

Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil

Regionalized networks and guarantee of specialized health care: the experience of Ceará, Brazil

Patty Fidelis de Almeida (<https://orcid.org/0000-0003-1676-3574>)¹

Ligia Giovanella (<http://orcid.org/0000-0002-6522-545X>)²

Moacir Tavares Martins Filho (<https://orcid.org/0000-0002-3305-8036>)³

Luciana Dias de Lima (<https://orcid.org/0000-0002-0640-8387>)²

Abstract *This paper analyzes policies and management tools aimed at the regional organization of specialized care in Ceará. A case study was developed in a health region based on 18 interviews with regional and municipal managers and health professionals and visits to services. Several factors enabled advances in the organization of specialized care: the preponderant role of the State Health Secretariat in the regional health coordination of actions and services, providing infrastructure, financing with redistribution of resources and technical support to municipalities; implantation of regional Polyclinic and Specialized Dental Care Centers through the Public Health Consortium; and logistics support of transport system. The institutional framework of Municipal Health Secretaries Council and the participatory functioning of the Regional Interagency Committee provided adequate space for the regional governance. Challenges remain for the integration of the network, qualification of care regulation, and provision of hospital care in the region. The results reinforce the importance of public and universal arrangements for the provision of comprehensive health care that can reduce inequities.*

Key words *Regionalization, Comprehensive health care, Health care, Unified Health System, Health management*

Resumo *O artigo analisa políticas e instrumentos de gestão voltados à organização regional da atenção especializada no Ceará. Foi desenvolvido estudo de caso em uma região de saúde, com realização de 18 entrevistas com dirigentes e profissionais de saúde municipais e regionais e visita a serviços. Diversos fatores possibilitaram avanços na organização da atenção especializada: protagonismo da Secretaria Estadual da Saúde na coordenação regional de ações e serviços, proporcionando infraestrutura, financiamento com redistribuição de recursos e apoio técnico aos municípios; implantação de Policlínica e Centro de Especialidades Odontológicas regionais via Consórcio Público de Saúde; e apoio logístico de sistema de transporte. A institucionalidade do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e o funcionamento participativo da Comissão Intergestores Regional propiciaram espaço favorável à governança regional. Permanecem desafios à integração da rede, qualificação da regulação assistencial e oferta de retaguarda hospitalar na região. Os resultados reforçam a importância do fortalecimento de arranjos públicos e universais para provisão de atenção integral à saúde, capazes de reduzir iniquidades.*

Palavras-chave *Regionalização, Assistência integral à saúde, Atenção à saúde, Sistema Único de Saúde, Gestão em saúde*

¹ Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. R. Marquês de Paraná 303/3º/anexo HUAP, Centro. 24030-215 Niterói RJ Brasil.

pattyfidelis@id.uff.br

² Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza CE Brasil.

Introdução

A partir dos anos 1990, diversos países reconfiguraram seus sistemas nacionais de saúde em bases geográficas com objetivos de eficiência, melhoria do acesso e qualidade da atenção. As reformas abrangeram processos diferenciados de concentração/desconcentração para estruturas de gestão regional, bem como de centralização/descentralização político-administrativa para governos subnacionais^{1,2}. Além disso, envolveram a implantação de instrumentos para integração e coordenação regional de políticas, ações e serviços de saúde³.

No Brasil, a regionalização ganhou destaque na agenda da política nacional de saúde na virada dos anos 2000⁴. A constatação de iniquidades decorrentes da municipalização favoreceu argumentos em prol do fortalecimento dos governos estaduais e da organização regional da atenção à saúde⁵, sendo as regiões de saúde instituídas como lócus de planejamento e governança do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste estudo, consideramos que o aprofundamento da crise política e econômica, a partir de 2016, reforça a importância de maiores avanços de processos de regionalização no país, orientados pelos princípios dos sistemas públicos e universais de saúde. A literatura apresenta evidências da superioridade em qualidade, eficiência e equidade de sistemas fundados na Atenção Primária à Saúde (APS) integral, no financiamento e na prestação predominantemente públicos e numa efetiva regulação estatal⁶⁻⁹. No plano internacional, respostas frente à crise econômica mundial de 2008 favoreceram a aproximação dos sistemas de saúde às necessidades regionais de modo a reduzir ineficiências, com reforço da APS, concentração da atenção especializada e implantação de mecanismos de gestão da incorporação de novas tecnologias e medicamentos^{10,11}.

Entretanto, a experiência brasileira, marcada por desigualdades territoriais e pela atuação autônoma e interdependente de distintas esferas de governo, dificulta o estabelecimento de uma única autoridade sanitária nas regiões de saúde. A regionalização é condicionada pela correlação de forças políticas, estrutura de oferta e incorporação de tecnologias de cuidado¹², assim como pelos pactos estabelecidos por diferentes atores (governamentais e não governamentais; públicos e privados), que viabilizam o acesso aos serviços de maior densidade tecnológica¹³.

Mello *et al.*¹² destacam como evidências dos estudos sobre a regionalização no SUS: baixa

qualificação e rotatividade dos gestores da saúde, fraca cultura de planejamento dos governos, premência dos interesses político-partidários e clientelistas nas instâncias decisórias e frágil capacidade de liderança das Secretarias Estaduais de Saúde. Contudo, os autores sugerem lacunas na identificação de fatores que contribuem para o sucesso de experiências estaduais e regionais, e que explicam variações desse processo, mesmo em cenários adversos.

É nesta perspectiva que o presente artigo se direciona para o estado do Ceará, apontado por Goya *et al.*¹⁴ como “um solo fértil para o desenvolvimento de estudos da regionalização da saúde”, cuja trajetória e experiência de constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS) em perspectiva regional antecedem à regulamentação federal do SUS^{15,16}. O trabalho tem como objetivo analisar as políticas e os instrumentos de gestão voltados para organização regional da atenção especializada no estado, com foco em uma região de saúde. A atenção especializada é compreendida como as ações e serviços de saúde que por suas características tecnológicas requerem equipamentos e profissionais especializados e maior concentração regional, para garantia de economia de escala e qualidade¹⁷.

Entendemos que a insuficiente e fragmentada oferta de serviços especializados, responsável por parte expressiva dos atendimentos e gastos públicos em saúde, representa um dos principais entraves à regionalização¹⁸, à conformação das RAS, além de mobilizar agentes públicos e privados com interesses diversos¹⁹. O estado do Ceará apresenta estágio avançado de organização regional^{4,20,21}, o que pode informar outras experiências nacionais em relação a modelos de provisão pública de atenção especializada no atual contexto de crise e restrições orçamentárias para a saúde.

Metodologia

Foi desenvolvido estudo de caso na região de saúde de Aracati no estado do Ceará, por meio da realização de 18 entrevistas semiestruturadas e visitas a secretarias, centrais de regulação, unidades básicas e policlínica regional de saúde, em novembro de 2017. A região foi eleita por critérios de conveniência, sendo composta por quatro municípios de pequeno porte, historicamente dependentes dos serviços especializados da capital. As entrevistas com atores-chave envolveram o conjunto das localidades e permitiram uma visão global da região de saúde. Foram identifi-

cados informantes em conformidade aos objetivos do estudo: Secretários Municipais da Saúde; gestores e técnicos das Centrais de Marcação de Consultas e Exames; coordenações de atenção básica, cujos serviços realizam as referências para a atenção especializada; coordenação regional da saúde; direção da policlínica; e profissionais de saúde atuantes em serviços de atenção básica e especializada. Não houve recusas à participação, sendo as entrevistas realizadas presencialmente, nos locais de trabalho, com duração aproximada de uma hora cada. O perfil dos entrevistados está descrito no Quadro 1.

O conteúdo das entrevistas, gravadas em aparelho de áudio, foi analisado com base nas etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação²². Os resultados foram interpretados tendo como referência parte das dimensões e atributos essenciais das Redes Integradas de Serviços de Saúde²³, que guiaram os roteiros de entrevista: contexto do sistema de saúde; características da regionalização; abrangência da rede de estabelecimentos de saúde; condições de acesso aos serviços especializados; governança e planejamento da rede; qualificação dos recursos humanos; mecanismos de coordenação assistencial; sistemas de regulação e informação da rede; adequação do financiamento, apresentados ao interior de seis categorias emergentes nas entrevistas, por meio das quais se organizam os resultados.

Foram identificados padrões comuns e regularidades nos discursos, bem como divergências e convergências entre os entrevistados. Buscou-se garantir a qualidade e a validade dos achados

cotejando-se a informação dos diferentes entrevistados nos municípios da região, à análise bibliográfica e aos registros das pesquisadoras realizados durante a observação *in locu*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense.

Resultados

Contexto do sistema de saúde

O Quadro 2 sistematiza um conjunto de características do sistema de saúde no estado do Ceará e na região-caso, necessárias à compreensão do contexto de implantação e da gestão da rede de serviços.

Governança da rede: atores, instituições e espaços decisórios

Para a maioria dos entrevistados, a trajetória da regionalização foi considerada exitosa, sobretudo se comparada a outras experiências nacionais. A Secretaria Estadual da Saúde (SESA) foi apontada como o principal ator regional e as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) como instâncias de articulação dos municípios (E1). A formação e estabilidade do corpo técnico (majoritariamente servidores públicos) na CRES favorecia certa continuidade das políticas e a legitimidade do estado no apoio aos municípios. A CRES na região-caso contou com três coordenadores regionais em vinte anos, ratificando a perenidade na ocupação da função.

Quadro 1. Caracterização informantes-chave – Região de Saúde de Aracati/CE, 2017.

Função	Formação
4 Secretários Municipais de Saúde (E1, E2, E3, E4)	4 com nível superior, 3 com graduação na área da saúde, 2 mestres, 1 doutor, 2 docentes Instituições de Ensino Superior, 2 com longa experiência em gestão na saúde e movimento sanitário.
5 Coordenadores Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica/Subsecretária de Saúde (E5, E6, E7, E8, E9)	5 com nível superior em saúde; 4 com trajetória de mais de 20 anos no SUS e experiência prévia em gestão, dentro e fora do município; 5 com pós-graduação (especialização) em áreas da saúde coletiva, a maioria pela Escola de Saúde Pública do Ceará
2 gestores regionais (Policlínica e CRES) (E10, E11)	2 com graduação em saúde, com experiência prévia em gestão no SUS e especialização pela Escola de Saúde Pública do Ceará.
3 técnicos da Central de Regulação (E12, E13, E14)	1 com graduação em saúde e especialização em Regulação e Auditoria, 2 de nível técnico
4 profissionais de saúde (E15, E16, E17, E18)	2 médicos, 2 enfermeiros

Fonte: elaboração própria; Legenda: CRES – Coordenadoria Regional de Saúde.

Quadro 2. Características do sistema de saúde - Ceará e Região de Saúde de Aracati, 2019.

Divisão político-administrativa do estado do Ceará	Divide-se em 184 municípios, 5 macrorregiões e 22 regiões de saúde: Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Baturité, Canindé, Itapipoca, Aracati, Quixadá, Russas, Limoeiro do Norte, Sobral, Acaraú, Tianguá, Tauá, Crateús, Camocim, Icó, Iguatú, Brejo Santo, Crato, Juazeiro do Norte e Cascavel.
Características socioeconômicas do estado e da região de Aracati	População do estado estimada de 9.020.460 habitantes (2018). Estado com a 8ª maior população do país, sendo o 3º entre os estados da região Nordeste. O IDH era de 0,682 em 2010, o 17º no ranking nacional. A região de saúde de Aracati apresenta população estimada de 118.032 habitantes (2018) sendo: Aracati 74.084 habitantes, Fortim 16.357, Icapuí 19.804 e Itaiçaba 7.787 habitantes. IDH-M, Aracati ocupa a melhor posição (26º) entre os municípios da região, Icapuí (41º), Itaiçaba (60º) e Fortim (81º) (2016).
Características do SUS	O estado conta com 19 policlínicas regionais. Há concentração de serviços públicos hospitalares na capital: a rede da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará tem 11 hospitais, sendo oito na capital e três hospitais regionais no interior: Hospital Regional Norte (Sobral), Hospital Regional do Cariri (Juazeiro do Norte) e Hospital Regional Sertão Central (Quixeramobim).
Rede hospitalar na região de Aracati	A região apresenta 5 hospitais registrados no SCNES, sendo três em Aracati (um filantrópico, um municipal e um pertencente à UNIMED), um em Fortim (municipal) e um em Icapuí (municipal). O município de Itaiçaba contava com uma Unidade Mista (SCNES/dez.2018).
Atenção Básica na região de Aracati	A região apresenta 87% de cobertura da Atenção Básica, sendo: 80% em Aracati e 100% em Fortim, Icapuí e Itaiçaba. O modelo da Estratégia Saúde da Família é o predominante nos municípios (dez.2018).
SAMU e UPA na região de Aracati	O SAMU Ceará, coordenado pela Secretaria de Saúde do Estado, está presente em 136 municípios, incluindo os municípios de Aracati e Icapuí. Fortaleza e Sobral mantém o serviço sob gestão municipal. A região de Aracati conta com uma Unidade de Pronto Atendimento, sediada no município de Aracati
Planos de saúde	Em 2018, 14,8% da população do estado tinha plano de saúde, sendo a cobertura na capital de 38%.

Fontes: ANS TABNET (http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def); E-GESTOR DAB/MS. (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>); IBGE. (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>); Ipece (<https://www.ipece.ce.gov.br/2014/05/13/indice-de-desenvolvimento-municipal/>); SCNES. (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=23); SESA-CE. (<https://www.saude.ce.gov.br/imprensa/servico>).

Reconheceu-se o papel histórico e atuante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e nos processos decisórios das políticas de saúde, o que contribuiu para a formalização do Contrato Organizativo de Ação Pública por todos os municípios e regiões a partir de 2012 (E2). Os entrevistados destacaram também a ‘cultura da atenção básica’, a atuação do movimento sanitário local e a mobilização dos Conselhos Municipais de Saúde. Ressaltou-se a formação e profissionalização dos Secretários Municipais de Saúde (SMS) no estado e na região. Conjunto expressivo de quadros técnicos da SESA e profissionais de saúde possuíam formação em gestão pela Escola de Saúde Pública do Ceará (Quadro 1). Em contrapartida, alguns entrevistados indi-

caram certa “tecnificação” da atuação dos SMS e despolitização da função (E1) (Quadro 3).

Na trajetória da regionalização, as Comissões Intergestores Regionais (CIR) (antecedidas pelas Comissões Intergestoras Bipartite Regionais) se firmaram como espaço decisório nas regiões de saúde, sob condução da CRES. Na região, a composição da CIR era ampliada com participação, sem direito a voto, das coordenações da policlínica, do Centro de Especialidade Odontológica (CEO), da Atenção Básica (AB), prestadores hospitalares, além dos SMS e representantes do estado. O vice-presidente da CIR era o representante do COSEMS eleito pelos SMS da região.

A CIR foi avaliada como um importante espaço de governança regional, com reuniões fortemente participativas, colaborativas, resoluti-

Quadro 3. Avaliação dos informantes-chave sobre os atores, instituições e espaços decisórios do processo de regionalização da saúde, Ceará, 2017.

Atores/instituições/ espaços decisórios	Enunciados
Secretaria Estadual da Saúde (SESA/CE)	“Secretário de Estado da Saúde, Governo de Estado, sem dúvida nenhuma! Secretaria de Estado da Saúde é o protagonista disso” (E1) “Foi uma ousadia do governo do Estado, no sentido de investimento, de tentar realmente que desse certo e que esse fortalecimento da regionalização de fato acontecesse. Porque até então era um vazio assistencial muito grande nas regiões do Ceará” (E10)
Coordenadorias Estaduais da Saúde (CRES)	“Eles (CRES) dão um apoio muito importante, apontando as falhas, os indicadores, os índices, e como estes estão sendo acompanhados. São um grande mediador da regionalização. Um enorme mediador” (E1)
Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/CE)	“O Conselho de Secretários Municipais, o COSEMS, sempre foi protagonista da história da saúde pública no estado” (E2)
Secretários Municipais de Saúde (SMS)	“Nós temos aqui dos 184 municípios, 40 secretários municipais que poderiam ser secretários de qualquer cidade do Brasil em qualquer estado. Pessoas com boa formação que entendem o que estão fazendo. Tem secretário aqui há 14 anos, há 20 anos, em vários municípios” (E1). “A tecnificação do ato é à despolitização do ato como se fosse secretário de qualquer prefeito A ou prefeito B, como se fosse a mesma coisa. E não é. Então para o bem e para o mal, nós temos esta ‘bolsa’ de secretários” (E1).
Conselhos Municipais de Saúde	“(…) nós fomos em todas as comunidades pra eleger os representantes e a população indicava quem ela queria que nos representasse no Conselho Municipal de Saúde” (E5)
Comissão Intergestores Regional	“Todo sistema de saúde. Desde fluxo para a UPA, o hospital, de ambulância, todos indicadores e índices da vigilância epidemiológica, da vigilância sanitária, tudo é pautado na CIR”, [que funcionaria como] “se fosse uma grande secretaria entre os quatro municípios” (E3)

Fonte: Elaboração própria.

vas e deliberativas. Relatou-se que os principais problemas da saúde eram pauta das reuniões da CIR. A coordenação da regional destacou, ainda, debates sobre temas relacionados ao Conselho Municipal de Saúde que contribuíam com a regionalização (Quadro 3).

Mais recentemente, o Ministério Público teve atuação importante na condução da política de saúde da região, interferindo nas listas de espera e favorecendo a compra de medicamentos que deveriam ser ofertados pelo SUS, mesmo na ausência de licitação (E1).

Consórcio Público de Saúde: instrumento para garantia de oferta de atenção especializada em perspectiva regional

Um dos grandes desafios da regionalização relaciona-se à garantia da atenção de média complexidade. Para ampliação da oferta de serviços especializados foram instituídos 21 Consórcios

Públicos de Saúde (CPS) no estado, tendo como base o território das regiões de saúde (exceto na capital). Os CPS, constituídos sob a forma de associação pública, entidade autárquica e interfederativa subordinada ao Estado/SESA, viabilizaram a implantação de policlínicas de especialidades e de CEOs.

A proposta dos CPS foi apresentada nos primeiros anos do governo Cid Gomes (Partido Socialista Brasileiro; 2007 a 2010), impulsionada por equipes da SESA que, à época, contava com secretário estadual de destacada capacidade técnica e atuação política na saúde. A experiência prévia do governador como prefeito de Sobral, favoreceu o entendimento dos limites da gestão municipal da saúde e a importância do enfoque regional (E1) (Quadro 4).

A programação da oferta de serviços das Policlínicas (tipo 1 e tipo 2) e dos CEOs, e a distribuição de recursos financeiros era baseada em parâmetros aprovados nas assembleias consorciais,

Quadro 4. Síntese dos principais resultados por atributos selecionados, ilustrado com falas expressivas dos atores-chave, Região de Saúde de Aracati/CE, 2017.

Abrangência da rede de estabelecimentos de saúde/ Condições de acesso aos serviços especializados	Enunciados
<ul style="list-style-type: none"> . Presença de vazios assistenciais na média complexidade; . Constituição dos Consórcios Públicos de Saúde, liderada pelo governador – prioridade de governo; . Implantação de Policlínica/CEO, via CPS, para ofertar atenção especializada em todas as regiões de saúde (exceto na capital): acesso mais oportuno à AE e mais humanizado; . Instrumentos contratuais para distribuição da oferta de AE entre os municípios; . Baixa dependência do setor privado na AE; . Garantia de transporte, via CPS, para acesso às policlínica/CEO: diminuição de desigualdades entre sede e interior da região e do absenteísmo; . Satisfação da população com as policlínicas e CEO e percepção dos gestores da saúde quanto à impossibilidade de oferta de AE pelos municípios – condicionantes da manutenção do projeto; . Conflitos entre municípios e policlínica/CEO à oferta de procedimentos/consultas especializados disponibilizado às regulações municipais e reservado às referências internas – “autonomização” dos CPS; . Ingerência política nos CPS e ameaças de descontinuidade. 	<p>“Em Sobral, ele (Cid Gomes) (...) via os municípios em torno de Sobral, indo para Sobral sem nenhuma partilha de responsabilidade a não ser a de encaminhar o usuário para o nível de maior complexidade. (...) Essa fala era muito forte nele, que dizia: ‘Olha, no município, a problematização foi o aumento do SUS; hoje o SUS vive outro momento, que é o da regionalização’” (E1)</p> <p>“Muitas dificuldades, a população reclamava muito. E a regionalização veio suprir essa necessidade. Mas a regionalização com a policlínica, foi um salto enorme na qualidade para população” (E5)</p> <p>“Aqui na região as pessoas se bastam na rede pública de saúde. A saúde é levada, é brigada na rede pública de saúde. Não é na atenção privada (E15)”</p> <p>“Para nossa inquietação, hoje dentro da policlínica eles trabalham com 50% das vagas para retorno interno. Se o contrato é de 300 consultas com pediatra, os municípios rateiam 150 e a policlínica fica com 150 para gerenciar internamente” (E6)</p> <p>“Pelos prefeitos, e eu estou dizendo isso porque já escutei aqui e onde trabalhava (...) o recurso não iria para a policlínica, o recurso ficaria dentro do município” (E2)</p> <p>“Então se você disser à população do município X que não será mais atendida porque o prefeito não quer mais bancar as policlínicas, eu acho que as pessoas iriam destituir ele de lá. Porque as pessoas se sentem bem com o acesso à policlínica. É uma coisa que já faz parte da nossa rede. É o serviço de saúde mais bem avaliado por todo o estado do Ceará” (E1)</p>
<p>Governança e planejamento da rede</p> <ul style="list-style-type: none"> . Comissão Intergestores Regional atuante – com participação ampliada de prestadores e gerentes – espaço decisório da regionalização sob condução SESA/CRES; . Representação do COSEMS na CIR – um dos SMS da região; . Assembleias consorciais – presidida pelo prefeito do CPS – “prefeiturização” dos CPS; . Adoção da PGASS em substituição à PPI – em estágio inicial, induzida pelo estado; . Possíveis impactos políticos em relação à substituição da PPI; . Participação ativa na CRES na condução do processo de implantação PGASS na região de saúde; . Reconhecimento da necessidade de planejamento com base no território e em necessidades de saúde; . Tensões entre necessidade de incremento da oferta de serviços x ausência de novos recursos; . Prioridade das discussões sobre PGASS na CIR em 2017 – lócus do planejamento regional. 	<p>“Para ver os determinantes, os condicionantes de cada território, mas que muitas vezes os gestores quando assumem, pulam essa etapa, são engolidos pelas demandas. A PGASS iria servir para que realmente esse momento, essa etapa tão importante que é o conhecimento do que realmente aquela população precisa” (E11)</p> <p>“Uma guerra, uma guerra. Porque a PGASS vai mexer em muita estrutura política consolidada. As PPI de todo o Brasil, elas foram feitas lá atrás e de 10 anos para cá elas são <i>control C control V</i>” (E1)</p> <p>“(Com a PGASS) tomamos consciência maior da alocação dos recursos, para que possamos ter mais autonomia para dizer: ‘olha, eu quero esse serviço aqui, eu pago e recebo’” (E3)</p> <p>“(...) nada era alocado (recursos) sem antes passar na CIR e ter aprovação de cada gestor dos municípios da região” (E11)</p>

Quadro 4. Síntese dos principais resultados por atributos selecionados, ilustrado com falas expressivas dos atores-chave, Região de Saúde de Aracati/CE, 2017.

Qualificação dos recursos humanos	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampla formação de quadros dirigentes e gerenciais: SMS, técnicos SESA/CRES, direção Policlínica/CEO – empreendidas principalmente pela Escola de Saúde Pública do Estado; ▪ Histórico engajamento político do movimento sanitário local; ▪ Processos de qualificação da APS – QualificaAPS – liderado e desenvolvido pela SESA/CRES; ▪ Dificuldades para contratação de médicos especialista para a policlínica por carga horária – contratação por nº de procedimentos – consequências para a qualidade das ações e envolvimento em atividades de educação permanente e relação interprofissional; ▪ Maior fixação de profissionais na policlínica se comparada à atenção básica nos municípios. 	<p>“O foco é a atenção básica. Então o estado tem uma preocupação muito grande com a atenção primária, está constantemente ofertando possibilidades, capacitação... Agora eles tão implantando o QualificAPSUS, que é um projeto de reestruturação da atenção básica. De fazer uma nova estratificação de risco, uma nova territorialização” (E3)</p> <p>“É impressionante como temos dificuldade com os médicos. Impressionante. A gente coloca isso para discussão e fica praticamente refém... Se disser ‘Vai trabalhar 20 horas’, não fica um médico hoje (na policlínica)” (E10)</p>
Mecanismos de coordenação assistencial	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vinculação dos usuários à policlínica para o seguimento longitudinal; ▪ Ausência de prontuários eletrônicos compartilhados; ▪ Baixa integração policlínica/CEO, hospitais e atenção básica. 	<p>“De fato se você for avaliar não é nem para estar aqui, é para voltar ao PSE... Então quando o paciente chega aqui (policlínica), é impressionante, ele não quer voltar!” (E10)</p> <p>“Um paciente que fez uma endoscopia na policlínica, o gastro fez, passou a medicação, ele está em casa, não tem porquê retornar ao PSF. Para isso, era essencial a contrarreferência da policlínica” (E13)</p> <p>“(...) o paciente, quando recebe alta hospitalar, a contrarreferência não vem, mesmo os fluxos estando protocolizados. O médico da atenção especializada não faz. Temos menos de 30% dos pacientes com a contrarreferência. O sistema não apoia a contrarreferência. O seguimento do paciente é irregular (E10).</p>

continua

sendo objeto de contratos. Para cada município, o estado retinha, respectivamente, até no máximo 10% e 7% do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) para o financiamento das policlínicas e dos CEOs. Os recursos eram depositados diretamente na conta dos CPS, o que garantia a continuidade do financiamento. As policlínicas contavam também com recursos próprios do estado, e os CEOs com recursos federais da Política Nacional de Saúde Bucal.

A oferta de atenção especializada por meio do CPS/Policlínicas/CEO foi avaliada positivamente pelos entrevistados, por permitir o acesso a ações e serviços de saúde antes realizados com grandes

dificuldades na capital (E5). De forma geral, as avaliações ressaltaram que a implantação dos CPS tornaram o acesso mais “humanizado”, ao reduzir a dependência da capital, mesmo para procedimentos simples, cujo acesso era gerador de grande sofrimento e desgaste para a população (Quadro 4).

Os profissionais das policlínicas/CEO possuíam contratos temporários e renováveis com base na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em geral, com carga horária de 20 horas semanais. Como a policlínica apresentava dificuldades para atração de médicos especialistas, definiu-se um número de consultas/procedimentos/dia para

Quadro 4. Síntese dos principais resultados por atributos selecionados, ilustrado com falas expressivas dos atores-chave, Região de Saúde de Aracati/CE, 2017.

<p>Sistemas de regulação e informação da rede</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de regulação ambulatorial e hospitalar informatizado, desenvolvido pelo estado (UNISUS-WEB); ▪ Responsabilização dos usuários pelo agendamento de procedimento e trânsito da informação clínica; ▪ Acesso às policlínicas por meio de referências da atenção básica – minimização do atravessamento político para garantia de AE; ▪ Necessidade de qualificação dos processos regulatórios desde a AB e nas centrais de regulação; ▪ Policlínica/CEO não realizavam referências para os demais serviços da rede (ausência de “regulação externa”); ▪ Necessidade de adequar os fluxos regulatórios a partir das necessidades do território e da AB e de adoção de protocolos clínicos para utilização mais adequada e racional dos recursos; ▪ Altas taxas de absenteísmos às consultas especializadas/CEO. 	<p>“Porque gera um contrafluxo para o paciente. Quando ele necessita de serviços fora da policlínica, nós voltamos o paciente para o município e lá ele procura sua regulação para ser feito o serviço fora, quer seja no hospital do município, quer seja no hospital fora. Nós (policlínica) não fazemos regulação externa” (E10)</p> <p>Vou dar um exemplo: lá (policlínica) tem um ecocardiograma. Faz ecocardiografia, mas aí o meu PSF não podia pedir. Eu tenho que mandar para lá, para o cardiologista solicitar. Aí eu digo ‘Poxa, seu eu tenho um médico que diz que sabe fazer interpretação desse tipo de exame, que melhoraria a resolatividade, vínculo é com o PSF, por que vou referenciar para o especialista pedir o exame?’” (E2)</p>
<p>Adequação do financiamento da rede</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantia de contrapartida estadual para financiamento das policlínicas/CEO; ▪ Retenção direta do ICMS para financiamento dos CPS – perenidade no financiamento; ▪ Financiamento policlínicas – estado + município (não havia financiamento federal). 	<p>“Tem locais que o estado entra com 60%, 70%. Se custa 100, eu vou dividir o custo proporcional à população dos municípios, descontando o ICMS de cada um deles, desde que não passe de 10% do ICMS. Tem uma trava. Tem município que arrecada tão pouco ICMS que quando junta quatro ou cinco municípios, 10% de cada um, não dá os 60%, aí o estado completa. E porque que é só 10%? Porque vale também a outra regra. Se você tirar mais de 10% do município, você quebra o município, de tão pouca arrecadação” (E1).</p>

Fonte: Elaboração própria.

esses profissionais, mesmo com reconhecido impacto na qualidade e tempo de atendimento (E10). Para especialidades não médicas havia disponibilidade de profissionais na região.

A distribuição dos serviços da policlínica foi alvo de dissenso. A direção do serviço discordava da proposta de ofertar 70% das consultas/procedimentos ao atendimento das referências municipais e 30% para as demandas internas. Entre outros fatores, destacou-se que a valorização social das especialidades e a rotatividade de médicos na atenção básica contribuíam para o aumento da pressão por seguimento dos usuários na policlínica (E10).

Entrevistados ratificaram que as referências da AB eram a única forma de acessar a policlínica. Na região, foi relatada baixa influência dos

prestadores privados na atenção especializada e na básica, pois a rede era majoritariamente pública (E10).

A partir de 2016, o CPS, por meio de recursos excedentes do rateio, adquiriu micro-ônibus e vans para transporte de pacientes para as policlínicas e CEO, o que permitiu diminuir o absenteísmo e as desigualdades do acesso entre a sede e demais municípios da região. Ainda assim, arranjos logísticos estavam sendo desenhados pelos municípios para atender às especificidades das áreas rurais (E5).

Um dos principais condicionantes do sucesso dos CPS relacionava-se ao financiamento estadual. Como, em média, o estado responsabilizava-se por aproximadamente 50% dos gastos, a adesão foi considerada vantajosa para os municípios,

que sofriam grande pressão para ofertar AE na região. Ainda assim, a retenção direta do ICMS representava constante ponto de tensão entre prefeitos quando não faziam uma avaliação favorável da prestação de serviços na policlínica frente a possíveis ganhos políticos da oferta própria municipal. A permanência de alguns municípios no CPS foi atribuída à atuação de SMS com formação sanitarista, que defendiam a resolutividade e a escala na prestação de AE (E2). Avaliou-se que a estabilidade do CPS não estaria ameaçada, tampouco consolidada, dado à ingerência política dos prefeitos que ocupavam a direção. A satisfação da população com a qualidade e infraestrutura da policlínica/CEO também representava fator condicionante para a manutenção do projeto (Quadro 4).

A presidência dos CPS pelos prefeitos, geralmente do município sede da região foi considerada importante, apesar do chamado processo de “prefeiturização”, com atravessamentos da política local, muitas vezes sobrepostos às demandas de saúde e posicionamento dos SMS. Também haveria certo desbalanceamento de poder na tomada de decisões, uma vez que critérios populacionais definiam a quantidade dos votos para cada município nas assembleias consorciais. A sede da região, com 74 mil habitantes, tinha direito a 2 votos e o estado 2/5 do total.

Processos de “autonomização” do CPS/Policlínica/CEO em relação à gestão regional foram identificados pelos entrevistados, que questionavam a retenção de parte expressiva da oferta para as referências internas da policlínica. Neste ponto se apresentava a tensão entre a institucionalidade dos CPS que desafiam o desenho federativo: “de quem seriam os funcionários?” (E2). Não seriam do estado, mas da região, ponderou um dos entrevistados (E2). A participação das direções dos serviços consorciados na CIR foi uma das estratégias de aproximação, com avaliações positivas.

Havia reconhecimento de que os municípios não possuíam capacidade de ofertar serviços especializados, sobretudo pela grande dificuldade de contratação e fixação de profissionais médicos, o que tornava o CPS vantajoso para a região, frente à demanda crescente por especialidades. Ressaltou-se necessidade de incorporação de algumas especialidades, cuja referência ainda era a capital ou setor privado complementar e autônomo.

Alcançar a integração entre policlínica/CEO e a atenção básica era um dos desafios, com algumas ações em curso empreendidas pelo serviço especializado, como as “Policlínicas Itinerantes”, com visitas aos municípios para divulgação dos protocolos e promoção de maior aproximação

entre os profissionais. Esta iniciativa acontecia de forma permanente pela grande rotatividade dos profissionais na AB (E10) (Quadro 4).

Atenção hospitalar e hospitais de pequeno porte: nó crítico da rede regionalizada

No estado havia três grandes hospitais regionais e concentração de oferta na capital (Quadro 2). Na região de saúde, a principal referência era um hospital municipal e um filantrópico, ambos de pequeno porte e baixa complexidade.

O hospital maternidade filantrópico havia se descredenciado pelos baixos valores pagos pela Tabela SUS e, no momento da pesquisa, oferecia apenas partos. O recurso federal para a Média e Alta Complexidade não era suficiente para sua manutenção, exigindo constantes aportes municipais. O fluxo da rede privada era pequeno e insuficiente para sua manutenção. À época, cirurgias ginecológicas eletivas não estavam sendo realizadas e a proposta do prestador era receber o valor da estabelecido pela Tabela SUS com complementação de até 100%, avaliado como inviável pelos gestores. A dependência ao prestador e seu descredenciamento foram mencionados como fatores que enfraqueciam a região de saúde (E12) e nó crítico da rede regionalizada (E11).

É interessante observar que três municípios da região possuíam hospitais de pequeno porte (HPP) (Quadro 2), que, na prática, operavam como unidades mistas, com médicos à noite e final de semana (horários em que as UBS não funcionam), sem internação, apenas com consultas de urgência e emergência para estabilizar pacientes para encaminhamento a um hospital de referência. Mencionou-se não haver uma política pública para os HPP e unidades mistas, sendo que alguns gestores tinham intenção de interromper estes serviços (E3).

Instrumentos de regulação do acesso

A oferta de consultas/procedimentos especializados da policlínica (exceto a cota para as referências internas) era disponibilizada às centrais municipais para agendamento dos procedimentos, via sistema de regulação informatizado estadual (UNISUS-WEB). Nos municípios, a busca pelo agendamento era realizada pelo usuário, de posse da referência da AB. A marcação era realizada na hora, a depender da especialidade. Quando realizada posteriormente, as centrais solicitavam auxílio às equipes de AB. Este era o fluxo padrão para o chamado “agendamento não regulado” à policlínica/CEO, sem necessidade de inclusão de

justificativa clínica. Avaliou-se que um dos desafios seria avançar na implantação de prontuários eletrônicos integrados e na qualificação dos processos regulatórios desde a atenção básica.

Para acesso aos serviços de saúde em Fortaleza (ambulatoriais e hospitalares), a solicitação de agendamento era realizada no município de origem, e o processo regulatório na instância macrorregional que exigia justificativa clínica. A insuficiência de informações clínicas e o perfil dos profissionais das centrais de marcação (técnicos de nível médio) dificultavam a regulação assistencial. A policlínica não realizava referência para outros serviços da rede, como os hospitais, limitação reconhecida pelos entrevistados (E2).

A responsabilização do usuário pela busca do agendamento foi considerada inadequada pelos riscos de perda do documento, não procura ou dificuldade de acompanhamento pelas equipes de AB. O mesmo ocorria com o trânsito da informação clínica, sendo necessária alguma estratégia de contrarreferência visto que, no caso de resolução do problema de saúde ou seguimento na policlínica, o usuário não teria razões para retorno para a AB (E13) (Quadro 4).

Nos quatro municípios, as avaliações foram sincrônicas ao afirmar que o processo de trabalho e fluxos para acesso à policlínica/CEO precisavam se adequar às definições locais e ao papel da atenção básica. Maior autonomia das equipes de AB para solicitação de procedimentos especializados era uma reivindicação dos gestores. Caso exemplar seriam exames diagnósticos somente solicitados por especialistas da policlínica, embora a necessidade tenha sido identificada na atenção básica (E2). Ainda assim, havia receio quanto à capacidade municipal em assumir mais funções regulatórias frente à infraestrutura precária.

A ausência de protocolos geraria referências inadequadas pela atenção básica e especializada. A responsabilização dos profissionais pela utilização mais racional dos recursos especializados, muitas vezes tomados em si como uma intervenção terapêutica, foi mencionada como nó crítico para acesso mais equitativo (E13).

Planejamento e programação regional

Os quatro municípios estavam em processo de implantação da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) em 2017. A PGASS era incentivada pela SESA e coordenada pela CRES, como instrumento para fortalecer a regionalização.

Houve convergência quanto à insuficiência da Programação Pactuada e Integrada (PPI) vi-

gente para o planejamento e a alocação de recursos. Havia grande demanda reprimida por AE, o que ocorria pela busca direta de serviços na rede privada ou mesmo pela não realização dos procedimentos pactuados e pagos (E5). Também criticou-se o cálculo do recurso com base em produção e a tomada de decisão sobre alocação de recursos da PPI pelo gestor municipal, sem a perspectiva regional (E2, E5).

Avaliou-se que houve alguma resistência dos gestores municipais, mas reconhecimento quanto à pertinência do planejamento com base nas necessidades de saúde identificadas no território. A CRES realizou oficinas na região, com ampla participação de gestores, técnicos e prestadores. Destacou-se o pioneirismo da SESA ao lançar um aplicativo para facilitar a programação em saúde, em fase de testes. O instrumento seria um norteador, mas o planejamento precisaria do olhar crítico dos gestores sobre o território (E11).

Outro ponto de tensão na implantação da PGASS foi o possível incremento da oferta de serviços sem aporte de novos recursos, sobretudo para os gargalos assistenciais. A condução da regional foi classificada como pragmática ao reafirmar que não haveria incremento de recursos, mas utilização do existente com base em necessidades de saúde e que recursos da PPI alocados em outros serviços de saúde poderiam ser otimizados se investidos nos equipamentos regionais, sobretudo em tempos de crise financeira.

Discussões sobre a PGASS tornaram-se prioritárias nas reuniões da CIR que representou o principal espaço da negociação regional. Fortemente evidenciado pelos entrevistados, a PGASS diferenciava-se da PPI pelo fortalecimento da regionalização a partir das decisões referendadas na CIR. A SESA/CRES havia criado estratégias de apoio às novas gestões (“CRES Itinerantes”) para elaboração dos planos de ação.

Em 2017, a implantação da PGASS estava em fase inicial, mas já oferecia parâmetros para re-pactuar alguns procedimentos com a policlínica e minimizar a alocação inadequada dos insuficientes recursos.

Discussão

Este estudo buscou analisar as políticas e os instrumentos de gestão voltados para a organização regional da atenção especializada do SUS no Ceará. Os resultados sugerem que o forte protagonismo do governo do estado e de suas instâncias regionais são os principais fatores que contri-

buem para o estágio avançado da regionalização, reconhecido também por outros estudos^{4,20,21}.

O Ceará é um estado com tradição no planejamento territorial da saúde, possuindo estruturas de gestão e pactuação regional consolidadas⁴. As CRES apresentam autonomia administrativa para contratação e programação financeira de serviços especializados¹⁴, além de perenidade e capacitação do corpo técnico, o que fortalece, junto aos governos municipais, a legitimação do estado nos espaços formais de negociação e decisão em âmbito regional e certa continuidade das políticas de saúde.

Compartilham o protagonismo na condução da política de saúde, o movimento sanitário local, com destaque para os SMS e técnicos/gerentes que se alternam entre os diversos municípios. Amparados pela capacitação técnica do principal instrumento formador do SUS no estado, a Escola de Saúde Pública, produziu-se um certo “saber da regionalização do Ceará”¹⁴, que originou sujeitos aptos a operar e organizar a regionalização.

O principal instrumento para estruturação da oferta de atenção especializada na região é o CPS, responsável pela gestão das policlínicas e CEO. Por representar um equipamento genuinamente regional, no interior das regiões de saúde é traçada a arquitetura para seu funcionamento. Logo, a operação do CPS só é possível no entrelaçamento da dinâmica regional, cuja CIR, com participação ampliada, destaca-se como espaço decisório e de planejamento da regionalização, ainda que não o único. Embora seu protagonismo no estado do Ceará seja ratificado por este e outros estudos^{16,17}, outros espaços/atores também disputam a regionalização, principalmente no componente prestação de serviços de saúde, entre os quais as assembleias consorciais, liderada pelos prefeitos (“prefeiturização”) e as próprias policlínicas/CEO (“autonomização”).

De forma geral, avalia-se que o processo de regionalização é muito dependente dos CPS e que houve grande avanço no acesso à AE a partir de seus serviços. A assunção dos CPS como política de governo estadual, com garantia de cofinanciamento (estados e municípios) é um dos fatores que condicionam o êxito da experiência, possibilitando a diminuição da dependência e do pagamento direto ao prestador privado, além da minimização de relações clientelistas para acesso à AE, flagelos identificados por vários estudos^{24,25}.

Os consórcios representam uma das formas de provisão de serviços especializados, mas em si não garantem a integração da rede²⁰. Na região caso a rede permanecia esgarçada, composta por

unidades com funções pouco definidas e pouco resolutivas, como alguns hospitais polo ou unidades mistas com baixa capacidade resolutiva, que fragilizam a oferta de atenção integral. A fixação de médicos desafiava a lógica do trabalho em rede em benefício de uma atuação procedimental ao interior das policlínicas¹⁴. Tal questão é reconhecida como um problema com determinações relativas à regulação do trabalho médico no país. De todo modo, individualmente, cada município teria possibilidades de contratação ainda mais restritas.

No caso estudado, parece haver certa disputa ou indefinição no exercício do seguimento longitudinal. Valorização das especialidades e pressão dos usuários para continuidade dos cuidados na policlínica foi um dos achados, o que parece coerente às avaliações positivas e satisfação em relação a este serviço. Contudo, os efeitos seriam retenção de parte considerável dos serviços na policlínica, sobreutilização dos recursos especializados e não reconhecimento do papel da atenção básica na identificação das demandas dos territórios. A necessidade de aperfeiçoamento dos processos de regulação assistencial é reconhecida na região, inclusive no que se refere à necessidade de prontuários compartilhados, estratégias de acomodação mútua entre profissionais e qualificação das referências.

Em síntese, diversos foram os elementos que possibilitaram algum avanço na organização regional da AE no caso estudado. A SESA foi protagonista e impulsionadora do processo de regionalização, proporcionando infraestrutura e financiamento, por meio da atuação da CRES, com corpo técnico qualificado e estável, majoritariamente de servidores públicos. A estratégia de implantação de CPS/Policlínica/CEO públicos garantiu acesso à atenção especializada e estabeleceu como forma de acesso primordial a referência da AB. O apoio logístico de sistema de transporte de pacientes com elaboração de rotas desde as diversas localidades foi fator importante para evitar absenteísmo e melhorar a eficiência. A institucionalidade do COSEMS e o funcionamento participativo da CIR propiciaram espaço efetivo de governança regional em saúde. A recente implantação da PGASS abre campo a novas investigações, embora indique, no estado, um movimento concreto para a superação da esgotada PPI.

Algumas limitações deste estudo devem ser mencionadas. Trata de investigação que privilegiou a realização de entrevistas com gestores, com destacado papel na condução das políticas de saúde na região, não permitindo dimensionar

a prestação de serviços especializados, tampouco possíveis mudanças no padrão de oferta a partir da implementação dos CPS e seus equipamentos de saúde.

Entretanto, essas limitações não comprometem as contribuições trazidas neste artigo. O conjunto de evidências produzidas podem informar outras experiências do SUS que, no momento, trilharam caminhos semelhantes para provisão de atenção especializada via CSP, ten-

do a experiência do Ceará como norte²⁶. Além disso, no contexto de crise e de implantação de políticas de austeridade que tendem a agravar o histórico subfinanciamento da área social²⁷, a compreensão de experiências exitosas e sinérgicas aos princípios dos sistemas públicos e universais, favorecem a construção de estratégias para o enfrentamento da mercantilização e garantia de atenção integral à saúde.

Colaboradores

PF Almeida, LD Lima, L Giovanella foram responsáveis pela concepção, redação, interpretação dos dados do artigo. MT Martins Filho participou da revisão e análise crítica dos resultados. PF Almeida e LD Lima realizaram a revisão da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

O estudo foi financiado por meio de recursos do Programa de Pós Doutorado Júnior do CNPq, concedido à primeira autora. L Giovanella e LD Lima são bolsistas de produtividade do CNPq.

Agradecemos à FAPERJ pelos recursos concedidos à tradução do artigo.

Referências

- Jakubowski E, Saltman RB, editors. *The changing national role in health system governance. A case-based study of 11 European countries and Australia*. Brussels: The European Observatory on Health Systems and Policies/WHO; 2013.
- Greer SL, Jarman H, Azorsky A. *A reorganisation you can see from space: the architecture of power in the new NHS*. London: Centre for Health and Public Organization; 2014.
- Marchildon GP. Regionalization: What Have We Learned? *Healthcare Paper* 2016; 16(1):8-15.
- Lima LD, Viana ALA, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, Scatena JHG, Mello GA, Pereira AMM, Coelho APS. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2881-2892.
- Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1281-1289.
- Wagstaff A. *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD*. New York: The World Bank Development Research Group; 2009.
- Schneider EC, Sarnak DO, Squires D, Shah A, Doty MM. *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*. New York: The Commonwealth Fund; 2017.
- Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:65.
- Fiocruz, Conselho Nacional de Saúde. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Saúde Debate* 2018; 42(n esp. 1):434-451.
- Repullo-Labrador JR. El Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sin primaria no es posible. *AMF* 2012; 8(7):362-363.
- Peiró S, Artells JS, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit* 2011; 25(2):95-105.
- Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Vianna ALA. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1291-1310.
- Viana ALA, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1791-1798.
- Goya N, Andrade LOM, Pontes RJS, Tarja FS. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. *Saúde Soc.* 2016; 25(4):902-919.
- Goya N, Andrade LOM, Pontes RJS, Tarja FS, Barreto ICHC. Percepção de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da gestão Pública no Ceará, Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1235-1244.
- Mascarenhas GC, Shimizu HE. Os desafios do planejamento regional compartilhado à luz do Decreto Nº 7508: um estudo de caso Sobral – Ceará. In: Silva RM, Jorge MSB, Silva Junior AG, organizadores. *Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde*. Fortaleza: EdUECE; 2016. p. 72-93.
- Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho JI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.
- Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EPPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1511-1524.
- Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG, Melo ECP, Oliveira EXG, Carvalho MS, Pereira AMM, Oliveira RAD, Martinelli NL, Oliveira CF. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cad Saude Publica* 2019; 35(Supl. 2):e00094618.
- Shimizu HE, Cruz MS, Bretas Júnior N, Schierholt SR, Ramalho WM, Ramos MC, Mesquita MS, Silva EN. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. *Cien Saude Colet* 2017; 22 (4):1131-40.
- Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1193-1207.
- Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MCS Minayo, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p. 67-80.
- Organización Panamericana de la Salud (OPAS). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington: OPAS; 2010.
- Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2016; 32(3):e00172214.
- Fausto MCR, Campos SEM, Almeida PF, Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Carneiro A, Jerônimo AS, Aleluia IRS, Borges GA, Mota PHS. Itinerários terapêuticos de pacientes com acidente vascular encefálico: fragmentação do cuidado em uma rede regionalizada de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2017; 17(Supl. 1):S73-S82.
- Bahia. Secretaria da Saúde da Bahia (SESAB). *Polí-clínicas Regionais de Saúde*. [acessado 2019 Ago 11]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/politclinicasregionais/>
- Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Fachini LA, Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* 2019; S0140-6736(19):31243-31247.

Artigo apresentado em 14/03/2019

Aprovado em 12/07/2019

Versão final apresentada em 30/08/2019

