer acordos entre os entes?

- Cite três motivos responsáveis pelo descumprimento de pactos e/ou acordos estabelecidos entre os entes.
- Quais os principais conchavos políticos você observa na região? Exemplifique.

APÊNDICE B
ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

Tipo de documento	Elementos a serem analisados	
Portarias, projetos, regimentos, decretos, relatórios de cobertura de serviços, de grupos de trabalho, carta do Vale do São Francisco, documentos da CRIL, dossiês e PDR.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registre o número, mês, ano e UF do documento ▪ Qual a natureza (portaria, decreto, etc) e finalidade do documento? ▪ Registre o título do documento e o âmbito a qual se refere (municipal, estadual, etc). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quais aspectos relativos ao espaço regional estão explicitados no documento? ▪ Quais elementos se referem à relação entre os atores e estruturas políticas do espaço regional?
Atas de reuniões da CIR e da CRIE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registre o mês, ano da ata, nome da CIR ou CIB e UF correspondente. ▪ Houve quórum na reunião? ▪ Quais as pautas elencadas para reunião? ▪ Todas foram colocadas em discussão? ▪ Quais as pautas mais frequentes emergem do espaço regional? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Há frequência regular das reuniões? ▪ Registre as representações presentes e ausentes. ▪ Qual o conteúdo das discussões? ▪ Quais decisões e/ou pactuações são firmadas? ▪ Há pontos de conflitos e cooperação? Quais são esses pontos e quem são seus protagonistas? ▪ Sintetize os principais elementos que caracterizam a dinâmica política dos espaços deliberativos em análise.
Planos, programações e relatórios municipais, estaduais e nacionais de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atribui um número ao plano e/ou relatório. ▪ Registre o período a qual se refere o documento (ano ou espaço de tempo)? ▪ Registre o âmbito do documento (municipal, estadual ou nacional) ▪ Registre o nome do ente vinculado ao documento. ▪ Quais propostas de ação/disposições estão elencadas para o espaço regional? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com quais eixos do projeto de implementação da região as propostas mantêm correspondência? ▪ Qual o nível de cumprimento das propostas e ações com correspondência ao espaço regional? ▪ Com quais eixos do projeto de implementação da região as ações cumpridas e não cumpridas possuem correspondência? ▪ Há justificativa para as propostas não cumpridas totalmente nos relatórios? Quais?
Resoluções das CIB	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registre o número da resolução CIB correspondente. ▪ Registre o ano da resolução. ▪ Registre qual a disposição legal atribuída pela resolução. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qual o conteúdo da (s) decisão (ões) está (ão) explicitado (os) na resolução?

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registre a Unidade Federada da CIB. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quais das decisões tem relação ou impactam diretamente sobre a estrutura e dinâmica política do espaço regional? ▪ Qual direção as decisões assume em relação ao projeto idealizado para a região?
Relatórios do IBGE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para cada ente estadual e municipal que compõe a região estudada, registre as seguintes informações: População residente, PIB per capita, densidade demográfica (hab/km²), salário médio mensal, índice de Gini, IDHM e extensão territorial. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registre as informações organizando os dados segundo estado e região de saúde que os municípios estão vinculados. ▪ Quais as principais características dos entes federados da região? ▪ Quais as principais desigualdades sociodemográficas podem ser identificadas?
Currículos Lattes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registre as seguintes informações por ator social entrevistado ou que participou da implementação a região: nome, formação acadêmica, maior titulação, atuação no espaço regional, tipo de vínculo, esfera administrativa, Unidade Federada e trajetória no SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quais as principais características dos atores entrevistados e participantes da conformação regional? ▪ Qual a trajetória deles no SUS?
Mídia regional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registre o mês e ano da notícia veiculada na mídia regional (período) ▪ Registre o nome da fonte que veiculou a notícia ▪ Destaque a manchete do noticiário ▪ Registre o link de acesso à notícia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registre quais atores do espaço regional estão envolvidos na notícia ▪ Registre o conteúdo da notícia destacando os motivos pelos quais os atores fazem parte dela e que tipo de relação essa notícia tem com a dinâmica de poder regional.
Sites institucionais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registre o nome do ator individual ou coletivo ▪ Em qual (is) espaço (s) o ator se encontra inserido? Qual a natureza desse (s) espaço (s)? ▪ Registe o estado ao qual pertence o ator. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com quais pessoas esse (s) ator (es) possuem algum tipo de ligação política coesa? ▪ Em qual (is) espaço (os) o ator consegue ter poder de influência?



APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ítalo Ricardo Santos Aleluia, estou pesquisando a “Análise da capacidade de governo em regiões interestaduais de saúde: atores, “jogos” e estratégias”, a fim de contribuir na identificação das condições de governabilidade dos gestores de saúde, em regiões que conformam zonas fronteiriças entre dois ou mais estados da federação. Este trabalho objetiva realizar uma análise política da gestão de uma região interestadual de saúde do Brasil (Pernambuco-Bahia).

Assumo o compromisso de que sua identidade permanecerá confidencial, salvo expressa manifestação em sentido contrário, haja vista a ocupação de cargos ou posições públicas. Caso o (a) senhor (a) decida manifestar pública a sua opinião, será garantido que a transcrição da entrevista será submetida a sua apreciação antes de qualquer divulgação.

Sua participação nessa pesquisa é fundamental para a elucidação dos processos políticos da gestão interestadual do SUS, porém ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento o (a) senhor (a) poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

O (a) senhor (a) poderá entrar em contato com a coordenação do projeto através do telefone (71) 3283-7402 / 7403.

Eu, _____, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa “Análise da capacidade de governo em regiões interestaduais de saúde: atores, jogos e estratégias” e aceito nela participar.

- Autorizo a identificação de meu nome nas publicações resultantes do referido projeto.
 Não autorizo a identificação do meu nome.

_____, ____/____/____.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE A PESQUISA:

Pesquisador Responsável: Ítalo Ricardo Santos Aleluia

Pesquisadores participantes: Maria Guadalupe Medina

Telefones para contato: (71) 98452-3814 / (75) 99128-2395.

APÊNDICE D

Quadro15- Caracterização dos atores sociais que participaram do processo conformação da região interestadual de saúde, 2008-2017

Ator	Sexo	Formação Acadêmica	Região de saúde	Titulação	Atuação no espaço regional	Vínculo	Esfera	Estado
Maria Auxiliado Veras	F	Enfermagem	Salgueiro	Especialista em Vigilância da Saúde	Gerencia Regional de Saúde VII	Servidor Público	Estadual	PE
Avelar Batista dos Santos	M	S/I	Salgueiro	S/I	Apoio institucional de regulação da VII GERES	Contrato	Estadual	PE
Aline Silva Jerônimo	F	Enfermagem	Petrolina	Mestrado em Ciências da Saúde	Gerencia Regional de Saúde VIII	Contrato	Estadual	PE
Mikaelly Vasconcelos Grangeiro	F	Enfermagem	Salgueiro	Especialização em Saúde Pública	Coordenadora de Atenção à Saúde	Servidora Pública	Estadual	PE
Claudia Aquino Bezerra	F	Enfermagem	Ouricuri	S/I	Secretaria Municipal de Saúde de Ouricuri	Servidora Pública	Municipal	PE

Iza Conserva Rolin	F	Enfermeira	Ouricuri	S/I	Apoiadora Institucional de Vigilância em Saúde da IX GERES	Servidora Pública	Estadual	PE
Fatima Michelle Campos Leal	F	Enfermagem	Petrolina	Mestrado em Educação para Profissionais de Saúde	Coordenação de Enfermagem do Hospital Dom Malan (IMIP)	Celetista	Municipal	PE
Tatiana Cerqueira da Cunha Cavalcanti	F	Medicina	Petrolina	S/I	Grupo de Trabalho de Obstetrícia do Hospital Dom Malan (IMIP)	Celetista	Municipal	PE
Etiel Tavares Lins	M	Medicina	Petrolina	Especialista em Endocrinologia	Grupo de Trabalho de Obstetrícia do Hospital Dom Malan-Petrolina (IMIP)	Celetista	Municipal	PE
Janaina Ângelo Rufino	F	Enfermagem	Salgueiro	Especialização em Saúde Coletiva	Grupo de Trabalho de Obstetrícia do Hospital Regional Inácio de Sá	Servidor Pública	Estadual	PE
Gilson Ferreira Araujo	M	Enfermagem	Salgueiro	S/I	Grupo de Trabalho de Obstetrícia do Hospital Regional Inácio de Sá	S/I	S/I	PE

Jeovane Patricio Saldanha Silva	F	S/I	Ouricuri	S/I	Grupo de Trabalho de Obstetrícia do Hospital Regional Fernando Bezerra-Ouricuri)	S/I	S/I	PE
Ronicleide Delmondes Tasso	M	Enfermagem	Ouricuri	S/I	Grupo de Trabalho de Obstetrícia (Hospital Regional Fernando Bezerra-Ouricuri)	S/I	S/I	PE
Claudia Cavalcanti Galindo	F	Enfermagem	Petrolina	Especialização em Regulação em Saúde	Gestora da Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL)	Servidora Pública	Estadual	PE
Gilma Soares Lima	F	Fisioterapia	Petrolina	Especialização em Saúde Pública	Grupo de Trabalho de Ortopedia Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina	S/I	Municipal	PE
Tiago Gonçalves Acioli	M	Enfermagem	Petrolina	Especialização em Saúde da Família	Grupo de Trabalho de Ortopedia Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina	Servidor Público	Municipal	PE
Juliana Pedrosa Korinsky	F	Enfermagem	Petrolina	Doutora em Ciências Cirúrgicas	Grupo de Trabalho de Ortopedia Hospital Universitário de Petrolina	Servidor Público	Federal	PE

Pedro Carvalho Diniz	M	Medicina	Petrolina	Residência em Clínica Médica	Grupo de Trabalho de Ortopedia Hospital Universitário-Petrolina	Servidor Público	Federal	PE
Adriana Soares de Lima Leandro	F	Enfermeira	Petrolina	Especialização em Planejamento em Saúde	Grupo de Trabalho de Ortopedia Hospital Universitário-Petrolina	Servidor Público	Federal	PE
Antônio Carlos Figueira	M	Medicina	IV Macro-PE	Mestrado em Saúde Materno-Infantil	Secretário Estadual de Saúde e Presidente do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira	S/I	Estadual	PE
Ana Paula Sotter	F	Medicina	IV Macro-PE	Mestrado em Saúde Pública	Secretária Executiva de Coordenação Geral-SES	Cargo Comissionado	Federal	PE
Adriana Janô	F	S/I	IV Macro-PE	S/I	Diretora de Regulação da Secretaria Estadual de Saúde	Servidora Pública	Estadual	PE
Ana Paula de Melo	F	Psicologia	IV Macro-PE	Mestrado em Saúde Coletiva	Consultora Técnica do Ministério da Saúde e Representante da SES	Servidora Pública	Federal	PE
Cássia M. Feitosa	F	Enfermagem	Petrolina	Especialização em Regulação em Saúde	Gerencia Regional de Saúde VIII	Servidora Pública	Estadual	PE
Ivonildes G. de L. Parente	F	Enfermagem	Petrolina	S/I	Analista da Gerencia Regional de Saúde VIII	Servidora Pública	Estadual	PE

Kátia Simoni Bezerra Lima	F	Enfermagem	Petrolina	Mestrado em Ciências	Apoiadora local do Subprojeto Qualisus Rede – PE-BA	Servidora Pública	Federal	PE
Maristela A. de Carvalho	F	Enfermagem	Petrolina	S/I	Analista da Gerência Regional VIII	Servidora Pública	Municipal	PE
Ranusia Monteiro	F	S/I	IV Macro-PE	S/I	Representante da Secretaria Estadual de Saúde	Servidora Pública	Estadual	PE
Rodrigo Luciano B. de Lima	M	Medicina	IV Macro-PE	Residência em Saúde da Família	Diretor de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde	Cargo Comissionado	Estadual	PE
Eduardo Campos	M	Direito	IV Macro-PE	Mestrado em Educação	Governador de Estado	Cargo Comissionado	Estadual	PE
Sandra Carvalho	F	Enfermagem	IV Macro-PE	Especialização em Saúde da Família	Diretora Geral de Assistência à Saúde da Secretaria Estadual	Servidora Pública	Estadual	PE
Maria Gorete Coelho	F	S/I	Salgueiro	S/I	Secretária de Saúde de Salgueiro	Cargo Comissionado	Municipal	PE
Lúcia Giesta	F	Odontologia	Petrolina	Especialização em Saúde Pública	Apoiadora do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde	Cargo Comissionado	Municipal	PE
Miriam de Oliveira Ávila Moreira	F	Biologia	Salgueiro	Especialização em Gestão de Redes de Atenção	Apoiadora da Vigilância em Saúde VII GERES	Celetista	Estadual	PE

Glória Coelho	F	Enfermagem	Petrolina	Doutorado em Educação	Membro comissão integração ensino serviço da Universidade Federal do Vale do São Francisco,	Servidora Pública	Federal	PE
Maria das Graças de Carvalho	F	Administração	Petrolina	Especialista em Saúde Coletiva	Secretária Municipal de Saúde de Petrolina	Cargo Comissionado	Municipal	PE
Lizandra Amin	F	Enfermagem	Juazeiro	Especialização em Gestão de Redes de Atenção	Coordenadora do Núcleo Regional de Saúde - Norte	Cargo Comissionado	Estadual	BA
Ângela Carneiro Oliveira	F	Enfermagem	Juazeiro	Doutora em Saúde Pública	Secretária Municipal de Saúde Juazeiro	Cargo Comissionado	Municipal	BA
Fabíola Dantas Lima Ribeiro	F	Medicina	Juazeiro	Residência em Ginecologia e Obstetrícia	Grupo de Trabalho de Obstetrícia do Hospital Materno Infantil de Juazeiro	Celetista	Municipal	BA
Maristela Cardoso Batista	F	Enfermagem	Juazeiro	S/I	Grupo de Trabalho de Obstetrícia do Hospital Materno Infantil de Juazeiro)	Servidora Pública	Municipal	BA
Ana Laura Curci Félix Martins	F	Psicologia	Senhor do Bonfim	S/I	Grupo de Trabalho de Obstetrícia do Hospital Dom Antônio Monteiro	Contrato	Municipal	BA

Liz Bezerra Reinaldo	F	Enfermagem	Senhor do Bonfim	Especialização em Urgência/Emergência	Grupo de Trabalho de Obstetrícia do Hospital Dom Antônio Monteiro	Contrato	Municipal	BA
Mara Lucia Conduru	F	S/I	Juazeiro	S/I	Coordenadora do Núcleo Regional de Saúde Norte	Servidora Pública	Estadual	BA
Mário Sérgio Oliveira Machado	F	Enfermagem	Juazeiro	Residência em Medicina Social	Grupo de Trabalho de Ortopedia da SMS Juazeiro	Contrato	Municipal	BA
Cibele da Costa Lopes	F	S/I	Juazeiro	S/I	Grupo de Trabalho de Ortopedia da SMS Juazeiro	Contrato	Municipal	BA
Maria Celuta	F	S/I	Paulo Afonso	S/I	Grupo de Trabalho de Ortopedia Hospital Nair de Sousa Alves	Contrato	Municipal	BA
Gezana de Brito Bezerra Freires	F	S/I	Paulo Afonso	S/I	Grupo de Trabalho de Ortopedia Hospital Nair de Sousa Alves-	Contrato	Municipal	BA
Jose Denes Araujo Rufino	M	Enfermagem	Juazeiro	Residência em Saúde da Família	Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL)	Servidor Público	Municipal	BA
Nancy Brandt	F	Administração	Juazeiro	Especialização em Saúde Coletiva	Coordenadora Regional da CRIL pela SMS Juazeiro	Contrato	Estadual	BA

Jorge Pereira Solla	M	Medicina	Macro Norte	Doutorado em Clínica Médica	Secretário Estadual de Saúde	Cargo Comissionado	Estadual	BA
Deise S. de Jesus Barbosa	F	Odontologia	Juazeiro	Mestrado em Saúde Coletiva	Apoiadora descentralizada Qualisus-Rede	Contrato	Federal	BA
Giovanna Santana Queiroz	F	Farmácia	Macro Norte	Mestrado em Saúde Coletiva	Representante da SESAB no grupo de trabalho do Qualisus-Rede	Contrato	Estadual	BA
Gisélia Santana Souza	F	Farmácia	Macro Norte	Doutorado em Saúde Pública	Superintendente de Atenção Integral à Saúde	Cargo Comissionado	Estadual	BA
Joselma Alves da Silva	F	Enfermagem	Macro Norte	Especialização em Gestão da Clínica	Apoiadora Estadual Qualisus-Rede	Cargo Comissionado	Estadual	BA
Lutigardes B. Santana	F	Odontologia	Macro Norte	S/I	Representante da SESAB	Servidora Pública	Estadual	BA
Nirvana Monteiro Moreira	F	S/I	Senhor do Bonfim	S/I	Representante da 28ª Diretoria Regional de Saúde	S/I	Estadual	BA
Jaques Wagner	M	Engenharia	Macro Norte	S/I	Governador de Estado	Cargo Comissionado	Estadual	BA
Suzana Cristina Silva Ribeiro	F	Enfermagem	Macro Norte	Mestrado em Saúde Coletiva	Subsecretária Estadual de Saúde	Cargo Comissionado	Estadual	BA

Andrés Castro Alonso Filho	M	Medicina	Macro Norte	Especialização em Saúde Coletiva	Superintendente Estadual de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde	Servidor Público	Estadual	BA
Luís Aureliano	M	S/I	Paulo Afonso	S/I	Secretário Municipal de Paulo Afonso	Cargo Comissionado	Municipal	BA
Francisco Lustiago	M	Medicina	Senhor do Bonfim	S/I	Secretário Municipal de Senhor do Bonfim	Cargo Comissionado	Municipal	BA
Ubiratan Pedrosa Moreira	M	S/I	Juazeiro	S/I	Secretário de Saúde de Juazeiro e representante do COSEMS	Cargo Comissionado	Municipal	BA
Vânia Gomes Theodoro	F	Odontologia	Macro Norte	Especialização em Saúde da Família	Apoiadora Institucional da SESAB	Servidora Pública	Estadual	BA
Cipriano Maia de Vasconcelos	M	Médico	MS	Doutor em Saúde Coletiva	Diretor do Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria Executiva	Cargo Comissionado	Federal	-

Fonte: documentos da região interestadual analisados. Elaboração do autor (2019).

ANEXO A

Quadro 18 – Diretrizes, eixos e ações do Projeto de Implementação da Rede Interestadual de Saúde

Diretriz	Eixo de ação	Ações
Fortalecimento da AB	Expansão da ESF	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura de, no mínimo, 60%, alcançada em todos os municípios da região - Obras de ampliação e reformas realizadas em UBS
	Estruturação da rede	<ul style="list-style-type: none"> - Observatório da Atenção Básica implantado nos serviços porta aberta para produzir diagnóstico da rede - Planejar Oficina de implantação das Linhas de Cuidado da III Rodada de Atenção Básica (DAB) - Realizar Seminário sobre Atenção Básica e Rede de Urgência e Emergência na macro interestadual (público-alvo: trabalhadores e gestores)
	Qualificação do Cuidado na Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar e aprovar Termo de Cooperação Técnica entre as Secretarias Estaduais de Bahia e Pernambuco para o desenvolvimento de Projetos e Programas que visem à qualificação da atenção básica
Redução da mortalidade materno-infantil	Qualificar a atenção ao pré-natal, parto e ao recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> - Expansão do nº de ESF em municípios com < de 60% de cobertura e ampliação dos NASF - Ampliação do SAMU para incorporação do sistema de transporte da gestante e do bebê - Implantar Casas de Apoio à gestante de alto risco - Ampliação de leitos de UTI e UCI neonatal
	Qualificação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar 100% das ESF em pré-natal de baixo risco e profissionais do NASF. - Capacitar profissionais para investigação do óbito materno e infantil - Adoção do método canguru e mãe coruja - Cursos de urgência e emergências obstétricas (previsão Bahia) - Implantar Núcleo Microrregional de Linhas de Cuidado e Educação Permanente para a Atenção Básica nos municípios sede das microrregionais.
	Gestão da informação	<ul style="list-style-type: none"> - Manter ou alcançar 90% de cobertura do SIM e 95% do SINASC; Propor estratégias de resgate dos óbitos e nascimentos; - Implantar do SIAB/GIL
	Vigilância do óbito infantil e neonatal	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar a vigilância de morte materna e infantil - Monitoramento contínuo da ocorrência de óbitos maternos e infantis nos municípios via sistema online (ou outro meio rápido de repasse de informação)

Diretriz	Eixo de ação	Ações
	Mobilização Social e Comunicação	- Implantar Conselho Gestor de Unidade
Atenção às urgências e emergências	Implantação do atendimento às pequenas urgências em 100% das USF	- Realização de Seminário Macrorregional Interestadual com participação de gestores, coordenadores de regulação/SAMU, coordenadores da atenção básica e equipes de saúde da família para elaboração/pactuação de proposta para região
	Reestruturação e ampliação da urgência pré-hospitalar fixa na região	- Checar a proposta de distribuição das salas de estabilização e UPAs nos municípios da região com o efetivamente cadastrado no sistema
	Ampliação e aperfeiçoamento da urgência pré-hospitalar móvel (SAMU)	- Checar a proposta de distribuição das unidades de suporte básico e avançado nos municípios da região com o efetivamente cadastrado no sistema
	Fortalecimento dos serviços de atendimento às urgências de nível terciário e garantia de leitos complementares	- Conferir o papel estabelecido para os hospitais interestaduais com as dificuldades apontadas nas entrevistas, observação e apresentação da CRIL.
	Readequação das unidades de saúde	- Checar se houve um Plano de Investimento da Macrorregião Interestadual a ser consolidado até final do Projeto de Implementação da Rede, devendo ser aprovado no próximo fórum (as ações estão condicionadas à isso)
	Desenvolvimento, Formação e Educação Continuada para 70% dos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem	- Ver se existe proposta para isso nos planos municipais e estaduais de saúde.
Regulação integrada	Construir mecanismos para regulação integrada	- Complexo regulatório macrorregional em regime de cogestão - Regulação dos serviços de referência macrorregional - Regulação dos encaminhamentos para os polos estaduais - Definição e articulação das diretrizes em relação ao transporte sanitário - Construção das linhas de produção de cuidado e articulação dos processos regulatórios

Fonte: Documento extraído do Projeto de Implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (2009).

ANEXO B

Quadro 19 - Proposta de organização dos níveis de referência de atenção e suas correspondências na Região

Nível de referência	Correspondência
Municipal	Atenção Básica resolutive
Regional I	Circunscrito a duas ou mais cidades, para atenção ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico, de média complexidade e menor nível de referência para o SAMU regional.
Regional II	Circunscrito acima de duas cidades com resolubilidade para atenção ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico, de média complexidade (Nefrologia, RX contratado, tomografia, endoscopia, UTI/UCI adulto e neonatal)
Macrorregional	Organizado por conjunto de microrregiões, se constituindo no principal nível de referência para atenção de Alta Complexidade (patologia clínica especializada, anátomo-patologia, densitometria óssea, ressonância magnética, radiologia intervencionista, hemodinâmica, eletromiografia, colonoscopia, histeroscopia, cardiologia, reabilitação física, saúde visual, hemoterapia, unidade de isolamento e UTI infantil)
Interestadual	Organizado por conjunto de macrorregiões, compreendendo pelo menos dois estados da federação, se constituindo em nível de referência para atenção de Alta Complexidade (oncologia, neurocirurgia, traumato-ortopedia, cirurgia cardiovascular pediátrica, broncoscopia, angiografia, cintilografia e unidade de cuidados intensivos para queimados)

Fonte: Documento extraído do Projeto de Implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (2009).