



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

**ANA CAROLINA FONSECA MARQUES FERREIRA
GONÇALVES**

**AVALIAÇÃO DA GOVERNANÇA REGIONAL EM UMA
REDE INTERESTADUAL DE SAÚDE: UM ESTUDO DE
CASO**

**RECIFE
2018**

ANA CAROLINA FONSECA MARQUES FERREIRA GONÇALVES

**Avaliação da governança regional em uma rede interestadual
de saúde: um estudo de caso**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientadora: Luciana Santos Dubeux

Coorientadora: Reneide Muniz da Silva

RECIFE
2018

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica BAB-031/2018
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

G635a Gonçalves, Ana Carolina Fonseca Marques Ferreira

Avaliação da governança regional em uma rede interestadual de saúde: um estudo de caso / Ana Carolina Fonseca Marques Ferreira Gonçalves. Orientadora: Luciana Santos Dubeux. Coorientadoras: Reneide Muniz da Silva – Recife: Do Autor, 2018.

102 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2018.

1. Avaliação em saúde. 2. Governança. 3. Estudo de caso. I. Dubeux, Luciana Santos, Orientadora. II. Silva, Reneide Muniz da, Coorientadora. III. Título.

CDD 362.1072

ANA CAROLINA FONSECA MARQUES FERREIRA GONÇALVES

**Avaliação da governança regional em uma rede interestadual
de saúde: um estudo de caso**

Dissertação apresentada ao Instituto
de Medicina Integral Prof. Fernando
Figueira como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em
Avaliação em Saúde

Aprovada em: ____ de _____ de 2018

BANCA EXAMINADORA

Petrônio José de Lima Martelli
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Paulo Germano de Frias
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

Luciana Santos Dubeux
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus filhos, Pedro e Maria, meu esposo, meus pais, minhas duas irmãs Vitória e Luíza, minha família e amigos pela certeza que tenho do mais sincero amor e pela presença que se faz constante em minha vida, o que carrego como motivação.

À minha prima, Camila (em memória), cuja partida prematura me fez olhar a vida com outra perspectiva, encarando meus medos, buscando novos desafios e não permitindo que barreiras me impedissem de atingir meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que está sempre comigo e me guia em minha jornada, sem sua presença em minha vida, nada conseguiria realizar, pois é Ele que me dá forças. Minha fé me leva à Deus e meu Deus ilumina meus passos.

Agradeço aqueles que de alguma forma contribuíram para elaboração deste estudo. Em especial, às minhas orientadoras, Luciana Dubeux e Reneide Muniz pela confiança que depositaram em mim, paciência, apoio e atenção, sem igual, durante toda a realização deste trabalho. À minha família e aos meus verdadeiros amigos pela força e compreensão nas horas mais difíceis; a todos os participantes do estudo pela disponibilidade e interesse em contribuir com este trabalho.

EPÍGRAFE

“Unir-se é um bom começo,
manter a união é um progresso,
e trabalhar em conjunto é a vitória”.

Henry Ford

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco é uma macrorregião interestadual que envolve municípios territorialmente contíguos, mas pertencentes a estados diferentes, que compartilham interesses comuns e trabalham ativamente através de arranjos de governança. A governança é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada. Implica, ainda, o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização, que contemple a diversidade de interesses e favoreça relações de cooperação entre os atores envolvidos. **OBJETIVO:** Analisar a pertinência da governança da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo avaliativo, com abordagem qualitativa, tendo como estratégia metodológica o estudo de caso único. Para o delineamento da intervenção foi realizada uma análise documental, considerando o acervo teórico-conceitual e documentos normativos referentes à Governança, Governança Regional e Rede Peba. Foi elaborado o modelo lógico e elencados os elementos da intervenção, seus componentes, a coerência interna e a lógica do programa. Foram realizadas entrevistas com informantes-chaves considerando sua relevância e a diversidade de suas funções na participação da governança da Rede Peba. **RESULTADOS:** A identificação dos problemas prioritários foi o cerne para o planejamento e implementação da Rede Peba. Após as iniciativas de reuniões conjuntas para instituição da Rede, houve a formalização do Colegiado de Cogestão Interestadual de Pernambuco e da Bahia, contando com participações de atores de ambos os estados, sendo este o fórum de articulação, negociação e pactuação à luz do Decreto Ministerial 7.508/2011. O modelo lógico foi expresso em cinco componentes: Planejamento e Gestão, Articulação Interestadual, Financiamento, Monitoramento e Avaliação, e Transparência. Para cada componente consideraram-se os insumos, as atividades e os resultados esperados. A análise do contexto envolto na arena de negociação entre os estados apresentou um caráter explicativo para a avaliação da governança interestadual. A análise das entrevistas direcionou ao levantamento de quatro categorias: Implantação e Desenvolvimento; Planejamento e Gestão da RAS; Gestão Solidária e Cooperativa; e Sustentabilidade. **CONCLUSÕES:** A governança da rede apresenta pertinência parcial, pois cabe destacar tanto as potencialidades e dificuldades. Mesmo com suas limitações, a conformação da Peba pode incentivar a instituição de outras redes interestaduais de saúde no país em outras realidades das fronteiras territoriais existentes, estejam elas organizadas em redes que ultrapassam os limites dos territórios ou expondo a necessidade dessa organização para que os gestores se mobilizem na formalização de um fluxo orquestrado, sem invasões entre usuários na busca do que é constitucionalmente adquirido, o direito à saúde.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Regionalização; Estudo de Caso; Governança.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Interstate Health Network of the Vale do Médio São Francisco is an interstate macro-region that involves territorially contiguous municipalities, but belonging to different states, that share common interests and actively work through governance arrangements. Governance is understood as the capacity for intervention involving different actors, mechanisms and procedures for shared regional management. It also implies the confrontation of political and structural questions of the regionalization process, which contemplates the diversity of interests and fosters cooperative relations among the actors involved. **OBJECTIVE:** To analyze the pertinence of the governance of the Interstate Network of the Vale do Médio São Francisco. **METHOD:** It is an evaluative study with a qualitative approach, having as a methodological strategy the single case study. For the design of the intervention, a documentary analysis was performed, considering the theoretical-conceptual collection and normative documents referring to Governance, Regional Governance and Rede Peba. The logical model was elaborated and the elements of the intervention, its components, the internal coherence and the logic of the program were listed. Interviews were conducted with key informants considering their relevance and the diversity of their functions in the Peba Network governance. **RESULTS:** The identification of the priority problems was the heart of the Peba Network planning and implementation. Following the initiatives of joint meetings for the establishment of the Network, there was formalization of the Interstate Co-management Collegiate of Pernambuco and Bahia, with participation of actors from both states, being the forum of articulation, negotiation and agreement in the light of the Ministerial Decree 7.508/2011. The logical model was expressed in five components: Planning and Management, Interstate Linkage, Financing, Monitoring and Evaluation, and Transparency. For each component, inputs, activities and expected results are considered. The analysis of the context involved in the negotiation arena between the states presented an explanatory character for the evaluation of interstate governance. The analysis of the interviews orientated to the survey of four categories: Implantation and Development; Planning and Management of HCN; Solidary and Cooperative Management; and Sustainability. **CONCLUSIONS:** The network governance has partial relevance, because it is possible to highlight so many potentialities and difficulties. It should be noted that even with its limitations, Peba's conformation can encourage the establishment of other interstate health networks in the country in other realities of the existing territorial boundaries, whether they are organized in networks that go beyond the limits of the territories or exposing the necessity of that organization so that managers can mobilize in the formalization of an orchestrated flow, without intrusions among users in search of what is constitutionally acquired, the right to health.

Key words: Health Evaluation; Regional Health Planning; Case Studies; Governance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária a Saúde
Caps	Centros de Atenção Psicossocial
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
Coap	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Cosems	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
Crie	Colegiado de Cogestão Interestadual de Saúde
Cril	Central de Regulação Interestadual de Leitos
CT-Crie	Câmara Técnica do Colegiado de Cogestão Interestadual de Saúde
Dires	Diretorias Regionais de Saúde
EC-29	Emenda Constitucional nº 29
ESF	Estratégia Saúde da Família
Geres	Gerências Regionais de Saúde
GT	Grupo de Trabalho
Imip	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Mercosul	Mercado Comum do Sul
ML	Modelo Lógico
MS	Ministério da Saúde
Noas	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NRS	Núcleo Regional de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
Peba	Macrorregião Interestadual de Saúde no Vale do Médio São Francisco
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
QualiSUS	Qualificação da Atenção à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Renases	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
Ride/DF	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e entorno
RT	Redes Temáticas de Atenção à Saúde
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SE/MS	Secretaria Executiva do Ministério da Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
Sesab	Secretaria de Estado da Saúde da Bahia

SES/PE	Secretaria de Estado de Saúde de Pernambuco
Sisreg	Sistema de Regulação
SGEP/MS	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
ST-Crie	Secretaria Técnica do Colegiado de Cogestão Interestadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Topama	Região Interestadual do Bico do Papagaio
UBS	Unidades Básicas de Saúde
Univasf	Universidade Federal do Vale do São Francisco
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
Upae	Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada
USA	Unidades de Suporte Avançado
USB	Unidades de Suporte Básico

LISTA DE TABELAS, QUADROS, FIGURAS

	Página	
Quadro 1	Regiões Interestaduais e Fronteiriças Internacionais do Brasil	7
Quadro 2	Processo de criação e desenvolvimento da Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco	14
Quadro 3	Dimensões para diagnosticar a capacidade de governança das redes de políticas públicas	16
Quadro 4	Objetivos, princípios, componentes e instrumentos de gestão da governança de Redes de Atenção à Saúde	17
Quadro 5	Composição do Contrato Organizativo da Ação Pública	20
Quadro 6	Serviços de saúde e unidades operacionais dos municípios que compõem a Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco	31
Quadro 7	Documentos utilizados na análise documental e elaboração de material para entrevistas com informantes-chaves da Governança Regional da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco	32
Quadro 8	Categorias e subcategorias de análise do contexto, histórico, político e organizacional da Governança Regional da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco	37
Figura 1	Mapa do Brasil com destaque para os municípios que compõem a Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco	30
Figura 2	Modelo lógico da Governança Regional da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco – Componente Planejamento e Gestão	72
Figura 3	Modelo lógico da Governança Regional da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco – Componente Articulação Interestadual	73
Figura 4	Modelo lógico da Governança Regional da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco – Componente Financiamento	74
Figura 5	Modelo lógico da Governança Regional da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco – Componente Monitoramento e Avaliação	75

Figura 6 Modelo lógico da Governança Regional da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco – Componente Transparência 76

SUMÁRIO

I. REFERENCIAL TEÓRICO	1
1.1. A regionalização da saúde: marcos políticos e institucionais	1
1.1.1 A instituição das Redes de Atenção à Saúde no Brasil	8
1.1.2 A organização interestadual da atenção na Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco	12
1.2. Governança: abordagem teórica e conceitual	14
1.2.1 Governança Regional	21
1.3. Avaliação em Saúde	23
II. JUSTIFICATIVA	26
III. OBJETIVOS	28
3.1. Geral	28
3.2. Específicos	28
IV. MÉTODOS	29
4.1. Desenho do estudo	29
4.2. Local do estudo	29
4.3. Período de referência	31
4.4. Coleta de dados	32
4.5. Processamento e análise dos dados	35
4.6. Aspectos éticos	35
V. RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1. Análise do contexto histórico, político e organizacional da rede peba: sua influência sobre a governança interestadual	37
5.3.1 Categoria Implantação e Desenvolvimento	37
5.3.2 Categoria Planejamento e Gestão da Rede de Atenção à Saúde	44
5.3.3 Categoria Gestão Solidária e Cooperativa	56
5.3.4 Categoria Sustentabilidade	61
5.2. Identificação dos problemas da rede	66
5.3. Delineamento da intervenção: modelizando a governança da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco	69
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
APÊNDICES	91
APÊNDICE A - Instrumento semiestruturado de entrevista	91
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92

I. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A regionalização da saúde: marcos políticos e institucionais

A dinâmica das questões sociais é complexa e ultrapassa os limites geográficos, sendo o processo saúde-doença ligado às relações socioeconômicas, políticas e culturais que são construídas historicamente a partir de amplas bases territoriais¹. São enormes as diferenças entre os entes federados no Brasil, onde a maioria dos municípios é de pequeno porte populacional (até 20.000 habitantes) não possuindo demanda suficiente que justifique a oferta de ações e serviços de maior complexidade, tampouco recurso necessário para alocar todos os níveis de atenção em seus limites geográficos. Estes são responsáveis pela gestão de serviços de atenção primária, ficando a oferta de serviços de média e de alta complexidade concentrada nos grandes centros urbanos, sobretudo, nas capitais dos entes federativos o que dificulta o acesso aos serviços de saúde e a continuidade do cuidado^{2,3}.

A concretização de um sistema de saúde onde não existem as barreiras de acesso entre os níveis de atenção e que ultrapasse as fronteiras municipais, estaduais e nacionais é um problema persistente e de difícil solução. Para superar esses desafios é importante construir bases consistentes de planejamento regional^{4,5}. Esses processos necessitam do fortalecimento de mecanismos de coordenação que resultem na formação de parcerias aprovadas pelos entes federativos⁶. A coordenação, entendida como as formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta presentes nas federações, é um elemento-chave para interdependência e a amenização dos conflitos existentes entre eles^{2,7}.

Viana e Lima (2011)² afirmam que operar o processo cooperativo é fundamental para a otimização do uso de recursos. No caso de enfrentamento de problemas de ação coletiva que atingem mais de uma jurisdição é necessário o auxílio aos territórios de menor porte populacional, ou com menos recursos para realizarem determinadas tarefas e melhor integrarem o conjunto de políticas compartilhadas. Evitam-se os conflitos de interesses intergovernamentais e o repasse de custos de um ente à nação; que se expressam, por exemplo, nas dificuldades de atendimento dos usuários em unidades mais complexas situadas em municípios-pólo.

Diante desta questão, a incorporação de sistemas regionalizados poderá ser tomada como alternativa. Desde 1920, na Inglaterra, o processo de regionalização da saúde se remete à organização do sistema de serviços em uma base territorial^{2,8}. Contudo, além da dimensão organizativa, a de regionalização envolve questões políticas e de distribuição de poder. Configura-se como um processo político dependente das relações intergovernamentais⁹ e entre Estado e sociedade¹⁰ e para que aconteça é necessário determinar os limites geográficos de uma Região de Saúde, estabelecendo relações dos atores e das organizações envolvidas no processo de concretização de rede integrada de saúde^{11,12}.

A implementação de sistemas regionalizados acontece de formas diversificadas. Em países europeus, com sistemas de saúde universais, as agendas de descentralização e regionalização caminharam articulando-se para conformar uma rede de saúde territorialmente integrada e compartilhada. Nos países latino-americanos houve maior destaque para a descentralização, ficando em segundo plano os mecanismos de

integração, como a interdependência e cooperação entre sujeitos/instituições e a coordenação do cuidado, para construção de um sistema¹³.

No Brasil, a configuração de uma rede de saúde universal, com a conformação de regiões de saúde aconteceu constitucionalmente no período de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990. Porém coincidiu com a emergência de uma agenda de Reforma do Estado, transformações na estrutura econômica e política do país impulsionando, no plano federativo, a reconcentração de poder na União. Em consequência, a instância federal conduziu o SUS à descentralização municipal, o que segundo Lucchese (1996)¹⁴, provocou a atomização de sistemas municipais de saúde, ou a municipalização autárquica, na concepção de Mendes (1998)¹⁵, por desencadear um efeito fragmentador ao privilegiar os municípios sem a face da regionalização e desconsiderando o papel da gestão estadual^{2,4,11,16,17}.

A descentralização em saúde foi fundamentada nas Normas Operacionais Básicas¹⁸ e aproximando as políticas públicas das especificidades locais, superando uma visão uniforme da realidade brasileira. O município é permeável às demandas sociais, pois está na base territorial onde as pessoas vivem, trabalham, adoecem, constroem seus relacionamentos, utilizam espaços de cultura e lazer.

A NOB/SUS 01/91 centralizou a gestão do SUS no nível federal, no extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps); e estabeleceu os convênios como forma de transferência de recursos federais para os Estados, Distrito Federal e Municípios¹⁹. Posteriormente, a NOB/SUS 01/93 desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições

de gestão (incipiente, parcial e semiplena). Este instrumento cria a transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena; define o papel dos Estados de forma frágil, ainda assim, esses assumem o papel de gestor do sistema estadual de saúde; constituindo as Comissões Intergestores como espaços de negociação e deliberação²⁰. A NOB/SUS 01/96 promove um avanço no processo de descentralização, com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), repassando fundo a fundo de forma regular e automática os recursos financeiros aos municípios habilitados como Plena da Atenção Básica; propulsiona a reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs); aprimora o planejamento e define a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI); define as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das Condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde para os municípios, e Avançada do Sistema Estadual e Plena de Sistema Estadual para os Estados²¹.

Apesar do avanço constitucional, a ênfase política e normativa da regionalização aconteceu mais de uma década depois, com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas/SUS 01/01)²². Esta diretriz é reforçada como estratégia de reorganização dos sistemas de saúde, buscando fortalecer o papel dos estados e garantir a integralidade da assistência consolidando a atenção básica como a porta de entrada do usuário ao SUS. Institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento da regionalização da assistência nos estados. Tal instrumento baseia-se na definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção²².

Segundo Mendes (2001)²³ a Noas/SUS 01/01 parece tentar compensar a NOB/SUS 01/96 e a radicalização da municipalização no país. Porém, essa norma teve pouca aceitação dos municípios devido ao excessivo grau de normatização e a rigidez dos processos, resultando na construção e publicação do Pacto pela Saúde em 2006. Esse resalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e introduz estratégias de integração e articulação da política de saúde. Institui como marco fundamental de consolidação institucional o desafio de superar a fragmentação do SUS e um novo formato na condução das relações intergovernamentais com corresponsabilização pela gestão de políticas com responsabilidades específicas de cada esfera do governo^{22,24}.

O Pacto de Gestão do SUS parte da constatação que o Brasil é um país continental e com muitas desigualdades regionais. Além de definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e na descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e diversidade que respeite as singularidades regionais. Esse pacto estabelece as responsabilidades de cada ente federado para diminuir as competências concorrentes e contribuir para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS²⁴; reforça a territorialização como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional; reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação; explicita as diretrizes para o financiamento público tripartite, integrando em grandes blocos e estabelecendo relações contratuais entre os entes federativos; situa as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização, Regionalização, Financiamento, PPI, Regulação, Participação e Controle Social, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde²⁴.

Em 2011, o Ministério da Saúde publica o Decreto 7.508, regulamentando a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e orienta a constituição de redes regionalizadas e a definição de regiões de saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde^{22,24,25}. As Regiões de Saúde são espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, instituídas pelo estado, em articulação com os municípios, respeitadas as diretrizes pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)²⁵. O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap) é elaborado a partir do acordo de colaboração entre entes federados, onde são definidas as responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros, forma de controle e fiscalização de sua execução, entre outros. No final de 2013, o Coap foi oficializado apenas no Ceará e Mato Grosso do Sul, o que indica como outros estados encararam os contratos das responsabilidades dos sistemas de saúde com a União²⁶.

Implícito nas normatizações, no intuito de impulsionar a regionalização, o corte no nível assistencial para delimitação de uma Região de Saúde deve estabelecer critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade. As Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma Região, conformando uma macrorregião²⁴. Assim, uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) se completa na macrorregião admitindo o princípio da suficiência, em que as ações e serviços estejam disponíveis em quantidade e qualidade para atender as necessidades de saúde da população²⁷. Podem ser instituídas

desde o Pacto 2006, Regiões de Saúde: 1) Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional; 2) Intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado; 3) Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados; 4) Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos^{24,25}.

No Brasil, são três as Regiões Interestaduais de saúde, sendo a Macrorregião do Vale do Médio São Francisco (Pernambuco e Bahia), pioneira. Sobre as Regiões Fronteiriças internacionais, Machado (2005)²⁸ propõe uma sub-regionalização da Faixa de Fronteira brasileira em três grandes arcos (Norte, Central, Sul)^{29,30,31,32} (Quadro 1).

Quadro 1 – Regiões Interestaduais e Fronteiriças Internacionais

Rede	Estados	Características
Região Interestadual do Vale do Médio São Francisco (Peba)	Pernambuco Bahia	Constitui-se sob o ponto de vista de região de atenção à saúde, em uma macrorregião interestadual.
Região Interestadual do Bico do Papagaio (Topama)	Tocantins Pará Maranhão	Região integrante da Amazônia Legal e compreende 110 municípios – 65 no Tocantins, 22 no Pará e 23 no Maranhão – distribuídos em 14 regiões de saúde.
Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride/DF)	Goiás Minas Gerais Distrito Federal	Região integrada de desenvolvimento econômico que tem como objetivo articular e harmonizar as ações administrativas da União, estados e DF.
Região Fronteiriça - Arco Norte	Amapá ao Acre	Predomínio de população indígena Fronteira com: Guiana Francesa, Suriname, Guiana, Venezuela, Colômbia, Peru e Bolívia.
Região Fronteiriça - Arco Central	Rondônia Mato Grosso Mato Grosso do Sul	Fronteira com: Bolívia e do Paraguai
Região Fronteiriça - Arco Sul	Paraná Santa Catarina Rio Grande do Sul	Fronteira com: Paraguai, Argentina e Uruguai. Permeáveis e de interações intensas com os países vizinhos, desde a criação do Mercado Comum do Sul (Mercosul)

Fonte: Adaptado de Pernambuco-Bahia, 2009³³, Tocantins-Pará-Maranhão, 2012³⁴ e Brasil, 2011b³⁵.

Muitas são as dificuldades na consolidação de um governo regional diante da insuficiência no financiamento, frágeis políticas de gestão do trabalho e constrangimentos na oferta de serviços e nos tempos de espera. A interferência do setor privado no SUS em todo o processo de regionalização e relações de conflito e disputa entre os municípios, à revelia da discussão regional, enfatizam o papel estratégico do gestor estadual na indução da regionalização e a constituição de colegiados regionais^{1,36}.

Através da organização e desenvolvimento de RAS é possível prover ações e serviços de saúde com garantia de acesso equânime a uma atenção integral, resolutiva, de qualidade, humanizada e em tempo adequado^{37,38}.

1.1.1 A instituição das Redes de Atenção à Saúde no Brasil

Na complexidade envolvente no fortalecimento da regionalização, um longo e intenso processo de negociação e pactuação com os gestores estaduais e municipais finalizou-se com a publicação da Portaria nº 4.729/2010, que trata da organização de RAS no SUS³⁷. Como estratégia, visa superar a fragmentação da atenção e cria as condições normativas para uma adequada gestão regional estabelecendo os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS^{18,37,38}. Esta é definida como: *“Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”*³⁷.

A operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e pelo modelo de atenção à

saúde. As RAS devem ser capazes de identificar a população que ocupa a região de saúde definida pelo PDR. A estrutura operacional da rede é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Os componentes da estrutura operacional incluem: Atenção Primária a Saúde (APS) - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança. O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando as relações entre a população, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias^{18,27,37,38}.

A organização da RAS exige a configuração da região de saúde, que implica na delimitação dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados neste território. Essa organização em rede busca promover a integração regional de ações e serviços de saúde mediante planejamento regional integrado, a qual deve garantir a atenção integral da saúde, de maneira contínua, com a APS sendo a ordenadora da rede^{18,37,38,39}.

A Rede Regionalizada de Atenção à Saúde respeita as diversidades regionais, imprime maior racionalidade ao sistema de saúde, contribui para a superação da fragmentação, e favorece a integralidade da atenção^{18,37,38,39}. Assim, são definidas como:

“Estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos”¹.

A instituição de uma lógica de redes regionalizadas com elementos estratégicos de integração intermunicipal e interestadual oferece condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos. É fundamental a articulação e coerência, além da orientação única dos processos decisórios no espaço regional^{1,11}, partindo da percepção dos envolvidos acerca da interdependência e das relações entre as partes, da instituição de instâncias organizacionais de suporte e intermediação e estabelecimento de regras mínimas que regulam a decisão¹.

No Brasil, devido à necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças específicas, que acometem as pessoas ou as populações, o MS concentrou seus esforços na organização de Redes Temáticas de Atenção à Saúde (RT). Estes aparatos são arranjos de serviços de saúde organizados em função da atenção a grupo de riscos ou agravos específicos ou ainda da atenção a indivíduos em uma fase determinada do ciclo de vida e conformam redes verticais envolvendo serviços de diferentes níveis hierárquicos do sistema. Esses serviços organizados tecnologicamente podem potencializar a qualidade e a continuidade do cuidado admitindo particularidades e aspectos específicos que podem exigir diferentes ofertas assistenciais^{40,41}.

A opção do MS na organização de RT foi positiva ao pensar que ‘partes’ do sistema funcionam com a lógica de RAS, podem influenciar a organização do todo a partir da mesma lógica, sendo uma estratégia para a concretização dessas redes no futuro⁴². Porém, diante do esforço de superar a fragmentação do cuidado, o desenvolvimento de RT constitui-se em uma rede à parte⁴³.

Não se podem negar as particularidades existentes na abordagem ao paciente com doenças crônicas, no atendimento à maternidade ou às urgências e emergências, mas o que é preciso articular são redes integradas de cuidados, principalmente ao considerar que a maioria dos pacientes apresenta múltiplas morbidades⁴³. Segundo Chueiri *et al.* (2014)⁴² as RT não são sinônimo de RAS, pois se caracterizam pela organização da atenção através de redes para subpopulações (gestantes, crianças, idosos) e/ou temas específicos (doenças crônicas, urgência/emergência, saúde mental), não tendo foco em todo o sistema.

Em 2011, a partir de pactuação tripartite são priorizadas as RT: Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à mulher e de atenção à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências - Saúde Toda Hora; Rede de Atenção Psicossocial, com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero); e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência - Viver Sem Limites⁴⁰.

A implantação de RAS decorre da constatação de que a segmentação dos componentes de um sistema de saúde e a fragmentação do cuidado constituem fatores de ineficiência e baixa qualidade na atenção aos usuários⁴⁴. As redes de saúde devem se organizar a partir da necessidade da população em uma região de saúde através de um planejamento regional que considere em primeiro lugar a adequação da distribuição geográfica das unidades de saúde, incluindo todos os seus componentes^{38,45,46}. A organização dos serviços de regiões de saúde em redes regionalizadas e integradas pressupõe que se

estabeleçam relações horizontalizadas entre os mesmos, em contraposição às clássicas formas verticalizadas e piramidais do sistema de saúde⁴⁴.

Diante da necessidade de implantação de uma rede de atenção à saúde regional que incorporasse os estados da Bahia e Pernambuco surgiu a Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco, tratada no presente estudo como Rede Peba. Essa rede é o produto da articulação prévia de ações e serviços de saúde, entre os municípios de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA) - cidades separadas fisicamente apenas pela ponte Presidente Dutra - e que durante o processo de implantação incluiu outros municípios de microrregiões de ambos os estados^{47,48}. A Peba é pioneira no Brasil e apresenta singularidades quanto ao seu processo de implantação e funcionamento.

1.1.2 A organização da atenção na Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco (Peba)

Na configuração de regiões interestaduais de saúde, a região fronteira entre Pernambuco e Bahia teve protagonismo no país. Para reordenamento das ações e serviços de saúde, para garantir acesso, resolutividade e integralidade da atenção, a gestão municipal de Petrolina/PE e Juazeiro/BA discutiram modelos e formas de organização das ações e serviços de média e alta complexidade. Na busca da complementaridade da atenção à saúde das populações constituiu-se a Rede Interestadual de Saúde no Vale do Médio São Francisco. Pioneira no país, buscou-se a racionalização dos gastos e otimização dos recursos³³.

O processo de criação da primeira Macrorregião Interestadual de Saúde do país iniciou-se em setembro de 2008 pela publicação da Portaria nº 1.989/2008, que constituiu o Grupo de Trabalho (GT) para implementação da Rede, compreendendo as regiões de Juazeiro – BA e de Petrolina – PE^{33,49}. O GT foi composto por representantes da Secretaria-Executiva – SE/MS; Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS; Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGE/MS; Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab); Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES/PE); representantes dos municípios envolvidos; um representante do Cosems; um Apoiador Local do MS; e representante das Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras⁴⁹.

O GT funcionou por meio de oficinas para o alinhamento conceitual e metodológico, a pactuação dos compromissos, a elaboração do Mapa de Saúde da região; a formulação dos objetivos, metas e principais linhas de ação⁵⁰.

Em 2010, foi instituído o Colegiado de Cogestão da Rede Interestadual de Saúde (Crie), após aprovação da CIB de ambos estados iniciando a discussão para a PPI. Este tipo de cogestão foi uma tentativa de democratização na tomada de decisões que envolvem os dois estados^{33,50} e os encontros do GT passaram a ser sistematizados nessa instância de cogestão, o Crie.

Quadro 2 – Processo de criação e desenvolvimento da Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco

PERÍODO	ACONTECIMENTO
Set/2008	Portaria nº 1.989, de 23 de setembro de 2008 que institui Grupo de Trabalho para implementação do Projeto.
Abr/2009	Assinatura da Carta do Vale do Médio São Francisco
Abr/2009	1º Fórum Macrorregional da Região de Saúde do Vale do Médio São Francisco
Mai/2009	Assinatura do Termo de Compromisso entre os Estados sobre a Rede de Alta Complexidade em Oncologia
Dez/2009	2º Fórum Macrorregional da Região de Saúde do Vale do Médio São Francisco
Mar/2010	Início do processo de discussão para formulação da PPI Interestadual. Apresentação das Diretrizes para o Plano Diretor de Investimentos – PDI 2010/2013
Mar/2010	Instituição do Colegiado de Co-Gestão Interestadual – Crie
Mai/2010	Início da elaboração dos projetos de acordo com as prioridades elencadas no PDI
Jan/2011	Assinatura do Pacto Intergestores pela Implantação da Rede Interestadual de Saúde
Jan/2011	3º Fórum Macrorregional da Região de Saúde do Vale do Médio São Francisco
Mar/2011	Definida a Implantação da 1ª Central de Regulação Interestadual de Leitos do Brasil, em reunião do Crie
Ago/2011	Inauguração da Central de Regulação Interestadual de Leitos (Cril), primeira do Brasil

Fonte: Adaptado de Pernambuco-Bahia, 2009³³ e Rodrigues *et al.*, 2016⁵⁰

1.2 Governança: abordagem teórica e conceitual

O termo governança passou por uma transição semântica, partindo inicialmente do termo governação, tendo como referência o modo de governar. Em seguida, ampliou o sentido para indicar um estilo de governo centrado na cooperação e na interação entre o Estado e os atores não estatais no contexto de redes decisórias mistas entre o público e o privado. Posteriormente, abarcou todas as formas de coordenação das ações de indivíduos e organizações como formas primárias da construção da ordem social⁵¹. O termo é polissêmico, e ainda observado em conjunção ou em divergência com outros, como governabilidade⁵² e liderança⁵³.

Rosenau e Czempiel (2000)⁵² ressaltam as diferenças conceituais entre governança e governabilidade. Enquanto governabilidade sugere atividades sustentadas pelo poder de autoridade que garante a implementação das políticas formalmente instituídas, governança refere-se a atividades apoiadas em objetivos comuns, que podem ou não derivar de responsabilidades legais e formalmente prescritas não dependendo, necessariamente, de autoridade para que sejam aceitas e vençam resistências. A decisão não é baseada na ordem ou na hierarquia, características relativas ao conceito de governabilidade. Fundamenta-se na negociação e a finalidade é a diversidade e não somente a unidade, que é um objetivo mais direcionado a governabilidade^{54,55}.

A governança são redes intergovernamentais auto-organizadas com as seguintes características: interdependência entre as organizações; abrangência dos atores não estatais; interações continuadas entre membros da rede, causadas pela necessidade de trocar recursos e de negociar propósitos comuns; interações enraizadas na confiança e regulamentadas pelas regras do jogo negociado e acordadas pelos participantes da rede; e um grau significativo de participação do Estado⁵⁶. O Estado, porém, não é um ator dominante que impõe unilateralmente seus desejos. Estruturas hierárquicas de centralismo impositivo e de ações de cima para baixo não funcionam numa rede. Os estilos de gestão e coordenação monocêntricos e monorracionais não se adéquam às redes⁵⁷.

Calmo e Costa (2013)⁵⁸ apresentam dimensões para diagnosticar a capacidade de governança das redes de políticas públicas: capital social; institucionalização;

sustentabilidade; estrutura e instrumentos de coordenação; comunicação e informação e análise (Quadro 3).

Quadro 3 – Dimensões para diagnosticar a capacidade de governança das redes de políticas públicas

Dimensão	Descrição
Capital Social	Credibilidade e confiança mútua entre os atores, com ampla participação nos processos decisórios, com transparência, fiscalização e responsabilização das ações.
Institucionalização	Formalização de normas e procedimentos, que definam de forma clara os fóruns de decisão, a divisão de competências e atribuições dos atores.
Sustentabilidade	Capacidade de realizar ações contínuas e de longa duração, o que requer contínua adaptação a transformações e a busca permanente de aperfeiçoamentos em sua forma de atuar.
Estrutura e Instrumentos de Coordenação	Coordenação das ações realizadas a partir de órgãos colegiados com ampla participação dos atores. O planejamento, as diretrizes e os contratos de cooperação são alguns dos principais instrumentos de coordenação das redes.
Comunicação	Comunicação entre atores mediante sistemas formais e informais de consultas mútuas para o intercâmbio de informações.
Informação e Análise	Informações confiáveis analisadas e disseminadas em tempo hábil, para subsidiar o processo de tomada de decisão.

Fonte: Adaptado de Calmo e Costa (2013)⁵⁸

Segundo Mendes (2011)²⁷, a governança de RAS pode ser definida como o arranjo organizativo pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes da rede, de forma a gerar a cooperação entre os atores sociais envolvidos, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita²⁷. Os componentes da governança das RAS, assim como seus objetivos, princípios e instrumentos de gestão estão descritos a seguir (Quadro 4).

Quadro 4 – Objetivos, princípios, componentes e instrumentos de gestão da governança de RAS

Objetivos	Garantir o cumprimento dos pactos e acordos entre os atores;	
	Manejar os conflitos de interesse;	
	Direcionar a ação segundo os princípios da transparência e prestação de contas;	
	Estabilizar progressivamente a rede baseada em resultados dos pactos entre os atores;	
	Respeitar às regras do jogo e os resultados da rede.	
Princípios	Prestação de contas	Implica a supervisão da atuação dos atores da rede
	Transparência	Incrementa a legitimidade do processo de tomada de decisão e permite concretizar a prestação de contas
	Participação	Os atores devem incorporar-se ao processo de tomada de decisões estratégicas de acordo com as regras do jogo estabelecidas
	Eficácia	Necessário para alcançar os objetivos das RAS
	Coerência	Os objetivos e ações da RAS devem estar baseados na visão e estar coordenados
Componentes	Atores estratégicos e recursos de poder	São indivíduos ou grupos com recursos ou poder suficientes para influir nas regras ou procedimentos de tomada de decisões e de solução de conflitos coletivos. Atores estratégicos do SUS: MS, as SES, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as Comissões Intergestoras, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), os consórcios de saúde, os Conselhos de Saúde, prestadores de serviços e instituições corporativas.
	Regras do jogo	Referem-se a regulamentos, leis e procedimentos que regulam debates, se alcançam acordos e se dirimem conflitos nos espaços públicos de decisão. O arcabouço legal é constituído por: legislação constitucional, leis complementares e ordinárias, decretos, portarias, resoluções, instruções normativas, deliberações, diretrizes clínicas baseadas em evidência e outros instrumentos jurídicos formais
	Estrutura de governança	Territorial (princípio da suficiência); Institucional (CIT, CIB, CIR); Gestão (gestão com base na população); e Financiamento

Quadro 4 – Objetivos, princípios, componentes e instrumentos de gestão da governança de RAS (Cont.)

Instrumentos de gestão	Plano Diretor de Regionalização (PDR)	Plano que define os territórios sanitários que envolvem os espaços de atenção à saúde e os fluxos das pessoas usuárias do SUS no âmbito regional
	Plano regional integrado	Resultado do planejamento integrado dos entes federativos e deverão conter metas de saúde e utilizar o mapa da saúde na identificação das necessidades de saúde da região
	Sistema de contratualização (Coap)	Instrumento jurídico que explicita os compromissos pactuados em cada região de saúde
	Sistema de comunicação	Estabelecimento dos canais de comunicação internos (com a própria rede) e externos (com a sociedade) baseando-se nos princípios da transparência e da prestação de contas (<i>accountability</i>)
	Sistema de financiamento	Formas de alocação dos recursos financeiros para aumentar a equidade financeira, a eficiência dos recursos, a qualidade dos serviços e gerar valor para as pessoas usuárias.

Fonte: Adaptado de Francesc *et al.*, 2012⁵⁹ e Mendes, 2011²⁷

Em complemento, Alleyne (2006/2007)⁶⁰, refletindo sobre o campo da saúde, defende que governança é um conceito normativo que implica em estruturas e processos mediante os quais as decisões são tomadas, de modo a permitir o funcionamento regular das organizações. Quando é eficaz, torna-se capaz de fornecer as estratégias, determinar as prioridades e formular as modalidades de se obter os resultados desejados⁶¹. A tomada de decisão deve resultar de processo de diálogo para exposição de interesses, fins e valores de todos os atores sociais envolvidos, para chegar a acordos aceitáveis para diversas partes⁶². Esse pluralismo é importante para o fortalecimento da governança. Ademais, o princípio da subsidiariedade deve nortear a tomada de decisão que pressupõe a pactuação sobre quais responsabilidades mínimas não serão compartilhadas em cada território e as que devem ser objeto de compartilhamento³³.

Em 2011, foi criado o Coap, como um instrumento de gestão de governança, que tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, explicitados e que devem ser cumpridos nos prazos estabelecidos. O contrato consubstancia as decisões nacionais na CIT e os consensos referendados na CIB, devendo as regras de operacionalização durante a sua execução serem discutidas na CIR ou na Crie, no caso da Rede Peba³⁹.

O Coap tem como aspecto norteador principal, ser a forma de indução ao federalismo cooperativo e à relação solidária entre os três entes federados devido à indefinição das leis e normas do SUS na precisão do papel de cada ente quanto à execução de ações e serviços de saúde. Esse aspecto redundava em um contrato público multilateral, sustentado parcialmente por um marco jurídico para alcançar a gestão compartilhada com relação solidária da estrutura trina e autônoma. Em consequência, a repartição de atribuições fica delegada às comissões intergestores, causando flexibilidade e indefinição de funções e fragilizando a governança na medida em que não propicia segurança jurídica suficiente para identificar responsabilidades⁶³. O Coap é composto por quatro partes dispostas no quadro 5.

Quadro 5 – Composição do Contrato Organizativo da Ação Pública

Partes	Descrição
I	Explicita as responsabilidades a que os entes estão submetidos em relação à organização do SUS
	Explicita as responsabilidades executivas dos entes, divididos em quatro conteúdos e três anexos.
	Conteúdos
	a) as diretrizes e os objetivos do Plano Nacional de Saúde – PNS e das políticas nacionais;
	b) os objetivos regionais plurianuais, sempre em consonância com o disposto nos planos de saúde nacional, estadual e municipal;
	c) as metas regionais anuais, os indicadores e as formas de avaliação;
	d) os prazos de execução;
II	Anexo I: caracterização do ente Signatário e da Região de Saúde de acordo com dados do Mapa da Saúde.
	Anexo II: programação geral das ações e serviços de saúde na Região de Saúde, que conterà: a) a relação das ações e serviços executados na Região de Saúde, observada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e as correspondentes responsabilidades individuais e solidárias; e b) o mapa de metas em relação às ações e serviços a serem executados na Região de Saúde;
	Anexo III: a relação dos serviços de saúde em cada esfera de governo e as respectivas responsabilidades pelo referenciamento do usuário de outro Município, respeitada a direção única em cada esfera de governo, disposto na Lei 8.080/90.
III	Dispõe sobre as responsabilidades orçamentário-financeiras: financiamento global do contrato, custeio e investimento, formas de incentivo e cronograma de desembolso e as regras nacionais e estaduais sobre financiamento.
IV	Dispõe sobre as responsabilidades pelo monitoramento, avaliação de desempenho da execução do contrato e auditoria.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011³⁹

A dimensão social da governança se constitui pela relação mútua entre governo e sociedade sendo, uma característica relacional que envolve a sociedade a ser governada, tanto o exercício de autoridade quanto os interesses sociais. O modelo de governança pode ser entendido como um conjunto de diferentes atores situados nos âmbitos nacional, estadual ou local, grupos políticos e sociais, grupos de interesses e pressão, movimentos sociais e organizações públicas e privadas. Esses atores têm interesses

diversos e, muitas vezes, conflitantes responsáveis pela tomada de decisão, prestação de contas, formulação e execução da política de saúde que deve incluir o trato de questões políticas e técnicas relativas à regionalização da saúde^{4,38}.

1.2.1 Governança regional

Na dimensão continental brasileira as diferenças entre os municípios, a complexidade das demandas e necessidades da população são problemas cujo enfrentamento transpassa os limites municipais e estaduais. Hartz e Contandriopoulos (2004)⁵ complementam que existem incertezas permanentes sobre a integração dos sistemas de saúde, uma vez que os envolvidos não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para se engajar e manter os compromissos pactuados, o que pode comprometer a implantação da própria rede. Nesta deve-se reconhecer a interdependência dos atores e organizações envolvidos, tendo em vista que nenhum deles dispõe de todos os recursos e competências necessárias para solução de todos os problemas de saúde. Exige-se articulações regionais que favoreça a relação entre Estado e sociedade, conferindo em novo modelo de governança para o alcance da integralidade do sistema na rede regionalizada de atenção à saúde³⁶.

A Regionalização implica em uma mudança no exercício de poder, ou na redistribuição no interior da política de saúde; o que se traduz na introdução de novos atores, objetos, normas e processos; governado e liderado por diferentes orientações e ideologias^{55,64}. As relações federativas são um componente central no modelo de governança. Para a construção de uma Rede Regionalizada de Atenção à Saúde torna-se fundamental a definição de compromissos macrossanitários expressos formalmente em instrumentos

como contratos públicos intergovernamentais, ou equivalentes, de forma a ampliar a estabilidade das relações políticas e a interdependência no porte dos recursos assumidos pelas instâncias gestoras envolvidas¹.

A governança regional é a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada. O exercício da governança implica o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização, que contemple a diversidade de interesses (público e privado) e favoreça relações de cooperação entre os atores^{1,36,38}. Esse “jogo de relações” visa construir propostas que motivem os envolvidos para integração, transparência na gestão, prestação de contas (*accountability*) e execução das ações de saúde^{11,38,55,65}.

A direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde. O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis de gestão, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a CIT e a CIB, que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde. A governança solidária nas regiões de saúde resulta no compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, e no processo contínuo de monitoramento e avaliação. A CIR desempenha um importante papel como um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa que viabilizam aos gestores interpretarem a realidade regional e a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região^{24,38,66}.

A Rede Peba possui a particularidade com um Colegiado de Cogestão Interestadual de Saúde – Crie. A CIR em cada uma das três Diretorias Regionais de Saúde (Dires) que

compõem a Macrorregião de Juazeiro/BA e das três Gerências Regionais de Saúde (Geres) que compõem a Macrorregião de Petrolina/PE também se configuram como instâncias de governança regional da Rede Peba. O Crie e as seis CIR representam um espaço permanente de negociação, nos quais são avaliados ou reprovados projetos que possam beneficiar a Rede Peba como um todo⁶⁷.

O Crie é composto pelos Secretários Estaduais de Saúde, por dois representantes de cada uma das seis CIR envolvida tendo um total de 16 membros, entre titulares e suplentes, e é coordenado de forma alternada pelos Secretários Estaduais de Saúde dos respectivos Estados. As CIB dos Estados aprovaram o Regimento Interno do Crie em 2010, de acordo com as Resoluções CIB/Bahia nº 89/2010 e CIB/Pernambuco nº 1.471/2010^{68,69}. Quanto a sua organização, este colegiado possui um Plenário, uma Secretaria Técnica (ST-Crie) e uma Câmara Técnica (CT-Crie). As pactuações aprovadas no Crie são encaminhadas a CIB/Bahia e a CIB/Pernambuco para serem aprovadas e publicadas no Diário Oficial dos Estados³³.

1.3 Avaliação em saúde

Champagne et al.(2011)⁷⁰ reúnem elementos consensuais no campo da avaliação em saúde e definem:

“Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção, ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações”.

Este para Champagne *et al.* (2011)⁷⁰, uma intervenção pode ser um sistema organizado de ação com seus componentes que, em um contexto e tempo determinado, podem modificar ou corrigir uma situação problemática. Chen (1990)⁷¹ aponta que uma intervenção em saúde é constituída de aspectos estruturais e operacionais, mas também de uma teoria subjacente, carregada de valor, que incorpora saberes científicos e também saberes práticos dos grupos implicados na avaliação, que se fazem importantes conhecer.

A heterogeneidade de experiências sociais e profissionais, além dos diferentes níveis de envolvimento e interações políticas dos envolvidos na implantação de uma intervenção, está diretamente relacionada à forma de incorporação dos objetivos das intervenções, com consequências sobre o grau e a forma de sua operacionalização. Desse modo, é recomendável um estudo exploratório para uma análise sistemática, como parte da análise da situação, anterior a realização da avaliação propriamente dita⁷².

Diante das múltiplas possibilidades de avaliação de uma intervenção de saúde, a seleção de prioridades, a delimitação do foco da avaliação e promover consensos entre os interessados sobre seus aspectos principais são necessárias para aumentar os usos dos resultados da avaliação, bem como sua especificidade e validade. Inicialmente, a formulação da pergunta de avaliação requer uma análise da situação problemática e da intervenção desenhada para o seu enfrentamento^{72,73}.

Santos e Giovanella (2014)³⁶, ao analisar o sistema de governança regional em saúde do município de Vitória da Conquista (BA) utilizaram uma “matriz de análise da gestão do cuidado em rede regionalizada de saúde”, nos níveis político-institucional e

organizacional, com as subdimensões: Mecanismos de governança regional; Financiamento regional; e Relações público-privadas, para explorar as dinâmicas das organizações, as inter-relações entre implementação e resultados de programas, em um contexto intramunicipal.

Reconhecendo o avanço relativo aos estudos anteriores, o presente trabalho coloca esta questão em foco, com vistas à provocação de avaliações futuras da influência da governança na região interestadual da Peba. Pondera-se a peculiaridade de uma Rede com desafios para a manutenção de uma boa governança, haja vista a complexidade de envolvimento de instituições, territórios e atores autônomos, mas interdependentes, nos compromissos pactuados na Rede.

II. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- Os avanços políticos e institucionais no processo de regionalização do SUS;
- O aporte normativo para a instituição de redes interestaduais; permitindo a conformação da Rede Peba desde 2009;
- A complexidade de manutenção da governança em uma região conformada por instâncias e atores microrregionais, macrorregionais e, sobretudo por dois entes federativos autônomos;
- Os poucos estudos referentes às regiões e redes interestaduais de saúde;
- O caráter inovador da Rede Peba no Brasil.

Este estudo se justifica devido:

- À complexidade que envolve uma região interestadual pioneira no país e a importância da avaliação da governança regional neste contexto;
- À insuficiência de estudos teóricos e empíricos que forneçam evidências para tomada de decisão no que se refere a uma rede interestadual;
- À necessidade de compreensão das prioridades estaduais e interestaduais envolvidas na constituição de uma rede conformada por organizações interdependentes;
- Ao potencial explicativo do delineamento teórico da governança regional para apreensão do desenvolvimento da Rede Peba;
- Necessidade de reconhecimento do cenário histórico, político e organizacional instalado durante os processos de planejamento e desenvolvimento da rede.

Este trabalho pretende responder a seguinte pergunta: Qual a pertinência da governança da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco?

III. OBJETIVOS

3.1. GERAL

Analisar a pertinência da governança da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco.

3.2. ESPECÍFICOS

- Analisar o contexto histórico, político e organizacional da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco, com foco na Governança Regional.
- Descrever as necessidades regionais para estabelecimento da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco, com foco na sua Governança Regional;
- Delinear a teoria e os pressupostos subjacentes aos objetivos, meios e resultados esperados para a Governança Regional da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco.

IV. MÉTODOS

4.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, com abordagem qualitativa, tendo como estratégia metodológica o estudo de caso único. Destaca-se que a abordagem qualitativa é viável quando o fenômeno é complexo, de natureza social e de difícil quantificação⁷⁴. O estudo de caso é pertinente para analisar em profundidade um fenômeno em um só meio, sendo útil primeiramente à avaliação de uma teoria bem estruturada, onde o pesquisador confronta um modelo teórico com uma realidade empírica⁷⁵.

4.2. Local do estudo

A Rede Peba situa-se no semiárido nordestino e é composta por 53 municípios, sendo a macrorregião de Juazeiro/BA formada pelas microrregiões de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim distribuídos em 28 municípios e a macrorregião de Petrolina/PE composta pelas microrregiões de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri, envolvendo 25 municípios^{76,77}. Possui uma área territorial 131.304,8 km² e uma densidade demográfica de 15,73 habitantes por km². A população é de aproximadamente 2,1 milhões de habitantes em 2014⁷⁶ (Figura 1).

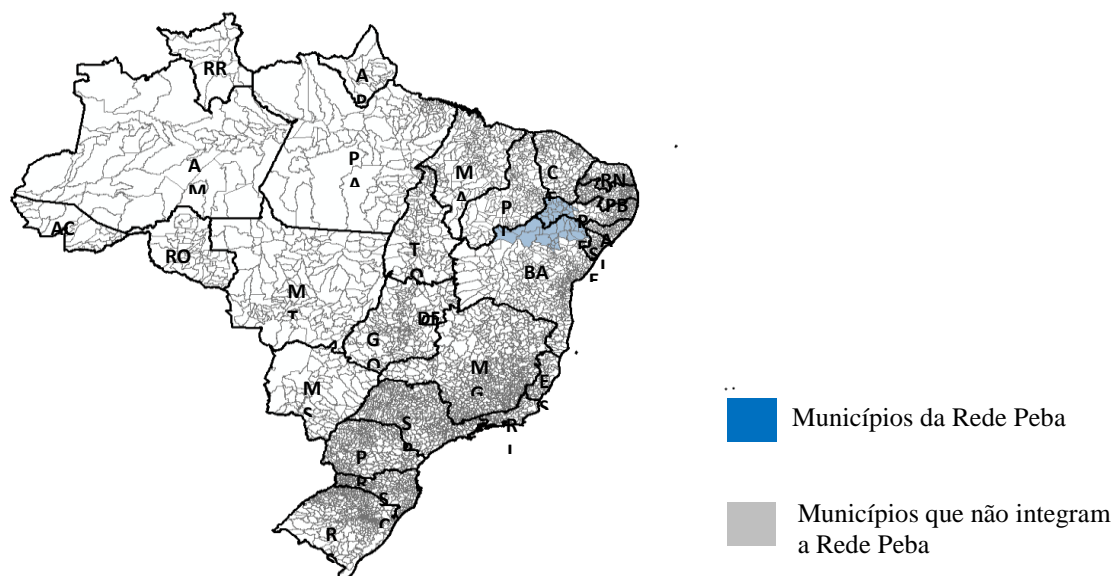


Figura 1 – Mapa do Brasil com destaque para os municípios que compõem a Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco.

As doenças crônicas não transmissíveis correspondem às principais causas dos óbitos, sobretudo a doença cardiovascular e as neoplasias, que respectivamente são a primeira e a terceira causa de óbito. A segunda causa de óbitos são as causas externas, que representam um dos maiores e mais difíceis desafios do novo perfil epidemiológico em todo Brasil^{67,78}.

A taxa de mortalidade infantil vem diminuindo na região desde 2011, caindo de 18,43 para 15,08 no ano de 2014 acompanhando a taxa nacional de 14,25 e 12,15 para os mesmos anos. No estado de Pernambuco a taxa de mortalidade infantil neste mesmo período reduziu de 15,64 para 13,14; e na Bahia foi de 20,04 para 16,29⁷⁸.

Os municípios que compõem a macrorregião interestadual dispõem de 559 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 38 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 35 Centros de Apoio à Saúde da Família, 34 Polos de Academia da Saúde e 18 Unidades de Atenção à Saúde Indígena^{76,77}. Os serviços de saúde e unidades operacionais dos municípios que compõem a Rede Peba estão detalhados no Quadro 6.

Quadro 6 – Serviços de saúde e unidades operacionais dos municípios que compõem a Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco.

Serviços de Saúde e Unidades Operacionais da Macrorregião PEBA			
Atenção Básica			
	Macrorregião	Macrorregião	
	Juazeiro	Petrolina	PEBA
Unidades Básicas de Saúde	291	268	-
Centros de Atenção Psicossocial	23	15	-
Centros de Apoio à Saúde da Família	14	21	-
Polos Academia da Saúde	10	24	-
Unidades de Atenção à Saúde Indígena	10	08	-
Urgência e Emergência			
Atendimento Móvel de Urgência – SAMU	39	06	39
Unidade de Pronto Atendimento – UPA	01	-	01
Regulação Médica das Urgências	03	01	04
Atenção Especializada			
Hospitais	01	02	03
Leitos	1.401*	1.437*	2.838*
Centros de Especialidades	30	19	-
Regulação do Acesso	11	06	-
Regulação Interestadual de Leitos – CRIL	01	-	01
Vigilância em Saúde	18	06	-

*Apenas os leitos cadastrados no SUS
 Fonte: Adaptado de CNES/SAGE^{76,77}.

4.3. Período de referência

O estudo foi realizado de maio de 2016 a fevereiro de 2018, e a coleta de dados no período de novembro e dezembro de 2017.

4.4. Coleta de dados

Para identificação dos problemas prioritários para o estabelecimento da rede foram consultados os documentos: Projeto de implementação da rede interestadual de atenção à saúde do Vale do Médio São Francisco (Documento para discussão no II Fórum da macrorregião); Subprojeto regional QualiSUS-Rede. Tecnologia da informação: uma proposta de integração da rede de saúde do Vale do Médio São Francisco e as Atas das Reuniões da Crie no período de 2009 a 2015^{33,67}.

Da mesma forma, para o delineamento da intervenção foi realizada uma análise documental, considerando o acervo teórico-conceitual e documentos normativos referentes à Governança, Governança Regional e Rede Peba (Quadro 9). Estes documentos foram minuciosamente examinados com a finalidade de exploração sobre a Rede Peba e sobre aspectos relativos à definição de governança regional. Diante destes, foi elaborado o modelo lógico da intervenção. Partiu-se do pressuposto que os insumos apoiariam a realização das atividades para alcance dos resultados esperados para a plena implantação da governança regional nesta rede interestadual; frente ao problema identificado. Considerou-se também a relação de causalidade entre os componentes e elementos da intervenção.

Quadro 7 - Documentos utilizados na análise documental e elaboração de material para entrevistas com informantes-chaves da Governança Regional da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco.

Documento	Contribuição	Ano
Portaria nº 1.989 GM/MS, de 23/09/2008, publicada no DOU nº 185, de 24/09/2008, Seção I, pág. 42.	Constitui Grupo de Trabalho para Implementação da Rede de Atenção à Saúde Interestadual na Macrorregião do Vale do Médio São Francisco, compreendendo as regiões de Juazeiro - BA e de Petrolina - PE.	2008
Retificação Art. 2º itens IV e V da Portaria nº 1.989 GM/MS, de 23/09/2008, retificação publicada no DOU nº 200, de 15/10/2008, Seção I, páginas 62 e 63.	Retificação art. 2º da Portaria No - 1.989/GM, de 23 de setembro de 2008.	2008

Quadro 7 - Documentos utilizados na análise documental e elaboração de material para entrevistas com informantes-chaves da Governança Regional da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco. (Cont.)

Portaria nº 1.453 GM/MS, de 23/09/2009, publicada no DOU nº 123, de 01/07/2009, Seção I, pág. 51.	Altera o art. 2º da Portaria nº 1.989/GM de 2008, que constitui o Grupo de Trabalho para Implementação da Rede de Atenção à Saúde Interestadual na Macrorregião do Vale do Médio São Francisco, compreendendo as regiões de Juazeiro, no Estado da Bahia e de Petrolina, no Estado de Pernambuco.	2009
Projeto de Implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco.	Projeto de implantação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, compreendendo os estados da Bahia e Pernambuco.	2009
I Reunião do Colegiado de Co-gestão Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – 19/03/2010 – Salvador.	Leitura, considerações e aprovação do regimento interno do colegiado interestadual com encaminhamento de imediato as CIB e posteriormente para a CIT para a criação do colegiado e do seu regimento.	2010
Resolução CIB/PE nº 1.471, de 03/05/2010, publicada no DOE/PE – Poder Executivo, de 15/05/2010, páginas 14 e 15.	Aprova Regimento Interno do Colegiado de Co-gestão Interestadual de Pernambuco/Bahia.	2010
Ata VI Reunião do Colegiado de Co-gestão Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – 09/12/2010 – Juazeiro/BA.	Aprova modificações no Regimento Interno da Crie para garantia de dois representantes por microrregião de saúde, por entender a relevância da participação dos municípios para legitimação da Macrorregião de Saúde.	2010
Ata VII Reunião do Colegiado de Co-gestão Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – 27/01/2011 – Juazeiro/BA	Aprova o Termo de Compromisso Interestadual para a implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco.	2011
Ata VIII Reunião do Colegiado de Co-gestão Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – 06/04/2011 – SES/PE.	Pactos sobre a implantação da Regulação Integrada no que se refere a instalações, funcionamento, financiamento, plano de ação, prazos, competências e monitoramento.	2011
Ata X Reunião do Colegiado de Co-gestão Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – 21/06/2011 – SES/PE.	Pactos sobre o funcionamento da Central de Regulação de Leitões, principalmente no que se refere a contratação de profissionais e a divisão de recursos pelos entes federativos.	2011
Resolução CIB/BA nº 020/2012, de 31/01/2012, publicada no DOE/BA nº 20.770 de 02/02/2012, páginas 33 e 34.	Aprova o eixo estruturante e o objetivo geral do subprojeto do QualiSUS-Rede denominado Tecnologia da Informação – Uma Proposta de Integração da Rede de Saúde do Vale do Médio São Francisco.	2012
Resolução CRIE PE nº 01, de 14/02/2012, publicada no DOE/PE nº 46 de 09/03/2012, páginas 22 e 23.	Aprova ad referendum Projeto QualiSUS-Rede Pernambuco e Bahia da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco.	2012
Ata XVII Reunião do Colegiado de Co-gestão Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – 26/09/2012 – Petrolina/PE.	Aponta a dificuldades no financiamento e na inclusão de hospitais para assistência de uma rede interestadual.	2012
Ata XVIII Reunião do Colegiado de Co-gestão Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – 14/03/2013 – Petrolina/PE.	Discussão sobre cessão de Hospital de Traumas da Secretaria de Saúde de Petrolina para a Univasf	2013
Resolução CIB/PE – CRIE/PEBA nº 02, de 04/04/2013, publicada no DOE/PE nº 178 de 19/09/2013, pág. 9.	Aprova a composição do Grupo Condutor e Grupo de Trabalho do Projeto QualiSUS-Rede Pernambuco e Bahia da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco.	2013
Ata XIX Reunião do Colegiado de Co-gestão Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – 30/08/2013 – Salvador/BA.	Apresentados dados da CRIL para análise dos resultados após 2 anos de implantação.	2013

Quadro 7 - Documentos utilizados na análise documental e elaboração de material para entrevistas com informantes-chaves da Governança Regional da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco. (Cont.)

Resolução CIB/PE CRIE PEBA nº 03 de 30/08/2013, publicada no DOE/PE nº 178 de 19/09/2013, pág. 10.	Aprova revisão com alterações no Projeto QualiSUS-Rede Pernambuco e Bahia da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco.	2013
Ata XX Reunião do Colegiado de Gestão Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – 06/11/2013 – Petrolina/PE.	Discussão sobre o diagnóstico situacional de traumatologia na macrorregião interestadual de saúde e sobre a estrutura da rede para atender essa demanda. Aprovado ajustes no Regimento Interno da Crie.	2013
Ata XXI Reunião do Colegiado de Gestão Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – 15/10/2014 – Juazeiro/BA	Discussões sobre a organização da Central de Regulação – Identificação de recursos disponibilizados pelo MS, utilização dos mesmos e identificação das pactuações dos compromissos de cada estado; e sobre o mapeamento da rede estadual e municipal para categorizar todos os problemas por nível de resolubilidade.	2014

Fonte: elaboração própria

A partir da análise dos documentos e com a finalidade realizar a análise do contexto histórico, político e organizacional foi elaborado um instrumento semiestruturado (Apêndice A), sendo realizadas entrevistas presenciais e por meio de videoconferência com sete participantes. A identificação dos informantes-chaves foi realizada considerando a relevância e a diversidade das funções dos atores que participaram e/ou participam da governança da Rede Peba. Foram abordados dois gestores e dois técnicos estaduais e regionais de saúde representantes da Crie/Peba; três consultores do MS que participaram da implantação da Rede Peba; e um pesquisador da área de Regionalização em Saúde. Os participantes eram, em sua totalidade, de Pernambuco e apesar das tentativas de contato, não foi possível abordar representantes da Bahia, ficando o olhar na perspectiva de um estado.

Os representantes dos conselhos estaduais de Pernambuco e Bahia não participaram do estudo, pois não foram incorporados ao processo de implantação da Rede Peba, nem de sua governança. Foi considerada que a participação dos municípios ampliou a democratização, não da sociedade, mas dos atores e suas representações.

4.5 Processamento e análise dos dados

Para análise dos problemas identificados na conformação da rede e para a elaboração do modelo lógico foi realizada a leitura criteriosa dos documentos; sendo sintetizados os núcleos centrais relativos aos problemas prioritários. Para configuração do modelo lógico foram elencados os elementos da intervenção, seus componentes; bem como foi visualizada a coerência interna e a lógica do programa.

As entrevistas semiestruturadas foram gravadas, transcritas, sendo posteriormente realizadas a leitura flutuante do material e a submissão à análise de conteúdo. Foram identificadas unidades de análise que são as unidades a codificar e correspondem ao segmento do conteúdo considerado como unidades de base. A codificação se deu em função da repetição dos temas que foram constituídos em unidades de registro, para então efetuar-se a categorização progressiva, representadas pelas categorias de análise⁷⁹.

4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, seguindo a Resolução Nº 466/2012, sob o CAAE 72753717.0.0000.5201.

Os envolvidos foram convidados a participar do estudo e solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Apêndice B. Foi garantido ao mesmo o direito a qualquer esclarecimento sobre o projeto em qualquer fase do mesmo; direito de

recusar a participar, ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato.

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Análise do contexto histórico, político e organizacional da Rede Peba: sua influência sobre a governança interestadual

A análise do contexto envolto na arena de negociação entre os estados ampliou o entendimento sobre a pertinência da governança interestadual da Rede. A análise das entrevistas gerou quatro categorias: implantação e desenvolvimento; Planejamento e Gestão da RAS; Gestão Solidária e Cooperativa; e Sustentabilidade. Destas derivaram subcategorias como visto no Quadro 8.

Quadro 8 – **Categorias e subcategorias de análise do contexto, histórico, político e organizacional da Governança Regional da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco.**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Implantação e Desenvolvimento	- Contexto político e econômico - Regionalização - Articulação política
Planejamento e gestão da RAS	- Organização da oferta e da demanda - Regulação de leitos - Central de regulação interestadual - Custeio
Gestão solidária e cooperativa	- Instância de decisão - Mediação de conflitos
Sustentabilidade	- Estratégias traçadas para manutenção da Rede Peba - Legitimidade da Rede Peba pelos gestores.

Fonte: elaboração própria

5.1.1 Categoria Implantação e Desenvolvimento

O contexto político e econômico foi favorável à implantação da Rede Peba, na expressiva maioria dos aspectos estudados. Os atores federais, estaduais e municipais se

engajaram para constituir uma rede interestadual pioneira no país, sendo preponderante o papel da esfera nacional. Segundo Albuquerque, Mello e Iozzi (2011)⁸⁰, os estados da Bahia e de Pernambuco apresentavam contextos histórico, estrutural e político-institucional desfavoráveis, porém a conjuntura foi favorável, pois o alinhamento político com o governo federal, associado à trajetória e perfil dos atores políticos, representou uma força política e econômica para o enfrentamento dos outros aspectos desfavoráveis. Percebeu-se a articulação federativa, sendo a regionalização vista como prioridade para o governo e as secretarias estaduais de saúde.

Contudo, foram identificados conflitos, resistências e divergências políticas em Pernambuco: *“Politicamente tinham divergências, principalmente em Pernambuco, porque o prefeito de Petrolina tinha divergência com o governador do estado”* (E1). Além disso, havia distanciamento técnico entre os gestores estaduais, interferindo negativamente no processo de implantação de uma rede complexa como a Peba, pois as dificuldades na condução das políticas de saúde no estado de Pernambuco ocasionavam maior resistência para aprovação de projetos.

“Foi a discussão bem difícil, a gente teve que ter várias reuniões em Pernambuco. Bahia foi super tranquilo. Bahia pautou, aprovou... Em Pernambuco...então tinha muita resistência do Cosems/PE com a secretaria, o clima de disputa era maior, então a gente teve mais dificuldade” (E6).

Shimizu *et al.* (2017)⁸¹, apontam que os Cosems foram criados para reforçar o processo de municipalização e trabalham para dirimir a fragmentação do sistema de saúde e prover ações e serviços necessários para a população. Na perspectiva dos Cosems, a regionalização é um caminho possível, todavia, o processo não é simples, pois se constitui como arena política onde ocorre disputa de diversos projetos, como no caso de Pernambuco⁸².

Verificava-se que a articulação política entre a gestão estadual da Bahia e seus municípios era mais equilibrada, havendo grande interesse desta instância na constituição de um mecanismo regulador do fluxo entre os estados, sendo este impulsionador da constituição da rede.

“O governo da Bahia tinha interesse de tentar encontrar os mecanismos para resolver fluxos e regulação dessa região...então era uma conjuntura favorável na época, porque existia no governo federal a discussão da regionalização e toda a estrutura de apoio” (E2).

Disputas políticas foram identificadas, entre os municípios que desejavam aumentar a robustez da sua rede municipal com a construção de hospitais, sem levar em consideração a economia de escala e escopo que traria a organização da rede naquela região. Observou-se, porém, que os atores envolvidos negociaram para que a assistência hospitalar pudesse ser realizada em um serviço qualificado em outro município da Rede; havendo inclusive pressão da câmara dos vereadores.

Diante deste cenário de contextos favoráveis e outros desfavoráveis, os entrevistados ponderaram que o país passava por um período de discussão sobre a regionalização, convergindo para constituição de uma rede interestadual no Nordeste brasileiro. O apoio da gestão nacional aos estados e municípios da região foi importante nos momentos de discussão, análise situacional e organização para implantação da rede. *“Estava no momento dentro do ministério de discussão da regionalização... então tinha toda essa perspectiva de uma região interestadual” (E1).*

A regionalização dos serviços de saúde é um princípio estruturante do SUS, sendo centro do debate da reorganização do sistema na última década. Esse caminho é bem representado no principal arcabouço normativo do período, ganhando destaque na agenda política no início dos anos 2000 com as NOAS/SUS, Pacto pela Saúde e, mais

recentemente, Decreto 7.508 e seus contratos organizativos^{22,24,25,83}. A NOAS estabelece as estratégias de normatização para constituição de redes regionalizadas de saúde, reatualizando o tema regionalização na agenda do SUS, além de resgatar o papel dos estados na condução desse processo^{83,84}. Apesar dos esforços, os entrevistados destacaram a importância do Pacto pela Saúde²⁴, que à época da implantação da Rede a discussão era recente e efervescente.

O Pacto pela Saúde trazia como principal finalidade a contribuição para a reavaliação do papel das instâncias gestoras do SUS em função das necessidades de saúde da população, fortalecendo os espaços de discussão e pactuação regionalizados e auxiliando na definição das prioridades, no sentido de fortalecer a regionalização da atenção, a descentralização das ações e serviços e a qualificação do sistema de saúde. O Pacto teve maior aceitação dos gestores devido à flexibilização da forma de habilitação dos estados e municípios; à alteração da forma de repasse financeiro, com a criação de cinco blocos de financiamento: Atenção básica/primária, Atenção de média e alta complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS; à contratualização de todos os prestadores de serviços; e à disponibilização de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação²⁴. Porém, o processo de regionalização seguiu diferentes caminhos e distintos ritmos, conforme os contextos e seus condicionantes institucionais e políticos nas unidades federadas⁸⁵.

Neste contexto de transição normativa, ressaltou-se a necessidade de ultrapassar as fronteiras municipais para ampliar o processo de regionalização, devido a saturação do processo de municipalização nos estados avaliados.

“o próprio processo de municipalização já não vinha dando as respostas necessárias, como o processo de descentralização, ...à

integralidade da atenção e precisávamos cumprir com o que já existia na constituição que eram as redes de atenção à saúde intermunicipais, interestaduais”. (E2)

O processo de regionalização é marcado pelas diversidades e imensas desigualdades socioespaciais, somados ao modelo federativo brasileiro, que condiciona o planejamento e a gestão regional do SUS; caracteriza-se pela integração das RAS de âmbito municipal, em RAS de âmbito micro e macrorregional⁸⁶. Consequentemente, aumenta a complexidade na gestão de redes integradas, e enfrenta obstáculos, entre eles a institucionalização de uma rede de atenção homogênea em um território heterogêneo, a conciliação de conflitos dos diferentes entes, respeitando a autonomia política, financeira e administrativa, buscando a construção de um modelo solidário e cooperativo no financiamento e na prestação dos serviços de saúde^{36,85,87}. Segundo Viana e Lima (2011)², “*envolvem jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que possuem interesses e projetos frequentemente divergentes na disputa política*”.

Corroborando com a evidente diversidade de implantação dos processos de regionalização, verificaram-se nos dois estados diferentes organizações. A regionalização enquanto política estruturante do SUS era uma prioridade nas agendas de Pernambuco e Bahia, porém a Bahia apresentava um caráter mais descentralizador e municipalista, enquanto Pernambuco centralizava no estado grande parte das ações de execução e operacionalização do sistema.

“A política de Pernambuco é regional de fato. A Bahia não, a Bahia é municipalista...o estado não ficou detentor do recurso como Pernambuco é detentor do recurso da alta complexidade” (E3).

“Lá (Bahia) também, a gestão é regionalizada, talvez a descentralização até para os municípios esteja mais forte do que para o estado de Pernambuco, onde a gente vê uma adição maior dos

contratos e de gestão dos municípios da Bahia do que do lado de Pernambuco” (E5).

“Nós tivemos em Pernambuco grandes governadores, grandes secretários de saúde, grandes centralizadores, a gente descentralizou muito pouco... nós somos a segunda maior rede pública (do Brasil), a gente ainda executa, a gente ainda operacionaliza, onde a gente devia ser enquanto estado pelo menos, em grande percentual...executar, acompanhar e monitorar enquanto operador técnico, enquanto regulador do processo, enquanto indutor do processo de desenvolvimento, esse é o nosso papel enquanto estado” (E7).

Pode-se identificar que o caráter regional em Pernambuco é caracterizado como uma regionalização primordialmente direcionada à execução das ações, haja vista os hospitais regionais estarem sob gestão estadual. No extremo oposto, o estado da Bahia privilegiou a descentralização da assistência à saúde.

Concordando com estes achados, Pestana e Mendes (2004)⁸⁸ ressaltam que os estados são responsáveis pela articulação e coordenação do processo de regionalização, da PPI e das referências intermunicipais e interestaduais, reorganizando a lógica do financiamento, a fim de contemplar as necessidades populacionais^{22,88,89}. Porém, a esfera estadual é vista como o parceiro ausente. Há certo clamor para que as SES assumam o papel de liderança na coordenação, com presença efetiva na regulação, mediação e negociação para efetivar uma regionalização intergovernamental solidária e cooperativa. Entretanto, é reconhecida sua fragilidade estrutural e técnica para este novo protagonismo^{83,90}.

Na Secretaria de Saúde da Bahia houve um hiato entre o movimento desencadeado pelo MS vindo do Pacto pela Saúde e a sua implantação no Estado. No ano de 2006, aconteceram eleições para governadores e, na Bahia, houve mudança de governo, após dezesseis anos de gestão do chamado núcleo conservador. Em 2006, a gestão estadual

colocava-se contrária a assinatura do Pacto, em uma perspectiva de oposição política à União em contraponto à necessidade de decisões técnicas. Na medida em que o novo governo assumia, em 2007, houve uma série de ações relacionadas à regionalização, como a atualização do desenho do PDR, reconfiguração das micro e macrorregiões de saúde e movimentos para implantação dos Colegiados de Gestão Microrregional⁸⁵.

Na Bahia não há correspondência entre a divisão territorial definida pelo PDR e a divisão administrativa das instâncias regionais da SESAB. Em dezembro de 2014, de maneira ambígua, foi publicada a Lei Estadual nº 13.204 na Bahia⁹¹ que dentre outras modificações na estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual, determina a extinção das Dires e a criação dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS). Biscarde (2016)⁹² afirma que essas alterações não foram discutidas previamente com equipe técnica da Sesab e gerou perplexidade entre trabalhadores da saúde, acadêmicos, conselheiros de saúde, gestores municipais e regionais, dentre outros. Essa mudança, apesar de ter conceitualmente aspectos positivos, foi percebida como um evento que poderia acarretar em retrocesso do processo de regionalização para o estado.

Em Pernambuco, a SES tem sua organização político-administrativa baseada em 12 Geres. As Geres são unidades técnicas e administrativas que têm a função de planejar, executar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde próprios de cada Região de Saúde, além de cumprir as diretrizes pré-estabelecidas no Plano Estadual de Saúde⁹³.

“Para mim foi até um retrocesso, porque enquanto em Pernambuco você tem uma gerência regional em cada região de saúde, lá na Bahia eles depois mudaram, eles pegaram uma macrorregião que é composta por três regiões grandes e só tem um núcleo responsável pela região inteira” (E3).

Antes da reforma administrativa de 2014 havia 28 regiões de saúde e 31 Dires. Essa discrepância entre o número de regiões de saúde e de instâncias regionais do estado permanece e acentuou-se após essa reforma que extinguiu as Dires e criou nove NRS, correspondendo às nove macrorregiões do estado. Sendo assim, cada NRS é responsável por várias regiões de saúde. Anteriormente as regiões de saúde com mais de uma Dires, tinham um maior número de representantes na CIR, com a reformulação do regimento, a partir de 2015, a situação inverte-se bruscamente, tendo em vista que um coordenador de NRS passa a ser membro de várias CIR em diferentes regiões de saúde⁹². Entre outras coisas, as Dires desenvolviam ou poderiam desenvolver um vigoroso apoio institucional aos municípios nas regiões de saúde^{94,95,96}, ou seja, os NRS precisarão responder a uma demanda de fortalecimento das redes regionais de saúde⁸⁵.

5.1.2 Categoria Planejamento e Gestão da Rede de Atenção à Saúde

O desenho e a organização da Rede Peba foram resultados de um rico processo de discussão e planejamento participativo, que agregou diversos atores representantes de diferentes instituições e segmentos sociais. O poder legislativo integrou as discussões devido à premissa do seu papel de elaboração, apreciação e regulação de leis; e controlador das ações do poder executivo.

“foi a primeira rede interestadual do país muito bem discutida, muito bem construída, de forma ascendente, com as bases dos dois estados, com os conselhos, com o controle social, com o poder executivo, o poder legislativo, em uma discussão tripartite, então foi um pacto republicano interfederativo”. (E7)

As seis microrregiões de saúde constituintes da Rede têm distintas capacidades governativas constituídas pelos cenários econômico-fiscais e político-institucional⁹⁷. Essa desigualdade é resultante do processo de constituição dos sistemas locais de saúde

em estágios diferenciados e, com demandas comuns e individuais. Essa assimetria reflete na operacionalização da Rede. A rotatividade de gestores e as distintas capacidades instaladas comprometem a definição de uma agenda comum⁹⁸. A experiência pioneira trouxe aos gestores a necessidade de pensar um modelo de gestão fluido e que respondesse adequadamente às demandas da região:

“Acho que esse é o ponto principal de que a Rede leva a gente a pensar, um tipo de pactuação que não existia, uma pactuação interestadual, uma novidade, eu acho que é desafiadora, eu acho que a gente está aprendendo muito com ela e apanhando muito, e é aquilo quanto mais se organiza mais você expõe as fragilidades”. (E5)

As entrevistas demonstraram que a implementação da Rede Peba foi orientada pelo diagnóstico situacional no território, que serviu de base para elencar as prioridades de gestão da rede.

“A gente discutiu a partir de problemas de saúde. Então essa foi a nossa primeira tarefa. A gente construiu um processo de planejamento regional, onde cada apoiador cuidava de uma região, eram seis regiões e a gente construía por região quais eram os principais problemas de saúde...depois a gente juntava por macrorregião quais eram os principais problemas de saúde e depois na região interestadual, então a gente orientou todo o processo de gestão a partir das prioridades de saúde. Isso foi fundamental porque definiu o desenho da rede...essas prioridades foram criadas dessa maneira e a partir do que a gente definiu como problema de saúde...então o desenho de gestão foi todo orientado por problema”. (E6)

Campos (2013)⁹⁹ reforça este resultado ao indicar os fundamentos e as etapas do planejamento com o reconhecimento das necessidades de saúde da população dos municípios que compõe uma região de saúde. Assim, a análise da situação de saúde envolve primordialmente a compreensão das realidades locais em cada região e abrange o levantamento de indicadores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos, sanitários, entre outros. Quanto mais elementos forem agregados na análise situacional, mais rico e preciso será o resultado, pois a identificação, formulação e priorização dos

problemas e das necessidades de saúde da população em um determinado território orienta a definição das medidas a serem adotadas¹⁰⁰.

Segundo os entrevistados, na implementação da Rede Peba não foi diferente. Foram realizadas oficinas com os municípios das macrorregiões para apresentar o projeto da rede interestadual e levantar as necessidades que foram afuniladas para elencar as prioridades para organização da rede de ações e serviços de saúde no território.

“A estratégia do projeto estava prevista desse jeito, várias oficinas de discussão com esse grupo de municípios que eram dessas duas macrorregionais pra mostrar o que era o projeto, levantar as necessidades, orientar e discutir que eram atividades essencialmente de alta complexidade e aí a gente foi afunilando, porque tem muitas necessidades, foi afunilando para algumas dessas necessidades”. (E1)

A definição sobre as intervenções prioritárias que irão orientar a implementação ou o aperfeiçoamento de ações e serviços de saúde no território deve ser fundamentada em seu impacto no bem estar dos cidadãos, respeitando-se as situações regionais e suas peculiaridades. Em essência, a orientação do planejamento a partir das necessidades de saúde busca ampliar a efetividade das políticas públicas¹⁰¹. Fatores estes orientadores no planejamento da Rede Peba, como observado na fala a seguir:

“A gente só fez essa priorização depois que a gente viu o que a gente tinha de oferta, a situação de oferta dentro de uma macrorregião e a situação de oferta e de deficiência na outra macrorregião e aí a gente viu o que era que a gente tinha que poderia dar uma ampliada pra atender”. (E1)

O planejamento das ações de saúde expressa as responsabilidades dos gestores na garantia do acesso e da integralidade da atenção, evidenciando a necessidade de articulação entre os processos de Regulação e de PPI em conformidade com o PDR e com o PDI. O PDR, o PDI e a PPI são ferramentas de planejamento técnico e financeiro

da política de saúde na lógica da regionalização solidária proposta pelo Pacto pela Saúde²⁴.

A PPI é um instrumento de planejamento para alocação de recursos a partir dos critérios e dos parâmetros pactuados entre os gestores. A partir de acordos, os gestores explicitam pactos de referência pelos quais um município assume atender a população de outro município, ambos integrados à mesma região de saúde, passando a receber, além dos recursos destinados ao atendimento de sua própria população, os da população a ele referenciada²⁴. Porém a realidade dos municípios perpassa por dificuldades no cumprimento das pactuações firmadas nessa programação integrada. Situação relatada pelos entrevistados da pesquisa sobre os municípios de Pernambuco:

“Os municípios de Pernambuco na realidade eles estavam muito mais descrentes de qualquer processo de pactuação do que os municípios do Bahia, por que a situação da PPI era muito mais acirrada em Pernambuco. Até então, a regionalização era pra redefinir esse processo de pactuação, uma pactuação mais viva, mais correta, mais efetiva, e todo mundo reclamava da pactuação. A gente ia fazer as oficinas tanto pra discutir a regionalização, e claro, também ia discutir a interestadual os municípios se queixavam muito um do outro”. (E1)

Segundo pesquisa realizada por Moreira e Tamaki (2017)¹⁰² ao analisar a PPI como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde da população de regiões de saúde do estado de Mato Grosso do Sul, os entrevistados referiram que a pactuação das referências não é feita pela demanda do município referenciador, mas pela disponibilidade de cumprimento por parte do município executor. No momento da pactuação o município explicita o que tem para oferecer, e são feitos os ajustes de acordo com o ofertado.

O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência interfederativa²². Segundo os entrevistados, os estados de Pernambuco e Bahia estavam concluindo seus PDR, e alterações foram feitas para garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde da rede interestadual: *“Pernambuco não tinha nem fechado seu PDR ainda, então essas alterações foram sendo incorporadas dentro do PDR e do PDI. Todos os dois estados tiveram que fazer alterações nos seus PDR e PDI”* (E1). Esta situação também foi verificada na fala abaixo:

“O que houve foi logo no início, em Pernambuco, houve um redesenho da rede, que foi quando três municípios de Pernambuco mudaram de regional, então só esse momento. O PDI tentamos fazer, foi quando a gente fez junto com todos os municípios os nossos programas de investimento, mandamos todos os projetos para o ministério da saúde, porém só saiu recursos para a parte de informatização da rede, os outros recursos de necessidade de equipamento, de garantia de alguns equipamentos hospitalares, eles nenhum na época foram aprovados”. (E3)

O PDI reflete as negociações de prioridades regionais e a alocação de investimentos tripartites identificando cronograma e fontes de recursos. As dificuldades para garantir o compromisso de acesso às necessidades de saúde em cada região (até o limite definido pelo PDR e pela PPI) são indicadores de oportunidades de investimento para superar a carência de serviços ou o subdimensionamento de equipamentos²². Assim, foi realizada uma planilha de avaliação com diferentes pontuações das prioridades pactuadas pelos gestores da rede.

“Primeiro a gente pactuou os critérios de priorização que tinham que seguir as prioridades da região. E pra essas prioridades a gente fazia pontuação, então se o projeto estava na área do que era prioridade na região tinha a pontuação X, eu não lembro mais como era essa pontuação, mas tudo que a gente analisou fez

uma planilha de avaliação. E essa planilha avaliava em cima das prioridades pactuadas, então o que era atenção básica (por exemplo) passava pra frente, o que era mortalidade materno-infantil era a segunda prioridade, depois a gente saiu com essa lista dos projetos que foram apresentados nessa sequência de priorização. E aí a gente tinha recurso pra isso específico? Não, mas isso orientou as emendas parlamentares da Bahia e de Pernambuco”. (E6)

Dentre as prioridades, foi destaque o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e a responsabilização dos municípios para que a Rede tivesse maior efetividade:

“Não dá pra gente fazer esse compartilhamento da média e da alta, se os municípios não cuidarem dos seus pedaços da atenção básica porque aí a gente estará sobrecarregando os equipamentos que é da interestadual com coisas que é pra o município estar cuidando, então por isso que a primeira prioridade nossa foi aumentar a cobertura de saúde da família e impactamos, a gente aumentou consideravelmente”. (E6)

No contexto da regionalização no âmbito da APS está a capacidade desse nível de atenção se organizar, para corresponder aos princípios propostos, na perspectiva da universalidade e equidade. A portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes e estratégias para a implementação das RAS, dentre as quais está o fortalecimento da APS e do seu papel na coordenação do cuidado¹⁰³.

Foi possível verificar que a baixa cobertura da APS dificultava a organização da rede de atenção interestadual. Apesar de uma macrorregião interestadual ser responsável por pactuar e oferecer serviços de alta complexidade, a ausência ou redução da oferta de serviços básicos de promoção e prevenção, e baixa assistência da estratégia de saúde da família sobrecarregam os outros níveis de atenção.

“Uma coisa que a gente viu que não podia organizar uma macroestadual só, única e exclusivamente na perspectiva da alta complexidade e não ter o mínimo de organização da rede básica porque a gente entende e a gente defende que a rede básica é

ordenadora de todo o sistema e dos outros níveis de complexidade”.
(E1)

Diferentemente da experiência do Reino Unido, cuja função da APS de organizar o acesso aos demais níveis de densidade tecnológica é a mesma tida no Brasil, neste último ainda existem dificuldades. Essas dificuldades se expressam na baixa cobertura de ESF, atuação paralela entre serviços, ausência de regulação e fluxos formais para a atenção hospitalar, formações especializadas dos médicos, distribuição inadequada de profissionais em municípios de pequeno porte, dentre outros^{104,105}. Magalhães Junior e Pinto (2014)¹⁰⁶ destacam que, de modo geral, as equipes de APS não estão organizadas nem possuem autonomia e capacidade para ordenar o acesso à RAS e coordenar o cuidado. Apesar de avanços na informatização do sistema e composição multiprofissional das equipes, poucas ferramentas de comunicação entre profissionais da APS e da Atenção Especializada (AE), assim como, poucos mecanismos de acompanhamento do usuário entre os serviços¹⁰⁷.

Corroborando com a fala do Entrevistado 1:

“O que acontecia nesses municípios que não tinham as unidades básicas de saúde como primeira porta de entrada, ia direto para uma unidade de média ou de alta complexidade, dependendo do caso. Então, paralela a essa discussão de organização da alta complexidade a gente precisava reforçar o nível de complexidade da atenção básica”.

Giovanella (2014)¹⁰⁸ profere que a ordenação da rede, a partir da APS, implica organização e integração do sistema de saúde, com territorialização e definição dos serviços de atenção básica como porta de entrada preferencial, com função de filtro para acesso à AE conforme a necessidade. A integração da APS à rede assistencial regionalizada é essencial para a garantia da atenção conforme a necessidade no SUS.

No Brasil, mais de 80% de municípios brasileiros têm menos de 50.000 habitantes, com sua rede de serviços de saúde resumindo-se à APS⁹⁶ e que demanda de outros níveis de complexidade de atenção fora desses municípios. Somente através do planejamento, integração, regulação e financiamento em uma rede regionalizada de atenção à saúde, além de mecanismos eficientes de pactuação intergestores, os usuários terão acesso a um sistema de saúde integral e resolutivo¹⁰⁷.

Em relação aos mecanismos de financiamento, esses são condicionantes da organização dos sistemas nacionais de saúde, seja no acesso, à amplitude do elenco de serviços disponibilizados, ou à qualidade da atenção¹⁰⁹. Ao analisar as entrevistas, indica-se que a rede Peba foi planejada e pautada seguindo os preceitos do SUS para conformação de rede de atenção regionalizada à saúde. Porém, ao se constituir uma rede entre dois estados, apesar dos benefícios da organização dos serviços em economia de escala e escopo, enfrenta dificuldades de financiamento e custeio, como ocorre em todo sistema. O Entrevistado 2 discorre sobre as dificuldades orçamentárias para os estados e municípios que compõem a Rede Peba e a falta de incentivo financeiro federal:

“Então, assim, se eu vou fazer um planejamento pra essa região, já é difícil, eu “estado” me sentar com os municípios de uma macrorregião de saúde pra pensar um financiamento porque aí a gente tinha do lado de Pernambuco: Ouricuri, Petrolina e Salgueiro e municípios com baixíssima arrecadação e numa dependência quase que total do fundo de participação dos municípios. Do lado da Bahia não é diferente, e o ministério da saúde “Ah é lindo”...Sim, mas tem dinheiro pra isso?Tem como financiar? A gente queria, por exemplo, financiamento da comissão interestadual e saiu de cada estado, mas se o ministério entendia que pra gente evoluir na constituição das redes de atenção precisava ter esse investimento, esse cofinanciamento também era necessário. Como que você vai fazer um plano de investimento, e eu não to falando nem no investimento, to falando no custeio”. (E2)

Assim como referem os entrevistados, o financiamento da Rede Peba é equânime entre os dois estados. A partir da avaliação de dificuldades e dos acordos firmados, é feita a

contratação dos serviços com base nos investimentos disponíveis para garantir o acesso da população. Existe uma pactuação de rede, onde se definem as responsabilidades e oferta de serviços dos dois estados, não existindo um fundo de investimento interestadual. Assim, os recursos federais destinados à rede interestadual são destinados aos estados para que sejam cumpridas as pactuações assistenciais expressas nos instrumentos de planejamento municipais e estaduais.

“O recurso era enviado para o pedaço de Pernambuco e para a Bahia, o pedaço da Bahia. Para o fundo de Pernambuco e da Bahia e o dinheiro era direcionado para a região”. (E6)

“O recurso vem para o estado e o estado fortalece, pelo menos hoje é assim, não sei como era antes, e a gente contratualiza os serviços dentro do que foi acordado, o que a gente tem que dar conta é de x atendimentos e x procedimentos que a gente contratualiza... é uma pactuação. Pernambuco entra com x, então coloca tantos cargos, coloca servidores, e entra como recurso que for designado. Mas não é recurso é através de procedimentos, de garantia que os procedimentos sejam regulados, que a população tenha garantia do atendimento”. (E7)

Especificamente com relação ao financiamento da regionalização, se faz mediante acordos estabelecidos entre os entes federados envolvidos na sua implementação. Levi e Scatena (2011)¹⁰⁹ concluíram que a maior parcela dos gastos com saúde é feita com as transferências da União, onde se sobressaem as despesas com média e alta complexidade. Essas transferências acompanham a capacidade instalada dos estados e municípios. Considerando-se as transferências federais e o volume de recursos próprios que estados e municípios alocam em saúde, fica evidente que a grande arena de negociação política sobre o financiamento da saúde, tendo como foco a regionalização, tem que se dar entre os gestores estaduais e municipais¹⁰⁹.

Considerando este aspecto, os entrevistados apontaram que os municípios da Rede Peba enfrentam dificuldades com o custeio da rede, principalmente na Bahia, onde os

municípios despendem mais recursos para as ações e serviços pactuados, quando comparado aos municípios pernambucanos. A Bahia emprega mais recursos municipais do que estaduais e federais para a manutenção das ações e serviços da região. Os entrevistados justificaram que essa dificuldade de custeio da Bahia pode ocorrer, pois a estrutura regionalizada de Pernambuco e descentralizada das ações sob responsabilidade do estado faz com que a assistência à saúde seja mais resolutiva do que da Bahia. Na Bahia os hospitais da rede são municipalizados, não tendo caráter regional. Isso dificulta o acesso da população regional dentro da própria interestadual, sobrecarregando os municípios polos.

“Existe muita deficiência financeira aqui na nossa região. Juazeiro e Petrolina, Petrolina menos, porque foi sabida, ela entregou os hospitais dela logo [“toma estado, toma federal, eu não vou ficar com esse pepino na mão”] e inversamente, Juazeiro abriu foi hospital próprio, e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) própria. E Juazeiro tem tido uma dificuldade muito grande de colocar seus serviços para funcionar, inclusive PSF. Então, quando a gente pega os dados no Tabwin em número de atendimento e valor financeiro de Juazeiro e Petrolina a gente vê que a balança ela é muito diferente, a diferença maior é de onde sai o investimento; o Don Malan sai do estado de Pernambuco, o Hospital Universitário sai do governo federal e em Juazeiro sai do município de Juazeiro. Porque lá em Juazeiro só tem o Hospital Regional de Juazeiro que o recurso é estadual, tirando do teto de Juazeiro 1,8 milhões”.

Corroborando com os entrevistados, no que tange aos municípios, percebe-se que a maioria está chegando ao limite de sua capacidade de investimento próprio em saúde, o que, aliado ao fato de que o orçamento-base da EC-29, no âmbito municipal, tem se elevado menos que seu orçamento geral, forçando a investir mais que os percentuais preconizados pela Emenda¹¹⁰. Isso pode representar também uma limitação à regionalização.

Dados do relatório da pesquisa Região e Redes⁹⁸, ao analisar os valores repassados pelo MS (em valores absolutos) para os municípios das regiões de Juazeiro e Petrolina,

constata-se que existe um panorama distinto de investimento nas regiões de saúde. No período de 2014 a 2016, em Juazeiro os recursos de investimento foram majoritariamente para a Atenção Básica (77,57%) e Atenção Hospitalar (14,31%); e em Petrolina foi para Atenção Básica (44,72%) e Atenção Hospitalar (34,39%). Houve, ainda, uma redução de 66% do número de leitos SUS, fato que tem ocupado a mídia local e regional, como também o poder legislativo. A situação da rede hospitalar da região motivou a realização de uma audiência pública na Câmara de Vereadores de Petrolina, que contou com a presença de deputados estaduais da comissão de saúde, representantes das SES da Bahia e Pernambuco, MS e secretarias municipais, além da comunidade e da Univasf.

Segundo Viana *et. al.* (2017)⁹⁸, a gestão da Rede Peba não tem garantido efetivamente a qualidade do atendimento, presteza, encaminhamento oportuno para os demais níveis de atenção e segurança do paciente, sendo possível esta situação acontecer se considerados os investimentos financeiros de cada estado, conforme observado também no presente estudo.

Apesar destas deficiências, estes autores⁹⁸ apontam que a maior contribuição da gestão dessa rede foi na definição dos fluxos assistenciais regulados pela Cril. Como visto na análise documental e nas informações colhidas nas entrevistas, desde 2010 a Rede Peba conta com a Cril, que regula 100% os leitos de urgência e emergência da região. Situa-se em Juazeiro e sua gestão é compartilhada entre a SES de Pernambuco e da Bahia e pelas SMS de Petrolina e Juazeiro. Por outro lado, a rede não conta com uma central de marcação de consultas especializadas; cada município opera de modo individualizado, pois, não existe uma integração formal para os serviços especializados de média

complexidade. A central é gerenciada na modalidade de cogestão e financiamento compartilhado.

De fato considerada uma fortaleza da Rede, a Cril foi planejada de acordo com a oferta de leitos e não sendo dimensionada uma previsão de demanda organizada, como se destaca abaixo:

“Ai, então, cada hospital, na época, foi visitado, foi discutido o perfil deles, foi levantado o número de leitos de acordo com a realidade e não de acordo com o CNES, realidade de execução de serviços. E com essa grade de referência, com esse perfil da unidade, nós jogamos essas informações no sistema de regulação (Sisreg) pra a partir daí a gente começar o processo de regulação”. (E3)

Ainda assim, a Rede Peba foi mais uma vez pioneira ao instituir a Cril, primeira central de regulação de leitos interestadual do país. A central tem custeio federal específico, porém o recurso é direcionado aos fundos estaduais de Pernambuco e Bahia.

“Foi muito legal porque cada secretaria pagava uma parte dos profissionais, eu nunca vi isso no SUS. Era um serviço que uma parte era paga pela Bahia, outra parte por Pernambuco, sem nenhum recurso do ministério da saúde. Posteriormente a gente conseguiu, quando abriu a política de centrais de regulação, um programa pra financiar centrais de regulação, a Rede Peba conseguiu custeio pelo ministério, mas era metade da Bahia e metade de Pernambuco”. (E6)

Esta central desempenha um papel importante no monitoramento dos indicadores de média e alta complexidade, sendo referido por alguns entrevistados como um observatório da rede: *“A Cril tem tido um papel importante no monitoramento de indicadores. Então a ela vem construindo com as mudanças que vem ocorrendo, os indicadores, quantitativo de pacientes transferidos para unidades pactuadas...é o observatório da rede”.* (E5)

5.1.3 Categoria Gestão Solidária e Cooperativa

Após a análise situacional da região, os envolvidos na formulação da implementação da Rede Peba pensaram um modelo de gestão que respondesse as demandas da região. Entendendo a importância de um espaço de governança na gestão da Rede, foi instituído o Crie, composto por representantes dos dois estados, dos municípios polo (Petrolina e Juazeiro), representação paritária dos municípios que compõem as regiões de saúde e da Univasf. Desde a sua criação tem se conformado em um espaço deliberativo, de cogestão, onde decisões são tomadas.

“Tiveram discussões de como seriam as pactuações, porque nos estados tem a CIR e a CIB, mas não havia um colegiado interestadual. Então durante as reuniões, no terceiro fórum de discussão que teve sobre a implementação da rede, em 2009-2010, foi discutido que tinha que se instituir uma instância gestora, uma instância de pactuação interestadual. Então como encaminhamento desse terceiro fórum foi criado do Crie, que é justamente a comissão de cogestão interestadual, e nesse momento, foi decidido quem eram os membros, a gestão do regimento, as reuniões”. (E4)

A coordenação e a cooperação entre os entes da federação são formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta, se constituindo elemento-chave para o equilíbrio entre a autonomia dos envolvidos e sua interdependência e a amenização dos conflitos². Segundo Lima (2013)¹¹¹, apesar da ausência de instrumentos que promovam uma gestão compartilhada e solidária, a implementação de uma rede interestadual em um país federativo é possível, através do aprimoramento de mecanismos de coordenação, instâncias e instrumentos de pactuação e do sistema de partilha.

Para legitimar esse espaço de negociação, a CIB de Pernambuco e a da Bahia emitiram resoluções (CIB/BA nº 89/2010 e CIB/PE nº 1.471/2010)^{68,69} que tratam da criação do

Crie no âmbito da Rede Interestadual de Atenção Pernambuco/Bahia. O Entrevistado 1 descreve o processo de criação e legalização do colegiado:

“O processo foi iniciado com uma comissão técnica de um projeto do ministério, porém, por conta dos conflitos políticos que tinha dentro de Pernambuco, então foi decidido dar legalidade, dar força política e aí foi a história da criação do Crie, que a gente fez por portaria para dar legitimidade. A intenção era que esse colegiado tivesse realmente governança sobre todas as ações que fossem desenvolvidas ali naquela macrorregional. Esses atores seriam representações legítimas dos interessados da macro, que faziam uma discussão política e tomavam a decisão”.

Legitimar a tomada de decisão em uma rede interestadual é fundamental para a instauração de relações intergovernamentais solidárias no SUS e requer medidas que aprofundem o controle e disciplinamento no exercício dos poderes que presidem a pactuação regional, entre governantes em posições assimétricas e interesses potencialmente geradores de conflito¹¹². Assim, os processos de implantação de redes e sistemas envolvem jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que possuem interesses e projetos frequentemente divergentes na disputa política².

Algumas situações de conflito foram descritas pelos entrevistados, como as pactuações da rede de atenção em oncologia, visto que vários compromissos foram assumidos antes de se iniciar a discussão e pactuação da rede, compromissos de campanha de cada estado assumindo a responsabilidade de prestar assistência integral para esse segmento. Várias foram as discussões e reviravoltas do processo, que teve a participação popular na tentativa de mediar conflitos sobre a prestação dos serviços de oncologia. Ao final a pactuação foi refeita, sendo esta a única área com necessidade de formalização do acordo através da assinatura de um termo de compromisso pelos dois secretários

estaduais de saúde. Apesar de ser uma rede solidária, existem discordâncias que não são mediadas por instância superior. Outro exemplo elencado foi a participação da Rede Peba no projeto QualiSUS-Rede, onde se obteve recurso para aquisição de computadores para a região. Os dois estados tiveram dificuldade de trabalhar juntos, não chegando a consenso sobre os cumprimentos dos prazos. As dificuldades e pedidos de adiamento de prazos foram remetidos à instância de adiamento do Crie, a CIT.

“Não tinha uma instância superior, porque a gente nem considerava a CIB uma instancia superior, porque tem dois estados. Então não pode a CIB de Pernambuco resolver um conflito do Crie porque envolve a Bahia...tinha um assento no Crie do ministério, mas o ministério não se movia, não participou, teve muita dificuldade de participar. A gente remeteu ofícios para a CIT várias vezes para resoluções de questões...porque a instancia era a CIT”. (E6)

O Entrevistado 6 afirma que o grande acerto ao se instituir a Crie foi a participação de gestores estaduais com poder de decisão política:

“Então foi quando a gente constituiu o Crie, do ponto de vista de instância regional de negociação e deliberação. Você colocar dois secretários de estados em uma reunião e não decidir é impossível. Isso foi fundamental. Então esse desenho foi um acerto, porque a gente trabalhou decisão política, câmara técnica de assessoramento à decisão política e os grupos de trabalho (GT), todos com profissionais das secretarias e da região que era quem alimentava essa câmara técnica”.

Viana *et. al.* (2017)⁹⁸, corrobora com este achado, ao defender que o Crie conforma-se num espaço deliberativo como resultado de dois fatores decisivos: a participação dos gestores estaduais e o entendimento acerca do papel desse espaço na organização e operacionalização da rede interestadual.

Observou-se ainda mediante as informações colhidas que o processo de construção da rede interestadual foi democrático, com ampla participação de representantes das SES da Bahia e Pernambuco, MS, secretarias municipais, e da Univasf.

“Isso foi muito interessante porque tanto o estado de Pernambuco quanto o estado da Bahia, foram muito solidários nessa construção, foi um partilhamento de responsabilidades, com muita solidariedade, então assim, isso foi extremamente importante, essa boa relação de Pernambuco e Bahia, da gestão, facilitou muito”. (E6)

“O SUS é muito claro na discussão quanto à solidariedade entre os entes federados, e a gente poder estar construindo uma proposta que a gente possa se complementar, pra gente é fundamental e é assim que a gente acredita que o SUS possa efetivamente se consolidar”. (E7)

O compartilhamento de funções governamentais é típico dos sistemas federativos que vivenciam a negociação e formação de acordos entre as esferas de governo. Suas vantagens estão associadas à flexibilidade na distribuição de responsabilidades e à possibilidade do estabelecimento de diferentes acordos entre os governos em situações de heterogeneidade social, econômica e geográfica^{2,113}.

Apesar da grande participação dos atores envolvidos no processo de implementação da Rede Peba, com o passar de poucos anos da conformação do Crie houve um enfraquecimento da governança regional e um afastamento das gestões estaduais que se refletiu na precarização da assistência à saúde na região.

“Então foram criadas várias redes, foram pactuadas, mas de fato, na assistência eles (BA) não estão fazendo de forma plena, vamos dizer assim. E a gente continua com essas dificuldades e a superlotação das nossas unidades de alta complexidade”. (E4)

“O ministério público teve que dar uma pressionada nos estados, fez uma audiência pública lá em Petrolina no meio do ano e nessa audiência, um dos encaminhamentos foi o retorno dessas reuniões, exatamente devido à dificuldade que a rede estava vivendo, principalmente com a situação do hospital regional de Juazeiro, é o hospital que está com mais dificuldades do ponto de vista de gestão e que não estava prestando a assistência que foi pactuada inicialmente na rede. Então esse desenho de rede tinha elaborado lá pra 2009-2011, ele estava em colapso, e aí precisava de algumas rediscussões”. (E5)

“E ai nós tivemos um momento muito difícil com a Bahia quase que ausente nessa discussão. Tudo que foi pactuado pra trás, a Bahia deixou de cumprir e aí as coisas ficaram demandando muito em cima dos nossos hospitais que pega ali todo nosso sertão. Então a gente ficou sobrecarregado, a gente ficou atendendo, um número importante de usuários da Bahia e em contrapartida Pernambuco não estava mais sendo atendido porque em muitos momentos os serviços da Bahia, eles deixaram de atender. Então, assim, nós vivemos um momento extremamente difícil, dificuldade inclusive de comunicação com o secretário da Bahia, com a equipe da Bahia”. (E7)

Segundo relatório da pesquisa Regiões e Redes⁹⁸, apesar do Crie ser um espaço institucionalizado, reconhecido por ambas as SES, o papel dessa governança no processo de tomada de decisão sobre a Rede Peba está enfraquecido. Uma variável que demonstra esse enfraquecimento o número de reuniões realizadas no período de 2014 a 2015, apenas 2 encontros. Sendo que na última não contou com a presença dos secretários de saúde de ambos os estados. A ausência de participação da gestão estadual acabou por fragilizar a gestão da Rede, visto que a instância estadual possui um papel decisivo na condução do processo de regionalização, quiçá, quando se trata de uma Rede Interestadual. Um reflexo da não regularidade de reuniões do Crie foi o comprometimento da operacionalização da Rede, em especial, da regulação assistencial.

Mediante a análise das entrevistas, verificou-se que as discussões sobre a rede interestadual foram retomadas após audiência pública convocada pelo ministério público de Petrolina:

“A gente ficou em 2015, só teve duas reuniões; em 2016 não teve; e aí como esta tendo muita dificuldade em relação à assistência mesmo, está tendo muita demanda judicial, então a promotoria de Petrolina convocou uma audiência pública pra rediscutir a interestadual e como encaminhamento ficou de retomar as reuniões do Crie”. (E4)

“Pelo menos as conversas voltaram. Ainda tem problemas, claro, mas o nível de relação, pelo menos agora existe um canal, existe um fórum de discussão que antes não existia. Antes, assim, a gente recebia os problemas e não conseguia ter um retorno do lado de lá

(BA), eu não sei se deles com a gente também, porque eles também falavam muito pouco com a gente". (E5)

O reestabelecimento de serviços e políticas públicas, tal como acontecido nas reuniões do Crie são sublinhadas por Souza (2006)¹¹⁴ ao discorrer sobre a formação das agendas dos governos, motivo pelo qual algumas questões entram na agenda política e administrativa, enquanto outras não. Para a autora, é essencial uma consciência coletiva da sociedade para resolver determinado problema e uma pressão dos atores sociais para cobrar a efetivação de políticas. Outro ponto é a influência da mídia na formação das agendas, através da divulgação dos problemas existentes na sociedade. Muitos temas considerados prioridades saem das agendas de governo, e isso se deve tanto à falta de recursos humanos e de vontade política, quanto à ausência de pressão dos atores sociais e a pouca divulgação dos problemas na mídia¹¹⁵.

5.1.4 Categoria Sustentabilidade

Segundo a Constituição Federal brasileira (1988)³¹, a República é composta pela união indissolúvel dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, existindo três ordens: a central (a União), a regional (os Estados) e a local (Municípios). O texto constitucional reforça a fala dos entrevistados sobre o entendimento de que uma região de saúde é um território sob responsabilidade administrativa e financeira de cada estado, sendo esta prerrogativa legal desfavorável à sustentabilidade de uma rede interestadual, cujos entes governamentais são autônomos.

"A gente não tem uma organização no Brasil por região, como na Europa em vários locais. A gente é uma federação, então não tem como passar recursos, por exemplo, do ministério para a região, passa para os estados, e os estados que vão administrar isso". (E1)

“A macrorregião não pode, do ponto de vista administrativo, se sobrepor aos estados, porque a gente não pode correr esse risco de legitimar o que não é legítimo. Quem é legítimo é o governador eleito de Pernambuco e da Bahia, os prefeitos dos municípios da região. Ela não pode se sobrepor politicamente e nem administrativamente. Ali é acordo, ali é negociação, ali é pactuação. Ela não pode ser um ente federativo...porque a gente já tem um estado federativo, Pernambuco, Bahia, Alagoas, a gente tem essa instância legitimamente constituída. Então não dá pra você imaginar criar uma região de saúde achando que vai ser um ente federativo, não é; que a região vai articular diretamente com o ministério da saúde, não vai...região NÃO é um ente da federação, região É do estado. E a macro de dois estados, é um espaço de reorganização, de leitura, de priorização, de pactuação”. (E6)

É legítimo considerar que as instituições federativas afetam e são afetadas pelas políticas sociais em uma relação que varia conforme o contexto dos países¹¹⁶. Essas influências são observadas na emergência de novos atores, na definição de suas estratégias e na configuração de processos políticos compartilhados¹¹⁷. A implementação de políticas de saúde requer a incorporação de estratégias inovadoras de articulação intergovernamental, visando compatibilizar a descentralização político-administrativa com a organização regionalizada e hierarquizada de uma rede de serviços de saúde que extrapole os limites municipais e estaduais^{118,119,120}.

Identificou-se no presente estudo que a constituição de uma RAS regionalizada, interestadual, decorre por normativas institucionais que legitimam sua existência. Porém, identificou-se que existe a carência de instrumentos legais que regulamentem de forma plena a relação entre os dois estados. Assim como refere o Entrevistado 6:

“Só pra você ter ideia, aí é onde está a falha ainda no modelo de governança, porque você tinha uma estrutura que era o Crie pra negociação e pactuação, mas isso não tinha um lastro organizacional, nem eu estou dizendo que é pra ter, eu estou dizendo que isso era um vazio que a gente precisava negociar melhor, porque o que é que acontece na hora de adquirir, por exemplo, um software pra questão da regulação pra o transporte sanitário por exemplo, quem compra? Bahia ou Pernambuco? Se Bahia compra, como sede a Pernambuco, se é interestadual? Então a gente teve muita dificuldade jurídico-legal

pra equacionar isso. A gente teve que fazer uma serie de documentos, concorrendo nas duas procuradorias jurídicas”.

Segundo Levi e Scatena (2011)¹⁰⁹, a gestão regional da saúde é um grande desafio, dado que o federalismo brasileiro não contempla a região, unidade constituída, gerida e financiada mediante acordos e negociações. É um processo político que, embora vise à melhoria da prestação de serviços de saúde e, conseqüentemente, das condições de saúde e de vida da população, requer maiores concessões de alguns entes e acaba interferindo nas relações de poder.

Outro fator que chama a atenção, principalmente pelo poder de interromper iniciativas em curso é a mudança de gestores a cada troca de prefeito, governador ou presidente da República, provocando a descontinuidade administrativa. Segundo Nogueira (2006)¹²¹, essa parecia ser a manifestação da sustentabilidade, ou da falta dela, no setor público. A sustentabilidade de um projeto liderado ou realizado em conjunto com o Estado deve, necessariamente, passar por essa questão. Assim como ressalta o Entrevistado 2:

“Bom, mas aí começa a haver algumas soluções de continuidade, não é, tanto no ministério como aqui em Pernambuco e isso ao longo do processo teve repercussões, principalmente por parte do ministério da saúde, com mudanças de gestão e de coordenadores dessa área e teve um prejuízo pra o processo como um todo”.

De acordo com Estevam (2010)¹²², a descontinuidade administrativa e de gestão das políticas públicas resultam na interrupção de projetos, alterações substanciais nas prioridades elencadas, com predomínio do viés político-partidário sobre o técnico. Spink (2001)¹²³ entende a descontinuidade administrativa como o rompimento das práticas anteriores na maior parte das atividades operacionais, o que normalmente ocorre quando há mudança de gestores públicos. Na fala do Entrevistado 7 é possível inferir que apesar do contexto político favorável no início do processo de implantação

da Rede Peba, houveram significativas mudanças no período seguinte decorrente da descontinuidade administrativa, prejudicando a relação entre os dois estados e dificultando a ampliação e melhoria dos serviços assistenciais prestados na região.

“Nós tivemos muita sorte porque a gente tinha de um lado os secretários estaduais muito engajados, e do outro o apoio do ministro da saúde e do presidente, aí minha filha, era correr pro abraço. Porque você tinha todo um cenário, a conjuntura era outra, hoje a gente vive em outro cenário, do ponto de vista institucional, de credibilidade, de articulação interfederativa, de entendimento; hoje você vive um cenário de muita fragilidade, do ponto de vista, você não sabe como é que amanhece amanhã, se o presente amanhece presidente ou se o presidente amanhece preso”.

Segundo Baptista e Mattos (2015)¹²⁴, os sujeitos podem criar e forjar atuações no processo político, porque há um caráter fugidio e mutante que é próprio do ser humano e que se apresenta no cenário político e de condução de políticas públicas. As práticas e os instituídos também sofrem transformações, pois há uma constante disputa que se capilariza nas relações entre os sujeitos e que impõe a cada tempo mudanças no rumo dos Estados.

O Entrevistado 7 ressalta, ainda, que:

“Apesar de tanto aqui quanto lá ter tido uma continuidade do ponto de vista da agremiação, da matiz política, do mesmo partido, tanto lá quanto aqui, mas de forma conjuntural as coisa mudaram. Se a Bahia tivesse continuado, a expectativa era que não houvesse essa quebra com a Bahia, e tivesse uma parte do governo passado que viveu isso discutindo a Rede Peba como era, com certeza, a gente poderia estar mostrando resultados muito melhor do que a gente consegue fazer hoje e aí a gente estaria contaminando, no bom sentido da palavra, outras oportunidades para outras regiões interestaduais”.

As rupturas são normalmente julgadas como indesejáveis, pois resultam na perda de conhecimento acumulado (ou memória institucional), no retrocesso de avanços, na descrença ou desmotivação dos envolvidos, e num provável desperdício de recursos públicos investidos^{115,121}. Analisando o conteúdo das entrevistas, infere-se que a

continuidade da Rede Peba como uma política de Estado iria fortalecer as relações entre os dois estados. Essa aproximação instituída enquanto política garantiria a manutenção da rede e dos acordos firmados pelos parceiros independentemente do contexto político existente. Assim como refere o Entrevistado 7:

“Eu acho que a gente poderia ter, de alguma forma, uma institucionalização da Rede Peba, nós não temos e isso fragiliza, porque aí começa a ser uma proposta de governo. E eu acho que a gente deveria ter uma discussão mais perene com relação a isso, que permanecesse de maneira institucionalizada tanto no governo da Bahia como em Pernambuco, enquanto instância de decisão...eu acho que precisava fortalecer enquanto política de Estado, e não política de governo; que pudesse efetivamente dar conta dessa representação permanente”.

Caldas e Ávila (2013)¹²⁵ ressaltam que a continuidade de uma política de saúde não significa um engessamento da mesma; porém, não pode ocorrer uma mudança radical que altere os objetivos iniciais e os beneficiados por essa política. O que determina a continuidade de uma política é a manutenção dos seus objetivos iniciais; no entanto, isso não impede a entrada de novos objetivos.

Por outro lado, estão previstas iniciativas pontuais favoráveis à manutenção da Rede. Está em fase de planejamento a instituição de um centro de zoonoses interestadual; assim como houve discussões sobre um núcleo de vigilância epidemiologia interestadual que se iniciou após a epidemia de arboviroses e os casos de microcefalia que uniu as vigilâncias Petrolina e Juazeiro:

“Inclusive foi discutido agora, no fórum de vigilância, de se fazer um núcleo interestadual, porque Petrolina e Juazeiro são cidades muito próximas e a gente não tem uma discussão epidemiológica, uma vigilância mesmo em saúde com foco na rede interestadual”.

5.2. Identificação dos problemas da rede

Os documentos analisados mostram que a estreita contiguidade entre Petrolina e Juazeiro favorecia o livre acesso dos usuários destes municípios e das regiões vizinhas aos serviços de saúde estaduais e municipais de modo desordenado. Traduziu-se este gargalo na fragilidade de uma política de regulação dos entes estaduais, que permitisse a organização da demanda dos usuários dos municípios e regiões de cada estado, com a definição da oferta organizada de serviços de saúde. Destacaram-se as cotas insuficientes para estabelecimento de referências assistenciais; principalmente para o adequado funcionamento da regulação de partos de alto risco. Ainda neste entremeio havia necessidade de pactuação com os estados do Ceará e de Sergipe, limítrofes, respectivamente com Pernambuco e com a Bahia; o que ainda poderia influenciar na dinâmica e fluxo de usuários na região em análise.

Expondo o diagnóstico realizado no presente estudo, Andrade (2013)¹²⁶ verificou que os fluxos de acesso aos serviços de saúde se caracterizam, em alguns casos, de forma assistemática, com usuários peregrinando em busca de assistência nas situações de urgência e, onde cada prestador regulava sua porta de entrada e seus recursos assistenciais, desconsiderando as necessidades dos usuários. As dificuldades da regulação assistencial estão relacionadas, especialmente, às limitações financeiras para investir na estrutura e nos serviços de saúde, que se organizam sem considerar a economia de escala e passando pela informalidade, e pelo relacionamento pessoal entre os diversos profissionais de saúde¹²⁶.

Os documentos expuseram que a regulação ainda se agravava devido à incipiência de políticas prioritárias em ambos os estados, nas áreas de urgência e emergência;

oncologia, recursos humanos e educação permanente. Percebia-se a precarização de vínculos, a alta rotatividade de profissionais, a necessidade de ampliação do quadro de médicos; além da necessidade de qualificação equipes gestoras municipais.

Concorda-se que os problemas das políticas de recursos humanos se relacionam principalmente à fixação de profissionais de saúde em locais remotos e de maior vulnerabilidade, sendo as áreas de escassez de médicos aquelas com maior quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família. Esse não é um problema regional ou estadual, acontecendo, também, em regiões metropolitanas como São Paulo, conforme indicado por Rigoli; Martins e Mercer, (2012)¹²⁷; assim como são mais prevalentes nas Unidades de Saúde da Família e nos serviços de urgência e emergência. Tal fato é indicativo de que as estratégias a serem adotadas devem respeitar as diversidades regionais e envolver todos os profissionais e trabalhadores da saúde^{127,128}.

Os elementos que sustentam essa situação brasileira resultam de uma complexa configuração que envolve questões referentes à formação profissional (quase exclusivamente intramuros e focados nos serviços hospitalares; com frágil integração ensino-serviço; fragmentada, repercutindo na insegurança dos profissionais frente à demanda dos Serviços de Saúde; com estímulo à especialização); a avaliação negativa da Estratégia Saúde da Família (ESF) no que se refere ao reconhecimento social e científico do saber profissional; gestão e regulação do trabalho e dos trabalhadores da saúde (ausência de plano de cargos e carreira; forma de admissão e movimentação dos profissionais de saúde dificulta a fixação; precariedade dos vínculos; fragilidade da política de educação permanente; falta de especialistas em várias regiões ou em

determinados serviços; limites e fragilidades do trabalho multiprofissional; e falta de estrutura em regiões periféricas)¹²⁸.

Na organização financeira municipal e estadual, observou-se que na constituição de uma rede assistencial interestadual, os gestores municipais não poderiam ser ordenadores de despesa, o que dificultaria a viabilização das ações. Além disso, verifica-se inadequação do financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade assistencial, insustentabilidade financeira dos principais hospitais regionais; bem como baixa adesão ao Pacto pela Saúde.

Como consequências diretas dos agravantes organizacionais na rede assistencial e do financiamento estadual e municipal, foi identificada a baixa cobertura, qualidade e resolutividade da APS, o que daria suporte à efetividade da rede interestadual. Reconhecia-se o alto número de internações por causas evitáveis e sensíveis a esse nível de atenção, relativas às deficiências nas ações de pré-natal, exames ginecológicos; e na necessidade de interação com a vigilância em saúde. Além da atenção básica, percebia-se a baixa cobertura de serviços de média e alta complexidade e deficiências em leitos de UTI neonatal e para adultos, segundo recomendação da portaria GM/MS n.1101/2002¹²⁹.

O diagnóstico situacional levantou condições relacionadas às estruturas sociais básicas influenciadoras da causalidade das doenças e da demanda por serviços de saúde. Apenas 39% dos domicílios dispunham de rede geral de esgotamento sanitário e 88% apresentavam energia elétrica; bem como foram detectadas deficiências da qualidade da água da rede pública. Considerando-se a intensa produção agrícola na região foram

vislumbrados como determinantes o manejo de agrotóxicos, a conservação das estradas, além das obras de transposição do Rio São Francisco. Estas situações extra-setoriais conduziam aos problemas ambientais, bem como convivência com uma população sazonal, que ampliava a demanda aos serviços de saúde. Os gestores estaduais apontaram que os problemas culturais, socioeconômicos, das redes de comunicação, infraestrutura e transporte eram compartilhados, ampliando os problemas e reforçando a necessidade de investimento na instituição da Rede interestadual.

Todos estes fenômenos influenciavam negativamente os indicadores de saúde, muitos destes sensíveis a uma assistência básica resolutive. Entre estes foram percebidos o aumento das taxas de mortalidade infantil, de internação por doença diarreica aguda, mortalidade materna, gravidez na adolescência, causas externas, uso de drogas, dengue, hanseníase (considerada endêmica em crianças menores de 15 anos), diabetes, hipertensão, diabetes e neoplasias.

5.3. Delineamento da intervenção: modelizando a Governança da Rede Interestadual do Vale Do Médio São Francisco

A identificação dos problemas prioritários exclusivos de cada estado e, sobretudo aqueles comuns, foram o cerne para o planejamento e implementação da Rede Peba. Considerando a verificação da necessidade de organização da demanda e a configuração de um projeto envolvendo entes federativos interdependentes, porém autônomos, a governança regional se mostrou essencial para o sucesso da rede, tornando-se imprescindível a sua modelização.

Barbosa, Barbosa e Naiberg (2016)¹³⁰ confirmam a importância da governança no funcionamento dos serviços ao indicarem que as responsabilidades entre os gestores configura um processo de organização de um modelo de governança no âmbito do SUS, voltado para a efetiva regulação do sistema, em especial para a oferta e da demanda em uma de suas áreas mais sensíveis – a atenção às urgências e emergências. O desafio de construção desse modelo impõe exigências que abrangem: investimento em tecnologia da informação; contratualização junto ao Sistema de Saúde Suplementar; provisão de recursos para ampliação de serviços; avaliação em saúde, com ênfase na capacidade resolutiva dos sistemas regionais; financiamento global para atenção às urgências; e desenvolvimento de projetos intersetoriais.

Os desafios para a governança e sua influência nos serviços foram retratados, na maioria dos seus aspectos, nos elementos do modelo lógico expresso em cinco componentes: Planejamento e Gestão, Articulação Interestadual, Financiamento, Monitoramento e Avaliação, e Transparência. Para cada delas consideram-se os insumos, as atividades e os resultados esperados.

O componente “Planejamento e Gestão” é composta pelas atividades de elaboração, construção, definição, formulação de estratégias gerenciais, de forma deliberativa e cooperativa, para organização e administração da governança regional da Rede Peba (Figura 2). O componente “Articulação Interestadual” caracteriza-se pelas funções de coordenação conjunta e integrada, pactuações, e planejamento estratégico e compartilhado da intervenção (Figura 3). O componente “Financiamento” trata das pactuações de questões relativas ao investimento e custeio da rede compartilhada e a busca de mecanismos de captação de recursos para rede interestadual (Figura 4). O

componente “Monitoramento e Avaliação” visa acompanhamento dos compromissos pactuados e acordados entre os gestores de saúde que fazem parte da intervenção para garantir a organização e efetividade da rede interestadual (Figura 5). O componente “Transparência” traz a resolução de conflitos e a comunicação transparente entre os atores da governança regional da Rede Peba (Figura 6).

Figura 2 - Modelo lógico da Governança Regional da Rede Peba – Componente Planejamento e Gestão

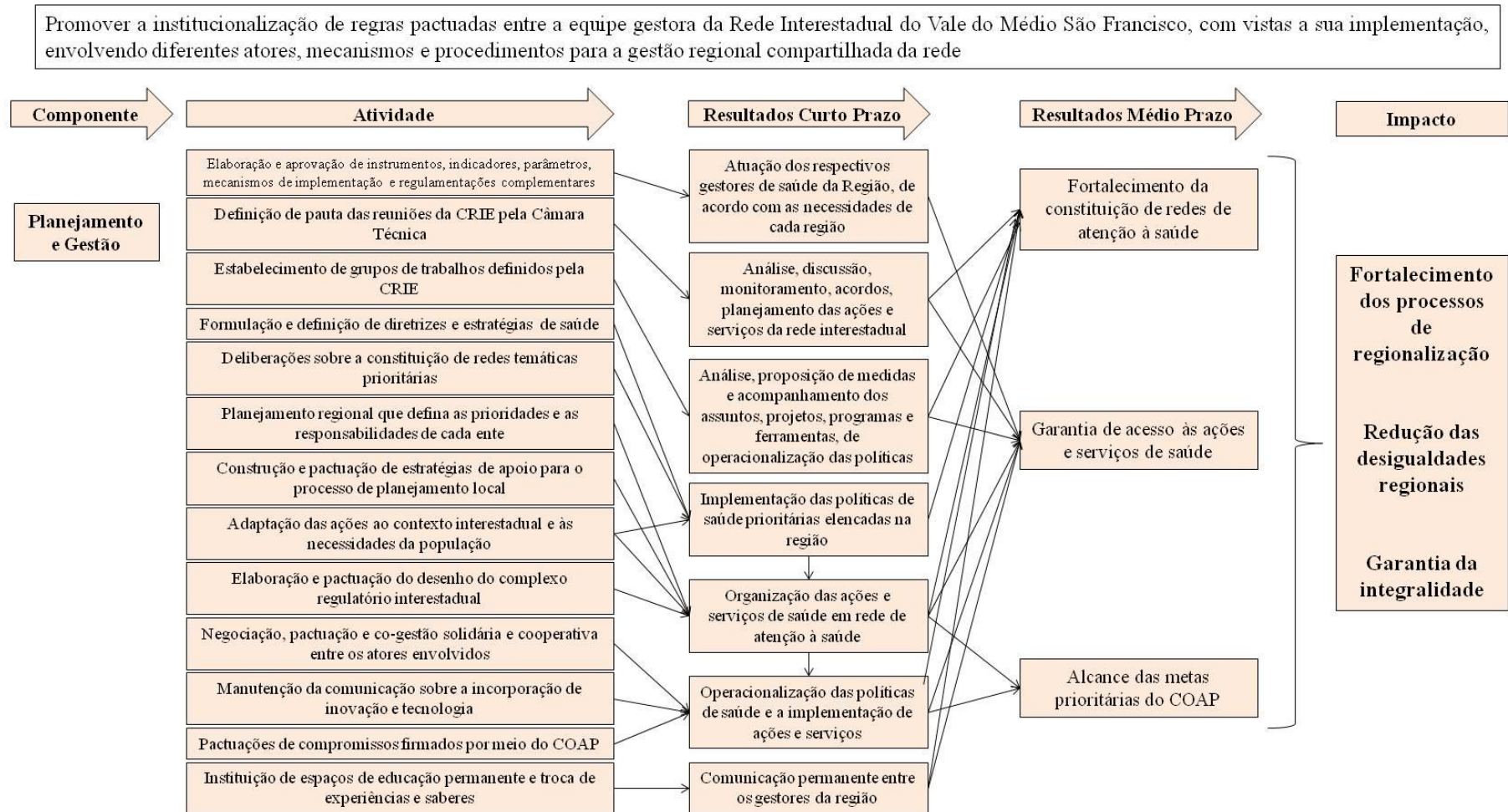


Figura 3 - Modelo lógico da Governança Regional da Rede Peba – Componente Articulação Interestadual.

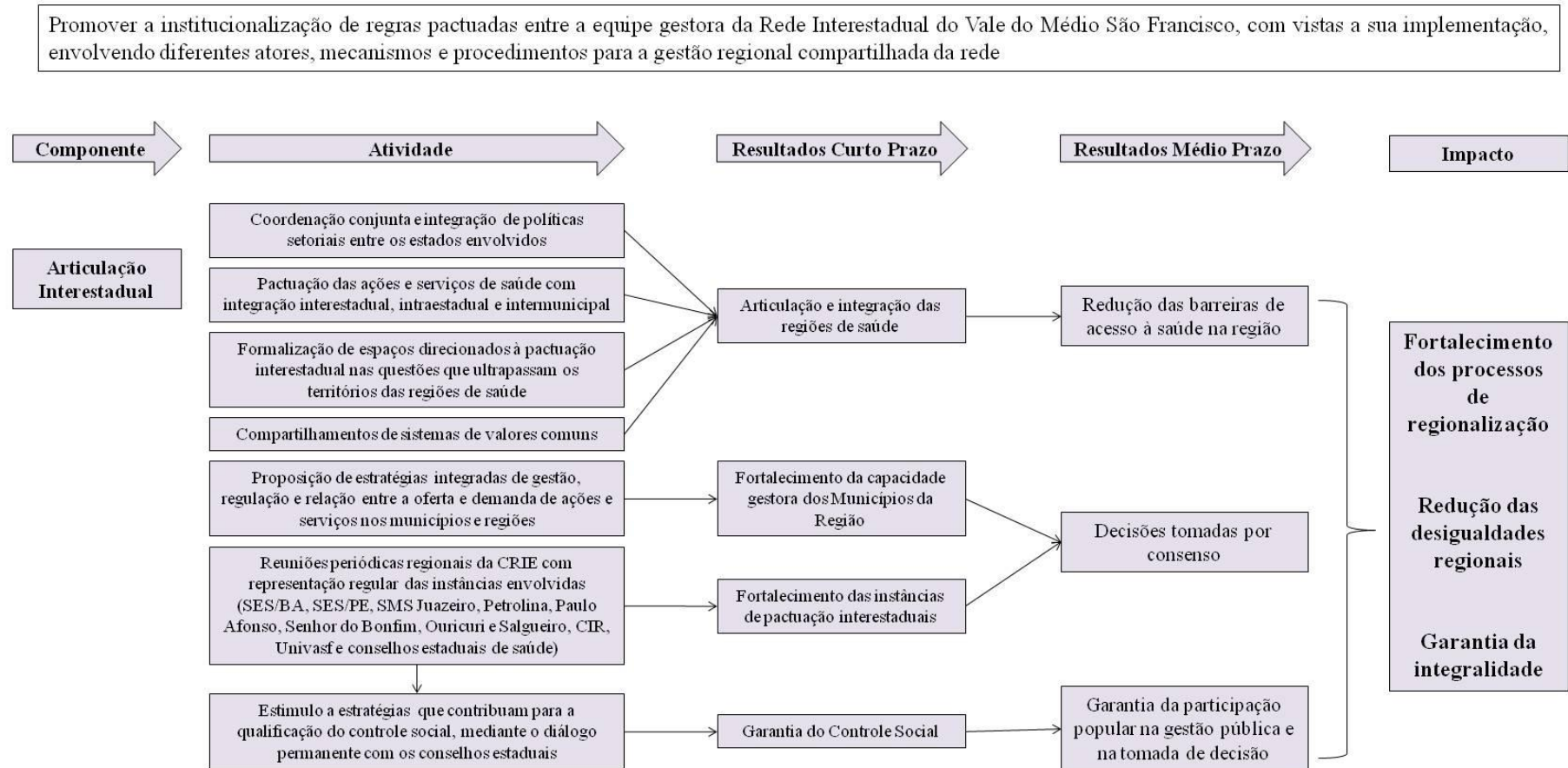


Figura 4 - Modelo lógico da Governança Regional da Rede Peba – Componente Financiamento

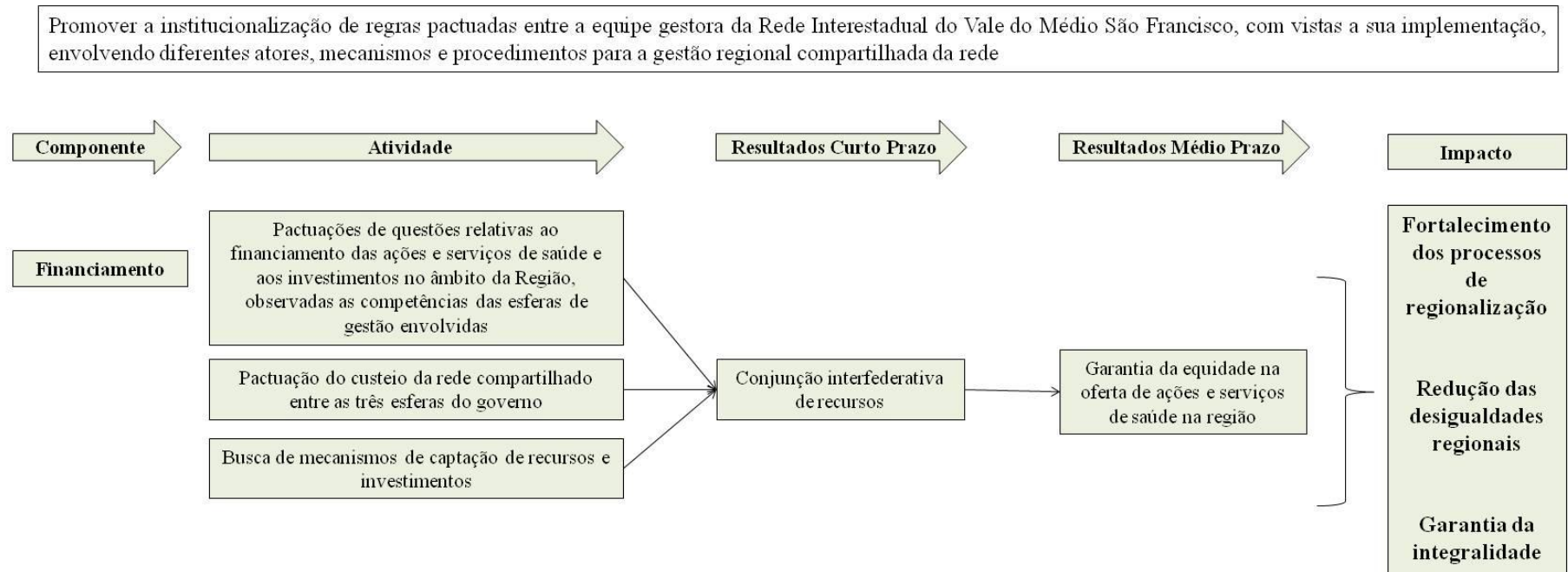


Figura 5 - Modelo lógico da Governança Regional da Rede Peba – Componente Monitoramento e Avaliação.

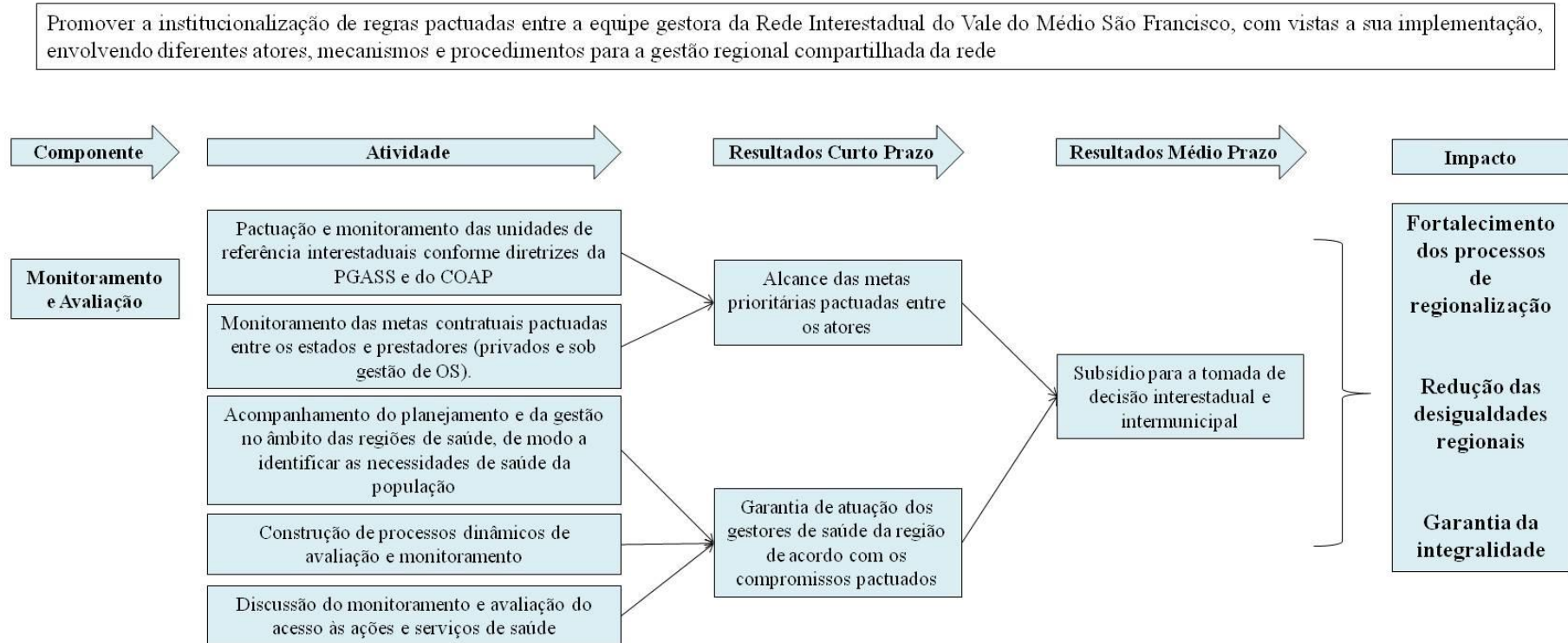
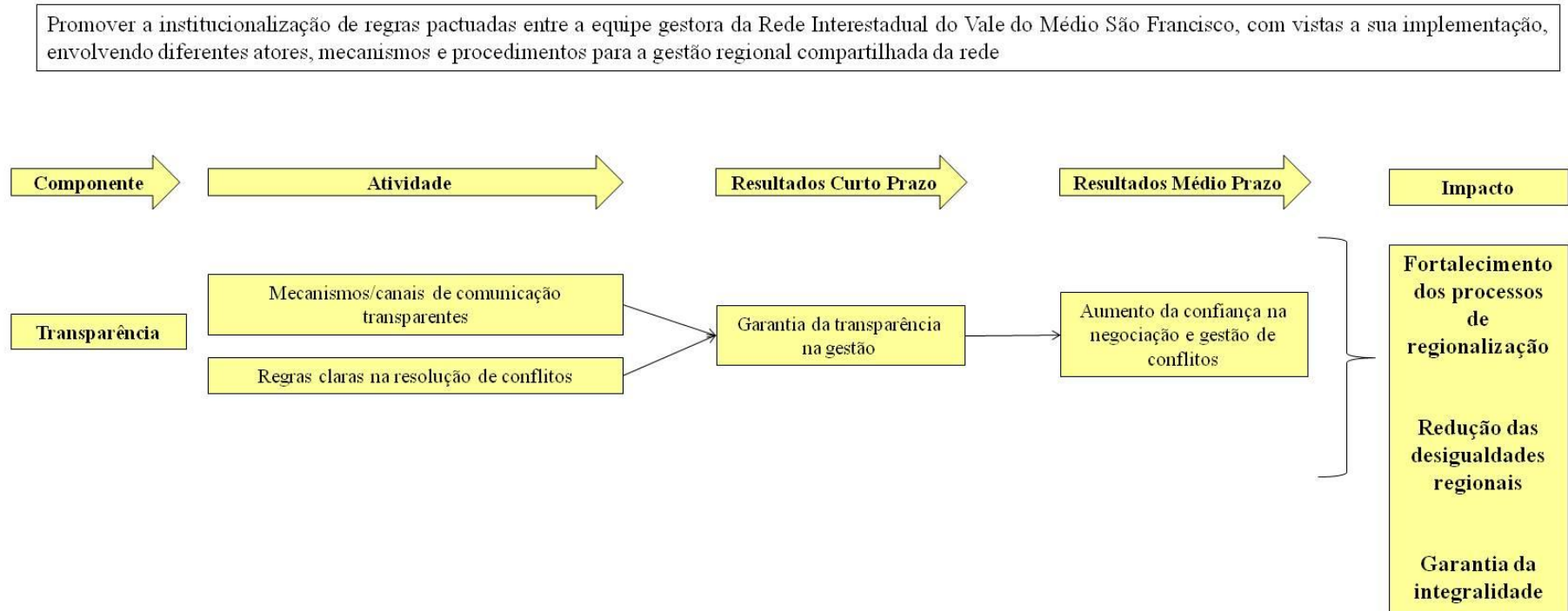


Figura 6 - Modelo lógico da Governança Regional da Rede Peba – Componente Transparência



VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo expôs o processo de desenvolvimento, planejamento e implantação da Rede Peba, considerando a necessidade de um sistema de governança para ampliação do consenso e mediação de conflitos na conformação de uma rede conformada por estados interdependentes. Apesar dos ganhos é prudente considerar as limitações do estudo. A identificação dos problemas prioritários e o delineamento da governança foram baseados em documentos contemplados por informações relativas aos dois estados e à Rede Peba; entretanto as entrevistas contemplaram apenas uma representação da Bahia, apesar das tentativas de captar atores envolvidos na constituição e desenvolvimento da região deste estado.

Os estados de Pernambuco e da Bahia apresentam características territoriais e administrativas diferentes; bem como os processos de regionalização e descentralização distintos. Porém, a demanda espontânea aos serviços de saúde em municípios limítrofes e sede de referência macroestadual (Petrolina e Juazeiro); a necessidade de constituição de redes temáticas e outras prioridades configuram-se como aspectos fundamentais e que expõem a pertinência da organização de uma rede interestadual, com vistas à garantia da integralidade da assistência.

O planejamento da Rede Peba se configurou como resultado de um rico processo de discussão e planejamento regional solidário, que agregou uma gama de atores representantes de diferentes instituições, porém com tímida representação de segmentos da sociedade. Foi um processo impulsionado pelas normativas, pactos e decretos estaduais; assim foi planejada em um cenário político predominantemente favorável,

sendo importantes para a sua viabilização. Porém, destacaram-se fatores que foram além de conceitos e definições e contemplam a diversidade de questões envolvidas para a conformação de uma rede entre estados. Os conflitos políticos, a variedade de interesses, a heterogeneidade e particularidades de cada território foram algumas das variáveis encontradas nesse processo.

Conforme verificado no modelo lógico delineado, faz-se necessário um sistema de governança fortalecido mediante a consolidação e afinação dos modelos da regionalização de Pernambuco e da Bahia; e a tomada de decisão baseada em evidências consensuadas entre os atores institucionais para dar legitimidade às ações desenvolvidas. Ainda torna-se imperativo o financiamento para garantia da gestão e da instituição de serviços de saúde com regulação assistencial baseada na demanda da população adscrita na região interestadual.

Para alcance dos seus objetivos, a instituição da Crie foi fundamental para a pactuação de projetos comuns e para a mediação de conflitos. No entanto, ressaltam-se como restritores a irregularidade das reuniões, as diferenças nas formas de planejamento e financiamento estaduais e a impossibilidade de estabelecimento de um fundo interestadual para custeio direto da Rede Peba. Os esforços para alinhamentos dos interesses comuns se ampliam. Por outro lado, a participação da CIT, do ministério público e a pressão social (mesmo que em casos isolados, como a Rede de Oncologia) impulsionam o fortalecimento da região.

Considera-se por fim que a conformação da rede apresenta pertinência parcial, pois cabe destacar tanto as potencialidades e dificuldades. Ressalta-se que mesmo com suas

limitações, a conformação da Peba pode incentivar a instituição de outras redes interestaduais de saúde no país em outras realidades das fronteiras territoriais existentes, estejam elas organizadas em redes que ultrapassam os limites dos territórios ou expondo a necessidade dessa organização para que os gestores se mobilizem na formalização de um fluxo orquestrado, sem invasões entre usuários na busca do que é constitucionalmente adquirido, o direito à saúde.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
2. Viana ALA, Lima LD. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra capa; 2011. 216p.
3. Mafort ALM. Os desafios da gestão de rede no SUS: situando a regionalização no centro da estratégia da política de saúde. *Divulg Saude Debate*. 2008;42:12-22.
4. Fleury S, Ouverney ALM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28(6):446-55.
5. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Suppl 2:331-6.
6. Abrucio F. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol. Polit.* 2005; 24:41-67.
7. Guimarães L, Giovanella L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. *Rev. panam. salud pública*. 2004;16(4):283-8.
8. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(5):2307-16.
9. Viana ALD et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo perspect.* 2008;22(1):92-106.
10. Fleury S, Ouverney ALM. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, 204 p.
11. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(6):2753-62.
12. Pereira AMM, Lima LD, Machado CV, Freire JM. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. *Saúde Debate*. 2015; 39(especial) 11-27.
13. Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016;32(3).
14. Lucchese, PTR. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. *Planej polít públicas*. 1996;14:75-156.

15. Mendes EV. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998.
16. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde no anos 90: relações e o papel das normas operacionais básicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2001; 6(2):269-91.
17. Arretche M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma dos programas sociais. *Dados*. 2002;43(6):431-58.
18. Brasil. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Proposta metodológica para o monitoramento e avaliação das regiões de saúde. *Regiões de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.
19. Brasil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº. 258 de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo 1, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 03 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.
22. Brasil. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 116. Brasília: Secretaria de Assistência a Saúde; 2001.
23. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Saúde, 2001. (Coleção Saúde Coletiva)
24. Brasil. Secretaria Executiva. Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde 2006, volume 1, 2006.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei n. 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.
26. Duarte CMR, Pedroso MM, Bellido JG, Moreira RS, Viacava F. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(6).
27. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

28. Machado LO, Ribeiro LP, Peiter P, Steiman R, De Castro MC, Novaes AR; Grupo Retis – UFRJ. In: Brasil. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.
29. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº. 6.634 de 2 de maio de 1979. Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970.
30. Brasil. Presidência da República. Decreto Lei nº. 85.064 de 26 de agosto de 1980. Regulamenta a Lei nº 6.634, de 2 de maio de 1979, que dispõe sobre a Faixa de Fronteira.
31. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
32. Gadelha CAG, Costa L. Saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. Cad. Saúde Pública. 2007;23 Suppl 2:214-26.
33. Pernambuco-Bahia. Projeto de implementação da rede interestadual de atenção à saúde do Vale do Médio São Francisco (Documento para discussão no II Fórum da macrorregião). Juazeiro-Petrolina; 2009. 137p.
34. Tocantins-Pará-Maranhão. Proposta do subprojeto QualiSUS – rede para a região do Bico do Papagaio (versão preliminar). Tocantins-Pará-Maranhão; 2012.
35. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.469 de 4 de maio de 2011. Regulamenta a lei complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE e institui o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal.
36. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. Rev Saúde Pública. 2014;48(4):622-31.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
38. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEp. Comitê Gestor do Decreto 7508 – GE COAP. Contrato organizativo da ação pública da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
40. Giovanni M. Rede cegonha: da concepção à implantação [Monografia]. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública; 2013.

41. Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à Integralidade. *Divulg. saúde debate*. 2014 Out; 52:15-37.
42. Chueiri PS, Harzheim E, Gauche H, De Vasconcelos LLC. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. *Divulg. saúde debate*. 2014 Out; 52:114-124.
43. De Noronha JC. Redes integradas de cuidados e a pesquisa necessária. *Divulg. saúde debate*. 2014 Out; 52:50-53.
44. Da Silva SF. Contribuição para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Divulg. saúde debate*. 2014 Out; 52:165-176.
45. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.
46. Pacheco MAB (Org.). Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência – RUE. Universidade Federal do Maranhão/Universidade Aberta do SUS: São Luís; 2015.
47. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Central de regulação de leitos: manual operacional. [Acesso em 22 nov 2016]. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/manual_operacional_grh.pdf
48. Barbosa DSJ, Lima KS, Da Silva JA. Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco–BA/PE: mobilizando o território vivo na busca do SUS regionalizado. In: 10º Congresso Internacional da Rede Unida, 2012.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.989, de 23 de setembro de 2008. Constitui Grupo de Trabalho para Implementação da Rede de Atenção à Saúde Interestadual na Macrorregião do Vale do Médio São Francisco, compreendendo as regiões de Juazeiro – BA e de Petrolina – PE.
50. Rodrigues RM, Amorim EM, Galindo CC, Brandt NO, Cabral BE, Rufino JD, Rosa NSF, De Souza MC, Esteves CO. Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco: potencial instituinte para a produção de redes vivas. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE (org.). Políticas e cuidados em saúde. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1 Ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
51. Maintz R. Governing as governance. Barcelona: Instituto Internacional de Governabilidad, 2000.
52. Rosenau JN, Czempiel E. Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, Imprensa Oficial do Estado; 2000.

53. Kirigia JM, Kirigia DG. The essence of governance in health development. *Int Arch Med.* 2011; 4:11.
54. Santos MHC. Governabilidade, governança e democracia: criação da capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil Pós-Constituinte. *Dados rev. ciênc. sociais.* 1997;40(3):335-76.
55. Silva EC. Compreensão da regionalização do sistema de saúde no grande abc paulista. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat.* 2014;7(1):64-78.
56. Rhodes RA. The new governance: Governing without government. *Political Studies;* 1996. 652-667p.
57. Kickert WJM, Koppenjan JFM. Public management and network management: an overview. In: Kickert WJM, Klinj EH, Koppenjan JMF. *Managing complex networks: strategies for the public sector.* London: Sage Publications, 1999.
58. Calmon P, Costa ATM. Redes e governança das políticas públicas. [Acesso em 26 dez 2016]. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rp3/article/view/9126>.
59. Francesc JM, Pablo BE, Grifell E, Del Alamo O. La gobernanza de las redes integradas de salud (RISS): contextos, modelos y actores em América Latina. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2012.
60. Alleyne GAO. A saúde pública internacional e global: governanças e questões éticas. *Ethos Governamental [Períodicos na Internet]* 2006 / 2007 [Acesso em 05 set 2016]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1555-8746/2007/vn4/a43-63-1.pdf>
61. Goulart FAA. Governança, Capital Social e Saúde. Portal da Inovação na Gestão do SUS [Portal na web]. 2013 nov 28 [Acesso em 05 set 2016]. Disponível em: <http://apsredes.org/teste/blog/2013/11/28/governanca-e-capital-social-fatores-a-considerar-na-construcao-dos-sistemas-de-saude/>
62. Granja GF, Zoboli ELCP. Humanização da atenção primária à saúde: gestão em redes e governança local. *Mundo saúde.* 2012;36(3):494-501.
63. Cury GMM. Contrato organizativo da ação pública da saúde (COAP): análise da matriz normativo institucional e seus aspectos federativos. In: IX Congresso CONSAD de Gestão Pública; 2016 jun 8-10; Brasília, DF: Consad, 2016.
64. Cohn A, Elias PEM. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. *Cad saúde pública.* 2002;18:173-80.
65. Mendes EV As redes de atenção a saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2010; 15(5):2297-305.
66. Kissler L, Heidemann FG. Governança Pública: novo modelo regulatório para as relações entre estado, mercado e sociedade? *RAP.* 2006;40(3):479-99.

67. Pernambuco-Bahia. Subprojeto regional QualiSUS-Rede. Tecnologia da informação: uma proposta de integração da rede de saúde do Vale do Médio São Francisco. Juazeiro-Petrolina; 2012.
68. Bahia. Resoluções CIB/Bahia nº 89/2010 de 15 de abril de 2010. Aprova o Regimento do Colegiado de Co-gestão da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco. Diário Oficial do Estado [DOE].
69. Pernambuco. Resolução CIB/Pernambuco nº 1.471/2010. Aprova o Regimento do Colegiado de Co-gestão da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco. Recife: Diário Oficial do Estado [DOE]; 2010.
70. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
71. Chen HT. The theory-driven perspective. In: Chen HT, org. Theory-driven evaluations. California: Sage Publications; 1990. p. 37-52.
72. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
73. Souza LE. Vieira da Silva L, Hartz ZMA. Conferência de Consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva L. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de intervenções e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; 2005. p. 65-100.
74. Liebscher P. Quantity with quality? Teaching quantitative and qualitative methods in a LIS Master's program. Library Trends. 1998; 46(4):668-680.
75. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. Ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
76. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Situação. [Acesso jun 2016]. Disponível em:<http://189.28.128.178/sage/>
77. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. [Acesso jun 2016]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp.
78. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Acesso jun 2016] Disponível em:<http://www2.datasus.gov.br>
79. Bardin L. *Ánálise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
80. Albuquerque MV, Mello GA, Iozzi FL. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: Viana ALA, Lima LD. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra capa; 2011. 216p.

81. Shimizu HE *et al.* O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(4):1131-40.
82. Mello GA, Ibañez N, Viana ALD. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):853-866.
83. Mello GA *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(4):1291-1310.
84. Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque MV, Iozzi FL. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo: Fundação Seade. 2008; 1(22): 92-106.
85. Santos AM, Assis MMA. Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. *G&DR*. 2017; 2(13): 400-22.
86. Albuquerque MV. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2014.
87. Machado JA. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2009; 71(24): 105-119.
88. Pestana M, Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2004.
89. Nascimento VB. SUS: pacto federativo e gestão pública. São Paulo; 2007
90. Guimarães, VLB. O processo da regionalização da saúde em Pernambuco, na perspectiva da Gestão Estadual [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2012.
91. Bahia. Casa Civil. Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências.
92. Biscarde DGS. Gestão regional do SUS nas regiões metropolitanas de Salvador e de Fortaleza: instâncias, processos de pactuação e relações de poder [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia; 2016.
93. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Gerências Regionais de Saúde. Recife; 2012. [Acesso dez 2017]. Disponível em:<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/rede-estadual- desaude/gerencias-regionais-de-saude>
94. Santos AM. Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

95. Pinheiro MEC, Jesus LMM. Apoio institucional como diretriz de gestão da 7ª Diretoria Regional de Saúde, Bahia, Brasil. Interface: comunicação, saúde, educação. 2014; supl 1(18):1135-43.
96. Almeida PF, Santos AM. Diálogos em busca da coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário? In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB. Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA; 2015, p.277303.
97. Neto AM. Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate. Brasília: IPEA; 2014. 326p.
98. Viana ALA (coord.) et al. Pesquisa política, planejamento e gestão das regiões e redes de atenção à saúde no Brasil. Relatório regional. Petrolina e Juazeiro; 2017.
99. Campos, FCC. Necessidades em Saúde: uma abordagem operacional para o nível dos serviços de saúde. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2013; 9(3): 4453.
100. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. 1 Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4)
101. Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; IPEA; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013.
102. Moreira LCO, Tamaki EM. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. INTERAÇÕES. 2017; 4(18): 99-108.
103. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
104. Silva Júnior AG, Alves MGM, Costa MGLC, Lima RHP. Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate. In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB. Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA; 2015.
105. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad Saude Pública. 2010; 26(2): 286-98. (Acesso jan 2018). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/08.pdf>
106. Magalhães Junior HM, Pinto HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? Divulgação em Saúde para Debate. 2014; 51:14-29. [Acesso jan 2018]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>

107. Lima, JG. Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2016.
108. Giovanella L. Atenção primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2014; 51: 30-37.
109. Levi ML, Scatena JHG. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: Viana ALA, Lima LD. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra capa; 2011. 216p.
110. Scatena JHG, Tanaka OU, Viana ALD. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(11): 2433-45.
111. Lima LD. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; IPEA; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013.
112. Machado JA. Pacto de Gestão na Saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? In: 32º Encontro Anual da ANPOCS; 31 de outubro de 2008; Caxambu, MG. 32º Encontro Anual da ANPOCS; 2008.
113. Almeida MHT. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*. 2001; 51(1): 13-34.
114. Souza ML. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: Castro IE, Gomes PCC, Corrêa RL. *Geografia, conceitos e temas*. 10 Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2006.
115. Neves Neto CC, Hespanhol AN. Os efeitos da descontinuidade no programa de microbacias em São Paulo. *Revista Formação*. 2015,22(2): 234-251.
116. Obinger H, Leibfried S, Castles F. *Federalism and the Welfare State*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
117. Pierson P. *Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy*. *Governance*. 1995;8(4):448-78.
118. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):204-11.
119. Miranda A. Processo decisório em Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde: governabilidade resiliente, integração sistêmica (auto) regulada. *Rev Polit Planej Gestao Saude*. 2010;1(1):117-39.

120. Viana AL, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(3):807-17.
121. Nogueira, FA. Continuidade e Descontinuidade Administrativa em Governos Locais: Fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos [dissertação]. São Paulo: FGV; 2006.
122. Estevam, DO. A contínua descontinuidade administrativa e de políticas públicas. In: II Seminário das Ciências Sociais Aplicadas; 2010; Criciúma, SC. II Seminário das Ciências Sociais Aplicadas; 2010.
123. Spink, P. Continuidade e Descontinuidade Administrativa: uma Análise de Fatores que Contribuem para a Manutenção de Programas, Projetos e Atividades Públicas de Êxito em Governos Locais Brasileiros. São Paulo; 2001.
124. Baptista TWF, Mattos RA. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). IN: _____ Caminhos para Análise das Políticas de Saúde. 1 Ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.
125. Caldas, EL, Ávila ML. Continuidade de políticas públicas e o caso do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). *Revista Espaço Acadêmico (UEM)*. 2013; (13):77-84.
126. Andrade, MCF. A política de regulação assistencial no município de Caruaru-PE [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
127. Rigoli F, Martins MA, Mercer H. Experiências e Desafios - limites e possibilidades sobre provimento e fixação de profissionais de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade; Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
128. Bahia L (Coord.), Nardi ACF, Dobashi B, Miranda H, Pinto HÁ, Jatene A, Carvalho R. Necessidades e estratégias de provimento e fixação de profissionais de saúde no SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade; Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
129. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde.
130. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. **Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS**. *Cad. saúde colet*. [online]. 2016; 1(24):49-54.

APÊNDICES

APENDICE A

MESTRADO PROFISSIONAL DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE DO INSTITUTO DE
MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA

AVALIAÇÃO DA GOVERNANÇA REGIONAL EM UMA REDE
INTERESTADUAL DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO

Entrevistado (Iniciais): _____

Papel na Rede: _____ Ano: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ATORES-CHAVE

1. Como se deu o processo de discussão para implementação da rede (cenário político, econômico e de saúde nesse período)? Quais foram as prioridades de gestão elencadas durante as discussões? Que atores participaram desse momento e em que ponto em que ponto favoreceram e/ou dificultaram o processo?

2. Qual a sua visão sobre o processo de regionalização estadual no momento da implantação da Rede? Os dois estados estavam no mesmo processo de regionalização?

3. Quais foram os aspectos de planejamento para gestão da rede? Como se deu o diagnóstico situacional da região? Como se deu o processo de repactuação nas CIB para garantia de pactuações interestaduais?

4. Como se deu a reorientação dos PDR e PDI? Foram aportados novos recursos para o subsídio financeiro da Peba?

5. Como se deram as discussões para articulação interestadual? Que atores participaram? Quais os critérios para esta seleção dos atores? Quais as atribuições previstas para instância de articulação? Como foi pensado o controle social e sua incorporação nessa rede interestadual?

6. Quais foram os mecanismos/instrumentos para o acompanhamento da execução das atividades e metas estabelecidas pela instância de articulação? E qual a previsão de repactuação dessas metas?

APÊNDICE B**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, Ana Carolina Fonseca Marques Ferreira Gonçalves, o (a) convido para participar da pesquisa **“Governança Regional na Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco: Um estudo de avaliabilidade”**, que é objeto de estudo do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde, pertencente ao Programa de Pós-graduação *Strictu Senso* em Avaliação em Saúde de Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), do qual sou aluna.

O estudo tem como objetivo analisar os consensos acerca da governança regional, para que sirva como referência para o desenvolvimento de processos avaliativos desta intervenção na Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco. Parte da complexidade que envolve uma região interestadual, a importância da avaliação da governança regional neste contexto, a insuficiência de ferramentas validadas e padronizadas para avaliação da governança regional e a escassez de publicações sobre o tema.

O (a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da entrevista e asseguramos que seus dados pessoais e identidade não serão divulgados.

A sua participação será por meio de etapas via correio eletrônico, onde o pesquisador irá enviar o Modelo Teórico-Lógico da intervenção. O (a) senhor (a) irá respondê-lo e reenviar ao pesquisador. O mesmo irá analisar estatisticamente e reenviar ao (a) senhor (a), até que se obtenha o consenso satisfatório. Informamos que o (a) senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

A pesquisa não apresenta riscos para os profissionais participantes, sendo o único risco para a pesquisa as respostas não fidedignas dos mesmos. O sigilo e o anonimato das informações prestadas serão garantidos.

Os resultados serão avaliados pela pesquisadora e qualquer consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, por favor, entre em contato com a mesma pelo telefone celular (81) 997440171 ou *email*: ac.anacarolina@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelho, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar, telefone (81) 2122.4756, *email*: comitedeetica@imip.org.br. O CEP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30hs e 13:30 às 16:00hs.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) entrevistador e a outra com o entrevistado.

Pernambuco, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador