



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Coutinho da Silva, Edson; de Andrea Gomes, Mara Helena  
Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa  
Saúde e Sociedade, vol. 23, núm. 4, outubro-diciembre, 2014, pp. 1383-1396  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263656023>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa

Health regionalization in the ABC Region: the interests at stake

## Edson Coutinho da Silva

Doutor em Saúde Coletiva. Professor do Centro Universitário da Fundação Educacional Inaciana.

E-mail: dr.edson.coutinho@gmail.com

## Mara Helena de Andrea Gomes

Doutora em Ciências Sociais. Professora da Universidade Federal de São Paulo.

E-mail: maraandrea@unifesp.br

## Correspondência

Edson Coutinho da Silva

Centro Universitário da FEI: Rua Humberto de Alencar Castelo Branco, 3972, Bairro Assunção, CEP 09850-901, São Bernardo do Campo, SP, Brasil.

## Resumo

Regionalizar o Sistema Único de Saúde (SUS) implica a construção conjunta de um planejamento que dê conta da integração, coordenação, regulação e financiamento da rede de serviços dentro de um território, em um processo contínuo de negociações de toda natureza. O Pacto pela Saúde de 2006 apresenta três instrumentos para a gestão de um sistema regional de saúde: o Plano Diretor Regional (PDR); a Programação Pactuada Integrada (PPI); e o Plano Diretor de Investimentos (PDI). Este artigo se propõe debater, discutir e explicar a operação desses instrumentos no sistema regional de saúde do Grande ABC Paulista, que está hoje sob a coordenação do Departamento Regional de Saúde I (DRS I). Tendo esse objetivo norteador, este estudo descritivo da região do Grande ABC baseia-se em dez entrevistas com secretários e diretores municipais; gestores de hospitais; um gestor da Fundação do ABC; e um gestor do DRS I. Concluiu-se que o PDR necessitaria ser atualizado para equilibrar a relação entre oferta e demanda; o PPI é uma arena de competição, em vez de um espaço de articulação, negociação e pactuação; e o PDI é pouco significativo, uma vez que os recursos do Ministério da Saúde não são suficientes para as ações de saúde nessa região.

**Palavras-chave:** Regionalização da Saúde; Regiões de Saúde; Pactos de Saúde; Saúde Pública.

## Abstract

Regionalizing the Brazilian National Health System implies the joint construction of a planning that comprises the interconnection, coordination, regulation, and funding of the network of services within a territory, in a continued process of all kinds of negotiation. The 2006 Pact for Health has three instruments for managing a regional health system: the Regional Executive Land-Use Planning (RDP); the Interconnected Agreed Scheduling (AIS); and the Executive Investment Planning (IDP). This article aims at debating, discussing, and explaining the operation of these instruments in the regional health system of the ABC Region, which is currently coordinated by the Regional Health Department I (DRS I). With this guiding objective, this descriptive study of the ABC Region is based on ten interviews with municipal secretaries and directors; hospital managers; a manager of the ABC Foundation; and a manager of DRS I. It was concluded that PDR might need to be updated in order to balance the relation between supply and demand; PPI is a competition arena, rather than a space for interconnection, negotiation, and agreement; and PDI is not that significant, since the resources from the Ministry of Health are not enough for the health actions in this region.

**Keywords:** Health Regionalization; Health Regions; Health Pacts; Public Health.

## Introdução

Se considerado o período a partir da década de 1980, o Grande ABC consolidou o processo de regionalização com os Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs), sendo representados pelos ERSAs 9 - os municípios de Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Diadema (o ABCD) - e 10 - os municípios de Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Entretanto, em 1995 os ERSAs foram extintos e, em seguida, foram criadas as Diretorias Regionais de Saúde (DIRs), sendo que a DIR II tratava das questões do Grande ABC, cobrindo todos os sete municípios acima citados. Portanto, a regionalização do sistema de saúde não é uma “novidade” na região. As DIRs foram criadas no Governo Mário Covas e extintas em 2006, com o Governador Cláudio Lembo, quando deram lugar aos Departamentos Regionais de Saúde (DRSs), outro modelo de reorganização dos sistemas regionais, onde o DRS I é responsável pelo Grande ABC.

Cabe destacar que o Grande ABC é uma região com aproximadamente 2,6 milhões de habitantes reunidos em torno de um modelo de desenvolvimento socioeconômico que conformou uma região com “identidade própria” ligada, de certo modo, ao processo histórico de conformação socioespacial da capital. Esse novo modelo de regionalização de atenção à saúde coincide com a mudança de perfil econômico da região, em consonância com o que aconteceu no conjunto da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP). Nessas regiões, a ampliação do setor de serviços de saúde está relacionada à escassez de emprego, em um processo que causou impacto no setor de saúde. Consequentemente, a demanda ao setor foi ampliada por um contingente populacional que perdeu direito aos convênios médicos privados.

Por serem municípios heterogêneos nas questões culturais, econômicas, políticas e sociais; e próximos entre si, cidadãos e governantes desconhecem os espaços limítrofes entre os municípios, fazendo com que os munícipes de um dado município consumam os serviços - e recursos - do município “vizinho”. Esta questão - para não citar outras de origem político-partidária - vem acentuando as “rixas” municipais, o que tem dificultado o equilíbrio entre oferta e demanda de serviços de saúde, devido

aos conflitos no interior dos municípios da região e entre estes e a esfera estadual. Bousquat e Nascimento (2001) já haviam destacado esta questão em seus estudos. Ou seja, os municípios não querem compartilhar seus recursos de saúde com cidadãos que não residem em seus municípios.

O desdobramento desse deslocamento dos cidadãos entre os municípios é um direito de cidadania, no entanto, traz transtornos aos gestores de saúde, em virtude dos critérios técnicos e administrativos. O cidadão de outro município é considerado um invasor em busca de serviços – principalmente os de atenção básica –, um *alien* ou estrangeiro; é aquele que, para os gestores, modifica os indicadores de saúde ao final do mês e ano. É possível adiantar que estes conflitos ocorrem por três razões: uma é pelo fato de os gestores concentrarem-se mais nas ofertas do que nas demandas; outra, porque os gestores consideram apenas a demanda de seu município; e por fim, devido ao fato de os gestores considerarem como demanda apenas os dependentes do SUS.

Este cenário faz surgir as seguintes questões: onde ficam as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1993 e 1996, que indicaram o instrumento da regionalização a partir da Programação Pactuada Integrada (PPI), que é a pactuação para ações e serviços de saúde de lógica ascendente, a partir das bases municipais? Como estão situadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) que propuseram os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimentos (PDI)? Como se enquadram o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto pela Defesa do SUS? E os Colegiados de Gestão Regional (CGRs), que estruturam as regiões a partir da negociação da PPI, de que maneira vem sendo gerido? Neste estudo, os autores se propõem a discutir, debater e explicar de que maneira a regionalização do SUS vem sendo organizada na região do Grande ABC Paulista, à luz de seus instrumentos de gestão propostos pelo Ministério da Saúde.

No que diz respeito aos critérios metodológicos, esta pesquisa foi definida como sendo um estudo de caso instrumental (Stake, 2000). Este será um estudo de caso único, uma vez que o interesse dos pesquisadores está na região e não em cada um dos sete municípios isoladamente. No que se refere ao campo de estudo, os autores concentraram-se em acessar

profissionais de saúde inseridos nas seguintes instituições: Secretarias de Saúde de Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema e Ribeirão Pires – Mauá não se prontificou a contribuir com o estudo; Diretorias de Saúde de São Caetano do Sul e Rio Grande da Serra; Hospitais Mário Covas e Nardini, Fundação do ABC; e DRS I. Para a compreensão deste processo na região, foram conduzidas 10 (dez) entrevistas semiestruturadas, entre 2010 e 2011, com sujeitos que desenvolveram – e/ou ainda desenvolvem – atividades nas instituições acima. Em virtude do compromisso com os entrevistados, mediante Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), não serão informados o nome e a função que ocuparam – e/ou ocupam atualmente.

## Regionalização do SUS: a lógica do planejamento integrado

Regionalizar o SUS é garantir aos seus usuários o acesso a serviços de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível. Esta lógica de sistema recompõe uma escala adequada à organização dos serviços de saúde ao contemplar e, principalmente, agregar, em um sistema cooperativo, um conjunto de municípios (Oliveira, 2003). Mas, não é suficiente apenas garantir uma melhoria na eficiência e na qualidade, a regionalização deve impactar positivamente a equidade ao desconsiderar recursos exclusivamente articulados em poucos polos estaduais e determinar um aumento na satisfação dos usuários. Reduzem, ainda, os custos sociais altíssimos, impostos pelos deslocamentos dos usuários do SUS para fora de suas regiões (Pestana e Mendes, 2004).

Há outras razões pelas quais o objetivo da regionalização do SUS deve ser alcançado, tais como: (a) definir uma base regional permanente para as negociações entre CGR e PPI; (b) ajustar, mediante ação cooperativa, a oferta de serviços à demanda; (c) superar a fragmentação dos serviços; (d) despertar a consciência de pertencimento regional e endogenia; (e) substituir a atitude de competição intermunicipal pela cooperação intermunicipal, alterando a atitude de “cada um por si” por “de todos por todos”; (f) e, por fim, melhorar a qualidade do controle público sobre o sistema de serviços de saúde (Mendes e Almeida, 2005; Stephan-Souza e col., 2007; Teixeira, 2002).

O processo de regionalização do SUS também envolve estabelecimento de critérios: (a) os municípios que compõem a região devem ser contíguos; (b) deve-se levar em consideração a escala adequada para a rede de serviços – na experiência internacional, essa escala é de 100 – 500 mil habitantes; (c) a herança e a identidade cultural da região não podem ser ignoradas; (d) a endogenia, deve surgir de dentro para fora e de baixo para cima; (e) a existência de recursos para organizar a rede; (f) a política de cooperação; (g) os estudos dos fluxos assistenciais; (h) os fluxos viários; (i) e por fim, as redes, nós e fluxos dominantes na hierarquia da rede<sup>1</sup> (Brasil, 2006; Pestana e Mendes, 2004).

Não há dúvidas, segundo Elias (2004), de que a regionalização do sistema de saúde pública é recomendada como uma alternativa para melhorar a eficiência administrativa e a prestação de serviços, por dois pontos de vista: político, devido ao aumento da participação e à autonomia local, e ao mesmo tempo, a redistribuição do poder e a redução das tensões locais em uma dada região; e financeira, por ser possível aumentar a eficiência em função dos custos. Tudo isto pode ser utilizado de forma aberta ou encoberta para descarregar a responsabilidade financeira dos governos centrais com carência de recursos para as esferas regionais ou locais.

Isso em virtude do padrão de descentralização adotado no País, a municipalização autárquica, no qual o município é o responsável maior pela gestão do sistema de saúde no âmbito local. Constata-se que esta organização do sistema de saúde conduziu à fragmentação dos serviços, à perda de qualidade e à ineficiência na utilização dos recursos, na medida em que cada município tende a construir sistemas de saúde fechados (Arretche e Marques, 2003). Observa-se que as características da municipalização das políticas de saúde estão associadas à história federativa do País. Abrucio e Soares (2001) são de opinião que o federalismo brasileiro, que nasceu durante o processo de redemocratização, tinha como projeto central o fortalecimento dos governos subnacionais e, por parte dos atores envolvidos, a democratização do plano local, em vez do regional. Por esta razão,

acredita-se que o discurso do municipalismo autárquico que acompanhou esse processo é considerado como um dos obstáculos ao bom desempenho dos resultados em saúde dos municípios.

Na região do Grande ABC Paulista, há um incentivo às políticas de saúde locais, gerando concorrência entre os municípios, como um reforço do modelo predatório e não cooperativo de relações intergovernamentais. Assim sendo, a regionalização dos sistemas de saúde se impõe como uma estratégia e uma alternativa referenciada pelo princípio da igualdade, para superar os entraves advindos desse processo de municipalização. A constituição de sistemas regionais de saúde deve contar com a participação solidária dos três entes federados: União, Estados e Municípios; buscando assim, garantir a integralidade da atenção ao cidadão.

Regionalizar o sistema de saúde é constituir regiões de saúde como recortes territoriais em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantindo o desenvolvimento da atenção básica na assistência e parte da média complexidade, do mesmo modo com as ações de vigilância em saúde (Brasil, 2011).

Viana e Machado (2009) acrescentam que, na dinâmica de um sistema público de serviços de saúde, as regiões são espaços de responsabilização sanitária. Dado o princípio da cooperação gerenciada, é necessário que haja uma definição clara das ações e dos serviços de saúde que cada região ofertará a grupos populacionais adscritos. Isto é que marca, na experiência internacional, os sistemas de serviços de saúde de base populacional ou *dawsonianos*.

Assim, diante da necessidade de reforçar e potencializar esforços e medidas envolvendo a or-

1 SANTOS, N. R. *Territorialização e Regionalização*. Texto para discussão interna do Grupo de Discussão sobre a regionalização. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva/ Ministério da Saúde. Mimeo. Brasília, DF, 2004.

ganização dos sistemas local e regional de saúde, há que se promover a articulação entre todos os envolvidos. Primeiramente, a organização hierárquica da rede de serviços de saúde, com maior autonomia e responsabilidade sanitária dos municípios; na sequência, o efetivo exercício de uma atenção básica e o fortalecimento dos vínculos entre usuários e Unidades Básicas de Saúde (UBSs), procurando assegurar a ampliação da cobertura e melhoria do acesso funcional e resolutivo da assistência; e, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de um sistema integrado que objetive a produção social de saúde.

Portanto, a regionalização da saúde se apresenta como um processo de mudança das práticas sanitárias no âmbito do SUS, o que implica considerar suas dimensões política, econômica, ideológica e técnica. Na política, busca a transformação do SUS atuando em um espaço regional, numa situação de poder compartilhado na qual se manifestarão diversos interesses de distintos atores sociais. Na econômica, procura na eficiência a racionalização dos recursos para se alcançar os resultados. Na ideológica, ao se estruturar na lógica das necessidades e demandas da população, implicitamente opta por um modelo de atenção à saúde cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. E na técnica, exige a utilização e a produção de conhecimentos e tecnologias coerentes com o projeto político e ideológico que a referencia.

## Planejamento regional de saúde: instrumentos de pactuação

O planejamento regional de saúde exige revisão periódica de todos os seus objetivos, seja em decorrência de mudanças de cenários, seja de obstáculos que possam surgir. O planejamento deve atender às decisões dos gestores, por serem frutos de suas percepções sobre as necessidades sociais, na busca de soluções para os problemas de saúde da população. Este planejamento regional de saúde deve expressar as responsabilidades dos gestores na garantia do acesso e da integralidade da atenção à saúde, deixando patente a necessidade de articulação entre os processos de regulação e de PPI em conformidade com o PDR e PDI (Campos e Mishima, 2005).

Nota-se que o compartilhamento de metodo-

logias e tecnologias, aliado a um ciclo integrado de planejamento, de monitoramento e avaliação de resultados possibilita aos quadros técnicos, aos gestores e aos usuários um acompanhamento qualificado da execução das ações e dos serviços de saúde na região. É também fundamental ao desenvolvimento dos trabalhos que práticas novas no campo da saúde sejam sempre discutidas e consideradas, como também a integração de ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação (Gil e col., 2007). Para tanto, o diálogo, a parceria, a cooperação e a solidariedade compõem a base que permitirá ao SUS enfrentar os inúmeros desafios inerentes aos processos de gestão *loco*-regionais (região específica, vem de local/regional), fomentando a cogestão. No entanto, mais importante que resultados isolados, é o fortalecimento da prática coletiva, do planejamento e da gestão capaz de integrar necessidades e soluções mais convenientes às regiões de saúde (Pessoto, 2010).

Para que ocorram mudanças efetivas no modelo de atenção à saúde, o planejamento deve se fundamentar tanto em indicadores sociais quanto nos epidemiológicos, fomentando ações embasadas nas concepções de território, risco e situação de saúde. Portanto, a implementação da regionalização do SUS em um determinado território passa pela compreensão de três instrumentos (Guerreiro e Branco 2011; Machado, 2009; Brasil, 2005, 2006):

- **PDR:** é um dos principais instrumentos de planejamento em saúde, pois ele deve traçar o desenho final do processo de pactuação dos gestores, podendo conter a caracterização do Estado. Esta pactuação é feita pelos gestores no momento da identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas. A partir dos mapas dos arranjos regionais que formam as regiões de saúde, são definidas as ações e serviços a serem oferecidos por cada uma delas. Mediante instrumento são identificados os CGRs a serem estruturados. Por meio da articulação das PPIs são estruturadas as redes de atenção das regiões de saúde, implementam-se os complexos regulatórios do sistema e outros arranjos e/ou processos pactuados entre os gestores, com o objetivo de potencializar as ações de saúde em âmbitos regionais.



- **PDI:** este instrumento representa os recursos de investimentos tripartite que visam superar as desigualdades de acesso e a garantia da integridade da atenção à saúde, em consonância com o planejamento estadual e regional. No âmbito regional, deve refletir as necessidades para o alcance de suficiência na atenção à saúde, incluindo as ações de vigilância e promoção em saúde, segundo as características peculiares a cada região de saúde. Estes planos de investimentos serão discutidos e aprovados na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), sendo que seu desenho final poderá conter os recursos financeiros de investimentos destinados ao processo de regionalização, ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde, à aquisição de equipamentos, à construção dos espaços de regulação, à promoção de equidade inter-regional e as outras necessidades pactuadas regionalmente.
- **PPI:** é um processo instituído no âmbito do SUS que, em consonância com o planejamento, determina e quantifica as ações de saúde para o atendimento das populações residentes nos territórios. É por meio deste documento que se efetivam os pactos intergestores que buscam garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Portanto, é por meio da PPI que as ações de saúde são previstas. Esta pactuação tem por finalidade a alocação de recursos financeiros a partir dos critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Nela, os gestores explicitam os “pactos de referência” pelos quais um município passa a atender a população de outro município, ambos integrados à mesma região de saúde, detalhando os recursos destinados ao atendimento da própria população a ele relacionada.

Para Lima e colaboradores (2012), estes três instrumentos não são suficientes se a região de saúde não constituir um CGR. Previsto a partir da portaria GM nº 3.999, de 22 de fevereiro de 2006, o CGR deve ser um espaço de articulação, definição de prioridades e pactuação de soluções na organização de uma rede de ações e serviços de atenção à saúde integral e resolutive. Suas decisões devem ocorrer sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento de todos com os compromissos pactuados. Diante disso, de acordo com Viana e

Machado (2009), o colegiado é imprescindível para a qualificação do processo de regionalização, sendo composto por todos os gestores municipais de saúde do conjunto de municípios que integram uma região de saúde e por representante(s) do(s) gestor(es) estadual(ais) envolvido(s).

Estes gestores devem se reunir para elaborar ações relevantes que têm de compor as agendas do CGR, tais como: identificação e reconhecimento das regiões; planejamento regional; atualização e acompanhamento da PPI; elaboração de desenhos do processo regulatório; priorização de investimentos; qualificação do controle social, da gestão do trabalho e da educação em saúde; construção de estratégias direcionadas ao Pacto pela Vida do SUS; aprimoramento dos mecanismos de regulação da assistência à saúde; fortalecimento das iniciativas e ações contidas no Pacto em Defesa do SUS; e coordenar a agenda e o trabalho da(s) Câmara(s) Técnica(s) Permanente(s); dentre outras (Viana e col., 2008).

## Pacto de gestão do SUS: mudanças previstas para a região

Juntamente com instituições federativas, a implantação e evolução de novas práticas em resposta às demandas de serviços de saúde no Grande ABC desde o início deste século acarretaram uma série de percalços para a construção do poder municipal integrado a partir do processo de descentralização. Isto pressupõe a coordenação de ações entre diferentes instâncias governamentais, reordenadas de acordo com uma proposta de regionalização que procure a otimização dos recursos disponíveis no local. Tendo em vista a desigualdade da distribuição de serviços no Grande ABC, relações governamentais - que compreendem o financiamento, a administração e a política - devem ser cooperativas e capazes de solucionar conflitos, pois o acesso aos serviços subordina-se a estes acordos formalizados.

É o que aponta o entrevistado da Secretaria de Saúde de Santo André, *quando se pensou a regionalização do SUS, a partir das NOAS SUS 01/02 no Grande ABC, vislumbrou uma nova concepção de organização do território, buscando superar toda a fragmentação dos serviços e a baixa qualidade decorrente da escala inadequada*. O entrevistado

da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo complementa: *um dos pontos falhos do processo de regionalização reside no fato de ainda organizarmos o SUS pela gestão da oferta, o que propicia maior fragmentação ainda dos serviços, resulta na baixa qualidade dos serviços.* O entrevistado do Hospital Estadual Mário Covas, busca explicar esta situação: *a regionalização do SUS no Grande ABC passa por algumas dificuldades, devido ao foco na gestão da oferta, na concepção hierárquica do sistema, na má utilização dos fundamentos da regionalização, na extrema burocratização e na responsabilização, que ainda é difusa.*

O entendimento de que o Grande ABC é uma região de saúde deve ser construído como a menor célula do SUS, pois é onde a atenção integral à saúde de toda a população da região se reproduz em todos os níveis de complexidade e densidade tecnológica, tanto assistencial como de vigilância em saúde. O entrevistado da Secretaria de Saúde de Diadema admite, *enquanto os profissionais de saúde não assumirem que a regionalização é uma diretriz estratégica de “choque de descentralização”, onde há uma interdependência entre municípios de uma região e o estado – por meio do Departamento Regional de Saúde (DRS I) – na sua pactuação, será difícil imaginar um SUS regional funcionando com efetividade na região.*

No que se refere à pactuação, os pontos de discordância entre os representantes do DRS I e os dos municípios residem no reforço técnico e de gestão aos municípios. Segundo o entrevistado do DRS I, os municípios da região precisariam *pactuar melhor os nós da gestão intermunicipal do modelo de atenção à saúde na região em todos os níveis de complexidade e densidade tecnológica.* Na perspectiva do entrevistado do Hospital Estadual Mário Covas, os municípios *devem enfrentar de forma decisiva suas realidades adversas, a fim de conhecer de forma assertiva quais são as suas reais necessidades a serem compartilhadas no âmbito regional.*

O fortalecimento da “célula” municipal – localidade delimitada e conectada aos demais – é o alicerce do pacto federativo. Para o entrevistado da Secretaria de Santo André, *a dificuldade reside quando o processo vem de baixo para cima, pois quando esse encontra as outras esferas, principalmente estadual,*

*dificuldades se apresentam.* Uma delas é a tradição das instâncias técnicas de trabalharem de cima para baixo, pois o processo de negociação sempre favorece mais ao Estado do que aos municípios da região.

O Grande ABC é uma das 64 regiões de saúde do Estado de São Paulo. Ela pode ser classificada, dentre os quatro modelos apresentados pelo Pacto pela Saúde de 2006, como sendo uma região intra-estadual, uma vez que é composta por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um mesmo Estado, no caso, São Paulo. O processo de regionalização fez emergir algumas mudanças importantes no exercício do poder no interior da política de saúde na região:

- Introdução de novos atores, tanto governamentais quanto não governamentais e objetos, regras e processos orientados por diferentes concepções ideológicas;
- A relevância ou fortalecimento do âmbito estadual da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (SES-SP), a partir do DRS I, na condução da regionalização, revalorização e fortalecimento das suas instâncias de representação regional;
- Criação de novas instâncias de pactuação e coordenação federativa no plano regional – CGR – com incorporação de municípios, maior comprometimento dos municípios-polo e dos representantes regionais da SES-SP;
- Revisão das formas de organização e representatividade do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP) e da CIB;
- Revisão dos acordos intergovernamentais estabelecidos a partir do processo de descentralização;
- E configuração de novos desafios, agora relacionados à governança do processo de regionalização.

O Pacto pela Saúde de 2006 reafirmou a regionalização do SUS no Grande ABC como uma condição irrefutável para a melhoria de acesso a serviços de saúde, buscando respeitar os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, com o intuito de desenvolver sistemas eficientes e efetivos regionalmente. Porém, este Pacto não propôs ao Grande ABC nenhum modelo padrão de região de saúde, uma vez que a região emergiu de um processo endógeno,



que a CIB consolidou a partir do estabelecimento do CGR; como também planejar, com a devida limitação, seu PDR e PDI.

No entanto, uma grande inércia foi encontrada em nível municipal. Decorrente da *não costumeira relação de cogestão e inter-relação político-administrativa entre os sete municípios* como afirma o entrevistado da Diretoria de Saúde de Ribeirão Pires, principalmente no desenho regional intraestadual. Segundo o entrevistado da Diretoria de Saúde de Rio Grande da Serra, *tornou-se morosa a efetiva dinâmica de ações articuladas e o equilibrado fluxo de referência e contrarreferência entre as instâncias regionais*. Nós acreditamos que esta “dinâmica morosa” e este “fluxo equilibrado” não residem na idealização técnica e administrativa do processo na região. Pelo contrário, essa racionalidade é que emperra os desdobramentos políticos da regionalização do SUS no Grande ABC.

Equipados com serviços de atenção básica e ações de vigilância em saúde aptas para atender a população residente, além de possuírem condições de ofertar serviços de média e de alta complexidade à população pertencente à região de saúde com a qual interagem, os municípios-polo, identificados pelos entrevistados como sendo Santo André e São Bernardo do Campo constituem um *termômetro* do sistema regional de saúde do Grande ABC.

Diante disso, identificamos dois grandes problemas. Um, relaciona-se à inobservância do preceito de subsidiariedade, fundamental para a saúde das articulações regionais. Os gestores de saúde de municípios inscritos na área regional enviam demandas em saúde, para as quais sua rede de ações e serviços deveria estar apta a acolher e a solucionar. Outro diz respeito ao não refinamento dos pactos regionais que envolvem um esforço tenaz a fim de se realizar um acurado diagnóstico da rede de serviços instalada, conhecendo seu potencial, saturação e ociosidade, além de sua demanda local e regional.

## Dificuldades em compatibilizar os interesses dos federados

Para qualificar o processo de regionalização e garantir o exercício da ação cooperativa entre os gestores, em cada região de saúde é constituído um CGR, com

a participação de todos os municípios da região e da representação do Estado. Portanto, a constituição do CGR é uma etapa da regionalização do SUS que, para o pleno funcionamento, requer que os instrumentos de planejamento, regulação, programação e ação coordenada entre os gestores sejam efetivos e permanentes. Desse modo, o CGR se configura como espaço permanente de pactuação, cogestão e de decisão, mediante os atos de identificar, definir prioridades e pactuar soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva.

Nossos entrevistados reconhecem que o CGR é uma inovação do Pacto pela Saúde, pois efetiva a articulação permanente e contínua entre todos os municípios e o Estado, na região de saúde na qual está inserido. Por exemplo, todos os gestores dos municípios do Grande ABC têm assento e voz no CGR da região e, por meio da pactuação, devem garantir que demandas dos diferentes municípios da região possam ser organizadas e expressadas no território.

De acordo com o entrevistado da Secretaria de Saúde de Diadema, *o CGR do Grande ABC é um indicador da movimentação dos gestores de saúde municipais e da sociedade civil em torno de uma regionalização condizente com a realidade da região*. No entanto, este panorama mostra que a constituição do CGR tem sido de implantação crescente de articulações regionais, porém, inacabada. O entrevistado do Hospital Nardini declara que isto é devido, *em parte à diversidade regional e reflete os movimentos anteriores de tentativas de regionalização do SUS na região*. Por mais que se tenham evidenciado fragilidades, este entrevistado demonstra *certo otimismo no avanço da consolidação deste espaço de gestão interfederativa, considerando que as políticas de saúde recentes têm incluído o CGR como espaço de formulação e execução de suas ações*.

Do ponto de vista dos autores, há um otimismo em relação à instância política, em que pesem as dificuldades de sua implementação nas instâncias administrativas prestadoras de serviços na região. Entretanto, o obstáculo reside nesses descompassos de observância dos princípios políticos de acesso a direitos de cidadania preconizados pelo SUS.

Segundo o entrevistado da Diretoria de Saúde de São Caetano do Sul, este processo de aperfeiço-

amento do planejamento regional que vem sendo discutido tem tentativas de elaboração por parte do CGR. O entrevistado aponta que *convém ajustar prioridades de intervenção com base nas reais necessidades da região e com foco na garantia da integralidade da atenção, buscando a maximização dos recursos disponíveis [...] esse planejamento precisa seguir a mesma sistemática do processo de implementação do planejamento dos municípios da região e do Estado de São Paulo, considerando os pressupostos e características do sistema de planejamento do SUS, no tocante à construção de seus instrumentos básicos.*

É fato que a gestão participativa, como princípio essencial do SUS, tem sua consolidação diretamente relacionada à qualidade da atuação dos conselheiros. É um importante instrumento de qualificação e consolidação do processo de regionalização do SUS, sendo elemento articulador e integrador. O Grande ABC tem uma complexa rede pública de saúde, com elementos de gestão municipal, estadual e federal, incluindo a significativa participação da rede priva-

da na sua gestão – *vide* quadro 1. O entrevistado da Fundação do ABC formula uma síntese desse panorama complexo, ao afirmar que esta estrutura desafia a capacidade da sociedade civil e dos profissionais do setor de saúde, para a intervenção nos espaços de controle, de acompanhamento e de gestão da política de saúde, na perspectiva do SUS.

Esta é uma das razões pelas quais insistimos na necessidade de efetivação do Pacto pela Saúde e da qualidade do controle social na região, pois o SUS carece da construção de capilaridade entre os Conselhos Municipais, o Conselho Estadual, os Conselhos Gestores Locais e o próprio CGR. Assim sendo, se deixarem de lado suas “rixas”, os conselheiros e os profissionais de saúde comprometidos com a construção do SUS poderão e deverão desempenhar um papel fundamental no processo de construção desta capilaridade. Isto conduz a um caminho de mão dupla, propiciando um fluxo de informações adequadas e necessárias para um processo articulado, buscando fortalecer a capacidade e as possibilidades de intervenção mediante políticas de saúde.

**Quadro 1 - Número de habitantes e número de estabelecimentos de saúde segundo tipo e município da região do Grande ABC, 2010**

Município	S.A.	S.B.C.	S.C.S.	Diadema	Mauá	R.P.	R.G.S.
Tipo de Estabelecimento	676.407*	765.463*	149.263*	386.089*	417.064*	113.068*	43.974*
Saúde Pública Total	52	58	31	28	29	11	8
Saúde Privada Total	247	250	134	49	49	39	5
Saúde Privada SUS	9	12	7	3	1	0	0
Saúde com Internação Total – Público	19	18	8	5	4	2	0
Saúde sem Internação Total – Público	225	226	114	58	66	39	11
Saúde com Internação Total – Privado	11	14	4	1	3	1	0
Saúde sem Internação Total – Privado	182	175	88	35	38	29	3
Saúde com Internação Total – Privado SUS	1	4	1	0	1	0	0
Saúde sem Internação Total – Privado SUS	6	4	4	2	0	0	0
Saúde SUS	60	70	38	31	30	11	8
Saúde Particular	234	223	127	36	42	37	5
Atendimento Ambulatorial Total	242	239	122	59	70	40	10
Atendimento de Emergência	13	28	14	9	6	2	1
Saúde Prestadores de Serviços ao SUS Internação	9	8	4	4	2	1	0
Saúde Prestadores de Serviços ao SUS Ambulatorial	55	60	34	25	30	11	7
Saúde Prestadores de Serviços ao SUS Emergência	4	16	2	6	4	1	1
Saúde Prestadores de Serviços ao SUS UTI CTI	3	4	3	2	2	0	0

Fonte: Adaptado do IBGE (2010). Legenda: S.A.: Santo André; S.B.C.: São Bernardo do Campo; S.C.S.: São Caetano do Sul; R.P.: Ribeirão Pires; R.G.S.: Rio Grande da Serra.  
\* número de habitantes.

De certo modo, a região de saúde não pode ser estabelecida somente com base nas normas, mas sim, com base nas práticas, a abrangência das ações e serviços, além da responsabilidade dos respectivos gestores do SUS. O entrevistado da Secretaria de Saúde de Santo André aponta que *o Grande ABC vem procurando, desde a última década, organizar a rede de ações e serviços de saúde, com o intuito de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado*. Entretanto, esse esforço não vem sendo realizado de maneira generalizada.

O entrevistado da Diretoria de Saúde de São Caetano do Sul, por seu lado, afirma que *os municípios pouco contribuíram, e ainda pouco vem contribuindo para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa*. Há divergências e conflitos de interesses entre os próprios municípios e entre os municípios e o Estado. Evidentemente, as diversas feições dos conflitos impedem, até certo ponto, que sejam assumidos compromissos pactuados para a constituição da regionalização. O entrevistado da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo deixa claro que, *em raras ocasiões os municípios dispõem de maneira cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros*, o que fere, sobretudo, *as pactuações estabelecidas no CGR, tendo como desdobramento a fragilidade no cumprimento das obrigações técnicas e financeiras dos municípios*.

O entrevistado da Diretoria de Saúde de Rio Grande da Serra sugere que o governo estadual precisa assumir *um papel de liderança deste movimento na região junto a todos os municípios*. É imprescindível a articulação entre os próprios municípios para que isto ocorra, pois, em certos momentos, a competição entre eles inviabiliza o processo. Assim, o Estado precisaria chamar para si a coordenação - de maneira mais ativa e participativa - da regionalização do SUS no Grande ABC, buscando propor diretrizes e normas gerais de regionalização, mediante pactuações na CIB: coordenar o processo de organização e atualizar o PDR na região.

Na nossa visão, o que tem impossibilitado a articulação, a pactuação e a governança na regionalização do SUS no Grande ABC reside na competição e no “jogo de poder” entre os municípios, pois uns

buscam assistência no Governo Estadual (PSDB) e outros no Governo Federal (PT). Os embates políticos estão no cerne das questões da região. Há maneiras de reverter esta situação: uma, é sobrepujar as “rixas” municipais, e convergir interesses comuns; e a outra é concentrar e intensificar as discussões em questões que realmente têm importância ao cidadão, que é o aprimoramento da oferta de serviços e a garantia de seus direitos - deixar divergências, ranços e rusgas político-partidárias para serem debatidas em ocasiões apropriadas.

O entrevistado da Secretaria de Saúde de Santo André chama atenção para o fato de que *a União precisa de forma mais incisiva (mediante Comissão Intergestora Tripartite (CIT)) cooperar técnica e financeiramente com o Grande ABC e não imaginar que a quantia de recursos enviada por ela [...] por meio do PDI, será possível promover a equidade regional, bem como tratar das vulnerabilidades de saúde na região*. O entrevistado da Diretoria de Saúde de São Caetano do Sul aponta que *é a CIT quem deve buscar o fortalecimento dos CGRs como espaço de pactuação regional, em prol dos avanços na organização e da plenitude de funcionamento para a efetivação da gestão do SUS em âmbito local, contribuindo para a consolidação e descentralização da regionalização do SUS no Grande ABC*.

O reconhecimento dos avanços nas relações intergovernamentais no setor de saúde exige que se explicitem as contradições, as dificuldades e os limites desse processo no Grande ABC. Uma primeira dificuldade refere-se à definição da agenda de pactuação. A multiplicidade de interesses sociais e institucionais a serem contemplados na agenda setorial mobiliza diferentes grupos técnico-burocráticos na defesa de projetos e ações dirigidos a segmentos ou grupos populacionais, e nem sempre as prioridades são definidas como base em critérios racionais ou de necessidades. Isso se expressa na prioridade dada à discussão sobre a organização da assistência à saúde em detrimento do debate sobre as políticas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos.

O processo de regionalização expõe uma das facetas da tensão que se manifesta na defesa dos interesses dos entes federados em função de suas marcantes diferenças sociopolíticas. Os municípios do terceiro escalão - considerando as ofertas de

serviços de saúde, *vide* quadro 1 -, ou seja, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra têm menor poder de mobilização que os do segundo escalão, Diadema e Mauá, e do primeiro escalão, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul.

Nem sempre os municípios “menores” se sentem contemplados nos pactos negociados, pois questionam as formas de alocação de recursos concentrados nos municípios mais “ricos”. Esta dificuldade - quase impossibilidade - de contemplar o conjunto de interesses em disputa, quando se associa ao uso dos recursos assimétricos para forçar a pactuação, redundando, na percepção do entrevistado da Secretaria de Saúde de Ribeirão Pires, *na baixa legitimidade do pacto comprometendo o sucesso de sua implementação*.

Outro limite deste processo refere-se à (im)possibilidade dos agentes em assegurar o compromisso com a efetivação dos pactos negociados, uma vez que é bastante diferenciada a governabilidade dos atores no processo de gestão. Enquanto o gestor federal, pela sua singularidade, reúne as condições de imprimir uma direção na sua ação de governo, o mesmo não acontece com os administradores estaduais e municipais. Seja em virtude da diversidade de interesses, seja pela pluralidade da representação e dos contextos de gestão em cada unidade federada.

## Instrumentos de pactuação: responsabilidades dos gestores

O Consórcio Intermunicipal do Grande ABC vem se esforçando para posicionar a PPI como um instrumento de visibilidade dos pactos entre os gestores, buscando contornar: (a) a possível resistência de alguns secretários e diretores municipais em alterar pactuações quando implica perda de recursos financeiros; (b) a elevada rotatividade de secretários e diretores, o que dificulta a compreensão do processo - descontinuidade administrativa; as divergências entre cota física *versus* montante de recursos financeiros; (c) e a capacidade instalada deficiente para fazer frente ao que foi pactuado.

Isso faz com que os pactos nem sempre sejam cumpridos. Seja porque os municípios não oferecem os serviços, seja porque não se encontram os profissionais para fazer o atendimento. Essa questão tem

sido objeto de discussão no CGR e a transparência em relação ao cumprimento ou descumprimento dos acordos contribuiu para maior responsabilização dos gestores em relação à pactuação, tendo como efeito a alteração dos pactos. Nesse sentido, os municípios competem por recursos obtidos por meio dos pactos.

Para o entrevistado da Secretaria de Saúde de Santo André, isso demonstra que *os dois instrumentos - PDR e PPI; ainda não funcionam conjuntamente expressando a tensão entre autonomia e cooperação e a interdependência entre os municípios [...] como o município é autônomo para pactuar com quem quiser em qualquer região - por exemplo, com a Capital - ocorre muitas vezes pactuações que não respeitam o PDR, o que joga por terra todo um esforço de facilitar o acesso*. Uma das facetas da autonomia conforme proximidades política e administrativa. O entrevistado da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo aponta que *nem sempre os investimentos obedecem à lógica da regionalização*, atendendo muitas vezes *interesses e critérios políticos, dependendo do capital político de gestores ou de políticos locais, em vez dos critérios técnicos*. Assim, a “lógica” da regionalização está subsumida a essa esfera de interesses.

Ficou claro que as diretrizes para a PPI foram estabelecidas no Pacto pela Saúde 2006, que manteve basicamente os princípios introduzidos desde a NOB/96 e a NOAS, acrescentando alguns elementos na busca de alterar a lógica de alocação de recursos para a atenção à saúde, até então muito centrada na capacidade de oferta.

Para o entrevistado da Diretoria de Saúde de São Caetano do Sul, os eixos orientadores da PPI que deveriam sustentar as práticas de ação de saúde no Grande ABC seriam: *centralidade da atenção básica* - programação a partir das ações básicas de saúde; *conformação de aberturas programáticas* - programação a partir das ações estratégicas; *orientação por cobertura do contingente populacional* - para as ações básicas e de média complexidade ambulatorial, definidos pelo Ministério da Saúde; *parâmetros pré-definidos* - para a alta complexidade; e *composição das fontes de recursos financeiros* - definição das parcelas provenientes de cada esfera de governo para custeio das atividades assistenciais de saúde.

Constata-se que o Grande ABC tem dificuldades em cumprir com as diretrizes dispostas no Pacto pela Saúde. Nem todos os municípios conseguem garantir a integridade das ações de saúde prestadas aos munícipes, pois dos sete municípios da região, apenas cinco possuem atenção básica “plena”, um possui gestão “sempilena” e outro com pouca - ou nenhuma - infraestrutura para cumprir esta responsabilidade. Convém acrescentar que há pouca disponibilidade de oferta de serviços de atenção média e complexa, quando comparado à demanda existente (Ribeiro e Sivieiro, 2009). Pelo fato de os municípios não disporem de grande capacidade instalada para prover assistência na média e na alta complexidade, a esfera estadual se faz tão importante.

É neste momento que a PPI ganha uma importância ainda maior, como esclarece o entrevistado do Hospital Nardini, *já que são por meio dos processos de negociação e pactuação das esferas tanto municipais quanto estaduais, que serão garantidos esses serviços*, visto que os municípios com capacidade para assistir suas populações e funcionar como referências intermunicipais nas atividades de atenção especializada ficam obrigados a respeitar as definições das PPIs.

De acordo com o entrevistado do DRS I, *é de responsabilidade dos governos municipais promover a readequação da oferta de serviços conforme as necessidades de suas populações, reduzindo as desigualdades de acesso*. Outro aspecto do Pacto pela Saúde, como afirma o entrevistado da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, remete ao fato de os municípios serem *responsáveis por executar as ações de vigilância em saúde em seus territórios, participar da implantação da política de promoção à saúde no nível nacional e estruturar a assistência farmacêutica no nível local*.

## Considerações finais

Há de se reconhecer que para operacionalizar o planejamento e a gestão em âmbito regional de saúde no Grande ABC, o CGR estabelece, conjuntamente com a esfera municipal e estadual, a gestão solidária e cooperativa, sendo as decisões tomadas sempre com base no consenso. Por sua vez, o desafio

na região reside no fato de o diálogo, a parceria, a cooperação e a solidariedade serem complexas em algumas questões de saúde, como por exemplo, o atendimento à demanda de saúde. Muitos deles envolvem processos de ação conjunta de gestão loco-regional e/ou de cogestão. Os resultados dos embates entre os municípios e entre os municípios e o Estado geram resultados isolados deste e daquele município, não sendo uniforme na região; expondo o enfraquecimento de algumas práticas coletivas, como o planejamento e a gestão capaz de integrar as necessidades e as soluções mais convenientes ao Grande ABC.

Constata-se que cooperação entre os municípios do Grande ABC é frágil, uma vez que os gestores locais ainda atuam de maneira individualizada, voltados para a obtenção de recursos para soluções individualizadas. No Grande ABC há uma competição - ou “rixas” - por recursos e por capacidade instalada gerando forte desgaste político e administrativo, comprometendo o cumprimento das regras institucionais da regionalização do SUS na região. Não se percebe uma conduta direcionada às questões regionais entre os entrevistados. No competitivo cenário municipal, ouve-se tratamento depreciativo com relação aos outros municípios e poucas ações voltadas para a promoção do interesse comum da região. Os gestores ainda não se ativeram ao fato de que o problema de saúde de um determinado município é um problema de todos, pois o cidadão, ao não encontrar em seu município, a atenção necessária, *cruzará as fronteiras e invadirá* o outro município *vizinho* em busca de atenção e serviços.

Não está se afirmando que a cooperação seja nula na região, mas sim, que eles não vêm cumprindo o que se esperavam deles. O PDR não está atualizado ao contexto da região; a PPI demonstra fragilidade na articulação, em virtude da descontinuidade administrativa - mudanças constantes de gestores públicos a cada mandato dos prefeitos; o PDI é desconhecido por grande parte dos entrevistados, que consideram que os recursos oriundos do Ministério da Saúde uma pequena parte do total investido em saúde, causando iniquidade das ações; o CGR vem sendo consolidado na região, mas há dificuldades em cooperação e solidariedade dos municípios para



articulações regionais de saúde. Em outras palavras: as “rachaduras”, as “rixas” e os “ranços” municipais, potencializados pelas disputas político-partidárias entre os municípios e entre eles e o Estado, impedem a possibilidade de se construir um sistema regional de saúde sólido na região.

É fato que ao se delegar ao governo estadual responsabilidades claras na configuração do sistema de saúde estadual, sendo ele responsável, por exemplo, pela elaboração do PDR e pela coordenação da PPI, as regras institucionais estabelecem um terceiro elemento – Estado, municípios e sociedade civil – na relação entre os municípios, permitindo o exercício da coordenação. A criação de “arenas federativas”, assim podendo ser consideradas as instâncias de pactuação de âmbito do Grande ABC, com a participação de todos os municípios, pode ser um mecanismo para forçar os atores a compartilhar decisões e tarefas e ainda favorecer uma conduta baseada na negociação. Um potencial para a geração de um equilíbrio entre cooperação e competição entre os municípios. No entanto, pôde-se interpretar pelos entrevistados que PPI é, na verdade, uma arena de competição.

O papel do Estado tem sido relevante para induzir a cooperação por meio de incentivos financeiros e investimentos, mas não tem poder de *enforcement* para fazer cumprir os pactos entre os municípios. A complexidade desta cooperação reside no fato de que mesmo quando todos tendem a ganhar com a cooperação, ela não está garantida, uma vez que nesse caso o ganho de cada município depende das escolhas de todos. Portanto, a necessidade de coordenação implica formas de centralizações de decisões, sem ferir a autonomia dos entes federados.

Enfim, é imprescindível a definição de regras relativas à repartição de recursos, atribuições aos formatos decisórios, estabelecendo alguns mecanismos de cooperação e mecanismo de *enforcement*. Portanto, nunca é demais enfatizar que a regionalização é um processo que tem como objetivo solucionar o problema de ação coletiva na área da saúde, e que busca criar mecanismos que desestimulem a concorrência predatória entre os municípios, incentivando a solidariedade e a cooperação entre os entes federados em prol do interesse comum e de todos.

## Contribuição dos autores

Silva foi o autor da pesquisa de doutorado que deu origem ao artigo e redator do artigo. Gomes fez a revisão e adendos acerca do estudo elaborado e na concepção do artigo.

## Referências

- ABRUCIO, F. L.; SOARES, M. M. *Redes federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no grande ABC*. São Paulo: Cedec: Fundação Konrad Adenauer, 2001.
- ARRETCHE, M. T. S.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2003.
- BOUSQUAT, A.; NASCIMENTO, V. A. Metrópole paulista e a saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 112-120, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Pacto de Gestão: garantindo saúde a todos: versão preliminar para discussão interna*. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_gestao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf)>. Acesso em: 21 out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regionalização solidária e cooperativa*. Brasília, DF, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 3).
- BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação, e das outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 novembro 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/dec-7508-2011-reg-8080-29-6-2011.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2012.



- CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, 2005.
- ELIAS, P. E. M. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.
- GIL, A. C.; SANTOS, B. R. M.; SILVA, E. C. Região de saúde: um conceito em construção. *Caderno de Saúde*, São Caetano do Sul, v. 2, n. 3, p. 14-26, 2007.
- GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, 2011.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/232C3>>. Acesso em: 2 fev. 2011.
- LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do pacto pela saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.
- MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009.
- MENDES, H. W. B.; ALMEIDA, E. S. Regionalização da assistência à saúde: equidade e integridade na perspectiva dos gestores. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 26-34, 2005.
- OLIVEIRA, M. H. B. Pactos de gestão: divisão de responsabilidades entre Estados e Municípios na descentralização. In: PIERANTONI, C. R.; VIANA, C. M. M. *Gestão de sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2003. p. 59-92.
- PESSOTO, U. C. *A regionalização do sistema de saúde - SUS no fim dos anos 1990: um discurso conservador*. 2010. Tese (Doutorado em Ciência e Tecnologia) - Faculdade de Ciência e Tecnologia da Universidade do Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, 2010.
- PESTANA, M.; MENDES, E. V. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria da Saúde, 2004.
- RIBEIRO, B.; SIVIEIRO, S. Saúde do grande ABC carece de integração e investimento. *Jornal Diário do Grande ABC*, Santo André, 29 jul. 2008. Disponível em: <<http://www.dgabc.com.br/News/18299/saude-do-grande-abc-carece-de-integracao-e-investimento.aspx>>. Acesso em: 19 ago. 2009.
- STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). *Handbook of qualitative research*. London: Sage, 2000. p. 435-454.
- STEPHAN-SOUSA, A. et al. Uma contribuição interdisciplinar ao estudo da regionalização em saúde: a assistência de média e alta complexidade na macrorregião sudeste de Minas Gerais. *Libertas*, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 55-82, 2007.
- TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-162, 2002. Suplemento.
- VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.
- VIANA, A. L. A. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

Recebido: 18/12/2012

Reapresentado: 25/04/2013

Aprovado: 28/05/2013