



# **Regionalização da saúde e o Triângulo de Governo: reflexões a partir da perspectiva dos gestores municipais de saúde**

**Priscila Farfan Barroso**

*Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Vitória da Conquista – BA – Brasil*  
ORCID: 0000-0002-4815-4792

**André Luis Alves de Quevedo**

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – RS – Brasil*  
ORCID: 0000-0001-9314-7578

**Arthur Chioro**

*Universidade Federal de São Paulo – São Paulo – SP – Brasil*  
ORCID: 0000-0001-7184-2342

**Cristian Fabiano Guimarães**

*Universidade Federal de São Paulo – São Paulo – SP – Brasil*  
ORCID: 0000-0003-3101-634X

## **Resumo**

Este artigo analisa a percepção de gestores municipais de saúde sobre o processo de regionalização da saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Tem natureza qualitativa, empregando entrevistas semiestruturadas com oito gestores municipais de saúde, escolhidos intencionalmente. Na abordagem teórica utilizou-se o conceito de Triângulo de Governo, cotejando com as categorias da análise temática. No projeto de governo sobre a regionalização da saúde, os meios e objetivos identificados foram o Pacto pela Saúde, financiamento, solidariedade, acesso, consórcios de saúde, modelos de oferta e contratualização das ações e serviços de saúde. Na capacidade de governo nas Redes de Atenção à Saúde e as instâncias de pactuação, as formas de conduzir, manobrar e superar que emergiram da análise foram a Comissão Intergestores Regional, a descentralização dos serviços de saúde e a intersetorialidade. Quanto à governabilidade e a governança, os entrevistados identificaram o gestor não ter tempo e/ou não priorizar os processos de planejamento e gestão, gestores como figuras políticas e sem preparação, o corpo técnico sem formação específica, os vazios assistenciais e a fixação de profissionais. Os resultados do presente estudo apontam pistas sobre caminhos possíveis a serem trilhados na temática da gestão e da regionalização da saúde.

**Palavras-chave:** Regionalização da Saúde. Gestão em Saúde. Governança em Saúde. Gestor de Saúde. Serviços de Saúde.

## **Regionalization of health and the Government Triangle: reflections from the perspective of municipal health managers**

### **Abstract**

This article analyzes the perception of municipal health managers about the process of regionalization of health in the State of Rio Grande do Sul. It has a qualitative nature, employing semi-structured interviews with eight municipal health managers, chosen intentionally. In the theoretical approach, the concept of Government Triangle was used, matching it with the categories of thematic analysis. In the government project on the regionalization of health, the means and objectives identified were the Pact for Health, financing, solidarity, access, health consortia, models of supply and contracting of health actions and services. In the capacity of government in the Health Care Networks and the instances of agreement, the ways of conducting, maneuvering and overcoming that emerged from the analysis were the Regional Intermanagers Commission, the decentralization of health services and intersectoriality. As for management and health governance, the interviewees identified the manager not having time and/or not prioritizing the planning and management processes, managers as political figures and without preparation, the technical staff without specific training, the care gaps and the fixation of professionals. The results of this study point to clues about possible paths to be followed in the theme of health management and regionalization.

**Keywords:** Regional Health Planning. Health Management. Health Governance. Health Manager. Health Services.

## **Regionalización de la salud y el Triángulo del Gobierno: reflexiones desde la perspectiva de los gerentes municipales de salud**

### **Resumen**

Este artículo analiza la percepción de los gestores municipales de salud sobre el proceso de regionalización de la salud en el Estado de Rio Grande do Sul. Tiene carácter cualitativo, empleando entrevistas semiestructuradas con ocho gestores municipales de salud, elegidos intencionalmente. En el abordaje teórico se utilizó el concepto de Triángulo de Gobierno, comparándolo con las categorías de análisis temático. En el proyecto de gobierno de regionalización de la salud, los medios y objetivos identificados fueron el Pacto por la Salud, el financiamiento, la solidaridad, el acceso, los consorcios de salud, los modelos de oferta y contractualización de acciones y servicios de salud. En la capacidad de gobierno en las Redes de Atención a la Salud y las instancias de concertación, las formas de conducción, maniobra y superación que surgieron del análisis fueron la Comisión Regional Intergestores, la descentralización de los servicios de salud y la intersectorialidad. En cuanto a la gobernanza y la gobernabilidad, los entrevistados identificaron al gestor sin tiempo y/o no priorizando los procesos de planificación y gestión, los gestores como figuras políticas y sin preparación, los técnicos sin formación específica, las lagunas de atención y la fijación de profesionales. Los resultados de este estudio apuntan pistas sobre posibles caminos a seguir en el tema de la gestión y regionalización en salud.

**Palabras clave:** Regionalización. Gestión en Salud. Gobernanza. Gestor de Salud. Servicios de Salud.

## **1 Introdução**

A regionalização da saúde é uma estratégia para a organização da oferta de ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS). A primeira aposta do Poder Executivo para traduzir o texto da Constituinte foi a descentralização da gestão da saúde para os municípios, no sentido de ofertar o cuidado em saúde mais próximo

do cidadão (Reis *et al.*, 2017). Da década de 90 até os anos de 2006, a reorganização do território apostou na descentralização para os municípios como uma nova forma de organizar a atenção à saúde. Na Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2001 e, com maior consistência, na Portaria nº 399/2006, do Ministério da Saúde, que instituiu o Pacto pela Saúde, os primórdios de uma nova forma de composição regional foram estabelecidos.

Todavia, considerando a distribuição demográfica dos mais de cinco mil municípios brasileiros, os quais em grande maioria tem baixo porte populacional (Lui *et al.*, 2020), o pacto pela saúde não se mostrou suficiente para enfrentar questões relacionadas ao acesso e financiamento nos diferentes níveis de atenção à saúde (atenção primária, secundária e terciária em saúde) que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Por conseguinte, no ano de 2011, com o Decreto Nº 7.508, o conceito de região de saúde - considerando um conjunto de municípios num mesmo território - ganhou institucionalidade no sistema público de saúde brasileiro, reorientando efetivamente a organização da regionalização (Santos, 2017). Em sequência, em 2018, com Resolução nº 37, da Comissão Intergestores Tripartite, se instituiu mais um nível de regionalização da saúde no SUS, a macrorregião de saúde - enquanto agrupamentos de regiões de saúde de um estado. A nova forma de reconfiguração buscou contribuir no fortalecimento da organização das RAS, especialmente no acesso à alta complexidade.

Assim, nesse processo de descentralização e regionalização, os gestores municipais de saúde necessitaram pensar a organização do sistema de saúde para além do território municipal. Sendo assim, coube constituir acordos com outros gestores municipais na perspectiva da regionalização da saúde para organizar o acesso dos seus munícipes aos diferentes níveis de atenção à saúde e fortalecer os processos de regionalização da saúde.

Contudo, esse processo não é algo linear, já que envolve disputa por recursos financeiros, tecnológicos e humanos, bem como a definição de serviços de saúde de referência. Nesse sentido, o presente estudo teve o **objetivo** de compreender a percepção dos gestores municipais de saúde sobre o processo de regionalização da saúde no Estado do Rio Grande do Sul, para melhor entender como se consolidou a ideia de regionalização da saúde nesse Estado.

Utilizou-se como abordagem teórica o conceito de triângulo de governo, nas suas três variáveis inter-relacionadas: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade (Matus, 2005; Aleluia *et al.*, 2022). Segundo o autor, o projeto de governo pode ser entendido como os meios e objetivos que comprometem uma mudança para a situação esperada. Já a capacidade de governo expressa a capacidade para conduzir, manobrar e superar as dificuldades da mudança proposta. Por fim, a governabilidade verifica-se pelo grau de aceitação ou rechaço do projeto e a capacidade dos atores sociais para respaldar suas motivações (Matus, 2005). Por essa perspectiva, o planejamento é entendido como tecnopolítico e como o próprio ato de governar.

## 2 Metodologia

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, que utilizou entrevistas semiestruturadas com oito gestores municipais de saúde escolhidos

intencionalmente pela sua trajetória na implementação do SUS no território gaúcho. Entrevistou-se um representante por Macrorregião de Saúde (Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales) e o representante do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS), totalizando oito entrevistados. Faz parte da pesquisa “Análise dos processos de regionalização, gestão e planejamento para a implementação das Redes de Atenção à Saúde no Rio Grande do Sul”, a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Meridional de Porto Alegre (IMED)/Porto Alegre e Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, sob o número CAAE 39496820.6.0000.5319.

As entrevistas, agendadas por telefone, foram realizadas de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a outubro de 2021, de maneira virtual, através da plataforma Cisco Webex, sendo que cada entrevista teve em média 52 minutos de duração. A adoção da estratégia de entrevistas por meio digital se deveu ao fato da pandemia de Covid-19, que ocorria à época da coleta de dados. Na abordagem para participar do estudo não houve nenhuma recusa dos entrevistados. Antes da coleta de dados, foi explicado aos participantes sobre o objetivo, a metodologia, a forma de coleta de dados, os riscos e benefícios da pesquisa. Posteriormente, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada entrevistado, respeitando os preceitos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme as resoluções do Conselho Nacional de Saúde. A fim de manter o anonimato dos entrevistados, estes foram identificados pela Macrorregião de Saúde e representação do COSEMS/RS.

As entrevistas foram gravadas após o consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritas e analisadas utilizando-se o Software NVivo. Este software, específico para pesquisa qualitativa, permite identificar núcleos de sentido que favorecem a análise qualitativa. As informações obtidas por meio das entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo, definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que busca obter, através da descrição do conteúdo das mensagens registradas, indicadores que possibilitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens (Bardin, 2011).

Para a análise de conteúdo foi aplicada a técnica de análise temática, que busca descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, através de padrões ou temas, advindos da manifestação ou repetição e que tenham significado para o objetivo analítico desejado. Assim, a análise temática propõe o estudo de motivações, valores, inclinações, atitudes e crenças dos entrevistados (Bardin, 2011).

As categorias empregadas para análise emergiram dos temas centrais da pesquisa (regionalização, planejamento regional, Redes de Atenção à Saúde, governança e instâncias de pactuação) cotejadas com a abordagem teórica do conceito de Triângulo de Governo (Matus, 2005). A descrição do presente estudo qualitativo foi baseada no *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), traduzido e validado para o idioma português (Souza et al., 2021).

### 3 Resultados e discussão

Quanto ao perfil dos oito entrevistados, quatro eram mulheres e quatro eram homens. As profissões declaradas foram: enfermeiras, médico veterinário,

tecnologia da informação, biólogo, gestor hospitalar, cirurgião-dentista e administradora. O tempo de atuação no SUS variou de 12 a 21 anos, sendo que três dos entrevistados já ocuparam o cargo da presidência do COSEMS/RS. Nesse sentido, aponta-se que gestores oriundos da área da saúde favorecem a continuidade de uma gestão qualificada e facilitam a participação municipal no planejamento regional (Medeiros et al., 2017).

### 3.1 O projeto de governo na regionalização da saúde e no planejamento regional

Conforme aponta a gestora municipal de saúde, as mudanças na regionalização da saúde são processuais, necessitando da participação e do protagonismo dos gestores: “Os processos de regionalização vão acontecendo muito no dia a dia. Eles parecem que vêm de uma hora para outra. Na verdade, não funciona dessa forma” (Entrevistada da Macrorregião de Saúde Norte).

Nessa linha, existem reflexões sobre a reorganização da regionalização no SUS, ou seja, questiona-se a passagem, por vezes muito rápida, do município para a região de saúde e, posteriormente, para a macrorregião de saúde, sem a devida assimilação da importância desses diferentes recortes territoriais pelos gestores municipais de saúde. Contudo, podemos pensar que os processos de regionalização, enquanto processualidade, se aprendem e se constroem na prática cotidiana.

Por seu turno, a descentralização trouxe maiores responsabilidades aos municípios na gestão dos serviços e ações de saúde, além de ampliar a autonomia para que estes entes federativos possam definir onde e como o financiamento público será aplicado. Todavia, essa autonomia não está garantida apenas com o processo de regionalização da saúde, necessitando constantemente de negociação entre os entes, financiamento contínuo e outras ferramentas de gestão para um planejamento ascendente e participativo (Silva et al., 2020). Nessa perspectiva, o financiamento em saúde como indutor dos processos de regionalização também aparece como questão a ser considerada no contexto estudado.

Quando chegou a questão do Pacto [pela saúde], os estudos, a primeira preocupação: quanto vai vir de recurso? Vai vir recurso a mais? De que forma vai acontecer isso? Teve toda a situação de assumir mais responsabilidades (Entrevistada da Macrorregião de Saúde Norte).

Os gestores tinham muito medo de assinar o Pacto [pela saúde]. Por quê? Por que nós tínhamos medo de assinar o Pacto? Porque os governos prometiam e não cumpriam. O que eu te digo? Prometiam recursos e não vinham. Tu te credenciava em alguns programas e não vinha repasse (Entrevistado da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste).

Os processos de regionalização da saúde, mais que um território “vivo”, são “locus” do planejamento, da tomada de decisão e pactuação dos gestores do SUS, que se expressam, dessa forma, como arenas políticas de construção (e ora de disputas) em torno da composição das Redes de Atenção à Saúde, especialmente em aspectos relativos ao seu financiamento.

Neste seguimento, os entrevistados trazem a perspectiva de que a regionalização com a indução do financiamento ajuda a organizar os processos de

gestão e oferta de ações e serviços de saúde. Ou seja, o financiamento adequado não apenas ajuda a definir responsabilidades unilaterais, mas contribui também para que sejam feitas pactuações intergestores de forma solidária e compartilhada, visando, em última análise, efetivar o SUS no território. A necessidade de financiamento efetivo também foi identificada pelos gestores municipais de saúde em estudo realizado no Estado do Rio Grande do Sul (Arcari *et al.*, 2020).

Aduz-se que o processo de negociação e construção do consenso na Comissão Intergestores Regional (CIR) é realizado por meio de uma luta posta sobre o financiamento do SUS. Essa luta desdobra-se em diferentes espaços de diálogos pelos quais os gestores municipais de saúde habitam com o intuito de alinhar e articular questões políticas, fortalecendo a tomada de decisão que possa favorecer seus municípios e suas regiões (Biscarde *et al.*, 2019).

Assim, “A estruturação de redes de atenção à saúde requer o estabelecimento de uma política de financiamento e de investimentos para atender às necessidades assistenciais nas regiões.” (Martinelli *et al.*, 2022, p. 10), assim como uma intervenção concreta no plano das negociações políticas intergestores. Compor esse espaço de disputas políticas parece ser um desafio para fazer avançar processos de regionalização e composição de Redes de Atenção à Saúde no território regional.

Ao passo que a regionalização da saúde organiza as RAS, ela também define quais serviços na região de saúde ou macrorregião de saúde irão receber os aportes financeiros. E, isso gera disputas em torno dos processos de contratualização, especialmente das referências de média e alta complexidade.

Nessa perspectiva, segundo os gestores municipais de saúde, para a construção das Redes de Atenção à Saúde, é preciso estabelecer relações de solidariedade e corresponsabilização - superando a lógica da competição. Nessa linha, os pactos e acordos coletivos devem ser respeitados acima dos interesses individuais evitando a fragmentação das RAS. “Nós não temos competitividade. Nós somos todos complementares [...] A gente tem uma relação harmônica, uma relação bem estabelecida das competências” (Entrevistada da Macrorregião de Saúde Missioneira).

Sublinha-se que, por mais que os gestores municipais de saúde tenham dificuldade de se reconhecerem partilhando uma identidade comum de macrorregião de saúde, a solidariedade permeia os pactos desses gestores na organização da regionalização (Carvalho *et al.*, 2017).

O gestor municipal de saúde da Macrorregião de Saúde Metropolitana o traz o tensionamento de que a RAS deve estar preparada para atender o usuário do SUS independente do serviço que ele acesse e que este é um dos grandes desafios da regionalização da saúde. A esse encontro, estratégias bem estabelecidas de referência e contrarreferência, prontuário eletrônico, fluxos e regulação nas redes são primordiais para efetivar a regionalização da saúde.

Problematiza-se que, é necessário desconstruir a crença comum entre os gestores municipais de que o recurso público destinado ao financiamento das políticas e ações de saúde, assim como a ordenação da rede de atenção, é exclusivo para os municípios do seu território. Ainda é um desafio construir uma visão mais estrutural sobre o SUS e seu caráter público não restrito a um recorte territorial ou população específica, mas para todos os brasileiros, haja vista o princípio da universalidade.

Aparece igualmente na fala dos gestores municipais de saúde a necessidade de uma organização por microrregião de saúde. Todavia, sinaliza-se que esse conceito é advindo das normativas iniciais da regionalização da saúde, da década de 90 e anos 2000, especialmente das Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que propunham a divisão dos estados em microrregiões de saúde configurando uma base territorial de planejamento regionalizado, ofertado por módulos assistenciais (Preuss, 2018). Assim, fica o questionamento se essa forma de organização ajuda a construir pactuações no território, de forma que os municípios mais próximos entre si reúnam esforços para firmar pactos objetivando efetivar as Redes de Atenção à Saúde.

A entrevistada da Macrorregião de Saúde Vales traz na sua fala a questão da participação dos gestores municipais em outros fóruns, a exemplo dos Conselho Regionais de Saúde, que foram extintos no estado do Rio Grande do Sul, em 2010. “Nós tínhamos o Conselho Regional de Saúde, que era outra instância que era muito forte antes, que discutia muito, pautava muito junto” (Entrevistada da Macrorregião de Saúde Vales).

De uma forma ou outra, esses conselhos com formação paritária de gestores, trabalhadores e sociedade civil também contribuem para o estabelecimento de acordos favorecendo a regionalização do SUS. Ao que tudo indica, os Conselhos Regionais de Saúde, ativos no Rio Grande do Sul nos anos noventa e início dos anos dois mil, compõem junto com os municípios a base genealógica da regionalização no território estadual.

Os consórcios de saúde também aparecem como parte do projeto de governo, no cenário estudado, disputando os arranjos da regionalização e das pactuações da saúde.

É importante que tu saiba que o consórcio é uma aberração. Porque o consórcio foi criado para encontrar, suprir demandas que o Estado não cumpre [...] por muito tempo, as Coordenadorias Regionais de Saúde viam com maus olhos o consórcio porque eles achavam que era uma competição com o Estado. Nós não, nós não achávamos. Era uma válvula de escape” (Entrevistado da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste).

A gente entende – e aí já é uma discussão em nível de região que a gente tem há muito tempo – que o consórcio não se caracteriza como uma rede de serviço porque ele não tem desde o início todo o atendimento que o usuário precisa. O que a gente tem? A gente tem consulta específica hoje, tem um exame específico. [...] Ele não é completo. Ele não tem todo o atendimento que o usuário necessita. Que é um dos pontos lá das redes de atenção: tem que ser integral (Entrevistada da Macrorregião de Saúde Vales).

Os consórcios de saúde colaboram de forma coadjuvante nas Redes de Atenção à Saúde, uma vez que eles ofertam ações e serviços de saúde de forma pontual, sem efetivamente se integrarem à lógica das RAS, especialmente na continuidade do cuidado e integração do sistema, rompendo, dessa forma, com o princípio da integralidade do SUS. Entretanto, os consórcios de saúde devem ser entendidos como alternativas de curto ou médio prazo para organização do sistema de saúde, sendo definidos por meio de pactuações regionais. Assim, devem ser provisórios e estar integrados na RAS, objetivando, em última análise, atender aos pressupostos constitucionais do Sistema Único de Saúde.

Para além da polémica sobre as potencialidades e os desafios dos gestores municipais de saúde fazerem uso dos consórcios de saúde para ampliar o acesso à saúde, cabe compreender que esta já é uma estratégia utilizada e que impacta enquanto mecanismo de governança na regionalização do SUS (Andrade *et al.*, 2022; Flexa; Barbastefano, 2020). Assim, os gestores necessitam entender e pactuar os usos que serão feitos destes dispositivos, em prol do SUS e da população.

Os entrevistados trazem também a discussão da concepção dos modelos de oferta e contratualização das ações e serviços de saúde, se estes devem ser públicos ou com entidades privadas, e como a ideologia do partido que está na gestão em saúde pode impactar no projeto de governo.

### 3.2 A capacidade de governo nas Redes de Atenção à Saúde e as instâncias de pactuação

Dentro do processo de regionalização da saúde, avançou-se do Colegiado de Gestão Regional (denominado COGERE no Estado do Rio Grande do Sul) para a Comissão Intergestores Regional (CIR). Desse modo, evoluiu-se no campo da correlação de forças para a consecução de um fórum potente para articular as demandas da região de saúde. Isso se deu a fim de que as demandas regionais tivessem maior força para serem aprovadas em outros espaços deliberativos do SUS, como a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e o próprio Ministério da Saúde.

O COGERE veio para nos ensinar como trabalhar em equipe, em região [de saúde]. E, a CIR veio para nos dar o respaldo legal disso. Assim: “não, vocês têm poder, vocês podem decidir em nível de região”. Se não está decidido na região, não vai seguir isso, não vai para as outras instâncias (Entrevistada da Macrorregião de Saúde Vales).

A CIR é muito resolutiva. Ela deixa na região a discussão de pequenas demandas. Porque a gente via, às vezes, vir para uma CIB, por exemplo, discussões que poderiam ter sido resolvidas dentro da CIR por diferença entre municípios limediros. Então acho que aos poucos e ao longo do tempo, especialmente nos últimos anos, o Estado tem empoderado muito as coordenadorias regionais de saúde, cobrado dos representantes legais de que demandas desse tipo não mais tomem proporções desnecessárias” (Entrevistado da Macrorregião de Saúde Metropolitana).

As CIRs desenvolvem mecanismos de coordenação e de cooperação para a regionalização do SUS, favorecendo a autonomia e capacidade de negociação entre os entes federativos (Silva *et al.*, 2020). Nesse sentido, é importante a participação de todos os gestores da região de saúde na CIR, visando planejar ações para responder às demandas de saúde, compartilhar problemas comuns para procurar soluções regionais e trocar experiências sobre a gestão em saúde, objetivando potencializar a regionalização (Medeiros *et al.*, 2017).

Por outro lado, problematiza-se se a CIR é, factualmente, um espaço formalmente criado e utilizado para referendar decisões já discutidas, alinhadas e até pactuadas em outras instâncias (Teston *et al.*, 2019). Todavia, ao que tudo indica, a utilização desse espaço de pactuação vai depender do contexto conjuntural e dos usos que os gestores irão constituir nesses fóruns. Não obstante,



parece ser a CIR o espaço privilegiado e legítimo para discutir a conformação e os diferentes arranjos para a RAS.

Os processos de regionalização também produzem a construção da autonomia por parte dos gestores para gerir a realidade dos seus municípios e a pactuação a nível regional. Nessa perspectiva, a mudança de concepção do acesso na regionalização da saúde requer esforços imaginativos para a organização das RAS, conforme pode ser observado no seguinte excerto: “Município de pequeno porte com vinte mil habitantes, tu querer trazer referência de 750 mil pessoas para dentro do município [...] “Não, eu acho que a regionalização é para todos” (Entrevistado da Macrorregião de Saúde Sul).

Reflete-se que a organização da RAS não deve contemplar somente os municípios de grande porte, mas precisa distribuir as referências assistenciais por todo território regional (Medeiros; Gerhardt, 2015), a fim de facilitar o acesso e evitar a concentração/centralização dos serviços de saúde. Por seu turno, as contradições na execução do processo de pactuação de organização das RAS também são apontadas pelos gestores entrevistados.

O que a gente vê, muitas vezes, é alguns municípios habilitando certos serviços, se utilizando de uma região de saúde ou de municípios em volta para conseguir se habilitar e de fato esse serviço não é prestado para todos e sim só para sua população (Entrevistada da Macrorregião de Saúde Vales).

Não dá para cada gestor pensar no seu umbigo, pensar só no seu município porque os recursos e as habilitações não são para o teu município, são para a região de saúde [...] Muitos gestores se apropriam disso de forma equivocada (Entrevistado da Macrorregião de Saúde Metropolitana).

Os gestores trazem ainda a discussão de que por mais que pareça (e, por vezes, seja) um grande tempo decorrido entre a discussão e pactuação de serviços e ações de saúde de média e alta complexidade, na lógica das RAS, para o usuário é muito importante, pois significa descentralizar serviços e trazer referências para um acesso mais adequado e oportuno para o cidadão.

Retoma-se que, as reuniões de CIR são espaços importantes de discussões e deliberações, uma vez que são debatidos temas e situações específicas das realidades locais (Nogueira *et al.*, 2021). Geralmente, estas reuniões têm frequência definida e acontecem presencialmente, com a participação dos gestores de saúde dos municípios de cada região de saúde. Mas, com a pandemia da Covid-19 muitas destas reuniões passaram a acontecer de forma virtual.

Neste sentido, os entrevistados apontam que a forma da organização das reuniões de pactuação também pode influir na tomada de decisão, pois enquanto alguns entrevistados apontam que as reuniões online facilitam o processo de gestão; para outros essa modalidade não têm a mesma dinâmica e contribuição das reuniões presenciais.

Antes era muita estrada para juntar todo mundo. Era muito difícil o custo, muito alto de diária, de deslocamento, de combustível. Hoje, como se tem isso online, ficou muito fácil (Entrevistado da Macrorregião de Saúde Sul).

Com a reunião presencial é diferente. Ela tem uma essência diferente. Ela tem um calor diferente. Ela é toda diferente, eu vou te dizer. Eu acho que

a online é mais fria. Muitas vezes ela não tem a troca [...] Então a gente vê isso no território. Muitas vezes é aquele abraço que não pode ser dado, mas é aquele soquinho que a gente fica ali. A gente vê tanta cumplicidade, tanta construção ali que pode ser feita. Eu acho que isso forma a nossa rede. A potência da nossa rede está ali, na verdade, quando um município se vê na realidade do outro e ele tenta somar para ajudar a construir a saúde daquele do lado (Entrevistada da Macrorregião de Saúde Serra).

Conforme os entrevistados, com as reuniões presenciais ficava explícita a troca que ocorre entre os gestores, facilitando a compreensão das complexidades territoriais para a organização da gestão e da regionalização da saúde. Mas, por outro lado, as reuniões virtuais podem ser mais objetivas, permitir maior participação de gestores e envolver menores custos financeiros.

A gestora da Macrorregião de Saúde Missioneira traz a discussão que o cuidado nas Redes de Atenção à Saúde não envolve apenas questões relativas ao campo da saúde, mas também da assistência social, educação e outras áreas governamentais e da Sociedade Civil, o que requer uma integração para produzir redes de cuidado. “Mas a integração do sistema de cuidado criou redes de proteção. Isso nem sempre é o financeiro, às vezes é a capacidade de compreensão do seu território” (Entrevistada da Macrorregião de Saúde Missioneira).

Desse modo, parece haver um grau de abertura para que a CIR, em dados momentos e dependendo das questões debatidas, possa integrar atores intersetoriais no processo de discussão e tomada de decisão dos gestores municipais e regionais da saúde, com vista à conformação da RAS.

Nessa linha, a intersetorialidade historicamente tem sido entendida como uma estratégia de cuidado e composição das Redes de Atenção à Saúde, especialmente na área de Saúde Mental e na Atenção Primária à Saúde (Tãno; Matsukura, 2019). Essas experiências potentes podem nos ajudar a pensar os arranjos da RAS para além da dimensão tecnológica e estrutural, avançando em direção a uma perspectiva relacional que efetivamente oferte o direito à saúde ao usuário, de forma integrada e respeitando o disposto no texto constitucional.

### 3.3 A governabilidade e a governança: aceitações e rechaços

As mudanças nos processos de regionalização da saúde trazem diversos desafios, especialmente na reorganização das práticas de atenção e gestão. Desafios esses que passam pela necessidade de compreender os avanços da política de saúde e o trabalho cotidiano. Tal fato pode ser identificado na fala dos gestores entrevistados.

Porque quando chega uma normativa nova, uma situação, “é mais coisa para a gente?”. Não, é mais benefícios para nossa comunidade. É o nosso trabalho. Eu sempre digo: “Que bom que a gente tem demanda, senão a gente não precisaria estar atuando”. Então a gente percebe ainda muita dificuldade, muita resistência (Entrevistada da Macrorregião de Saúde Norte).

Destaca-se que, ter equipes próprias de gestão nos municípios, com permanência e vínculo de trabalho seguro, formação para o planejamento e regionalização da saúde, são aspectos imprescindíveis que contribuem para

fortalecer as Redes de Atenção à Saúde. Da mesma forma, o tempo dedicado pelos gestores municipais para a participação nos cenários de pactuação também aparece como uma necessidade para a concretização da governabilidade no cenário estudado.

O que a gente percebe agora? Nas reuniões de CIR, essa questão da obrigatoriedade, compromisso, da participação do gestor, que acho extremamente importante. Porque nesse momento, é um momento de discussão [...] É um espaço importante de discussão. Acho que ainda falta valorização maior por parte dos gestores, a priorização por parte dos gestores, dos prefeitos também, com a questão das reuniões de CIR. Porque nessas reuniões de CIR a gente está decidindo a regionalização de forma efetiva [...] A gente tendo mais tempo de experiência no município, a gente consegue perceber isso, que, quanto mais tempo eu me dedico ao planejamento, menor é a demanda que bate na minha porta (Entrevistada da Macrorregião de Saúde Norte).

Em estudo realizado com 2.313 gestores, no âmbito da Pesquisa Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, entre 2017 e 2018, foi identificada a importância da formação das equipes que atuam na gestão em saúde, bem como a necessidade do provimento dos trabalhadores, objetivando produzir uma maior institucionalidade dos processos de regionalização em saúde (Ouverney *et al.*, 2019).

O envolvimento dos gestores municipais no processo de planejamento em saúde é central para organizar e estruturar o SUS, ou seja, uma estratégia que visa superar as dificuldades da gestão em saúde. E a regionalização e a descentralização configuram-se, nesse ínterim, como meios para facilitar a tomada de decisão e a governança, visando estabelecer o diálogo, as negociações e as pactuações entre os gestores de diferentes níveis governamentais, tornando o processo de planejamento um movimento vivo e dinâmico, potente para responder às necessidades de saúde da população.

Nessa perspectiva, o planejamento deve estar como prioridade na agenda dos gestores públicos e não apenas como mero ato normativo, o qual, por muitas vezes, não traduz as prioridades de governo e as necessidades de saúde do território. Por sua vez, a fixação de profissionais em locais remotos da Rede de Atenção à Saúde e os vazios assistenciais também apareceram como um desafio para o processo de regionalização.

O interior paga mais caro, tem que pagar mais caro para manter os seus profissionais aqui, senão ele nunca consegue ter o seu serviço aberto, manter as referências ou às vezes até atender ou cumprir aquelas metas que são exigidas (Entrevistado da Macrorregião de Saúde Sul).

Então, é importante estimular que os recursos de saúde sejam também alocados de forma regional, descentralizada, para que possamos possibilitar que em determinadas regiões de saúde não se tenha tantos vazios assistenciais ao ponto de a população migrar de uma região para a outra (Entrevistado Representante do COSEMS/RS).

Os desafios da regionalização da saúde, no que tange aos vazios assistenciais, concentração de serviços em região metropolitana, fixação de profissionais, regulação em saúde e a “pulverização de hospitais de pequeno porte,

com baixa resolubilidade e ocupação” também foram identificados em estudo realizado no Estado da Bahia (Almeida *et al.*, 2016, p. 330).

Por seu turno, a regionalização da saúde como uma estratégia para superar a fragmentação do sistema, segundo os entrevistados, também é atravessada por questões políticas e, por vezes, partidárias, o que pode facilitar ou obstaculizar o processo.

Para tu ser uma referência de uma região, tu vai ter que receber muitos recursos. Aí tudo depende de deputados, tudo depende de Ministério da Saúde, tudo depende de pressão no Ministério da Saúde, tudo depende de pressão no Governador para que aceite a sua cidade como uma macrorregião [de saúde] importante. Então, tudo é política. [...] Até mesmo aprovado em CIB, às vezes, tu precisa de regulação política para obter recursos. [...] Os prefeitos, muitos deles, enxergam a secretaria de saúde como uma porta de entrada de votos [...] A gente vê muitos secretários ainda que são só políticos e não são técnicos. Isso atrapalha muito a questão do planejamento e da organização (Entrevistado da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste).

Os processos de pactuação da regionalização da saúde são pendulares, ou seja, envolvem movimentos técnicos e políticos dos gestores de saúde, nas diferentes instâncias de pactuação, como a Comissão Intergestores Regional, Comissão Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite. Disso extrai-se que, os impasses acerca do processo de regionalização permeiam os interesses econômicos, embates políticos, competitividade entre os entes federativos e a governança (Silveira Filho *et al.*, 2016).

Nesse sentido, há que se considerar a visão dos gestores municipais de saúde, já que estes exercem papel crucial no processo de regionalização do SUS. E, são eles que vão efetivamente operacionalizar as normativas federais e estaduais da saúde, a partir das especificidades locais.

#### 4 Considerações finais

Os gestores municipais de saúde entrevistados têm larga experiência no SUS e no processo de regionalização da saúde. Nas entrevistas, percebe-se a capacidade desses atores de se deslocar da realidade dos seus municípios em direção a uma reflexão consistente sobre os acordos regionais e instâncias de pactuação no território gaúcho. Ao fazerem esse movimento, contribuíram para pensarmos o processo de regionalização da saúde e o planejamento regional no Rio Grande do Sul, fornecendo elementos importantes para refletir sobre esses temas em outros cenários.

No projeto de governo sobre a regionalização da saúde e o planejamento regional, os meios e objetivos identificados foram o financiamento, a solidariedade, o acesso, os consórcios de saúde, os modelos de oferta e contratualização das ações e serviços de saúde. Na capacidade de governo nas Redes de Atenção à Saúde e as instâncias de pactuação, as formas de conduzir, manobrar e superar que emergiram da análise foram a Comissão Intergestores Regional, a desconcentração/descentralização dos serviços de saúde, a intersetorialidade e a participação do controle social.

Quanto à governabilidade e a governança como fatores de aceitação e rechaço do projeto, os entrevistados identificaram o gestor não ter tempo e/ou não

priorizar os processos de planejamento e gestão em saúde, gestores como figuras políticas e sem preparação, o corpo técnico sem formação específica, os vazios assistenciais e a fixação de profissionais. Sinaliza-se que, conforme o prisma observado, os fatores de aceitação podem ser tornar fatores de rechaço do projeto e vice-versa.

Ademais, o esforço interpretativo a partir da Teoria Matusiana do Triângulo de Governo não resume os processos de regionalização da saúde, no cenário estudado, haja vista a complexa teia de relações imbricadas. Todavia, pode nos oferecer pistas sobre caminhos possíveis a serem trilhados na temática da gestão e da regionalização da saúde.

Como limitações do presente estudo, aponta-se o desenho metodológico da pesquisa qualitativa que nos permite construir algumas pistas para o entendimento das questões advindas das falas dos entrevistados, mas não contribui para o estabelecimento de inferências e extrapolações. Todavia, as presentes reflexões podem ajudar a aprofundar aspectos da regionalização da saúde, desde a perspectiva dos gestores municipais de saúde, objetivando explicitar os desafios para fortalecer os processos de gestão no SUS.

Nessa perspectiva, parece que o planejamento e a regionalização da saúde têm uma agenda desafiadora para o fortalecimento do SUS, a saber: enfrentar o subfinanciamento do sistema público; superar as inequidades em saúde; erradicar, tanto quanto possível, as doenças infecciosas e parasitárias; enfrentar a transição epidemiológica; formar adequadamente os profissionais e gestores da saúde para atuar no SUS; fortalecer os processos de gestão e tomada de decisão; bem como, efetivar o acesso adequado dos usuários às ações e serviços de saúde – desafios estes que têm possibilidades de se tornarem objetos analíticos a serem explorados em estudos futuros.

Conclui-se que, para o planejamento em saúde ser factível e executável é preciso o apoio político, o financiamento adequado e a participação social na defesa e implementação dos SUS. Por mais que o planejamento e a regionalização da saúde contribuam para organizar o sistema público de saúde, essas estratégias sozinhas não dão conta de todas as mudanças necessárias. É preciso que outra governança - processo mais amplo e participativo de diferentes atores, que transcende a governança - seja efetivada. Assim, o planejamento e a regionalização da saúde, poderão ter maiores chances de serem concretizados e cumprir sua potencialidade tão imprescindível no sistema público de saúde brasileiro.

## REFERÊNCIAS

ALELUIA, Ítalo Ricardo Santos; MEDINA, Maria Guadalupe; VILASBÔAS, Ana Luíza Queiroz; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Gestão do SUS em regiões interestaduais de saúde: análise da capacidade de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1883-1894, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.10392021>

ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS, Adriano Maia dos; SANTOS, Valdomiro da Paixão; SILVEIRA FILHO, Roberto Moreira. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde e**

**Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153295>

ANDRADE, Sílvia Karla Vieira; MENDONÇA, Fernanda de Freitas; ENDLICH, Angela Maria; GONZALEZ, Alberto Durán. Consórcio Público de Saúde no processo de regionalização: análise sob o enfoque da ação coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. e320107, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320107>

ARCARI, Janete Madalena; BARROS, André Phylippe Dantas; ROSA, Roger dos Santos; MARCHI, Renato De; MARTINS, Aline Blaya. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 407-420, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 70ª Edição. Lisboa: Edições, 2011.

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; TRAD, Leny Alves Bonfim. Consenso e pactuação regional entre gestores do SUS no nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4519-4527, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25922019>

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>

FLEXA, Raquel Gonçalves Coimbra; BARBASTEFANO, Rafael Garcia. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 325-338, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>

LUI, Lizandro; SCHABBACH, Letícia Maria; DALLA NORA, Carlise Rigon. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 5065-5074, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.03752019>

MARTINELLI, Lúcia Martinelli *et al.* Regionalização e Rede de Atenção à Saúde em Mato Grosso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. e210195pt, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210195pt>

MATUS, Carlos. **Triângulo de Governo**. Caracas: Strategia Consultores LTDA, 2005.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler *et al.* Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 129-140, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162817>

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; GERHARDT, Tatiana Engel. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 160-170, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005201>

NOGUEIRA, Maria Sônia Lima; OLIVEIRA, Lucia Conde de; COSTA, Liduína Farias Almeida da. Comissão Intergestores Regional como mecanismo de governança da política de saúde no Ceará. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 263-274, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112901>

OUPERNEY, Assis Luiz Mafort; CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; MACHADO, Nádia Maria da Silva; MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes. Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe 7, p. 75-91, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S706>

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálysis**, Santa Catarina, v. 21, n. 2, p. 324-335, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p324>

REIS, Ademar Arthur Chioro dos; SÓTER, Ana Paula Menezes; FURTADO, Lumena Almeida Castro; PEREIRA, Silvana Souza da Silva Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016>

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>

SILVA, Renan Carlos Freitas da; SANTOS, Erlene Roberta Ribeiro dos; MARTELLI, Petrônio José de Lima; SOBRINHO, José Eudes Lorena; SOUTO, Camila da Costa Lima. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. e30033, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300331>

SILVEIRA FILHO, Roberto Moreira; SANTOS, Adriano Maia dos; CARVALHO, Jamille Amorim; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300008>

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos; MARZIALE, Maria Helena Palucci; SILVA, Gilberto Tadeu Reis; NASCIMENTO, Paula Lima Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, p. eAPE02631, 2021. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>

TÃNO, Bruna Lidia; MATSUKURA, Thelma Simões. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. e290108, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290108>

TESTON, Luci Maria; MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; LOUVISON, Marília Cristina Prado. Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 314-328, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912102>

**Priscila Farfan Barroso.** Doutora em Antropologia Social, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil. Professora Assistente. E-mail: [prifarfan@gmail.com](mailto:prifarfan@gmail.com). ORCID: 0000-0002-4815-4792

**André Luis Alves de Quevedo.** Doutorando em Políticas Públicas, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Especialista em Saúde. E-mail: [andrequedevo\\_sls@hotmail.com](mailto:andrequedevo_sls@hotmail.com). ORCID: 0000-0001-9314-7578

**Arthur Chioro.** Doutor em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de São Paulo. Universidade Federal de São Paulo, Brasil. Professor Adjunto. E-mail: [arthur-chioro@unifesp.br](mailto:arthur-chioro@unifesp.br). ORCID: 0000-0001-7184-2342

**Cristian Fabiano Guimarães.** Doutor em Psicologia Social e Institucional, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Universidade Federal de São Paulo, Brasil. Professor Adjunto. E-mail: [crisfabg@gmail.com](mailto:crisfabg@gmail.com). ORCID: 0000-0003-3101-634X

Submetido em: 18/03/2023

Aprovado em: 31/01/2024

#### CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

Conceituação: Priscila Farfan Barroso, André Luis Alves de Quevedo, Cristian Fabiano Guimarães, Arthur Chioro

Curadoria de Dados: Priscila Farfan Barroso, André Luis Alves de Quevedo, Cristian Fabiano Guimarães

Análise Formal: Priscila Farfan Barroso, André Luis Alves de Quevedo, Cristian Fabiano Guimarães, Arthur Chioro

Obtenção de Financiamento: Cristian Fabiano Guimarães, Priscila Farfan Barroso

Investigação/Pesquisa: Priscila Farfan Barroso, André Luis Alves de Quevedo, Cristian Fabiano Guimarães, Arthur Chioro

Metodologia: Priscila Farfan Barroso, Cristian Fabiano Guimarães, André Luis Alves de Quevedo, Arthur Chioro

Administração do Projeto: Cristian Fabiano Guimarães, Priscila Farfan Barroso





Supervisão/orientação: Priscila Farfan Barroso, Cristian Fabiano Guimarães, Arthur Chioro

Escrita – Primeira Redação: Priscila Farfan Barroso, André Luis Alves de Quevedo, Cristian Fabiano Guimarães, Arthur Chioro

Escrita – Revisão e Edição: André Luis Alves de Quevedo, Cristian Fabiano Guimarães, Arthur Chioro

**Fontes de financiamento:**

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS)