



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

**Izadória Lopes Rêgo¹
Quésia Postigo Kamimura²
José Luis Gomes da Silva³**

Resumo

Tem-se como objetivo analisar a regionalização das ações e serviços a partir da construção de redes de saúde interfederativas da mesorregião do Bico do Papagaio, Rede TOPAMA, e da região do Vale do médio do São Francisco, Rede PEBA, fundamentadas no pacto pela saúde. Tendo a temática investigativa ancorada em uma nova estratégia de organização dos serviços de saúde, foi realizada uma pesquisa documental, com análise de conteúdo, tendo os documentos do Subprojeto QualiSUS-Rede da Rede TOPAMA e da Rede PEBA como foco de análise. Os resultados revelaram que a Região TOPAMA ainda não está dotada de elementos necessários para o pleno funcionamento com integração das ações e serviços para atender às demandas da população. Na região PEBA, a rede demonstra-se articulada e hierarquizada, contudo, com a necessidade de definir novas estratégias a fim de superar os desafios frente às barreiras geográficas para garantia da assistência e acesso às ações e serviços de saúde. Conclui-se que, para garantir assistência à saúde integralizada e

Recebimento: 10/11/2017 • Aceite: 10/12/2017

¹Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional - Universidade de Taubaté – UNITAU. E-mail: iza_doria@hotmail.com

² Doutorado e Pós-doutorado FSP-USP. Professora-pesquisadora no Programa de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional da Universidade de Taubaté – UNITAU. E-mail: qkamimura@gmail.com

³ Mestre e Doutor em Ciência pelo Instituto Tecnológico de Aeronáutica – ITA. Coordenador Adjunto do Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional da Universidade de Taubaté – UNITAU. E-mail: gomesdasilvater@gmail.com

equânime com gestão compartilhada, as federações para além dos interesses próprios e limitações burocráticas, devem caminhar estrategicamente articuladas e em sintonia para garantir o desenvolvimento regional, a cidadania ativa e o bem-estar da população.

Palavras-chave: Políticas de Saúde; Regionalização; Gestão em Serviços de Saúde; Desenvolvimento Regional.

BIOTECHNOLOGY AND REGIONAL REGIONALIZATION OF HEALTH: IMPLICATIONS FOR THE CONSTRUCTION OF INTERFEDERATIVE HEALTH NETWORKS

Abstract

The objective of this study is to analyze the regionalization of actions and services through the construction of interfederative health networks of the mesoregion of Bico do Papagaio, TOPAMA Network, and the region of the São Francisco Valley, PEBA Network, based on the health pact . Having the research theme anchored in a new strategy of organization of the health services, a documentary research was carried out, with content analysis, having the documents of the QualiSUS-Rede Subproject of the TOPAMA Network and the PEBA Network as the focus of analysis. The results revealed that the TOPAMA Region is not yet equipped with the necessary elements for the full operation with integration of actions and services to meet the demands of the population. In the PEBA region, the network is articulated and hierarchical, however, with the need to define new strategies to overcome the challenges of geographical barriers to guarantee assistance and access to health services and actions. It is concluded that, in order to guarantee integrated and equitable health care with shared management, federations, beyond their own interests and bureaucratic limitations, must move strategically and in tune to ensure regional development, active citizenship and the well-being of the population.

Keywords: Health Policies; Regionalization; Management in Health Services; Regional development.

Introdução

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

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

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

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

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

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

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

Partindo desses preceitos, a regionalização de ações e serviços de saúde no SUS está essencialmente atrelada à organização federativa

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

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

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

Dourado e Elias (2011, p. 7) aludem que a regionalização é “uma diretriz do SUS que procede da necessidade basilar de integrar seus componentes para garantir a efetivação do direito a saúde no País”. Os autores acrescentam, ainda, que, no Brasil, para que se consolide a regionalização de ações e serviços de saúde, devem ser considerados os condicionantes derivados do modelo de federalismo e do desenvolvimento das relações intergovernamentais (DOURADO; ELIAS, 2011).

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde 8080 de 1990 estabelecem a descentralização e regionalização como princípios norteadores dos processos de organização político-territorial do SUS, sendo, desse modo, uma diretriz organizativa importante para a construção de novas práticas de saúde. Nesses processos, atribuem-se os princípios norteadores para firmação de um único sistema de saúde, visando à adequada distribuição dos serviços de saúde para promoção da equidade de acesso, otimização dos recursos e racionalidade de gastos.

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

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

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

A regionalização das ações e serviços de saúde é um processo político vinculado à organização federativa brasileira e as suas expressões no âmbito sanitário. Incluem o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços em determinado território (LIMA et al, 2012; DOURADO; ELIAS, 2011; KAMIMURA, OLIVEIRA, 2013).

Para Kamimura e Oliveira (2013), a regionalização – no contexto do sistema de saúde – visa a propiciar vínculos participativos e construtivos efetivos e duradouros entre determinada população e determinada rede de serviços, garantindo atendimento integral, específico, segundo critérios determinados, confiáveis e acessíveis a cada cidadão.

Como estratégia constitucional para a saúde, a regionalização possui um caráter estruturante e operativo para o SUS no que concerne à tentativa de concretizar acordo entre as diferentes esferas gestoras do sistema na proposição de políticas, participação no co-financiamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além de mediação de conflito, a qual permitirá a consolidação das bases da descentralização. Constitui-se na Comissão Intergestora Tripartite (CIT)³ e a Comissão Intergestora Bipartite (CIB)⁴ como ambiente autêntico para pactuação e deliberação dos pactos (BELTRAMMI, 2008; LIMA; VIANA, 2011).

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

³CIT – é a instância que reúne gestores das três esferas de governo, formada por representantes do MS, do CONASS e do CONASEMS.

⁴ CIB – é a instância que reúne o gestor estadual e os gestores municipais com representação paritária constituída por representantes da SES e do CONASEMS.

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

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

Nesse viés, a oferta de todos os serviços de saúde e tecnologias exige uma escala de produção incompatível com a demanda da população local, tornando-se inviável a oferta em cada bairro e/ou município pelo alto custo, ociosidade, desperdício e prejuízo (KAMIMURA; OLIVEIRA, 2013).

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

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

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

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

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

Vale ressaltar que a gestão descentralizada para estados e municípios foi um dos grandes avanços do SUS. Todavia, ainda apresenta lacunas que impedem uma atenção oportuna e integral às pessoas, lacunas que podem ser consideradas inaceitáveis, pois os serviços do SUS ainda não funcionam como uma rede integrada com porta de entrada única, jogando ao usuário a responsabilidade de buscar, por conta própria, os serviços de que necessita.

Diante de todo este panorama, o trabalho ora apresentado trata-se de uma pesquisa científica que tem como temática investigativa a regionalização⁵ das ações e serviços de saúde da mesorregião do Bico do Papagaio e da região do Vale do Médio São Francisco frente ao federalismo, visando a compreender o processo de regionalização pós-pacto pela saúde. Tendo por objetivo analisar a regionalização das ações e serviços de saúde a partir da construção de redes de saúde interfederativas da Mesorregião do Bico do Papagaio Rede – TOPAMA e a Região do Vale do Médio São Francisco Rede – PEBA, fundamentadas no Pacto pela Saúde.

A Mesorregião do Bico do Papagaio está localizada na área de domínio da Amazônia Legal, composta por 110 municípios – 65 municípios do norte do estado do Tocantins, 22 municípios do sudeste do Pará e 23 municípios do sudoeste do Maranhão, A população deste perímetro é de aproximadamente 2.394.901 habitantes (IBGE, 2010), distribuída de forma bastante desigual, sendo que apenas doze municípios concentram metade (55%) da população da Mesorregião: Imperatriz - MA (247.505 hab.); Marabá - PA (233.669 hab.); Parauapebas - PA (153.908 hab.); Araguaína -TO (150.484 hab.); Açailândia - MA (104.047 hab.); Tucuruí - PA (97.128 hab.); Buriticupu - MA (65.237 hab.); Novo Repartimento - PA (62.050 hab.); Breu Branco - PA (52.493 hab.); Jacundá - PA (51.360 hab.); Dom

⁵Elencada na hierarquização das redes regionais de saúde.

Eliseu – PA (51.319 hab.); e Itupiranga – PA (51.220 hab.) (TOPAMA, 2012).

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

As cidades mais populosas apresentam alto grau de urbanização (acima de 80%) e possui maior concentração de estabelecimentos de saúde, tornando-as centros de referências de ações e serviços de saúde para os demais municípios do entorno. Dentre os estados que compõem a região, o estado do Maranhão se destaca com maior densidade populacional entre os demais estados, correspondendo a 21,57 hab./km² (TOPAMA, 2012).

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

Está situado no semiárido nordestino, no submédio do Rio São Francisco. Constitui a região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Polo Petrolina e Juazeiro como o maior exportador de frutas e segundo maior polo vinicultor do Brasil. Conhecida como polo dinâmico da irrigação e fruticultura decorrente de suas grandes áreas de irrigação ao longo do São Francisco, destaca-se também a exploração turística às margens do rio São Francisco com suas ilhas e hidrelétricas. Possui uma população estimada de 1.918.507 habitantes (estimativa IBGE, 2011), estando apenas nove municípios com população acima de 50.000 habitantes: Petrolina – PE (299,751 hab.), Juazeiro – BA (199.761 hab.), Paulo Afonso - BA (109.309 hab.), Araripina (77.794hab.), Senhor do Bonfim (74.936 hab.), Campo Formoso (66.966 hab.), Casa Nova (65.647hab.), Oricuri (64.943 hab.), Salgueiro (56,992 hab.) (PEBA, 2012).

Procedimentos metodológicos

Trata-se de pesquisa documental com abordagem qualitativa. Entende-se que este tipo de pesquisa tende a selecionar, tratar e interpretar a informação bruta, buscando extrair dela algum sentido, agregando-lhe algum valor, realizada a partir de documentos contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos, constituindo-se de uma técnica que permite passar os dados

de um documento primário (bruto – que não sofreu nenhum tipo de análise) para uma representação condensada por intermédio de procedimentos de transformações, representando o conteúdo sob uma forma diferente da original. (MARCONI, LAKATOS 2010; BARDIN 2011).

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

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

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

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

A organização da pesquisa foi realizada por meio de leitura prévia sobre conceito, características, e os demais conteúdos referentes à regionalização das ações e serviços de saúde, em seguida, realizado um levantamento de documentos que orientam o processo de regionalização da saúde na região TOPAMA e PEBA.

Utilizou-se como critério de seleção para os documentos utilizados na pesquisa a disponibilidade e a facilidade de acesso.

Após leitura flutuante do corpus, identificaram-se elementos comuns, que permitiu o seu agrupamento, classificando-os em categorias (BARDIN, 1977). “A categorização tem como primeiro

objetivo (da mesma maneira da análise documental) fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos” (BARDIN, 2011, p. 148). A autora acrescenta ainda que a categorização “é uma operação de classificação de elementos construtivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos” (BARDIN, 2011 p.145).

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

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

Resultados e discussão

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

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

Os resultados da pesquisa atrelados à regionalização das ações e serviços de saúde como diretriz organizativa no processo de reordenamento das ações e serviços de saúde e os processos necessários para implantação de Rede de Saúde regionalizada e hierarquizada foram organizados em categorias temáticas, que

emergiram do universo de análise, de acordo com os temas investigados nessa pesquisa.

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

Entretanto, neste estudo, por se tratar de duas regiões distintas, as dificuldades expressas também foram distintas, haja vista que as regiões se encontram em momentos diferentes de implementação da rede.

Planejamento e Organização da Rede Regional

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

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

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

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

Na Região TOPAMA e Região PEBA, a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Plano Municipal de Saúde (PMS), como

instrumentos de planejamento local, é fundamental, uma vez que estes contribuem para uma maior clareza nas linhas de ação a serem trabalhadas no processo de tomada de decisão.

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

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

Fonte: TOPAMA (2012)

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

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

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

FONTE: PEBA (2012)

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

Considerando a regionalização como um caminho para fortalecer o processo de descentralização das ações e serviços de saúde disponíveis para os usuários do SUS, estedeve ser conduzido de modo a estimular a identificação e discussão em torno dos problemas e “gargalos” existentes, estimulando a criatividade dos gestores e demais envolvidos neste processo a buscarem juntos as soluções e os

meios mais adequados para o avanço do Sistema Único de Saúde. Para isso, a elaboração do Relatório Anual de Gestão e o Plano Municipal de Saúde são fundamentais, haja vista serem instrumentos basilares no processo de construção do SUS local como ferramenta de acompanhamento da gestão.

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

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

No que tange ao planejamento das regiões TOPAMA e PEBA, observa-se disparidade nas formas de planejamento, pois cada estado que compõe as redes de saúde utilizam diferentes instrumentos de gestão e planejamento preconizados no Pacto pela Saúde, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1: Estados das redes TOPAMA e PEBA X Instrumentos de gestão e planejamento regional

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

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

Considerando o Plano Regional de Saúde (PRS) como um dos instrumentos de planejamento que visa a identificar as principais necessidades em saúde de determinada região e define o conjunto de

estratégias e ações para cada uma das prioridades identificadas, na região TOPAMA observa-se um desalinhamento na organização e estruturação de planejamento entre os estados que compõem a rede, haja vista que o documento em análise (Subprojeto QualiSUS-Rede TOPAMA) menciona que os estados do Tocantins e Pará trabalham com o PRS e que o Maranhão ainda não elaborou. Desse modo, nota-se que a organização e o planejamento regional no estado do Maranhão estão aquém quando comparado aos outros dois estados.

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

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

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

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

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

A Tabela 2 ilustra o histórico da instituição de regiões informadas à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos estados que compõem a Rede TOPAMA e a Rede PEBA a partir de 2007.

Tabela 2: Histórico da instituição das Regiões de Saúde informada à CIT no período de 2007 a 2012.

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

Fonte: Ministério da Saúde (2013)

Tendo em vista que as regiões de saúde têm por finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde, a Tabela 2 evidencia distanciamentos no processo de organização das regiões de saúde dos estados que compõem a rede TOPAMA, fato este que contribui para as fragilidades e fragmentação na articulação interfederativa, conseqüentemente, o planejamento e assistência à saúde.

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

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

O desenvolvimento histórico da região TOPAMA configurou-se em um desenho completamente heterogêneo. A região apresenta profundas desigualdades nas possibilidades de entradas da população nos serviços de saúde entre as várias regiões, desde a oferta dos serviços de saúde às barreiras geográficas. A rede assistencial na região mostra-se, em geral, fragmentada e desarticulada, pois a própria população busca a solução para seus problemas de saúde, deslocando-se para os municípios polos (Araguaína – TO, Marabá – PA e Imperatriz – MA) das regiões (TOPAMA, 2012, p.90).

Partindo desse pressuposto e considerando a elaboração de instrumentos de planejamento das ações e serviços de saúde como fortalecedor do processo de descentralização, hierarquização e organização das ações e serviços de saúde, é possível afirmar que a

organização da rede de serviços de saúde e o planejamento das ações ocorrem de forma fragmentada, dificultando, assim, o estabelecimento de referências pactuadas e refletindo em nítidas barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população às ações e serviços.

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

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

A análise situacional dos projetos evidenciaram inúmeras carências das regiões em estudo, entretanto, foram elencadas no subprojeto QualiSUS redes temáticas como prioritárias para as regiões TOPAMA e PEBA. (Quadro 2).

Quadro 2: Redes Temáticas prioritárias para Regiões TOPAMA e PEBA

TOPAMA	Rede de atenção às Urgências e Emergências Rede Cegonha Controle do Câncer Rede de Atenção Psicossocial.
PEBA	Rede de atenção às Urgências e Emergências Rede de Atenção Psicossocial Tecnologia e Informação

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

Sistema de Gestão Regional

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

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

estruturas e recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições locais.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Equidade e Acessibilidade

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

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

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

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

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

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

No contexto dos objetivos das RAS são estabelecidas Redes Temáticas prioritárias “como estratégia nuclear para o alcance desses objetivos” (BRASIL, 2013, p. 8). As redes temáticas de serviços em comum que as regiões TOPAMA e PEBA elencaram como prioritárias, o **Fortalecimento da Atenção Básica, Rede de Atenção Psicossocial e a**

Rede de Atenção às Urgências, sendo analisadas segundo a capacidade instalada, objetivos e metas comparando-os com as diretrizes organizativas do SUS.

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

Em relação à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as regiões estudadas apresentam significativa discrepância na implementação e estruturação, considerando que os estados que compõem as regiões encontram-se em momentos diferentes de implantação da rede.

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

Os principais problemas da região TOPAMA, elencados no subprojeto QualiSUS-Rede, foram o aumento de atendimentos de urgência e emergência por causas externas; déficit na estrutura física e de equipamentos das instituições de saúde; regulação deficitária dos atendimentos de saúde; estrangulamento das portas de entrada das urgências e emergência, devido à ausência das consultas especializadas da média complexidade; ausência de salas de estabilização⁶ na região TOPAMA; insuficiência de leitos de retaguarda e longa permanência; infraestruturas inadequadas dos hospitais de referência; vazios assistenciais de urgência e emergência na macrorregião Norte; necessidade de profissionais qualificados; falta

⁶Equipamento de saúde que deverá atender às necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave/crítico em municípios de grandes distâncias e/ou isolamento geográfico, bem como lugares de difícil acesso considerados como vazios assistenciais para a urgência e emergência e que deverá se organizar de forma articulada, regionalizada e em rede.

do equipamento arco cirúrgico necessário para as cirurgias trauma ortopédicas; deficiente estruturação das portas de entrada de Urgência e Emergência; dificuldade na regionalização do SAMU.

A Região PEBA dispõe de RAU regional e traz nas suas proposições: apoiar o processo de trabalho da RAU; identificar e apoiar os pontos críticos no processo de construção da RAU; elaborar o Plano de Ação da RAU interestadual fundamentado no arcabouço normativo do SUS.

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

Diante do exposto, mesmo com a instauração de mudanças no setor saúde, a equidade e acessibilidade à assistência integral à saúde permanecem como desafios para os gestores.

Considerações finais

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

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

Apesar das dificuldades em acessar os documentos que orientam a regionalização da Região TOPAMA, percebeu-se que a rede ainda não está dotada dos elementos necessários para o seu pleno funcionamento com interligação dos serviços, fazendo-se necessário

um suporte tecnológico de informação, a assunção por todas as esferas de gestão, serviços e profissionais, todos com corresponsabilidade de organização do sistema.

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

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

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

Foi possível perceber os avanços na regionalização no estado do Tocantins, que vêm se articulando e se adequando às determinações do SUS em busca de uma gestão organizada que garanta a integralidade da assistência à saúde. Em contrapartida, o estado do Maranhão foi o que menos apresentou articulações para instituição de redes de saúde regionalizadas.

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

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

Para garantir uma assistência à saúde integralizada e equânime não pode haver apenas relações entre os governos, é essencial uma gestão compartilhada com planejamento integrado e financiamento

tripartite. Partindo desse princípio, é imperioso que as relações de gestão na rede de saúde sejam centralizadas na partilha do poder decisório, e que os entes corresponsáveis tenham em razão da interdependência existente, inerente ao SUS, garantias de segurança aos laços criados.

Contudo, para garantir assistência à saúde integralizada e equânime com gestão compartilhada, as federações para além dos interesses próprios e limitações burocráticas, devem caminhar estrategicamente articuladas e em sintonia para garantir o desenvolvimento regional, a cidadania ativa e o bem-estar da população.

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

Referências

ARRETCHE, Marta. **Relações Federativas nas Políticas Sociais**. Educ. Soc., Campinas, v.23, n.80, setembro. 2002, p. 25-48. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br> acesso em Novembro 2012.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS: informações de saúde**. Disponível em: <www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>.

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

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3213 de 10 de Julho de 1998**.

_____. Ministério da Saúde. **Portariano 396, de 4 de Março de 2011**.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto 7508 de 28 de junho de 2011**.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1459 de 24 de Junho de 2011**.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1375 de 3 de Julho de 2012.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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