UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

FRAGILIDADES E DESAFIOS DA GOVERNANÇA REGIONAL NO SUS, UMA ANÁLISE A PARTIR DE DOIS CASOS DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE

CAMPINAS

2022

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

FRAGILIDADES E DESAFIOS DA GOVERNANÇA REGIONAL NO SUS, UMA ANÁLISE A PARTIR DE DOIS CASOS DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE

Tese apresentada a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA E ORIENTADO PELO PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS.

CAMPINAS

2022

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Patricia de Paula Ravaschio - CRB 8/6426

P134f

Padilha, Alexandre Rocha Santos, 1971-
Fragilidades e desafios da governança regional no SUS, uma análise a partir de dois casos de implementação de políticas nacionais de saúde / Alexandre Rocha Santos Padilha. – Campinas, SP : [s.n.], 2022.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Sistemas de saúde. 2. Regionalização. 3. Governança. 4. Serviços médicos de emergência. 5. Malária. I. Campos, Gastão Wagner de Sousa, 1952-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Weaknesses and challenges of regional governance in the SUS, an analysis based on two cases of implementation of national health policies
Palavras-chave em inglês:
Health systems
Regionalization
Governance
Emergency medical services
Malaria
Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde
Titulação: Doutor em Saúde Coletiva
Banca examinadora:
Gastão Wagner de Sousa Campos [Orientador]
Marcia Aparecida do Amaral
Marilia Cristina Prado Louvison
Ana Luiza D'Avila Viana
Adriano Massuda
Data de defesa: 26-05-2022
Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)
- ORCID do autor: https://orcid.org/0000-0002-1934-5450
- Currículo Lattes do autor: http://lattes.cnpq.br/5033652046514657

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS.

MEMBROS:

1. Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
2. Profª Drª Ana Luiza D´Avila Viana
3. Profª Drª Marilia Cristina Prado Louvison
4. Prof. Dr Adriano Massuda
5. Drª Marcia Aparecida do Amaral

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação /Tese e na secretaria do Programa da Unidade.

Data da defesa: 26/05/2022

AGRADECIMENTOS

“Somos ondas do mesmo mar, folhas da mesma árvore, flores do mesmo jardim” essa era a inscrição em milhares de caixas de insumos para a saúde que chegaram da China para a Itália, no início da Pandemia COVID19, quando entraram em colapso regiões do Sistema Nacional de Saúde Italiano, enquanto a maioria das autoridades da Europa fecharam as portas para o acolhimento de pacientes ou viraram as costas para a demanda de recursos aos seres humanos que lá vivem. Todos os desafios, contingências e afetos provocados pela maior tragédia humana brasileira atravessaram o nosso período de desenvolvimento e conclusão deste estudo. Portanto, agradeço todas e todos que se postam diante do nosso tempo com a convicção de que a solidariedade, a construção do bem coletivo, a crítica científica, o respeito e a interação com a diversidade nos fazem mais humanos e potentes. Agradeço a todas e todos trabalhadoras e trabalhadores, gestoras e gestores, conselheiras e conselheiros, ativistas de movimentos sociais, pesquisadoras e pesquisadores que, ao cultivarem tais valores, ajudaram-me a seguir nestes dias em que “vivemos tempos estranhos”. Agradeço por terem exercitado a esperança de que “um outro mundo é possível”. Agradeço aos diversos indivíduos e coletivos com os quais me encontrei na luta pela Saúde e Defesa da Vida, como Direitos, e pela construção do SUS, como Projeto, que provocaram inquietações e desejo para este exercício de reflexão no doutorado. Agradeço desde aqueles que me revelaram a luta pela Saúde como Vida Comunitária, quando carregado pela “Doutora Léa” (minha mãe), pelas ruas e centros comunitários adaptados para consultórios na periferia de São Paulo, durante a ditadura. Como Utopia a ser construída, quando meu então professor, hoje orientador, Gastão, empossado secretário municipal de saúde de Campinas, disse “... queremos o céu com a reforma sanitária...”, na minha aula inaugural na FCM-Unicamp em 1989. Como Projeto, quando o professor Testa, no começo dos anos 90, disse para um conjunto de lideranças estudantis “o objetivo de um planejamento deve ser acumular poder para transformar...”. Como Desafio Humanitário, junto com usuários e trabalhadores na Casa da AIDS da FMUSP, na metade para o final dos anos 90. Como Interação Multicultural, junto com pesquisadores, trabalhadores e comunidades indígenas e ribeirinhas na Amazônia, quando supervisor do NUMETROP/USP. Como Prática Politica, junto com gestores municipais, estaduais e federais, nas minhas experiências na gestão do SUS. Como trajeto de reflexão teórica, percepção das minhas limitações e ignorâncias, neste retorno a Unicamp, na condição de estudante, no espaço vivo de uma Universidade Pública, junto com trabalhadores, professores e estudantes. Mais do que tudo, agradeço àquelas com quem compartilho um amor intenso, minha companheira Thassia e a minha filha Melissa, por suportarem mais essa ausência provocada por este estudo, por me ofertarem aprendizados teóricos, no campo dos estudos das politicas públicas, e empíricos, no exercício da paternidade e na desconstrução dos meus defeitos e da desigualdade de gênero. Por fim, um agradecimento particular a Mariana, Renato e Leticia, trabalhadores da Comissão de Pós-Graduação da Saúde Coletiva, e a Bianca Menezes e Marcelo Vicentin, revisores deste texto, por o tornarem possível. Obrigado. Um AbraSUS.

RESUMO

Este estudo analisa os pactos e arranjos regionais e interfederativos gerados, e os desafios e contenciosos nas relações federativas não superados, durante a análise dos processos de implementação regional de duas políticas nacionais do SUS: o Plano de Intensificação da Ações de Controle da Malária/PIACM/PNCM na região amazônica brasileira, no período de 2000 a 2004, e a Rede de Urgência e Emergência na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2011 a 2016. As duas políticas apresentam territórios, campos da saúde pública e do contexto histórico de desenvolvimento do SUS, e das suas políticas de regionalização, diversos. É um estudo de múltiplos casos, com 4 níveis de análise imbricados: desenho de implementação; caracterização de atores de implementação; caracterização de arranjos interfederativos regionais e contenciosos e desafios interfederativos não superados. Analisa-se a implementação das políticas a partir das abordagens que a consideram como um processo dinâmico, um subsistema de política, com interação, negociação e aprendizagem permanentes. Os dados foram obtidos a partir de documentos públicos das instâncias de pactuação, coordenação da política, das organizações e dos atores participantes, além de entrevistas com personagens-chave que participaram dos arranjos interfederativos de implementação. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp. Agrega-se, às ferramentas dos estudos de implementação, três categorias analíticas experimentadas na saúde coletiva: o poder, em Testa; o sujeito, no método Paidéia de Campos, e a tecnologia de governo, nos estudos de governamentalidade em Rose. Confronta-se tais achados com o desenvolvimento teórico realizado a respeito do conjunto de complexidades e desafios do processo de fortalecimento da governança regional do SUS, seja aqueles inerentes às desigualdades que marcam as realidades brasileiras, às insuficiências do desenvolvimento institucional do SUS e às características da estrutura federativa brasileira. Os resultados revelam que, em ambas as políticas, o seu processo de implementação envolveu os atores federativos na definição da agenda e nos fluxos de aprendizado; fortaleceu ou criou arranjos regionais interfederativos; gerou deslocamentos de poder; fortaleceu e produziu novos sujeitos e novas tecnologias de governo que contribuíram para tornar operável determinadas racionalidades

políticas. Apesar disso, um conjunto de desafios e contenciosos interfederativos permanecem ao final do período estudado, observado que a implementação das políticas, seus pactos e arranjos regionais interfederativos foram insuficientes para superá-los. Conclui-se que tais complexidades ganharam força diante da crise político-econômica, e institucional-jurídica que atravessa o Brasil, agravada pelo conflito federativo e a insuficiência da mobilização de todas as potencialidades do SUS durante a resposta do governo federal à COVID-19. A generalização, a partir da análise conjunta dos resultados nos dois casos, aponta para elementos significativos que podem compor uma agenda de superação das fragilidades da governança regional do SUS: a mobilização dos atores federativos; a necessidade de ocupar o debate público; construir e mobilizar um conjunto de instrumentos de implementação; assumir a Região de Saúde e seus arranjos regionais, como a unidade territorial do SUS; aprimorar a organização administrativa de gestão da saúde no âmbito da Região de Saúde e o enfrentamento do subfinanciamento, não apenas em relação ao volume de recursos, mas também na sua distribuição equitativa e indutora de arranjos e fundos de financiamento regionais.

Palavras-chave: Sistemas de saúde; Regionalização; Governança; Serviços médicos de emergência; Malária; Vigilância. Federalismo.

ABSTRACT

This study analyzes the regional and inter-federative pacts and arrangements generated and the challenges and conflicts in federative relations that have not been overcome, during the analysis of the regional implementation processes of two national policies of the Brazilian National Public System (SUS): the Plan for Intensification of Malária Control Actions/PIACM/ PNCM in the Brazilian Amazon region, from 2000 to 2004, and the Emergency and Urgency Networks in the Metropolitan Region of São Paulo, from 2011 to 2016. The two policies correspond to different territories, fields of public health and historical context of development of the SUS and its various regionalization policies. This is a multiple cases study, with 4 overlapped levels of analysis: implementation design; characterization of implementation actors; characterization of regional and inter-federative arrangements and unsolved disputes and inter-federative challenges. The policy implementation is analyzed assuming the approaches that consider it as a dynamic process of a policy subsystem, with permanent interaction, negotiation and learning. The data were obtained from public documents from the instances of agreement and coordination of the policy and from the organizations and the participating actors, in addition to interviews with key characters who participated in the interfederative implementation arrangements. This study was submitted to and approved by the Unicamp Research Ethics Committee. In addition to the tools of implementation studies, three analytical categories experienced in public health are added: power, in Testa; the subject, in the Paidéia method of Campos and government technologies, in the studies of governmentality in Rose. Such findings are compared with the theoretical development carried out regarding the set of complexities and challenges of the process of strengthening the regional governance of the SUS. This three aspects are considered, whether those inherent to the inequalities that mark Brazilian realities; the shortcomings of the institutional development of the SUS and the characteristics of the Brazilian federative structure. The results reveal that, in both policies, their implementation process involved the federative players in the definition of the agenda and in the learning flows; strengthened or created inter-federative regional arrangements; it generated power shifts; strengthened and produced new subjects and new technologies of government that contributed to make distinct polítical

rationalities operable. Despite this, a set of challenges and interfederative disputes remain at the end of the period studied, noting that the implementation of policies, their pacts and arrangements interfederative regional policies were insufficient to overcome them. It is concluded that such complexities gained strength in the face of the polítical-economic, institutional-legal crisis that is going through Brazil, aggravated by the federative conflict and the insufficiency of mobilization of all the potentialities of the SUS during the federal government's response to COVID-19. The generalization, based on the integrated analysis of the results in the two cases, points to significant elements that can constitute an agenda for overcoming the weaknesses of the regional governance of the SUS: the mobilization of federative player; the need to occupy the debate with society; to build and mobilize a set of implementation tools; to assume the health region and its regional arrangements as the territorial unit of the SUS; to improve the administrative organization of health management within the health region and address underfunding, not only in terms of the volume of resources, but also in terms of their equitable distribution and inducing regional arrangements and funds .

Keywords: Health Systems; Regionalization; Governance; Emergency Medical Services; Malária; Surveillance; Federalism.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- A evolução discursiva normativa e os instrumentos de implementação da regionalização da saúde..... 24

Figura 2 - Conformação de regiões de saúde a partir do desenho estabelecido pelo fluxo de usuários para internação hospitalar no SUS em 2016..... 27

Quadro 1 - Caracterização das personagens-chave entrevistadas..... 160

Quadro 2 - Valorização da Região de Saúde e entes federativos no desenho de implementação- PIACM/PNCM..... 162

Quadro 3 - Características do discurso e posicionamento dos gestores 177

Quadro 4 - Matriz de caracterização dos arranjos interfederativos na PIACM/PNCM..... 181

Quadro 5 - Síntese dos contenciosos e desafios interfederativos não superados PIACM/PNCM..... 187

Quadro 6 - Caracterização das personagens-chave entrevistadas e sua participação nos arranjos interfederativos regionais..... 230

Quadro 7 - Valorização da Região de Saúde e entes federativos no desenho de implementação..... 231

Quadro 8 - Características do discurso dos gestores, trabalhadores e usuários..... 245

Quadro 9 - Matriz de caracterização dos arranjos interfederativos na RUE, nas RRAS/RMSP..... 259

Quadro 10 - Síntese dos contenciosos e desafios interfederativos não superados..... 278

SUMÁRIO

1.	**INTRODUÇÃO**	**14**
2.	**OBJETIVOS**	**17**
3.	**REVISÃO DA LITERATURA**	**18**
3.1.	**Regionalização e Governança Regional e Federativa no SUS: desafios e perspectivas**	**18**
3.1.1.	**Breve histórico da regionalização no SUS**	**18**
3.1.2.	**Regionalização e suas complexidades no âmbito do SUS**	**25**
3.1.3.	**Regionalização na Saúde, impasses e desafios vão além do SUS.**	**38**
3.1.4	**Os Desafios da Regionalização do SUS também são desafios da Federação brasileira**	**51**
3.1.5.	**Crise econômica, política, institucional, a partir de 2014, e a pandemia COVID19 aprofundam a fragilidade da governança regional do SUS**	**56**
3.1.6.	**Elementos de uma Agenda para superar estes impasses**	**62**
3.1.7.	**Governança regional e federativa**	**67**
3.2.	**Saúde Coletiva e Estudos de Implementação em Políticas Públicas: modelos teóricos, análises e olhares a experimentar em estudos de implementação em saúde**	**76**
3.2.1	**Caracterizando o campo de reflexão sobre políticas públicas**	**76**
3.2.2	**Os estudos de implementação de políticas públicas**	**83**
3.2.3	**Modelos *top down*, apreendendo criticamente e compartilhando necessidades de superação**	**87**
3.2.4	**Ampliando o olhar com os modelos *bottom-up***	**95**
3.2.5	**O debate entre *top-down* e *bottom-up* abre espaço para uma terceira geração nos estudos de implementação. Modelos híbridos**	**103**
3.2.6	**Aproximando a produção e a reflexão da saúde coletiva a este campo**	**124**
3.2.7	**Poder, sujeito e tecnologias de governo: outras categorias para interagirmos com a implementação de políticas**	**132**
4.	**MATERIAL E MÉTODOS**	**144**
4.1.	**Pesquisa Qualitativa**	**150**
4.2.	**Diálogo entre os instrumentais do campo das políticas públicas e da saúde coletiva**	**152**
4.3	**Eixos de Análise e respectivas variáveis**	**154**

5.	**RESULTADOS**	**156**
5.1	**Caso 1- A implementação do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária/PIACM na região amazônica brasileira, no período de 2000 a 2004**	**156**
5.1.1	**Resultados e discussão**	**159**
5.1.2	**Desenho da implementação**	**160**
5.1.3	**Atores federativos e posicionamento**	**176**
5.1.4	**Arranjos Interfederativos**	**180**
5.1.5	**Desafios e contenciosos federativos**	**185**
5.1.6	**Poder, Sujeitos e Tecnologias de Governo**	**194**
5.1.6.1.	**Deslocamentos de poder**	**194**
5.1.6.2.	**Fortalecimento e construção de sujeitos**	**205**
5.1.6.3.	**Produção de novas tecnologias de governo**	**212**
5.2	**Caso 2 - A implementação da Rede de Urgência e Emergência na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2011 a 2016**	**222**
5.2.1	**Resultados e discussão**	**229**
5.2.2	**Desenho da implementação**	**230**
5.2.3	**Atores federativos e posicionamento**	**244**
5.2.4	**Arranjos Interfederativos**	**258**
5.2.5	**Desafios e contenciosos federativos**	**276**
5.2.6	**Poder, Sujeitos e Tecnologias de Governo**	**281**
5.2.6.1.	**Deslocamentos de poder**	**282**
5.2.6.2.	**Fortalecimento e construção de sujeitos**	**296**
5.2.6.3	**Produção de novas tecnologias de governo**	**308**
6.	**DISCUSSÃO**	**317**
6.1.	**Confrontando os achados dos 2 casos entre si e com o desenvolvimento teórico dos desafios atuais da regionalização e governança regional e federativa no SUS**	**317**
6.1.1.	**Protagonismo dos atores federativos na definição da agenda e fluxos de aprendizado**	**318**
6.1.2.	**Região de Saúde como unidade territorial**	**322**
6.1.3.	**Instrumentos políticos de implementação**	**323**
6.1.4.	**Posicionamento dos atores federativos**	**325**
6.1.5.	**Arranjos interfederativos regionais**	**325**
6.1.6.	**Desafios e contenciosos federativos**	**328**
6.1.7.	**Deslocamento de poder**	**330**

6.1.8.	**Sujeitos que emergem.....**	**334**
6.1.9.	**Tecnologias de Governo produzidas.....**	**335**
6.2.	**Os achados nos dois casos e os desafios do fortalecimento da regionalização e da governança regional do SUS.....**	**343**
6.3.	**Os aprendizados dos dois casos e o aprofundamento da fragilidade da governança regional do SUS, em meio à crise da pandemia COVID-19.....**	**355**
6.4	**Os achados no PIACM/PNCM e RUE e os desafios da governança regional que vão além do SUS.....**	**377**
7	**CONCLUSÕES.....**	**381**
	REFERÊNCIAS.....	**391**
	ANEXO I – Parecer Consubstanciado CEP Unicamp / Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado no CEP UNICAMP.....	**435**
	ANEXO II- Roteiro Entrevista Personagens-Chave.....	**439**

1. INTRODUÇÃO

Este estudo se insere em um esforço de analisar pactos e arranjos institucionais gerados, e desafios e contenciosos não superados durante a análise de processos de implementações regionais de políticas nacionais do SUS.

Um aspecto da necessidade deste estudo decorre do fato de os processos de regionalização, de pactuação e cooperação federativa se constituírem como um dos grandes desafios do Sistema único de Saúde/SUS (1). Inicialmente, estes processos e seus impasses começam com os movimentos de normatização dos acordos de descentralização e de ampliação da capacidade institucional de diferentes níveis federativos de governo, frente às novas responsabilidades e competências, confirmadas pela Lei Orgânica do SUS (2). Continuam com as dificuldades expressas nos processos normativos de regionalização, particularmente pela Norma Operacional de Organização da Assistência em Saúde/NOAS, que representava certa rigidez de parâmetros, muitas vezes incoerentes com as condições territoriais, ou pelo fato de que sua implementação não se ter claramente traduzida na consolidação de uma governança regional e intermunicipal (3).

Um novo passo decorre do Pacto Pela Saúde, de 2006 (4), e, posteriormente, com a definição do conceito de Regiões de Saúde, estabelecido pelo Decreto Presidencial 7508/2011 (5). Apesar desses passos, o tema da pactuação e da cooperação federativa regional ainda era, recorrentemente, apontado como uma das fragilidades do Sistema Único de Saúde em sucessivas deliberações das Conferências Nacionais de Saúde (6) e dos Congressos Nacionais de Gestores municipais e estaduais de Saúde (7).

Este tema também está presente em diversos estudos que apontam para suas insuficiências, fragilidades e necessidades de aprimoramento (8). Possivelmente, colaboram para esta realidade, as tensões políticas em uma federação trina, os tempos diversos de governo, a concentração ou a própria escassez do financiamento do sistema, a reduzida capacidade institucional de planejamento e gestão dos distintos níveis de governo, as dificuldades para mobilização de recursos e apoio técnico, a rigidez institucional dos diferentes níveis

da administração pública e a burocratização das instâncias intergestoras. É sobre isso que procuramos dialogar nesse estudo.

Ao mesmo tempo, é cada vez mais presente a necessidade de cooperação federativa a partir da articulação entre os vários pontos assistenciais em redes de atenção, como parte do esforço para a integralidade no cuidado da saúde (8,9). Esta necessidade é mais evidente nos serviços com área de abrangência regional, que nem sempre se abrem para a constituição de novos arranjos que propiciem uma interação com as necessidades e pactos do seu território. Tudo isso também exige uma avaliação do que, e em que medida, o processo de pactuação e de cooperação federativa na implementação regional de políticas, programas e planos acomoda, reduz ou amplia estas dificuldades.

Outro aspecto da importância desse estudo se baseia na compreensão de que identificar e avaliar a construção desses arranjos também é uma necessidade para os estudos sobre o federalismo brasileiro. É notável que a criação e construção do SUS se caracterizou como um passo marcante na fundação de uma federação brasileira trina, com o Pacto Constitucional de 1988, e, consequentemente, inspirador para outras políticas setoriais na constituição de sistemas nacionais ao longo desses mais de 30 anos (10). É patente que os desafios para o fortalecimento da federação brasileira, sobretudo sobre aqueles que dialogam com a própria realidade da estrutura do Brasil, também são desafios do SUS: as extensas assimetrias regionais, sociais, econômicas, financeiras e geográficas, bem como a fragilidade e incipiência dos instrumentos de cooperação e coordenação federativa, inclusive na sua dimensão regional (11). Outros elementos adicionais aos desafios do federalismo brasileiro também dialogam permanentemente com os desafios do SUS, como as questões fiscais dos respectivos entes federativos (12) e as dificuldades na coordenação de políticas regionais, em especial nas regiões metropolitanas ou nas áreas remotas (13,14).

Assim como o desenho original do SUS inspirou a constituição de outros sistemas nacionais de políticas públicas, e suas instâncias e processos de pactuação federativos foram incorporados por outras políticas nacionais, uma avaliação mais permanente dos seus processos de concertação regional e cooperação federativa podem também influenciar reformas estruturantes no SUS e em outros sistemas nacionais, e, em certo sentido, na própria federação brasileira.

Por conseguinte, estudar e produzir conhecimento sobre este tema, contribui para fazer jus à relevância que o tema merece na agenda de prioridades do SUS, com a consequente mobilização de atores políticos-institucionais dos três níveis de governo e dos diversos poderes da República. Certamente, promover novas informações e apresentar novas questões sobre a temática trarão contribuições para o debate sobre o fortalecimento da estrutura federativa brasileira, bem como um estímulo aos processos regionais de concertação e para a construção de respostas aos desafios observados.

A primeira das dimensões desta análise consiste em identificar e avaliar as características das pactuações regionais realizadas ao longo da implementação de planos, programas ou políticas nacionalmente construídas, envolvendo suas variáveis técnicas, políticas e financeiras. Isto contribui para identificar e avaliar os arranjos institucionais, as instâncias de pactuação e/ou cogestão, os marcos regulatórios, as instituições, entidades ou serviços de abrangência regional e/ou gestão federativa que advêm dos processos de implementação dessas políticas, programas ou planos, bem como de sua capacidade de sustentação e reprodução.

Neste contexto, discutiremos a caracterização destes processos de pactuação e arranjos a partir das classificações utilizadas em avaliações de políticas públicas territoriais (15), para a melhor compreensão e generalização da avaliação de tais processos. Destas classificações, alguns aspectos devem ser particularmente considerados, como: verticalidade ou horizontalidade, na relação entre os entes federativos; participação de atores não governamentais; fonte de legitimidade política dos atores que o compõe; grau de formalização institucional e jurídico; relação com outras políticas setoriais e escalas de governo; força na coordenação dos instrumentos de comando e controle; fontes de financiamento e preocupação com ganhos de escala e eficiência; protagonismo do nível federativo de governo; coincidência entre abrangência territorial e responsabilidade administrativa; utilização ou não de critérios de equidade (16).

A segunda dimensão desta análise identifica os impasses, as insuficiências e os desafios federativos, exigindo observação e superação no processo de implementação das políticas, programas e planos estudados. Com esta, pretendemos aprofundar a discussão sobre o processo de implementação de políticas de saúde e de fortalecimento das Regiões de Saúde, como unidade territorial fundamental para a construção do SUS.

2. OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo analisar os processos e arranjos de pactuação e gestão regionais e federativas durante a implementação regional de políticas nacionais. As duas experiências estudadas são a implementação do Plano de Intensificação da Ações de Controle da Malária/PIACM/PNCM na região amazônica brasileira, no período de 2000 a 2004, e a implementação das Redes de Urgência e Emergência (RUE) na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), no período de 2011 a 2016.

Objetivo geral

Analisar os processos e arranjos de pactuação e gestão regionais e federativas, durante a implementação regional de políticas nacionais.

Objetivos específicos:

a) Descrever as dimensões regionais e federativas consideradas no desenvolvimento, pactuação e implementação das políticas de saúde estudadas;

b) Avaliar a criação, fortalecimento ou desenvolvimento dos arranjos regionais e federativos de governança desenvolvidos ao longo da implementação das políticas de saúde estudadas;

c) Identificar deslocamento de poder, construção de sujeitos e desenvolvimento de tecnologias de governo, a partir dos arranjos de governança constituídos, ao longo da implementação regional das políticas estudadas;

d) Discutir os desafios da governança regional e federativa do SUS, a partir dos impasses e contenciosos não superados.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Regionalização e Governança Regional e Federativa no SUS: desafios e perspectivas

3.1.1. Breve histórico da regionalização no SUS

O processo de regionalização do SUS, considerando-se a estruturação institucional do exercício da pactuação, cooperação e coordenação regional e federativa, constitui-se, permanentemente, um dos seus grandes desafios. Desde a Constituição de 1988, está prevista a criação de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços. Esta concepção é fruto de uma construção histórica, que buscava enfrentar um conjunto de questões, entre elas, a impossibilidade de resolver, no âmbito municipal, a maior parte das questões da saúde; a imensa diversidade e desigualdade brasileira, que se expressam em nível local e regional; e um marco político de descentralização versus centralização no contexto da redemocratização brasileira, após um período de ditadura militar de decisões concentradas no âmbito federal, inclusive na saúde pública (17).

Entretanto, a construção desta rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços tem-se mostrada de difícil concretização. Com a criação do SUS, os processos e seus impasses se iniciam com os movimentos de normatização dos acordos de descentralização e de ampliação da capacidade institucional dos diferentes níveis federativos de governo, frente às novas responsabilidades e competências de cada ente federativo, afirmadas com a Lei 8080/1990, a Lei Orgânica do SUS (18).

Este aparato institucional avançou para a criação de instâncias de negociação e pactuação tri e bipartites, e de regras relativas à transferência de recursos, estabelecidos a partir da regulamentação dos mecanismos de repasse fundo a fundo do governo federal aos governos estaduais e municipais, mais fortemente direcionados aos municípios. Este arcabouço, montado na década de 1990, foi bem-sucedido no sentido de viabilizar a descentralização (2).

Estes mecanismos, somado a um maior protagonismo e compromisso dos municípios com as mudanças que buscavam viabilizar o SUS, constituíram um

vácuo quanto à construção do papel dos estados como instâncias de coordenação, organização do processo de gestão, financiamento, fiscalização e controle, sobretudo, quanto às necessidades de saúde e dispositivos de oferta que ultrapassassem o limite municipal (13). Este protagonismo municipal e o vácuo sobre o papel de coordenação não é exclusivo do SUS, no Brasil pós Constituição de 88. Está presente também em outras políticas públicas, seja no tocante aos direitos sociais, seja em relação às políticas da reforma urbana (11). Talvez, o fato da intensidade e da capilaridade da regulamentação dos mecanismos de descentralização e pactuação tripartite no SUS, e, também, pela evidência da insuficiência do limite municipal em acolher e ofertar ações que mudem a realidade de saúde do território, este vácuo seja ainda mais visível no SUS.

Além da falta de mecanismos de coordenação estadual, o processo de descentralização e seus mecanismos de pactuação e transferências de recursos construídos nacionalmente têm sido insuficientes, quando não negligentes, em acolher a desigualdade, diversidade e assimetria da estrutura federativa trina do Brasil (19). Alguns autores reafirmam o não acolhimento em relação aos pleitos de diversas realidades de entes federativos ou das instâncias do controle social, como também certa fragilidade no planejamento da descentralização, comprometendo a sua adequação às múltiplas realidades brasileiras ao desconsiderar condições políticas, administrativas, técnicas, financeiras e de necessidades de saúde dos municípios, visando à redução das desigualdades (20).

Passada a primeira década de institucionalização do SUS e do seu processo de descentralização, ganhou importância na agenda nacional, apontada por gestores e membros das instâncias de controle social, no início dos anos 2000, o tema da regionalização (21). A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) estabeleceu a primeira definição de Região de Saúde, com dois objetivos principais: normatizar um processo conjunto de planejamento da oferta e distribuição dos recursos, e promover a equidade na alocação de recursos e no acesso às ações e serviços de saúde frente às desigualdades que demarcam o território brasileiro (22).

Segundo o estabelecido nas próprias normas e manuais do Ministério da Saúde (23), para ordenar o processo de regionalização foram estabelecidos regras e instrumentos, como:

– Plano Diretor de Regionalização (PDR): instrumento de ordenamento do processo. Envolve a organização dos territórios estaduais em regiões e

microrregiões para a estruturação de redes hierarquizadas de serviços, visando garantir o acesso da população aos serviços e ações de saúde em todos os níveis de atenção.

– Programação Pactuada Integrada (PPI): instrumento de planejamento físico-orçamentário dos serviços de saúde no âmbito estadual.

– Plano Diretor de Investimento (PDI): componente do PDR para definir os investimentos a partir das necessidades identificadas.

Embora esses instrumentos iniciem um esforço de integração federativa, foram pouco eficazes em desenvolver as redes regionais, em romper com a fragmentação decorrente do processo de municipalização, e em construir um sistema de saúde que desse conta do tripé desigualdades, diversidade e assimetria, que caracterizava a experiência federativa brasileira.

Para alguns autores, tais dificuldades foram estabelecidas pelo processo normativo de regionalização das NOAS, que representava certa rigidez de parâmetros, muitas vezes incoerentes com as condições territoriais, ou pelo fato de que sua implementação não ter se traduzido claramente na consolidação de uma governança regional e intermunicipal (3).

Em 2006, as regras foram reformuladas por meio do Pacto pela Saúde (24), constituído por três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Gestão do SUS. O Pacto pela Gestão tem como objetivo reforçar a estratégia da regionalização e, para isso, busca estabelecer mais claramente as responsabilidades de cada ente federado de forma a contribuir para o fortalecimento da denominada "gestão compartilhada e solidária do SUS". Reforça a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios (24).

Como mecanismos de gestão regional e para institucionalizar arenas de pactuação foram instituídos os colegiados de gestão regional, formados pelos gestores municipais de saúde, representantes do conjunto de municípios, e por representantes do gestor estadual. Estes colegiados são espaços permanentes de pactuação, cogestão solidária e cooperativa, com suas decisões sendo sempre consensuais. O Pacto de Gestão define ainda a formalização dos acordos intergovernamentais em um Termo de Compromisso de Gestão. As novas regras reiteram o PDR, o PDI e a PPI como os principais instrumentos de planejamento para a regionalização. No que concerne ao financiamento, os repasses federais,

exceto o Piso de Atenção Básica Fixo (calculado pela base municipal), permanecem efetivados mediante a adesão ao programa, preservando o caráter indutor das transferências e o poder regulatório do Ministério da Saúde (25).

O Pacto pela Gestão é considerado um salto de qualidade com a iniciativa do Pacto pela Saúde, de 2006 (4). Considero esse salto fruto, inclusive, do intenso debate desenvolvido pelos atores da representação de gestores municipais e estaduais na área da saúde (1) e por um ambiente de fortalecimento das relações federativas, após a criação do Comitê de Articulação Federativa da Presidência da República, no âmbito federal, com a adoção de uma agenda conjunta de pactuação e de investimentos estruturantes, indutores de cooperação federativa (26). Entretanto, como já citamos em artigo publicado (27), apesar de representar um avanço importante, o Pacto pela Saúde apresentou mudanças ainda insuficientes para o processo de regionalização, pela ausência de ganhos qualitativos substanciais na articulação do planejamento regional e certa dependência do grau de protagonismo pelo ator estadual para a qualidade do funcionamento dos Colegiados Gestores Regionais (1).

O Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (5), que mais de duas décadas depois regulamentou a Lei orgânica do SUS, apresentou-se como norma hierarquicamente superior às regulamentações anteriores. Tem como foco principal a definição de Região de Saúde e ferramentas para o planejamento e uma coordenação conjunta interfederativa, buscando assegurar o compromisso dos entes federados com a assistência à saúde integral e de qualidade. Com vistas a tornar os compromissos entre os gestores mais efetivos, o decreto evidencia as responsabilidades sanitárias dos entes federados sobre a oferta e a organização das ações e serviços. Além disso, propõe o estabelecimento de um contrato (Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP), enquanto instrumento jurídico da relação Inter federativa (28). Este instrumento apresenta uma visão organizativa, a partir de um diagnóstico comum, em forma de Mapa da Saúde, buscando compartilhar ações, funções e serviços de saúde: um acordo multilateral que, em princípio, obriga os entes signatários ao seu cumprimento, sob pena das cláusulas penais serem executadas, forma, acredita-se, que garantiria maior segurança jurídica aos acordos federativos. Entretanto, a experiência concreta de construção comum dos Mapas da Saúde nas Regiões de Saúde e assinatura de contratos do COAP foi limitada a 3 estados, revelando-se insuficiente.

Já apontamos que, ao longo destes anos de criação e desenvolvimento, o SUS construiu um diversificado e extenso conjunto de ritos para pactuação federativa, seja definindo suas instâncias, seja estabelecendo normativas. Apesar disso, ainda predomina a avaliação de que não se traduzem suficientemente em cooperação sólida, com amplitude nos seus pactos e sustentabilidade nas suas iniciativas (10). Essa constatação parece ser mais visível quando nos aproximamos da dimensão regional, mesmo com o reconhecimento de avanços legais. Entre eles destacam-se, a nova Lei de Consórcios Públicos, de 2005 (29); o próprio Decreto Presidencial 7508/2011(5), que contém capítulos específicos sobre a articulação federativa, a definição de Regiões de Saúde, a criação de Comissões Intergestoras de âmbito regional e do Contrato Organizativo de Ação Pública entre entes públicos (30), e a institucionalização dos colegiados nacionais, estaduais e regionais de pactuação, bem como os critérios de rateio de recursos pela regulamentação da Emenda Constitucional 29, em 2011, e a Lei 11.142/ 2012.

A figura 1, abaixo, traz um modelo explicativo da evolução temporal e histórica destes processos de regionalização, classificando-os como ciclos de regionalização: a) Normativa, b) Regionalização Pactuada, c) Regionalização Contratual Inter federativa (31). Do ponto de vista político-institucional, a evolução entre os ciclos revela ganhos crescentes na participação das três esferas federativas e seus respectivos atores políticos. Se, incialmente, a normatização praticamente restringia-se ao gestor federal da saúde, há ganhos de protagonismo dos gestores das esferas estadual e municipal e, posteriormente, o envolvimento, pretendido, dos chefes de governo das três esferas da federação.

Do ponto de vista da institucionalidade, há também uma crescente robustez quanto ao processo de normatização, iniciado como portaria ministerial, evoluindo para resoluções tripartites, decretos presidenciais e leis nacionais que consolidam as instâncias nacional, estadual e regional de pactuação das políticas, e critérios de rateio de recursos. Do ponto de vista da articulação entre desenho institucional de pactuação, planejamento e implementação de políticas de saúde, há um crescente aumento de instrumentos e ferramentas territoriais de diagnóstico, planejamento e programação comuns, bem como incentivos financeiros específicos para as Regiões de Saúde, como as Redes de Atenção Temática.

Figura 1- A evolução discursiva normativa e os instrumentos de implementação da regionalização da saúde, adaptado de Goya (31).

<table>
<tr><td>REGIONALIZAÇÃO NORMATIVA BUROCRÁTICA (Viana e col., 2008)</td><td colspan="2">REGIONALIZAÇÃO PACTUADA</td><td colspan="3">REGIONALIZAÇÃO CONTRATUAL INTERFEDERATIVA
COAP – REGIÕES DE SAÚDE</td></tr>
<tr><td>Sem instrumento formal de contratualização de responsabilidades</td><td colspan="2">Termo de Compromisso de Gestão (TCG): adesão individual de cada ente federado</td><td colspan="3">Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde: adesão dos entes federados com responsabilização compartilhada na Região de Saúde</td></tr>
<tr><td>Organização regional: Microrregião de Saúde e Módulo Assistencial</td><td>Perspectiva: diversidade econômica, cultural e social para redefinição das “regiões de saúde”</td><td>Redes de Atenção à Saúde perpassando às Regiões de Saúde</td><td colspan="3">Região de Saúde (RS): espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Planos Diretor Regional e de Investimento (PDR e PDI)
Programação Pactuada Integrada (PPI – instituída pela NOB 01/96)</td><td rowspan="2">Colegiado de Gestão Regional (CGR):
pactuação regional
PDR
PDI
PPI
CGR</td><td rowspan="2">Organização e Funcionamento em Rede de Atenção à Saúde com definição de pontos de atenção e fluxos de referência intermunicipal nas RS</td><td>Comissão Intergetores Regional (CIR):
pactuação regional
PDR – PDI
Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)
Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES)
Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS)
Mapa da Saúde
RAS</td><td>COAP nas RS do Ceará e do Mato Grosso do Sul</td><td>Aditivo ao COAP nas RS do Ceará e do Mato Grosso do Sul</td></tr>
<tr><td colspan="2">Implantação das Redes Temáticas: Cegonha; Urgência e Emergência; Psicossocial; Pessoas com Deficiência e Doenças Crônicas</td></tr>
<tr><td>2001/2002</td><td>2006</td><td>2010</td><td>2011</td><td>2012</td><td>2013/2014</td></tr>
<tr><td>NOAS</td><td>Pacto pela Saúde</td><td>Portaria 4.279</td><td>Decreto 7.508</td><td colspan="2">COAP/PACTO PELA SAÚDE/RAS</td></tr>
<tr><td>Falta de planejamento regional</td><td>Ênfase ao planejamento e desenvolvimento integrado regional para enfrentamento das desigualdades socioeconômicas territoriais</td><td>RAS
Rede de Atenção à Saúde (RAS)</td><td colspan="3">Ênfase ao planejamento regional integrado interfederativo; pactuação técnico-política e gestão cooperada
Manutenção do Pacto pela Saúde nas RS sem adesão ao COAP, sendo também mantido o seu uso para as RS com COAP.</td></tr>
</table>

Fonte: Adaptação Goya, 2016(31)

A reforma sanitária brasileira se traduziu em um movimento de reforma institucional e setorial marcante, mas insuficiente para os propósitos iniciais do ideário de mudança sobre os modos de vida. Historicamente, parece que o processo de regionalização e descentralização ganhou forte componente técnico-

administrativo de divisão organizacional das regiões administrativas e de saúde, perdendo o seu caráter político-social (27, 32). Embora tais observações sejam datadas a um período anterior às últimas políticas e desenhos institucionais de fortalecimento da regionalização do SUS, cujo marco, a nosso ver, seja as políticas de incentivo as Redes de Atenção Temáticas Regionalizadas, o Decreto Presidencial 7508/2011(5) e a Lei 11.142/2012, nos parecem válidas para compreender o período que se concentra este estudo.

3.1.2. Regionalização e suas complexidades no âmbito do SUS

Para além dos contextos históricos-políticos e da evolução dos desenhos institucionais, e suas prováveis insuficiências para a regionalização no SUS, um conjunto de estudos traz outros aspectos do próprio desenvolvimento do SUS e do setor Saúde no Brasil, que contribuem, possivelmente, para os impasses e desafios da regionalização no SUS. Trazemos aqui, entre outros, um conjunto de aspectos da conformação da oferta assistencial, da diversidade em relação aos prestadores da oferta assistencial, do grau de participação dos níveis de gestão, dos aspectos da formação e oferta de profissionais.

Estudo desenvolvido por Xavier (33), aborda a regionalização da saúde em várias escalas espaciais, com base no fluxo de pacientes, a partir das informações de origem e destino das internações realizadas em nível municipal no Brasil, em 2016. Este estudo revela uma nova conformação de Regiões de Saúde, quando considerados os fluxos de internações percorridos pelos usuários do SUS.

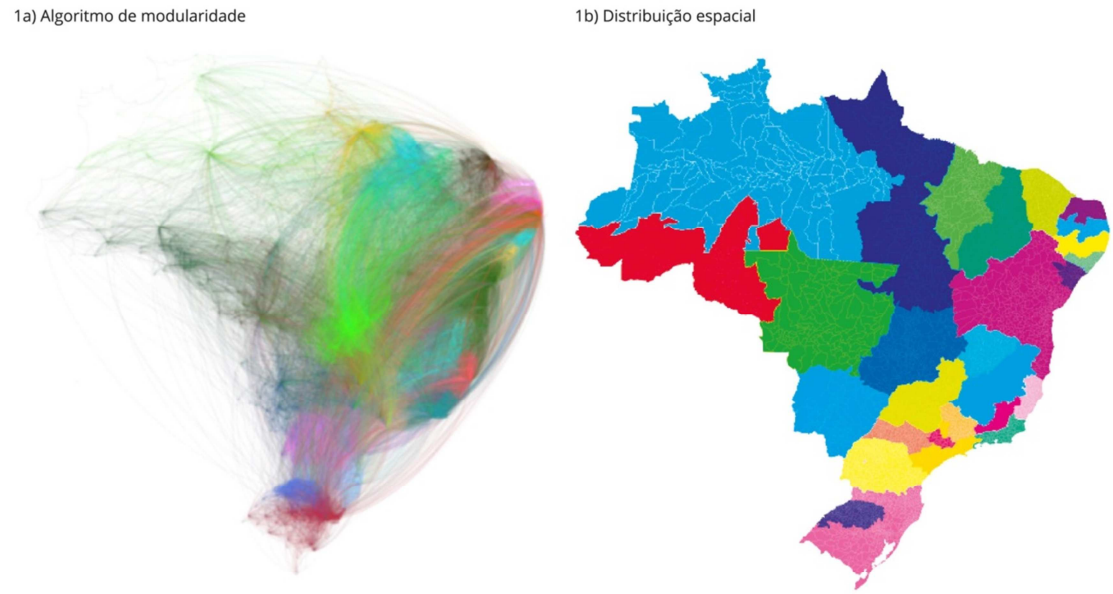
Este estudo traz duas dimensões, que consideraremos como variáveis endógenas e exógenas ao SUS, em permanente interação e tensão. De um lado, como destacado por Duarte (34), uma perspectiva relacionada aos serviços de saúde, à produção da sua oferta, ao perfil da população-alvo e às áreas de abrangência a serem atendidas e à necessidade de saúde dos usuários, constituindo-se por fluxos de busca e acessos aos serviços de saúde. Por outro lado, como apontado por Lima (35), perspectiva relacionado às próprias dinâmicas territoriais, seja pelo desenvolvimento econômico, pelas políticas de saúde, pelo grau de articulação existente entre os representantes do poder público em saúde, pelos processos locais de regulação do acesso e pelos desenhos regionais adotados em cada estado.

Ambas as dimensões interagem com a conformação do fluxo de internação hospitalar dos usuários, considerando-se a caraterização entre município de origem e município dos registros de internação hospitalar no SUS. Ao mapear estes fluxos e os pólos de atração das internações hospitalares, as 438 Regiões de Saúde registradas, a partir da dinâmica das instâncias de pactuação e das diretrizes estabelecidas pelo Decreto 7508/2011, concretamente se constituem em 64 comunidades, quando respeitados os limites das grandes regiões, e em 164, quando considerados os deslocamentos apenas dentro dos estados.

Tais resultados explicitam os vetores de concentração dos fluxos em busca da oferta, no caso hospitalar, redesenhando o estabelecido administrativamente como o fluxo a ser percorrido. Ao mesmo tempo, segundo os autores, revela-se a aderência dos limites administrativos em muitos estados, demonstrando a importância dessa escala espacial estadual, no contexto do acesso às internações, como também a toda regionalização do SUS.

Detalhando alguns dados deste estudo, revela-se que os dados levantados em 2016, das 11.526.408 AIHs no Brasil, mostram que mais de 67% dessas internações ocorreram nos municípios de residência dos pacientes. A figura 2, abaixo, adaptada de Xavier (33), revela este fluxo de concentração e deslocamento.

Figura 2 - Conformação de regiões de saúde a partir do desenho estabelecido pelo fluxo de usuários para internação hospitalar no SUS em 2016.



Fonte: Adaptado de Xavier DR, De Oliveira RAD, Barcellos C, Saldanha RF, Ramalho WM, Laguarda J, et al. 2019 (33).

Segundo os autores, em todos os estados da Federação, o algoritmo previu um número menor de regiões quando comparado à configuração atual de distribuição das 438 Regiões de Saúde no Brasil, com exceção de Mato Grosso do Sul.

Os autores apontam que o comportamento destes usuários e os fluxos originados têm origens em um conjunto de variáveis. Primeira, a própria oferta e demanda de serviços, considerando-se que neste estudo foi utilizado um recorte temporal e de perfil de procedimentos inscritos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Soma-se a isso, como dimensão endógena ao SUS, a atuação dos agentes do governo e dos serviços de saúde estaduais, preponderantes nos processos que envolvem a regulação dos fluxos de internação, transporte e apoio logístico. Sejam estes fluxos formalmente constituídos, e até pactuados; seja por relações constituídas para além da formalidade normatizada e/ou pactuada; seja por relações constituídas entre profissionais e Pontos de Atenção que compõe uma mesma rede estadual de serviços de saúde instituída: não à toa, há coincidências nos limites do território estadual e os fluxos seguidos pelos usuários.

Acrescentamos a isso, como dimensões exógenas ao SUS, como descrito acima, interagindo e tensionando permanentemente as anteriores, as próprias construções históricas, sociais, econômicas e logísticas do espaço geográfico em questão, que influenciam os fluxos de usuários, de profissionais e de serviços.

A análise baseada nos fluxos seguidos pelos usuários contribui para uma reflexão crítica, não apenas sobre qual, e em que medida, determinada região de saúde consegue ofertar a atenção à saúde esperada. Isto revela um conjunto de desigualdades entre as Regiões de Saúde, ampliando os contenciosos e desafios para a regionalização, mas também possíveis reconfigurações das 438 Regiões de Saúde estabelecidas.

Os autores desse estudo ressaltam que foi desenhada uma menor quantidade de Regiões de Saúde do que as atualmente definidas, apontando para a necessidade de se considerar áreas com abrangência mesorregional, especialmente quando considerados procedimentos com maior grau de complexidade. Entretanto, não podemos desconsiderar que a definição das Regiões de Saúde pauta-se em também por outros componentes, como estruturas administrativas loco-regionais, coordenação com demais políticas regionais de saúde ou intersetoriais, planejamento de expansão de oferta, e pactuações interfederativas.

Nesse sentido, os autores do estudo consideram que os fluxos seguidos pelos usuários devem ser considerados, em conjunto com as questões de ordem orçamentária, política e administrativa. Não se propõe que se sobreponham, mas que dialoguem com aspectos históricos, contextuais e cotidianos das populações que as Regiões de Saúde devem atender.

A nosso ver, para além da profunda desigualdade, este estudo também aponta para a necessidade de raciocínio de múltiplas escalas espaciais, não apenas restritas às administrativamente definidas. Foram apontadas necessidades de escalas múltiplas que se reconfigurem em mesorregiões, em novos desenhos inter-regionais, observando as diferenças quanto à importância dos limites administrativos de acordo com cada realidade, e exigindo-se parâmetros de políticas e arranjos de governança possivelmente distintos.

A importância destas escalas espaciais e das assimetrias de desenvolvimento do SUS, nas diferentes regiões brasileiras, para a regionalização da política de saúde são explorados em estudo de Menecucci (36).

Este estudo busca comparar o grau de implementação da regionalização da assistência à saúde no Brasil, por amostra de estados, utilizando um Índice de Regionalização, buscando identificar fatores explicativos de dois níveis. Nível municipal, considerando fatores estruturais, recursos que afetam a capacidade de prestação de serviços de saúde. Nível estadual, considerando a atuação do estado como coordenador e indutor da cooperação.

Segundo os autores, este Índice de Regionalização (IR) parte do argumento que a consolidação do processo de regionalização pressupõe que as pessoas tenham acesso à atenção básica de qualidade no município de residência; que o cuidado secundário de média complexidade seja realizado no âmbito de regiões intermediárias (comumente denominadas microrregiões); e que o cuidado terciário especializado seja realizado nas regiões ou macrorregiões. Constitui-se, assim, uma média aritmética dos Índice de Atenção Básica (IAB), Índice de Média Complexidade (IMC) e Índice de Alta Complexidade (IAC), compondo o IR (36).

Nestes casos, para o IAB foram considerados indicadores de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, incluindo Saúde Bucal, Pré-natal, internações por Diabetes Mellitus e AVC e Desnutrição na infância. Para o IMC a proporção de procedimentos hospitalares de média complexidade realizada na mesma região. Para o IAC, a proporção dos procedimentos de alta complexidade hospitalar, realizados na mesma região.

Os resultados, segundo este índice, revelam que nenhuma das regiões estudadas tem um IR alto, e apenas 34 (54%) das 63 regiões estudadas têm um IR médio. Os autores apontam que na atenção básica as desigualdades são menores, embora ressaltemos que estão em um patamar absolutamente insuficiente de cobertura e qualidade, significando uma situação mediana para a maioria das regiões. Entretanto, o mesmo não acontece em relação ao acesso aos serviços hospitalares de média e de alta complexidade, nos quais as desigualdades entre e intra estados é bastante acentuada, como apontam os autores (36).

Quando se analisa o nível municipal, caracterizado pelos autores pelas estruturas de saúde em cada município, os indicadores remetem ao PIB per capta, às receitas próprias e às transferências aplicadas em saúde, à presença de profissionais de saúde e aos leitos disponíveis para o SUS. Segundo os dados produzidos pelo estudo, a maioria das Regiões de Saúde tem baixos índices em oito dos dez indicadores estruturais, embora haja diferenças significativas entre elas,

tanto entre as regiões de um mesmo estado quanto entre estados. As exceções, com resultados mais positivos, encontram-se no indicador que mede o esforço dos municípios em alocar recursos na saúde, em atendimento às exigências da Emenda Constitucional 29, e no indicador que identifica a dependência de cada região em relação a recursos transferidos. Os piores resultados são observados em relação à disponibilidade de profissionais administrativos e de leitos SUS, com este último como um indicador importante para expressar a capacidade de atendimento hospitalar: 76% das regiões têm baixo índice.

O estudo (36) comparou, nos estados pesquisados, diferentes ações. Aquelas previstas nos instrumentos normativos do SUS, como também aquelas que demonstrem a intenção de induzir o processo de regionalização. No primeiro grupo destacam-se: coordenação da elaboração do PDR; implementação da PPI; implantação e efetividade de Centrais de Regulação para regular o acesso e o fluxo dos usuários dos serviços de saúde aos diferentes níveis de atenção distribuídos pelos territórios de saúde; a implantação e a coordenação dos colegiados regionais como espaço para troca de informações, de experiências e para pactuação. No segundo grupo, destacam-se: incentivos por meio de programas de apoio à consolidação de uma rede de serviços e realização de investimentos regionais, como hospitais.

A partir de entrevistas com personagens-chave, o observado foi a ausência de uma “PPI viva”, reconhecida pelos gestores com um documento formal. Além disso, apontou que, na fala dos gestores, a insuficiência na capacidade de oferta das regiões, a incapacidade de correção nos valores da Tabela SUS e a fragilidade dos processos regulatórios aparecem com mais intensidade e frequência do que o desejo de cooperação entre os entes.

De um modo geral, aponta que são verificados esforços na estruturação de processos regulatórios que incluem centrais de leitos, entre outras medidas, mas as resistências e as dificuldades são grandes. Além disso, há a falta de articulação entre centrais de leitos estaduais e municipais nos casos em que o estado tem a gestão de redes hospitalares. Pressões políticas e decisões judiciais também afetam o processo regulatório e de organização da demanda, significando processos regulatórios exógenos ao SUS. Embora os autores tragam, pelos dados, uma visão otimista quanto ao funcionamento dos colegiados regionais, que parecem funcionar melhor depois da criação das Comissões Intergestoras Regionais (CIRs), mesmo

ainda não funcionando de forma satisfatória e com uma intensidade da participação dos representantes estaduais variável entre os estados pesquisados (36).

Quando as variáveis são analisadas individualmente se obtém que o PIB *per capita*, a despesa total em saúde e a participação do governo estadual são, pela ordem, os fatores que mais impactam positivamente na regionalização (36). Outros estudos também estabelecem esta relação entre desenvolvimento econômico, receita pública, despesa pública em saúde e regionalização (37).

A conformação da oferta de serviços sobretudo na oferta de média e alta complexidade, principal componente de heterogeneidade nos estudos expostos, apresenta outra variável importante, que é o perfil das personalidades jurídicas das estruturas que ofertam atenção à saúde, em uma determinada região de saúde. Além de impactar na característica da oferta e na evolução de sua ampliação, constitui uma variável importante para os arranjos de governança regional e federativa das Regiões de Saúde.

Outro estudo busca identificar esta diversidade, a partir da análise da concentração e desigualdade da oferta de procedimentos de média e alta complexidade, bem como a diversidade da natureza jurídica (38). Imagina-se que esta diversidade estabelece, consequentemente, relações com as gestões locais e regionais e demais instâncias do SUS, incluindo as de controle social. Tais perfis estabelecem também diversidade nas relações entre os diversos pontos de atenção da rede de saúde, entre outras políticas setoriais, entre os trabalhadores e as estruturas que os contratam. Tal concentração, desigualdade e diversidade devem ser consideradas na conformação dos arranjos regionais de governança das redes regionais de atenção, consequentemente, da governança regional e federativa.

Neste estudo (38), os dados foram obtidos a partir da natureza jurídica do prestador dos procedimentos de média e alta complexidade. Foram considerados procedimentos ambulatoriais e internações de média e alta complexidade, tal como classificados no Sistema de Informações do SUS Ambulatorial (SIA-SUS) e Hospitalar do SUS (SIH-SUS).

Os resultados, entre as 438 Regiões de Saúde, revelam um predomínio do prestador público municipal na assistência de média complexidade ambulatorial e do prestador privado, com destaque para o filantrópico, na média complexidade hospitalar. A produção de média complexidade foi registrada em todas as Regiões

de Saúde, porém, em 12 estados, mais da metade está concentrada em apenas uma região de saúde.

O predomínio municipal na média complexidade ambulatorial é partilhado com o governo estadual na região Amazônica e com o privado, filantrópico ou não, nas demais regiões. Observou-se que quanto menos regional for concentrada a oferta em um estado, mais diversificado será o perfil de prestadores municipal, estadual e privado, filantrópico ou não. Na maior parte dos estados do Nordeste, embora com mais de 50% de prestação em apenas uma região de saúde, há grande diversidade do perfil de prestadores. Já na média complexidade hospitalar, onde há grande participação dos hospitais de pequeno porte e a atenção ao parto hospitalar, há maior desconcentração regional de oferta e predomínio de prestadores municipais e filantrópicos.

Na alta complexidade, há o predomínio do prestador filantrópico e lucrativo (ambulatorial e hospitalar), com menor diversidade. A produção de alta complexidade é concentrada nas regiões das capitais estaduais, com vazios assistenciais em todas as macrorregiões.

Estudos já revelaram que tanto a escassez da oferta, sua concentração em poucos serviços ou municípios e a diversidade da natureza jurídica ou da responsabilidade de gerenciamento dos prestadores tendem a ampliar os conflitos entre gestores, sejam intergovernamentais ou entre o público e o privado, na dinâmica da atenção à saúde e da construção das redes regionalizadas (33). Neste caso, regiões onde há predomínio de prestadores públicos – municipais, estaduais ou federais –, as divergências se expressam na dinâmica das relações intergovernamentais da política de saúde. Nas regiões onde aparecem com maior presença os prestadores privados ou filantrópicos, os conflitos incluem a interação entre o público e o privado na prestação de serviços, seja nas Comissões Intergestoras Regionais, seja nas mesas específicas de contratualização público e privado.

Mesmo nesses casos, acreditamos que o fortalecimento das arenas regionais de negociação e pactuação, além de criarem um ambiente comum para a negociação intergovernamental, ampliam a escala, possibilitando ganhos para o sistema, e qualificam a relação entre o público e privado. A existência dos consórcios públicos, cada vez mais frequente, sobretudo para a gestão ou a

contratação de serviços de média e alta complexidade regionais, também precisa ser mais bem estudada neste caso.

Por outro lado, outro estudo aponta para outra realidade. Regiões marcadas pela produção concentrada em poucos atores privados podem gerar arranjos menos conflituosos, dado o poder coordenador e aglutinador de políticas e interesses regionais desenvolvidos por algumas empresas ou instituições filantrópicas, em função da concentração de recursos, abrangência e alcance espacial de suas ações (39).

De qualquer forma, estes dados revelam relações entre o processo de descentralização, expansão de oferta e participação do setor privado, configurando relações entre descentralização, diversidade nas modalidades de oferta dos serviços e expansão do setor privado nas diversas regiões. Isto só reforça os aspectos que motivam este estudo: a relação entre o processo de descentralização, a dinâmica de envolvimento do setor privado na expansão ou consolidação da oferta e os arranjos regionais de governança que vão se constituindo ou sendo necessários. Se de um lado esta diversidade é construída na dinâmica local, por outro o seu surgimento interage com dinâmicas e tendências globalmente identificáveis, sobretudo a redução da participação do Estado, a expansão do processo de participação das diversas formas do privado na saúde e a afirmação de determinados padrões de gestão do público.

Outra questão, que nos parece chave para este processo, mais uma vez, é a desigualdade quanto à oferta, a existência de vazios assistenciais, a concentração em determinados municípios-polo, e as tensões com a população atendida não residente. Aparentemente estas situações ampliam tensões e conflitos contra o processo de regionalização, além de poder estar acompanhada por concentração de poder em relação ao poder público ou ao poder privado. Se a regionalização e a descentralização pressupõem desconcentração de responsabilidades na assistência à saúde, também significa compartilhamento de poder: isto representa um dos principais obstáculos ao processo de regionalização.

Voltando ao estudo citado (38), seus autores sugerem certa complexidade nos arranjos regionais de governança do SUS, o que permite compreender alguns dos principais desafios apontados pelos governos na regionalização do sistema: 1) a incipiente integração de ações e serviços; 2) as dificuldades de regulação do

sistema; 3) a desigualdade de oferta e acesso; 4) a disputa por recursos escassos nas regiões.

Outro aspecto que revela a complexidade dos desafios, no âmbito do SUS, para o fortalecimento dos processos de regionalização, parte do princípio de que a regionalização procura prover redes regionalizadas e integradas, cuja coordenação do cuidado e ordenadora deve ser a Atenção Primária em Saúde. Um estudo procurou analisar a heterogeneidade da Atenção Primária em Saúde, de acordo com as Regiões de Saúde (39). A partir de entrevistas com atores-chave em cinco Regiões de Saúde, escolhidas com base na diversidade de situações socioeconômicas, territoriais e de organização do sistema de saúde, procurou identificar questões políticas, estruturais e organizacionais que fragilizam à Atenção Primária em Saúde, no seu papel de coordenadora e ordenadora.

Na dimensão política, observou a fragilidade na cooperação intergovernamental e no protagonismo da esfera estadual, além da incapacidade da Comissão Intergestores Bipartite em se configurar como espaço de planejamento e pactuação. Na dimensão da estrutura, a situação crítica quanto à escassez, má distribuição e qualificação de recursos humanos, além do subfinanciamento das ações. Na dimensão da organização, as dificuldades para se romper a fragmentação dos serviços (39).

Estudo similar analisou o grau de regionalização das ações de vigilância em saúde em diferentes Regiões de Saúde, partindo de um questionário estruturado aplicado a atores-chave, avaliando as dimensões política, estrutural e de organização (40). Foram analisadas seis Regiões de Saúde com diferentes níveis de desenvolvimento. Como resultado, o desempenho da regionalização da vigilância em saúde foi considerado satisfatório apenas em uma região. Das três dimensões estudadas, os melhores desempenhos foram da Política e da Organização, e o mais frágil da Estrutura; apresentou também uma relação entre o nível de desenvolvimento socioeconômico e da oferta de serviços com um melhor desempenho da regionalização da vigilância em saúde.

Este quadro se constitui como um desafio fundamental a ser considerado pelas políticas de fortalecimento da regionalização do SUS e pelas de enfrentamento das desigualdades entre as Regiões de Saúde. Partindo-se do princípio da conformação das Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas em Sistemas Universais de Saúde, a presença de uma Atenção Primária à Saúde (APS), que

almeje a cobertura unniversal, integral e resolutiva, assumindo seu papel de acesso de primeiro contato, é variável fundamental. Ao mesmo tempo, a constituição de uma Rede de Atenção à Saúde Regionalizada e o fortalecimento do processo de regionalização do SUS são fundamentais para uma atenção primária a saúde forte, sobretudo porque a sua capacidade de resolutividade está imbricada com a integração a uma rede de cuidados, com ofertas em um conjunto de Pontos de Atenção que interajam, permanentemente, com a Atenção Primária em Saúde.

Somam-se a fragilidade e insuficiência da Atenção Primária em Saúde, para consolidar uma Rede de Atenção à Saúde Regionalizada nas diversas Regiões de Saúde, a insuficiência e desigualdade na oferta de profissionais de saúde. Além das dificuldades de provimento em quantidade adequada, a formação profissional diante das características e necessidades loco-regionais, e um descolamento das instituições formadoras da dinâmica de desenvolvimento do SUS e dos projetos regionais de desenvolvimento econômico e sociais são observadas (41).

Esse cenário se deve, muito em parte, às iniquidades, quantitativas e qualitativas, de oferta de recursos humanos em saúde que não foram superadas com a expansão do ensino superior, nem com o direcionamento do processo de formação em saúde pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (42). A compreensão desta realidade nos parece importante para a construção de políticas de desenvolvimento da regionalização do SUS.

Outro estudo busca compreender a evolução da oferta de cursos de graduação em saúde e em que medida se constituíram, ao longo dos anos, as estratégias para o fortalecimento adotadas pelas instituições de ensino e as mudanças verificadas no entorno regional, em função dessas instituições (43). Neste estudo, para analisar esta evolução, foram relacionados os cursos de Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional. Para uma análise por Regiões de Saúde, foram consideradas as informações das graduações em Enfermagem e Medicina, no período de 2000 a 2014, e atores-chave de algumas Regiões de Saúde foram entrevistados.

Os resultados, apontados pelos autores, revelam um aumento do número de equipamentos e vagas para a formação em saúde. Embora se mantenha a concentração na região Sudeste, há um crescimento maior de cursos na região Norte e de vagas na região Nordeste, ao longo do período estudado. Em relação às

regiões com entrevistados, pela primeira vez todas passaram a ter cursos de Medicina e Enfermagem, observando-se também um crescimento maior destes cursos em regiões com até 500 mil habitantes, embora as vagas continuem mais concentradas em regiões maiores de 500 mil habitantes.

Apesar do contexto de carência e profunda desigualdade, as entrevistas com atores-chave das Regiões de Saúde estudadas revelam avanços, considerados importantes pelos autores. Todas as instituições desenvolveram políticas de estímulo de ingresso, estratégias curriculares com foco nas características regionais, programaram ações que contribuíssem para a fixação local dos egressos, como a oferta de pós-graduação, e consideram que a presença da instituição formadora contribui para o desenvolvimento local do SUS e para o desenvolvimento da região. As entrevistas também apontam que esta presença parecer ser menos potente nas Regiões Metropolitanas.

Outro estudo concentra-se no tema do provimento, oferta, fixação do profissional médico, e as características de mobilização e migração entre as Regiões de Saúde (44). Este estudo adota o conceito de circularidade dos médicos, definida pela diversidade de vínculos constituintes do exercício profissional, observada ao longo de um determinado período, em determinados espaços geográficos. Este estudo se concentra em Regiões de Saúde do estado de São Paulo, cujas características, quanto à oferta de profissional médico, são bem diferentes da maioria das demais Regiões de Saúde do Brasil, embora aponte algumas questões com provável capacidade de generalização.

O levantamento foi baseado em médicos cadastrados na base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em março de 2015, categorizados como: “médicos exclusivos”, com vínculos exclusivamente na região em foco; e “médicos não exclusivos”, com vínculo na região estudada e em outras.

O estudo revelou que a dependência regional de médicos externos variou de 30% a 40%, sendo mais elevada nas regiões mais desenvolvidas e menor nas menos desenvolvidas. A dependência interna, entre municípios, fica próxima de 40% nas regiões com maior desenvolvimento econômico e chega a 60% nas regiões menos desenvolvidas.

Os autores apontam que os dados revelam que os “médicos não exclusivos” de uma região de saúde são mais especializados, com maior atuação em especialidades cirúrgicas e de diagnóstico, e os “exclusivos” atuam mais em

especialidades básicas e clínicas. Este dado indica que a forma como se organiza o mercado de trabalho da atenção à saúde e o das especialidades médicas, nos seus diferentes arranjos públicos e privados, talvez influencie na circularidade médica. Identifica-se uma crescente participação de arranjos terceirizados e a importância de ações pactuadas regionalmente. Os dados também apontam que, possivelmente, a movimentação pode estar associada à organização da prestação da assistência, nos seus diferentes arranjos.

Esta realidade é impactante para a concretização de sistemas de saúde regionalizados e integrados, fomentando as Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas. Revela uma dissociação entre a oferta destes e as necessidades das Regiões de Saúde, bem como a incipiência das políticas e estratégias, embora presentes, de desconcentração e mudança do perfil de formação profissional. A variável “desigualdade” na oferta de profissionais de saúde precisa ser considerada nas políticas de fortalecimento da regionalização do SUS, impactando no acesso e na construção da integralidade da Rede de Atenção Regionalizada. Destacam-se, nesse desequilíbrio, a escassez e a circularidade de médicos em diferentes dimensões - atenção básica, serviços especializados e entre os setores públicos e privado (45).

Um dado interessante neste estudo (44) é que, a partir das entrevistas com profissionais, foi possível caracterizar-se três perfis distintos de circularidade dos médicos, no contexto das Regiões de Saúde estudadas.

Um perfil, caracterizado pelos autores como individual, baseia-se nas redes de relacionamento dos indivíduos, ao oferecerem seus serviços como pessoa física ou jurídica. Um segundo perfil se associa à movimentação de pequenos grupos: clínicas, cooperativas ou empresas médicas. São mais organizados em torno de especialidades, contratados para operar determinados setores hospitalares: Ortopedia, Anestesia, Pediatria, UTI, Obstetrícia, Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT). Um terceiro perfil, organizacional, é associado às empresas empregadoras, que atuam em diferentes sedes, ou às empresas de gerenciamento de serviços, como Organizações Sociais de Saúde (OSS), com capacidade de captação e deslocamento de profissionais por diferentes regiões. Essas, eventualmente, atuam com um raio de ação maior. Um quarto perfil, bastante específico e com alto poder fixador, relaciona-se ao acesso da residência médica (44).

Este conjunto de aspectos revela que a complexidade para o desenvolvimento da regionalização do SUS, na constituição de Redes Regionalizadas de Atenção e governança regional interfederativa sólida, não se resume apenas ao desenho institucional do processo ou das características de sua normatização. Há sim, uma escassez de estruturas e recursos no campo da atenção à saúde, do planejamento, da vigilância e de gestão de trabalho em saúde, para mencionar apenas alguns dos aspectos apresentados, que possivelmente contribuem para a emergência ou a manutenção de conflitos, tensões, ou mesmo, a redução da energia de cooperação entre os gestores, serviços e trabalhadores no nível regional.

Além disso, há uma profunda desigualdade entre as regiões na sua distribuição e uma diversidade entre as características institucionais e de participação de atores, como revelam alguns estudos de tipologia dos CGRs (46). Esses estudos sinalizam que há ainda forte concentração de serviços e recursos em municípios-polos, e que a configuração territorial no litoral do Sul, Sudeste e Nordeste continua a concentrar a maior parte dos serviços e tecnologias.

Portanto, o processo de regionalização do SUS não se resume na construção de desenhos institucionais e processos mais apropriados de negociação e pactuação, mas na necessidade de políticas nacionalmente pactuadas que busquem reduzir tais desigualdades e lidem com as diversidades. Estudo mostra essa profunda desigualdade quando são mapeadas as tipologias do Colegiados Gestores Regionais (CGRs).

Neste sentido, enfrentamos, no âmbito do SUS, uma realidade diversa dos processos de regionalização. No Brasil, os problemas de natureza estrutural se sobrepõem a uma estrutura incompleta de equipamentos e especialidades (recursos humanos e tecnológicos) pelo território, trazendo para o primeiro plano a questão da equidade territorial como desafio decisivo a ser enfrentado para a concretização da diretriz da integralidade no SUS.

Estes aspectos foram enfrentados de maneira contraditória ao longo do desenvolvimento do SUS (47). Estas autoras apontam dois ciclos. No primeiro, há predomínio da descentralização de serviços, de profissionais e de algumas funções (administrativas e de regulação) para os municípios brasileiros. No segundo ciclo, uma maior ênfase na construção de regiões e redes de assistência à saúde. O contexto político do primeiro ciclo foi inaugurado com a emergência de uma nova

Constituição Federal, da qual afloraram os princípios e diretrizes do novo sistema e o início dos governos democráticos, com o protagonismo de políticas neoliberais no comando da economia e de uma agenda de política social voltada para a descentralização, nos anos 90. No segundo ciclo, as características são de hibridez, com continuidade dos ordenamentos neoliberais na economia, com a volta da temática regional nas agendas econômicas e sociais (48).

Segundo estas autoras, um novo ciclo político de organização do SUS requer novos instrumentos que não fizeram parte do arcabouço teórico das propostas dos ciclos precedentes. Por exemplo, o maior entendimento das redes e da complexidade urbana, com base em análises multiescalares, dada a grande interdependência entre os espaços urbanos, periurbanos e rurais. Acrescentamos também a diversidade dos padrões de ocupação regional e do grau de fragilidade das redes de serviços e estruturas de gestão consolidadas.

As mesmas autoras apontam outros elementos a serem incluídos para um novo ciclo: (a) uma visão integrada de sistemas de saúde e determinantes socioespaciais, com intervenções intersetoriais; (b) definição dos padrões de contratualização entre público e privado; (c) um novo paradigma tecnológico; (d) novos e complexos contornos de regulação, não só a clássica regulação do acesso, mas a regulação de profissionais e prestadores (serviços) e a regulação da qualidade e segurança da assistência.

3.1.3. Regionalização na Saúde, impasses e desafios vão além do SUS

Para compreender melhor os impasses e elementos para um novo ciclo de fortalecimento da regionalização no SUS, buscamos, acima, ir além da análise do desenho institucional e dos arranjos de negociação e pactuação do processo de descentralização. Trouxemos elementos que revelam as insuficiências e carências do SUS e no setor saúde, ampliando as tensões e conflitos na governança regional federativa, como já sinalizado por outros atores sobre a realidade brasileira (49) e, também, sobre outros Sistemas Nacionais de Saúde (50).

Considera-se, entretanto, que as insuficiências, complexidades e desafios do processo de governança regional não são apenas endógenos ao SUS. Para tal, neste segmento do capítulo, procuraremos ampliar a análise para dimensões

exógenas, que tiveram impacto decisivo nos limites do fortalecimento da governança regional e das Redes de Atenção Regionalizadas no SUS.

A primeira abordagem se refere ao contexto socioeconômico-político, ao longo deste período de construção do SUS, o que nos permite um olhar mais direcionado sobre os processos de descentralização, redução da esfera estatal-pública e ampliação da participação privada no setor de saúde brasileiro. Este contexto pode nos ajudar também a compreender outros significados da emergência de articulações e arranjos regionais-locais, muitas vezes em contraposição aos processos acima ou construindo novas perspectivas.

A segunda abordagem está nas relações entre o processo de desenvolvimento do SUS, enquanto uma política que se desenvolve sob um arranjo tripartite, um dos ineditismos dos desenhos do sistema que foram se construindo no seio da estrutura federativa brasileira. Este esforço significa compreender quanto esta estrutura federativa impõe limites ao desenvolvimento do SUS e, ao mesmo tempo, quanto o desenvolvimento do SUS se constitui em uma inovação e aposta, no seio da própria estrutura federativa, influenciando outras políticas públicas e a própria federação.

Para alguns autores é necessária uma análise política de todo este período de desenvolvimento do SUS e dos seus processos de regionalização. Estes identificam que uma hegemonia da agenda neoliberal e seus ciclos de ajustes do Estado significaram a contenção do desenvolvimento do SUS e, por consequência, do seu processo de regionalização (51).

Para esta autora, os principais “nós críticos” do processo de desenvolvimento do SUS e da sua regionalização decorrem exatamente da disputa entre projetos políticos distintos com relação ao SUS. Para ela, é essa disputa e, em certa medida, a hegemonia de um projeto que difere do “SUS Constitucional” que limitaram, ao longo deste período, o enfrentamento da necessária expansão e organização de redes integradas de serviços de saúde, em busca da universalidade e integralidade da atenção. Ao contrário, segundo a autora, esta disputa promove a inviabilização do processo de organização de redes assentadas em uma base territorial definida, com ênfase na Atenção Primária à Saúde, fortalecendo, ao contrário, uma forma de organização subordinada à assistência especializada e hospitalocêntrica. Para ela, há dois projetos distintos: um projeto que defende o SUS “constitucional” e privilegia estratégias que garantem sua universalidade e a

integralidade da atenção a toda a população, com a proposta de regionalização e a organização de redes integradas de saúde. O outro, mercantilista, subordinado ao mercado, ou ao complexo industrial da saúde, articula, sob a dominância financeira, a produção de insumos e a produção de serviços de saúde, espaço para a lucratividade das empresas (multinacionais e nacionais) do setor e instituições financeiras que ofertam planos de saúde.

Para Fagnani (52), o SUS nasceu na contracorrente do paradigma neoliberal hegemônico em escala global, a partir do final dos anos 1970. A política de saúde reflete, com especificidades, a trajetória da política social brasileira nas últimas décadas, entrecortada por dois movimentos que caminham em direções opostas. Para o autor, a partir a partir de 1990, no Brasil, também foi formado um grande consenso favorável às reformas liberalizantes. As bases materiais e financeiras do Estado foram destruídas em consequência das privatizações, do baixo crescimento, dos juros elevados, do câmbio apreciado e do endividamento público crescente que exigia a obtenção de elevado superávit primário. Nesse cenário, a proteção social passou viver as tensões entre esses dois paradigmas antagônicos: os valores do Estado Mínimo versus os valores do Estado de Bem-estar Social. Na interpretação do mesmo autor, entre 1990-2019 essas tensões mantiveram-se acirradas. Ele considera que, no período 2007-2013, tais tensões foram atenuadas por considerar que o crescimento econômico voltou a ter alguma centralidade na agenda.

O autor também registra um conjunto de mudanças legislativas que alteraram o desenho constitucional, obrigando o SUS e seu processo de construção e regionalização a conviver com os limites impostos pela política econômica; pela Desvinculação das Receitas da União; pela concessão de isenções fiscais capturando fontes de financiamento da Seguridade Social; pela criação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), “vinculada” ao SUS, mas capturada pela área econômica. Teria havido, neste período, a limitação da expansão da oferta pública do sistema, impedindo a cobertura de enormes vazios assistenciais e qualificação dos serviços já existentes.

A combinação da restrição da oferta pública, segundo Fagnani (52), vem associada com a expansão do processo de participação privada na saúde, com diversas modalidades de mercantilização amplamente difundidas pelos três níveis de governo, para diversos setores sociais. Como exemplos, a permissão da

chamada “dupla porta” de atendimento (reserva de leitos em hospitais públicos para planos de saúde); a utilização dos planos de saúde da rede do SUS para procedimentos de alto custo (não ressarcidos); a montagem de parcerias (público-privadas) para a operação e gestão de hospitais públicos, bancadas (investimento e custeio) por recursos públicos; a expansão da ação das organizações sociais para gerir hospitais e postos de saúde em todo o país; as falhas na regulação dos planos privados de saúde (autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo, seguradora de saúde) pelo Estado (Agência Nacional de Saúde).

Para ambos os autores, Teixeira (51) e Fagnani (52), este processo se aprofunda com a ruptura política institucional no país a partir de 2016, que aprofunda a austeridade fiscal e o projeto liberal em três direções principais. Em primeiro lugar, no sentido de levar ao extremo a reforma do Estado iniciada nos anos de 1990. Em segundo, no reforço das políticas de “austeridade”, mediante o aprofundamento do chamado “tripé” macroeconômico. Em terceiro, no objetivo de destruição do Estado Social de 1988 e na implantação de um Estado Mínimo liberal.

Para tal, Fagnani (52) reconhece que a correlação de forças favoráveis à implantação desta agenda teve êxito em difundir a visão de que para se obter o ajuste fiscal “não há alternativa”, é indispensável pôr fim ao Pacto Constitucional de 1988, destruir o conceito de Seguridade Social e os orçamentos a ela vinculados, assim como a Educação e Ciência e Tecnologia, instituídos na Constituição da República e nas suas regulamentações (52).

Sem dúvida, não é possível registrar e compreender o processo de descentralização e regionalização do Sistema de Saúde dissociando-o das mudanças nos Estados nacionais e nos desenhos de políticas públicas. Neste sentido, vale a pena estender um olhar sobre os processos que acometem o conjunto dos Sistemas Nacionais de Saúde e os ataques ao Estado de Bem-Estar Social, ao longo de período histórico marcado a partir da criação SUS, no final dos anos 80. Considera-se que a Declaração Internacional da Pandemia COVID19 pela OMS (53), ainda em vigor, abre outra centralidade para o debate sobre o papel dos Sistemas Públicos de Saúde no Brasil e no mundo, sobre das iniquidades e dos determinantes sociais em saúde (54, 55, 56, 57).

Neste período histórico, no mundo, um conjunto de reformas foram propostas aos sistemas de saúde a partir de um novo protagonismo exercido por órgãos como o Banco Mundial e Organização para Cooperação e Desenvolvimento

Econômico (OCDE) (58). No caso dos países da América Latina, as políticas de ajuste macroeconômico foram definidas e influenciadas pelo chamado Consenso de Washington, em 1989, que impôs um receituário de condicionalidades nas negociações com o Banco Mundial, com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), entre outros (59).

Um conjunto de mudanças foi sugerido para as formas de organização da oferta de saúde nos países a partir de alguns elementos, como: mudança no padrão de financiamento, ampliação da participação do setor privado, focalização das ações e o estabelecimento de cestas básicas assumidas pelo Estado. Tais sugestões, carregadas de uma narrativa no plano simbólico, envolvem os valores da austeridade, combate ao desperdício e a corrupção, e competitividade como elementos de ganho de eficácia e livre escolha pelos usuários. Esta agenda tomou de assalto as políticas de saúde, promovendo tentativas de reformas mais ou menos executadas em um conjunto de países, com estímulo às inciativas de comercialização, arranjos privados e competitividade com algum grau de regulação. Estas reformas afetaram, em maior ou menor grau, a universalidade do acesso e a equidade na saúde (60).

Destaca-se o ocorrido em países do sul-europeu, em especial Portugal, Espanha, Itália e Grécia e suas possíveis relações comparativas com o Brasil, em dois aspectos. Um, é fato destes países terem avançado para a constituição de seus Sistemas Nacionais Públicos em um mesmo contexto cronológico e histórico do SUS. Do ponto de vista cronológico, com reformas que afirmavam o seu caráter universalizante ao longo das décadas de 70, 80 e até início dos 90. Do ponto de vista histórico, em especial Portugal, Espanha e Grécia, com um processo de superação de um período autoritário seguido de redemocratização, como ocorrido com o Brasil no SUS. O outro aspecto é, exatamente, estes países serem afetados pelas políticas de reajuste neoliberal orientadas pela denominada Troika: Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Central Europeu e Comissão Europeia (61). Estes dois aspectos, que interagem com o histórico do envolvimento do SUS, torna interessante aproximações sobre qual relação tais reformas têm com o debate sobre regionalização nestes países. Importante considerar que, apesar destas similaridades históricas que interagem com o SUS, são todos países com conformação de países unitários, em contraste com a estrutura federativa brasileira.

Em Portugal, a saúde é garantida à população por meio da Constituição vigente (62), estabelecido que o SNS, Lei n. 56/1979 (63), tem uma gestão descentralizada e participativa. Em 1989, houve a substituição do princípio da saúde gratuita por preferencialmente gratuita, passando a ser um dever de todos, com a Lei n. 48/1990 (63). Em 2006, através da Lei n. 101/2006, criou-se a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e com o Decreto 298/2007 as Unidades de Saúde da Família (63). A descentralização da gestão e a participação popular acontecem a partir das Regiões de Saúde, com planos e programas de ação construídos com planos financeiros e metas de caráter anual ou plurianual. As administrações regionais podem contratar empresas e entidades para prestação de cuidados aos seus segurados, bem como fixar os preços regionais para contratação de seguros privados individuais ou coletivos pela população, a partir de limites nacionais e preços estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Para as administrações regionais ficam os recursos eventualmente recuperados com estes contratos. As administrações regionais de saúde também podem celebrar contratos tanto com médicos profissionais liberais que não trabalhem com o Sistema Nacional de Saúde, como com empresas privadas para a prestação de cuidados a seus usuários.

O processo de descentralização e regionalização do Sistema de Saúde em Portugal por um lado. garantiu a definição de uma unidade territorial, regiões e sub-Regiões de Saúde, que não se restringem as cidades isoladamente; a expansão da cobertura universalizante e estabeleceu mecanismos de integração do cuidado em uma rede de serviços, a partir da gestão local das administrações regionais (64). Entretanto, ao mesmo tempo, ampliou mecanismos e a coparticipação financeira das famílias, a participação do setor privado na prestação dos serviços e, de certa forma, a redução dos elegíveis a ter acesso gratuito aos serviços e saúde. As oscilações entre estes polos estão diretamente relacionadas às coalizões partidárias nacionais e locais que oscilaram, ao longo deste período, pró ou contra a universalização. Os mecanismos de relação das administrações regionais com várias formas e modalidades de contratação e organização dos serviços também aprofundaram desigualdades e iniquidades, muito dependentes da capacidade nacional de compensá-las e reduzi-las, e nem sempre efetivas, de acordo com a coalizão partidária que liderava o governo constituído (65).

Já a Espanha, com o fim do governo autoritário em 1977, estabeleceu o compromisso de universalização do acesso à saúde com a Constituição de 1978

(66), criando institucionalmente o seu Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1986 (67), e promovendo a universalização com o Decreto de Universalização da Atenção Sanitária (68), configurando a primeira grande reforma da saúde espanhola. Esta respeita a existência das suas autonomias regionais, conformando as Comunidades Autônomas – CCAA, constituindo um modelo fortemente descentralizado em um país unitário que, paulatinamente, foi evoluindo para uma descentralização fiscal que se consolidou no início dos anos 2000. Todo este processo aconteceu concomitante com a oscilação entre as coalizões partidárias que ocuparam o parlamento nacional e o legislativo das CCAAs, com movimentos que se direcionavam para polos diversos, a favor ou não da universalização do acesso à saúde. As reformas de descentralização e regionalização buscaram fortalecer e ampliar a cobertura, durante as coalizões pró-universalização. Durante as coalizões antiuniversalização, as reformas de descentralização buscaram criar condições para variabilidade de arranjos privados, de acordo com cada CCAA, com a redução de investimentos públicos e o descompromisso de universalização (69).

De acordo com estes movimentos, cada CCAA organizou a sua oferta de saúde, com formas diversas quanto as estruturas administrativas: administração direta, organizações e consórcios públicos de direito privado, convênios e contratos com o setor privado. As CCAA se constituíram como nível intermediário de governo, constituindo, um Serviço Sanitário Regional (SSR), reunindo todos os centros de saúde, serviços e estabelecimentos da própria CCAA, das províncias e municipalidades, concentrando-os. Além disso, integraram a gestão dos serviços no nível político e administrativo, nos termos da Lei Geral da Saúde (67).

O governo central é responsável por construir normais gerais nacionais e garantir níveis de equidade entre os SSR, definindo a Carteira de Serviços Básicos comuns a todas as CCAA. O Tribunal Constitucional é o responsável por mediar conflitos entre os níveis de governo. Foram previstos, legalmente, órgãos participativos nas áreas de saúde tanto para interação com a sociedade civil (Conselhos de Participação) quanto para integração entre os gestores (Conselhos de Direção e Gestão). O Conselho Interterritorial que reúne gestores dos Serviços Sanitários Regionais tem dificuldades para efetivar-se como fórum de negociação e gestão compartilhada, dado que frequentemente é palco de disputas políticas e da expressão da lógica de maximização das autonomias (70).

As áreas e zonas de saúde se constituem na unidade territorial principal do processo de regionalização espanhol. Dessas surgem propostas para abranger entre 200 mil e 250 mil habitantes, compreendendo a oferta integral de serviços de saúde para um determinado território, da atenção primária e especializada. As zonas de saúde são unidades territoriais da atenção primária, onde se desenvolvem atividades sanitárias vinculadas aos centros de saúde (69).

Duas importantes reformas aconteceram ao longo deste período de descentralização e fortalecimento do processo de regionalização. Em 2002, ocorreram mudanças nas regras do financiamento da saúde, que passou de um financiamento vinculado, que sai do governo nacional para a área fim na região de saúde, para compor o orçamento geral das CCAA. E a Lei de Coesão e Qualidade do SNS (71), com o objetivo de financiar os serviços de alto custo prestados a cidadãos fora das CCAA de domicílio. A terceira reforma do SNS se deu em 2012, com o Real Decreto 16/2012 (72) que visou promover a redução da 'universalização', com a exclusão da cobertura sanitária aos imigrantes ilegais e aos jovens com mais de 25 anos que nunca contribuíram para a Seguridade Social, e a incorporação de pagamentos mais extensivos na área de medicamentos. Além de um corte redutor geral de investimento e do acesso universal a saúde em todo país tais reformas provocaram um aumento das iniquidades dentro e entre as autonomias, à medida que cada CCAA passou a ter inciativas diversas sobre cobertura universal, cesta de ofertas e níveis diversos de copagamentos (69).

Na Itália, o Sistema de Saúde Nacional (SSN) surgiu também em 1978, com os conceitos de financiamento e gestão públicos, universalidade, acessibilidade e atenção integral à saúde dos cidadãos, uma perspectiva à época de ampliação do aceso e de conquistas de direitos e, ao mesmo tempo, de saneamento e regulação dos altos custos provenientes das prestações privadas hospitalocêntricas: um contexto muito similar ao pré-SUS na “Grande Reforma Sanitária” de 1978 e da criação do Serviço Sanitário Nacional (73). A criação do SSN italiano estabeleceu papel central ao Estado (nível central nacional) financiador, regulador e, junto com a rede privada conveniada, prestador do sistema público de saúde. O SSN tem mecanismos de participação das três esferas de governo do Estado unitário descentralizado italiano: estado, regiões e municípios.

Foi estabelecida uma divisão de competências: Estado central, normatizar e financiar; regiões, planejar e realizar a programação regional; cidades,

isoladamente ou em associação, a gestão das Unidades Sanitárias Locais. Estas se constituíram em entidades operacionais responsáveis pelas ações e serviços de saúde na principal unidade territorial. Em sua grande maioria, os serviços eram próprios das Unidades Sanitárias Locais (USLs) e os profissionais de saúde eram contratados pelo estado e contavam com um plano de carreira que considerava o tempo de trabalho e a progressão de cargos. Além disso, o modelo dos “médicos de base”, clínicos gerais, como porta principal de entrada ao sistema. A remuneração seguia, desde o início, a lógica de captação (74). O financiamento para as USLs seguia a centralidade, no usuário, com valores per capita e adicionais de vulnerabilidade.

Em 1992, no contexto das políticas de ajuste fiscal, foi conduzida uma nova reforma, com aspectos da regionalização como um dos seus pilares, através da Lei 509, de 1992 (75). Estes autores definem como eixos desta reforma: realocação dos recursos financeiros, redistribuição de funções entre municípios e regiões, redução significativa do número das USL e transformação das remanescentes em empresas públicas. Nos novos arranjos institucionais, após 1992, no nível local, o município não atuava diretamente na gestão, mas participava na condução política e estratégica, mediante arranjos específicos: Conferências dos Serviços e Colegiados de Saúde dos Prefeitos. As regiões precisavam garantir um nível básico de cuidados aos cidadãos, a partir de uma quantia fixa de recursos destinados pelo estado, o nível central nacional: valores per capita adicionados a critérios de vulnerabilidade. A pactuação entre o nível estadual (*Region*) e o estado central era realizada mediante a Conferência Estado-Regiões (75).

Essa reforma caracterizou-se por quatro elementos, segundo análise trazida por Tasca, descrita a seguir (75):

(a) Regionalização/descentralização: maior autonomia para os governos regionais, com responsabilidade completa sobre o orçamento da saúde, prevendo compensações financeiras entre as regiões, mediadas pelo âmbito nacional. As regiões passam a ter autonomia na definição das políticas regionais de saúde, na gestão e na organização dos serviços de saúde no seu território, inclusive quanto à participação privada na organização dos serviços.

(b) Transformação de algumas Unidades de Saúde Locais em empresas públicas, as “Aziende Sanitarie Locale” (ASL). Os hospitais públicos também foram transformados em “hospitais-empresas”, com independência administrativa das ASL,

com a adoção de critérios para maior eficiência na utilização dos recursos, profissionalização da administração, transparência orçamentária e prestação de contas (*accountability*). O princípio da centralidade dos usuários foi preservado também pelo sistema de financiamento das ASL, com recebimento per capita, com ajustes baseados na vulnerabilidade da população residente.

(c) Profissionalização da gestão das ASL e dos complexos hospitalares de autogestão (*trusts*/*holdings*), com a adoção de recursos de gestão empresarial: sistemas de orçamento, contabilidade, gestão de pessoas, treinamento organizacional, definição de objetivos e metas, avaliação de desempenho e mecanismos internos de competição entre as ASL.

(d) Financiamento da atenção básica e dos hospitais baseado na captação de pacientes, estabelecendo-se uma lógica de competição entre os serviços.

Em 1999, também segundo Tasca (74), uma nova reforma foi aprovada pelo parlamento. Apresentava como objetivos: reduzir as desigualdades entre as USLs e uma maior integração entre as ASLs, serviços e hospitais. A regionalização foi fortalecida com uma maior responsabilização pelos gastos com saúde, devendo cada região evitar os déficits de orçamento, complementando-os com o necessário para manter o equilíbrio financeiro mediante impostos regionais. Nesse sentido, foram conduzidas pactuações entre regiões e estado para a contenção de gastos. Os gestores das USLs e dos hospitais são cobrados em relação à qualidade dos serviços prestados e à eficiência no processo de alocação dos recursos. Foram impostas restrições à ocupação de cargos dirigentes no SSN, que não devem possuir outros vínculos ou profissão liberal. Os gestores passaram a incorporar os conceitos de gestão da clínica e de Medicina Baseada em Evidências, com orientações sempre mais precisas para a definição da alocação dos recursos. Mais recentemente tem-se buscado maior envolvimento e responsabilização dos médicos nos gastos com saúde, incentivando cada vez mais o uso de instrumentos de governança clínica e classificação de risco que possam gerar redução no número de consultas especializadas e procedimentos desnecessários, levando à melhor produtividade.

Segund Tasca (74), permanecem ainda algumas questões e desafios para a quarta década do SSN italiano. Entre eles se destacam: a necessidade de aprimoramento na formação dos novos gestores públicos; o uso estratégico de

instrumentos e soluções inovadoras de contratualização e terceirização; o aperfeiçoamento da APS por meio da associação dos médicos e demais profissionais de saúde em estruturas mais integradas; o gerenciamento do risco e gestão institucional do erro médico; e a necessidade de maior sinergia entre ASLs para pesquisa e avaliação das novas tecnologias a serem incorporadas no sistema.

Este modelo gerava muitas disparidades entre as regiões e suas condições fiscais. Certo grau e ingerência política nas Unidades de Saúde Locais também é apontado, gerando descontinuidades (74).

Como também já observamos no contexto do desenvolvimento do SUS, observa-se nos três países a constituição Sistemas Nacionais Públicos de Saúde em contextos histórico similares ao nosso: redemocratização e contra hegemônicos em relação a agenda neoliberal de restrição dos investimentos públicos. Coincide também o fato dos processos de descentralização e regionalização da saúde estarem condicionados por uma série de fatores. Neste caso, também entram em questão aspectos da divisão político-territorial e as características da descentralização do Estado; os processos de democratização e reforma do Estado; as conjunturas econômicas e políticas das décadas analisadas; os antecedentes do sistema de saúde (infraestrutura pública e cobertura populacional prévia à reforma sanitária); as características da trajetória da descentralização e da regionalização da saúde; as condições e o modelo de financiamento da política de saúde e o papel e as estratégias das instituições e atores.

De uma forma geral os processos de fortalecimento das capacidades regionais e descentralização da organização dos sistemas nacional de saúde em Portugal, Espanha e Itália são atravessados pela lógica deste conjunto de reformas de cunho neoliberal, em curso, nestes países. É importante chamar a atenção para suas especificidades e a necessidade de compreensão mais detalhada destes processos, como também para os contrastes em relação aos níveis de desenvolvimento econômico-social e desigualdade para comparações com o desenvolvimento do SUS no Brasil. Tais processos elevaram a participação privada nos gastos em saúde, especialmente nestes países, para 24,5% na Itália, 30,1% na Espanha, 34% em Portugal e 39,4% na Grécia (76).

A contribuição de Vianna e Iozzi (47) busca chamar a atenção para as configurações territoriais possíveis, abrangendo as escalas internacionais, regional-transacionais, nacionais e *loco*-regionais e sua relação com a regionalização do

SUS. No caso da saúde, há ganhos de complexidade nesta análise, pois neste período houve uma profunda transformação decorrente das modificações do perfil epidemiológico das populações e das transformações de avanço tecnológico e inovações.

Segundo as autoras, os fenômenos econômicos, políticos, sociais e culturais da globalização, não devem ser apreendidos como um processo binário – tal como o "global-nacional" ou o "global-local" –, mas reconhecidos como fenômenos multiescalares, multitemporais e multicausais, pois a interação de lugares e escalas produz processos de múltiplas direções: de cima para baixo, de baixo para cima e transversais, rearranjando diferenças e complementariedades econômicas, políticas, culturais e socioespaciais, rearticulando diferentes escalas, lugares e redes. Para elas, pode-se argumentar que a agenda neoliberal tende a convergir para a reestruturação do Estado, na direção de uma governança multinível, de disputas – apesar de majoritariamente pró-mercado – com origem em múltiplos espaços, escalas e redes.

Citando Duarte, as autoras (47) observam que esses movimentos, que produzem complexidades ao processo de construção do SUS e da sua regionalização, dialogam com o desgaste do poder dos Estados nacionais mediante a um processo de erosão oriundo de três ângulos: para cima, a favor da dimensão internacional; para baixo, por meio da descentralização; e lateralmente, a favor das autoridades administrativas independentes.

Ao mesmo tempo, no caso do Brasil, tal processo histórico de construção do SUS conviveu com a emergência, ou articulação, de um conjunto de atores e identidades em nível local e regional. Tais atores teriam como vetores não apenas as possíveis relações com o fenômeno da mundialização, ou com os espaços a serem ocupados pelos processos de mercantilização da saúde, ou da redução do tamanho do Estado no provimento dos serviços. Também se constituíram como atores políticos do processo de redemocratização do país, onde o municipalismo era enxergado como a ampliação da democracia, pelo menos no compartilhamento do poder central com outros entes e atores políticos institucionais, e da participação da sociedade (77).

Este movimento também contribuiu para construção do SUS, a partir de uma proximidade com a participação dos atores políticos e sociais, como também de experiências concretas de inovação da gestão e das entregas em políticas de saúde,

com a ascensão de gestores municipais e de entidades, como: o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, o CONASEMS. Este período de tensões gerou novos atores políticos que, a partir de diversas escalas territoriais, atuaram sobre as políticas públicas e os seus desenhos nacionais.

Uma caraterização da construção destes atores locais é uma análise que constitui uma importante série histórica da caracterização dos gestores municipais de saúde no Brasil. Ela registra que, ao longo deste período de três décadas de desenvolvimento do SUS, há uma mudança consistente no perfil dos gestores municipais. Este perfil parte, predominantemente, de gestores com laços estritamente político-partidários e até familiares com as elites políticas que, tradicionalmente, comandavam o poder local. Ao longo das décadas, este perfil foi se consolidando entre os profissionais de saúde oriundos da rede municipal, redes federais e estaduais descentralizadas, constituindo uma nova elite política gestora do SUS, em nível local, com ou sem vínculo partidário ou associativo com as novas coalizões político-partidárias-sociais que foram se construindo no poder local (78, 79).

Parte da análise deste certo grau de especialização advém da ampliação dos mecanismos de repasse de recursos federais vinculados aos incentivos e aos novos modelos de atenção ou programas específicos, exigindo, com o tempo, certa especialização para a captação destes recursos ou da participação em arenas de negociação e pactuação. Esta nova elite política-gestora se constitui também pela participação nas instâncias de pactuação bipartite e tripartite que surgiram, como também nas instâncias de controle social. Ela se constituiu em um vetor importante para a descentralização e a ampliação de recursos para a cobertura dos vazios assistenciais e de afirmação, ou não, do esforço de mudança no modelo de atenção. Interessantemente, esta série aponta uma mudança importante do perfil destes gestores, a partir das eleições municipais de 2017, a primeira depois da ruptura institucional de 2016 (80).

Outros estudos apontam para a complexidade da teia de atores sociais, com a emergência de novos segmentos na cena política local, motivados ou não no entorno do setor saúde local-regional; de atores econômicos, compreendendo o conjunto de serviços, empresas, e prestadores que se constituíram, ou se fortaleceram, a partir do estímulo à atividade econômica advindo de recursos da

saúde, de instituições formadoras, de dispositivos de disputa da cultura e da identidade regional. Todos interagindo, em diversas escalas, com os processos (81).

Esta multiplicidade de atores e escalas dialogam com aquilo que Castells (82) afirma de uma sociedade que se forma e se relaciona em redes múltiplas, com o estabelecimento de novas contradições, que disputam e se articulam na sociedade, em todos os âmbitos: no poder público, no poder que emerge da formação histórica das elites locais e regionais; no poder econômico consolidado ao longo de anos e em crescente transformação, pela essência da financeirização da atividade econômica; no poder da comunicação, da produção cultural de massas, das instituições formadoras tradicionais e as que surgem; nas instituições religiosas; nas organizações tradicionais da sociedade local; no poder que emerge da participação da sociedade advinda do processo de redemocratização; e de uma forma ou outra interagindo com as redes globais.

3.1.4. Os Desafios da Regionalização do SUS também são desafios da Federação brasileira

Até aqui, apontamos três dimensões das complexidades enfrentadas para o fortalecimento da regionalização no SUS: as insuficiências do pacto político e dos desenhos institucionais da regionalização no SUS; as carências, as desigualdades e as diversidades de um conjunto de aspectos e recursos que conforma o SUS e suas redes de atenção, ampliando tensões e conflitos regionais; e os impactos da agenda econômica, política e social no contexto histórico da globalização e de sua hegemonia política e cultural mediante escalas múltiplas nas políticas públicas brasileiras. Todas essas dimensões e aspectos se assentam sobre o desenho e a estrutura da federação brasileira, que interage ou reforça as complexidades.

A Constituição de 88 alçou o município à condição de ente federado, constituindo, assim, uma federação trina. Para Souza (83), no modelo federativo tripartite brasileiro, a gestão das políticas públicas se tornou mais complexa à medida que foi preciso conjugar a interdependência e autonomia de três entes. Como já apontado acima, não apenas há ganho de complexidade por conta de um modelo tripartite, sobretudo, pela assimetria, desigualdade e diversidade quando falamos em ente municipal, o que caracteriza a distribuição dos mais de 5 mil municípios brasileiros.

Tal desenho reforça o papel da União e dos governos estaduais na coordenação federativa, como observado em outras experiências de federações. Apesar de a Constituição dedicar à esfera estadual atribuições menos definidas, é inegável o seu papel nas políticas sociais e de desenvolvimento econômico regional, observadas na experiência internacional ou nas experiências concretas no Brasil pós-Constituição de 88. Percebe-se que, diante da heterogeneidade dos municípios em termos de capacidade técnica, administrativa e financeira, em todos os setores da administração pública, a atuação em nível estadual contribuirá para o aprofundamento ou redução das desigualdades.

Esta complexidade é reforçada com o fato de o Brasil ter construído, no Pacto Constitucional, um modelo de federalismo simétrico em uma federação assimétrica. A distribuição simétrica de poderes e competências está alicerçada em alguns aspectos.

No primeiro, as regras sobre as competências, a autoridade, os recursos e as políticas públicas das entidades subnacionais são capítulos detalhados na Constituição, seja na sua versão original, seja no conjunto de emendas constitucionais e regulamentações aprovadas (84). Elas constituem um arcabouço/compromisso nacional, deixando margem limitada para manobras e iniciativas específicas. Esse arcabouço não excluiu a autoridade institucional, e, sobretudo a tributária, dos governos subnacionais, uma questão decisiva para políticas e ações que impactam fortemente no desenvolvimento econômico e social local, permitindo também maior protagonismo dos governos subnacionais na construção de políticas públicas, iniciadas no período pós-redemocratização, influenciando na construção nacional das políticas públicas.

Outro aspecto advém da estrutura jurídica de interpretação e proteção da Constituição, em particular do papel de mediador final de conflitos jurídicos, que é da Suprema Corte. Constantemente, até por conta do arcabouço legal, amparado no texto Constitucional original ou reformado, a Suprema Corte vem decidindo que inciativas constitucionais ou infraconstitucionais dos parlamentos subnacionais respeitem, absolutamente, os dispositivos federais, limitando a subversão de uma hierarquia afirmada na Constituição Federal (85).

Ambos os aspectos foram fundamentais para os direitos sociais, em especial o direito à saúde e à sua operacionalização pelo SUS. Eles impediram, no contexto de uma federação de dimensões territoriais tão expressiva, assimetrias,

desigualdades e diversidades, que as carências, as opções, os conflitos e as tensões, nas várias escalas territoriais, pudessem se constituir em institucionalidades e compromissos diversos ao capítulo constitucional da saúde.

Uma das questões sempre levantadas, muitas vezes a partir de comparações com sistemas públicos de saúde de Estados nacionais que inspiraram historicamente a construção do SUS, é em qual medida esta estrutura federativa não tem impedido a construção do SUS em todo território nacional. Neste sentido, Arretche (86) defende que o federalismo não foi um empecilho para a adoção das novas políticas públicas pela existência de incentivos e/ou sanções que estimularam a adesão das esferas subnacionais. Acrescentamos a isso, o conjunto de emendas constitucionais ou Leis complementares que se consolidaram ao longo deste período. São um conjunto de emendas constitucionais que trataram de políticas de educação e saúde, de Leis que normatizaram a política de assistência social, e de regras que institucionalizaram os principais sistemas, objetos de competências concorrentes, assim como seus fundos de financiamento e a vinculação de recursos das três esferas de governo para a provisão das políticas de saúde e educação (84). Nesse sentido, a experiência brasileira é similar a das federações mais cooperativas do que competitivas, visto que os diferentes níveis de governo compartilham a provisão de políticas públicas nacionais.

Esta cooperação se assenta, em parte, na afirmação dos direitos sociais, entre eles, o direito universal à saúde e a existência de um conjunto de competências comuns e concorrentes entre os três níveis de governo, que criaram as bases para o desenho atual das políticas públicas: hoje quase todas no texto Constitucional, com regulação e normatização de incentivos financeiros federal e implementação local.

Neste cenário persistem, e, em certa medida, ampliam-se, os desafios das estruturas federativas. Como construir políticas nacionais que dialoguem com tamanha assimetria, desigualdade e diversidade, interagindo com os dilemas típicos das estruturas federativas – em particular de países com dimensões territoriais como as do Brasil –, que são a constituição dos mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamental, autonomia e compartilhamento de autoridade, centralização e descentralização, aprofundamento e redução das desigualdades.

Portanto, um dos desafios, considerado o contexto federativo do país, é a necessidade de combinar a autonomia dos entes federados e a cooperação entre

eles, visto que as disputas no nível local precisam ser analisadas com base na combinação entre a regulação de nível central e o grau específico de autonomia local. Mesmo que o nível central (no caso brasileiro, a União) disponha de recursos institucionais poderosos para exercer a coordenação da política de saúde, como o poder de normatizar e regular, além de maior disponibilidade de recursos financeiros, os entes subnacionais (estados e municípios) são política e administrativamente autônomos. De tal modo, construir regiões e políticas regionais, com base em entes locais autônomos, é uma tarefa que exige pactuações, acordos, barganhas, além de incentivos que favoreçam a cooperação.

Acrescente-se a este grau de autonomia, a existência de tempos de governo diversos, o que considero ser uma das questões cruciais para a ação cooperativa e coordenada entre os entes federativos, no Brasil. O fato de o início das gestões federal e estaduais acontecerem na segunda metade de uma gestão municipal, produz um contexto no qual os instrumentos de planejamento de longo prazo, que ultrapassam os tempos de governo, sejam fragilizados e não respeitados, e as estruturas públicas tenham baixa estabilidade, invariavelmente, por dependerem da coalizão político-partidária de ocasião no governo, provocando, via de regra, a descontinuidade de pactos e políticas, pois, quando construídos, produzem pouca mudança nas realidades locais ou mudanças de curto fôlego.

A ausência de intermediações mais claras entre as escalas espaciais diversas na estrutura federativa brasileira é um outro aspecto (87). Para este autor, esta é uma característica muito peculiar ao jogo federativo brasileiro. Há a carência de mecanismos que, a partir do nível local municipal, permitam a construção de agregações e de polos regionais e/ou microrregionais, bem como uma agregação continua às escalas estadual e nacional. Também há falta de capacidade e capacitações para liderar nacional e subnacionalmente pactos e contratos socioespaciais que promovam um reformismo radical da organização e gestão do SUS, para que haja liderança por estados e microrregiões indutoras de regionalização, que possam estruturar e operar regiões e redes, integrando o prestador da rede básica municipal e a rede especializada regional.

Para além das estruturas de diálogo, agregação política, planejamento comum e competência institucional para assumir papel de coordenação, alguns autores afirmam que a capacidade administrativa das estruturas dos governos estaduais foi exaurida (88). Para Fagnani (52), inciativas do SUS no tocante à

regionalização e aos esforços para a garantia de equidade na saúde estiveram na contracorrente entre 1990-2019. O autor afirma que, em geral, ao longo deste período, enquanto a descentralização e regionalização do SUS avançavam de forma gradativa, paralela e contraditoriamente, houve um progressivo esvaziamento do Pacto Federativo selado em 1988.

Este esvaziamento do pacto federativo se iniciou com o reforço do poder fiscal do Executivo federal, a descentralização do bolo tributário, a substituição de impostos partilhados por contribuições federais não partilhadas, uma política econômica e um conjunto de marcos legais que desestruturaram as finanças dos estados, entre elas: o Programa de Apoio à Reestruturação e ao Ajuste Fiscal dos Estados (89), seguido da Lei de Responsabilidade Fiscal (90).

Ou seja, como já afriamdo na introdução deste estudo , um aspecto da necessidade desse estudo se baseia na compreensão de que identificar e avaliar o processo de regionalização do SUS e a construção desses arranjos de governança regional e federativa também é uma necessidade para os estudos sobre o federalismo brasileiro.

.

Uma federação heterogênea, como o Brasil, e um tema complexo, como a pactuação federativa no âmbito das políticas, programas e planos da saúde, requerem uma especial atenção para sua diversidade, em qualquer avaliação de políticas públicas. Isso é ainda mais necessário, quando o que se busca são recortes que permitam uma avaliação de aspectos relacionados ao processo de concertação regional e federativa. Neste sentido, para a avaliação que pretendemos realizar, é fundamental compreendermos em que medida esta diversidade está incorporada em todos os momentos do chamado ciclo de uma política pública, como classificado por alguns autores: como o problema entra na agenda de prioridade política, o processo de formulação da política, os momentos de tomada de decisão da sua implementação, o próprio processo de implementação e avaliação dos seus resultados (91).

Além de observar esta presença na dimensão nacional de implementação das políticas, é interessante observar como ela se desenvolve em cada território, seja nas regiões metropolitanas, seja nas áreas remotas. Nas regiões metropolitanas, apesar de uma maior concentração de serviços de saúde em comparação com a realidades rurais, existe uma cultura de baixa cooperação e

solidariedade entre as redes estaduais e municipais, um cenário de constante disputa por protagonismo, multiplicando-se os conflitos advindos das grandes e profundas assimetrias de um território intensamente desigual, com os modos de viver e conviver na cidade impactando no acesso e qualidade dos serviços de saúde. Isto contribui para discutir o tema da concertação regional federativa, visto que a falta de coordenação das políticas públicas nas regiões metropolitanas se constitui em um dos grandes desafios para o aprimoramento do desenho federativo brasileiro, não apenas na saúde (92). Nas áreas rurais, o tema é da falta de cooperação e carências de todos os recursos que possam garantir a constituição de redes de atenção sólidas, somadas às características epidemiológicas e a obstáculos logísticos importantes.

3.1.5. Crise econômica, política, institucional, a partir de 2014, e a pandemia COVID19 aprofundam a fragilidade da governança regional do SUS

O Brasil entrou em uma crise de dimensão econômica-fiscal-política-institucional a partir do final de 2014 e início de 2015, como afirmamos em artigo publicado (80). Neste artigo, apresentamos vários autores que a classificam como uma crise não conjuntural. Para Pochmann (93), atravessa-se uma crise do capitalismo global, desde 2008, cujas saídas o reorganizam com novas centralidades na economia mundial e exploração do trabalho, inserido o Brasil. O autor aborda a emergência da UBERização do trabalho, conceituando-a, sinteticamente, como a generalização das formas de contratação que a empresa Uber popularizou no transporte: autonomização individual de contratos precários, disponibilidade de 24hrs, longas jornadas de trabalho, ausência de garantias trabalhistas, remuneração não pré-contratada e vinculada à disponibilidade e produtividade, custos do trabalho arcados pelos trabalhadores, com a emergência de um novo padrão de organização do trabalho e dos trabalhadores.

Para Pinto (94), há uma crise do capitalismo brasileiro com três dimensões interdependentes: acumulação capitalista, cena política e relação entre o bloco no poder e o Estado, particularmente representado pelo aparato burocrático jurídico-policial.

Para Souza (95), sob outra perspectiva, esta é uma crise entoada pelo discurso elitista brasileiro que credita à corrupção estatal a não pujança econômica,

transformando em “bode expiatório” a elite estatal e política, criminalizando-a. Surgem alianças entre interesses econômicos e as “burocracias intermediárias e técnicas do Estado”, como com os militares no passado e hoje com o Judiciário. A ofensiva da agenda neoliberal advinda deste momento no Brasil nos remete a Bourdieu (96), para quem as atuais revoluções neoliberais são revoluções conservadoras, restaurando o passado e apresentando-se como progressistas.

Do ponto de vista econômico, o marco recessivo se inicia no final de 2014, com o PIB negativo de 3,8% em 2015 e de 3,6% em 2016, e com a lenta recuperação de 1% em 2017 e 1,1% em 2018. De 2015 a 2018 ocorreu o pior período de crescimento económica da história brasileira. Do ponto de vista fiscal, o déficit público se inicia em 2014, com 1,7% de média entre 2014-2017 e a previsão de 2,1% do PIB para 2019 (195). Este cenário se aprofunda com a emergência da pandemia de COVID19, com queda 3,9% do PIB em 2020 e recessão técnica no segundo semestre de 2021, interrompendo o início de recuperação em 2021 (97).

Do ponto de vista político, houve questionamento ao sistema e aos partidos políticos que protagonizaram a cena desde a redemocratização, levando a interrupção de um mandato presidencial e a três trocas de coalizões governamentais entre 2015 e 2019 (98). Do ponto de vista institucional, uma acirrada disputa entre poderes, caraterizado por Pinto (94), já referido, gerando uma crise de relação entre o bloco de poder e o Estado, deslocando o centro do poder para setores da burocracia não eleita e a mídia.

Em artigo publicado, buscamos compreender os impactos das respostas à crise atual sobre a frágil governança regional do SUS (80). Foi analisada a implementação das respostas à crise e de que maneira estas impactaram e fragilizaram a governança regional e federativa do SUS. Compreendeu-se que a implementação das respostas não como uma política isolada, construída por um ator, mas como um processo de negociação e conflito, tendo, como unidade a ser analisada, um subsistema de política, e a partir deste conceito presente em modelos de estudos de implementação (99).

Neste artigo, constituímos esta unidade de análise, o subsistema de política, compreende variáveis exógenas, que são as condições socioeconômicas e as coalizões governamentais, que se transformam ao longo do período (80). Entre as variáveis endógenas, primeiro, um arcabouço institucional, no caso o SUS, com regras de investimentos em saúde, instâncias de pactuação e decisão,

responsabilidades e competências de poderes e entes federativos. Segundo, os instrumentos de implementação da política, classificando-os em: instrumentos informacionais, regulatórios, administrativos e financeiros. Terceiro, os atores que formulam, disputam e mediam a implementação da política, com ou sem coalizões de defesa. Quarto, os resultados no nível operacional, incluindo possíveis mudanças no marco legal original.

As respostas à crise foram analisadas a partir de quatro eixos de análise:

a) caracterização dos instrumentos políticos de implementação da resposta à crise neste subsistema com impacto na governança regional federativa;

b) disputa institucional entre os poderes nas diretrizes dos investimentos em saúde, a partir da evolução das emendas parlamentares e das ações de judiciais;

c) mudanças nos marcos legais da regionalização;

d) caracterização dos atores federativos, perfil e seus posicionamentos em relação à regionalização e possíveis coalizões de defesa.

Observou-se que as respostas à atual crise fragilizaram ainda mais a governança regional federativa do SUS (80). É bem provável que este impacto seja desigual no Brasil, como é absolutamente desigual e assimétrica nossa estrutura regional e federativa, em particular no SUS.

Do ponto de vista dos instrumentos de implementação, aponta-se que a agenda federal negociada com demais atores federativos se utilizou de instrumentos financeiros, administrativos e regulatórios que esvaziaram as políticas da governança regional e federativa. Tais instrumentos combinaram-se com uma sequência de mudanças constitucionais que significaram a redução dos investimentos federais totais em ações e serviços em saúde, redução dos investimentos nos incentivos financeiros federais de apoio à regionalização e à consolidação de redes regionais de atenção, e o desmonte de estruturas federais regionais de apoio à regionalização e a consolidação das redes regionais temáticas no território. Respostas decorrentes da atuação de outros atores, notadamente judiciário e parlamento, também impactaram negativamente na redução de investimentos em incentivos à regionalização e às redes regionais temáticas, bem como aprofundaram a iniquidade no acesso aos recursos orçamentários da saúde (80).

Os resultados obtidos revelam que os impactos relacionados aos instrumentos financeiros e administrativos de implementação da resposta à crise na governança regional federativa são ampliados, à medida que outros poderes, sabidamente legislativo e judiciário, implementaram respostas que ampliaram a interferência sobre a destinação dos recursos, e atores federativos constituíram uma coalizão de defesa que sobrevive às restrições de recursos, alterando marcos legais da regionalização. Estas variáveis combinadas aprofundaram a fragilização dos mecanismos de governança regional federativa (80).

A governança regional e federativa do SUS, que poderia ser um ativo importante, inclusive para contrapor-se as respostas à crise ou amenizar o impacto junto a saúde da população, revela interdependência de iniciativas do âmbito federal, embora seja necessário estudos mais aprofundados sobre os impactos nos arranjos regionais federativos no período para melhor mensurar a distribuição de tais impactos e singularidades de cada região (80).

Analisando os resultados a partir dos referenciais teóricos de poder em saúde de Testa (100) e da construção de sujeitos de Campos (101), observamos que a implementação de respostas à crise, liderada em âmbito federal, produziu um deslocamento de poder dos arranjos regionais e federativos para os vários atores políticos institucionais. O processo de implementação contribuiu para a constituição e/ou fortalecimento de novos sujeitos, alguns deles constituindo determinadas coalizões de defesa decisivas (80)

Nas perspectivas aqui mencionadas, Campos (101) e Testa (100), as coalizões se afirmam como novos sujeitos que impactam o SUS e as governanças regional e federativa, representando deslocamentos do poder técnico, político e administrativo (80). Estudos que acompanhem as coalizões caracterizadas e analisem a implementação das novas diretrizes regulatórias da regionalização, fruto do conflito e negociação de resposta à crise, serão importantes para aprofundarmos esta análise, compreendendo melhor o atual contexto da política de saúde e os desafios para a regionalização (80).

Em 2020, foi declarada internacionalmente a pandemia de COVID-19 (53, 102), provocando uma resposta nacional pelo Brasil, considerada aquém do potencial do SUS e da capacidade dos entes federativos (103). Parte considerável da insuficiência dessa resposta resulta de um intenso processo de conflito federativo, com impactos nas relações entre as três esferas da federação e

possíveis impactos nos mecanismos regionais e governança do SUS, a serem mais bem estudados (104, 105).

Autores apontam para esforços, desenvolvidos pelos entes federativos subnacionais, estados e municípios, em construir respostas coordenadas no seu território (106). Tais respostas ampliam investimentos próprios na área da saúde, em vários territórios, e potencializam mecanismos de cooperação, como os consórcios públicos, ou mobilizam arranjos de pactuação interfederativa, como as Comissões Intergestores, com ou sem apoio de Comitês Técnicos de Assessoramento (107-109). Ao mesmo tempo, pela ausência de coordenação e potencialização federal, consideram que tais medidas perdem efetividade e tendem a reforçar a iniquidade entre os entes, ante o cenário de desigualdades socioespaciais e de fragilização do Estado e do próprio SUS, submetido a um subfinanciamento crônico e ao desfinanciamento imposto à política social por meio da Emenda Constitucional nº 95 (110). Estes mesmos autores consideram que a resposta à COVID19 levou a um contexto de mais fragmentação do sistema de saúde, agudizando ainda mais a situação de descoordenação federativa (106).

Outros autores se concentram nas medidas do governo federal que resultaram na fragilização dos instrumentos de coordenação do sistema. Mais do que a ausência de mecanismos de coordenação federativa do SUS no seu nível regional, estes autores apontam uma oposição intencional que parte do governo federal a medidas dos demais entes federativos, durante a resposta à COVID19 (111). A obstrução sistemática às medidas adotadas por governadores e prefeitos no esforço de redução dos riscos de transmissão, com impacto no funcionamento das cidades e de atividades econômicas, é apontada como ação deliberada de conflito por parte do governo federal e do seu chefe de governo (112). O fato de as mediações deste conflito federativo ser feito por iniciativas do Legislativo ou do Judiciário nacionais também é apontado (113).

Durante a discussão conjunta dos achados analisados nos dois casos, que será desenvolvida posteriormente neste estudo, buscou-se avançar na caracterização deste contexto da Resposta Nacional à COVID19 e sua relação com a governança regional do SUS. Isso foi feito, a partir dos mesmos eixos de análises e variáveis desenvolvidos para os dois casos deste estudo, no sentido de estabelecer contrastes entre os achados destas situações para melhor compreender a fragilidade da governança regional do SUS no contexto atual.

Outro aspecto essencial a ser considerado, neste contexto de crise apontada acima, que aprofundou os desafios da fragilidade da governança regional do SUS, está relacionado com um certo protagonismo do Judiciário em um conjunto de processos de implementação das políticas. Este é um tema recorrente no debate do SUS e na garantia do direito à saúde, sendo usado o termo judicialização da saúde por uma série de autores (114) e por manifestações de atores institucionais do SUS, sobretudo por gestores (115). Para a compreensão da judicialização da saúde deve-se observar certa abrangência do texto constitucional brasileiro que fundamentou o SUS e as repercussões quanto da entrega deste direito por parte das políticas públicas (116). Estudos expressam os impactos que este processo tem acarretado, tanto nos constrangimentos fiscais aos orçamentos, quanto nas capacidades de execução nas várias esferas de gestão dos SUS, em especial em relação a municípios e estados. Outro aspecto apontado por estes estudos tem a ver com o desenvolvimento de iniquidades no acesso a medicamentos e serviços por aqueles que têm maior capacidade de mobilizar ferramentas do judiciário e da administração pública para garantir, ou negar, o atendimento a determinada demanda (117).

Para além deste fenômeno da judicialização da saúde, o que se observa, a partir deste contexto da crise referida, é um certo ativismo político do judiciário. Este fenômeno interage com aquilo que autores vêm apontando, no Brasil e em outras democracias pelo mundo, sobre um papel político cada vez mais exercido pelo poder judiciário. Alguns autores consideram o século XXI, como o século do judiciário (118). Particularmente, no caso do Supremo Tribunal Federal (STF), registra-se uma combinação de atores que interagem com a formação da pauta e suas decisões (119), bem como as iniciativas de sua publicidade, reforçam essa interação com o exercício de um poder político. Observa-se uma demanda constituída por atores coletivos da sociedade civil, por ações individuais de parlamentares ou dos governos constituídos, ou a iniciativa individual de Ministros, com maior ou menor visibilidade comunicacional junto à sociedade (120).

Em especial, quanto aos desafios atuais da governança regional interfederativa do SUS, observa-se uma atuação particularmente ativa do judiciário e do STF em todos os processos conflituosos da construção da Resposta Nacional à COVID19, seja em relação as medidas e iniciativas do governo federal, seja na exigência quanto ao cumprimento de demandas da sociedade para o controle da

epidemia, seja em mediações de um conjunto de interesses econômicos, corporativos, ou de categorias de trabalhadores (113). Um marco dessa atuação está relacionado à mediação, feita pelo STF, quanto à interpretação do texto Constitucional, a respeito das responsabilidades e competências de cada ente federado em relação às medidas de controle da pandemia de COVID19 (121).

Acredita-se que atuação política do judiciário deva ser um elemento a ser considerado entre os desafios do processo de fortalecimento da governança regional do SUS no Brasil, sobretudo no contexto atual. Algumas hipóteses para esse exercício precisam ser exploradas para melhor compreensão deste processo e identificação de elementos de superação deste desafio. Primeira, a necessidade, ou não, de melhor regulamentação do texto constitucional na tradução dos direitos estabelecidos e quanto às responsabilidades e competências dos entes federados e os mecanismos de coordenação. Segunda, a incapacidade do poder executivo em entregar à população os direitos garantidos pelo texto constitucional e dos demais marcos legais, cristalizando o fato de o judiciário constituir-se em uma instância onde cidadãos, grupos de interesse e atores institucionais recorrem para a garantia ou mesmo disputa para esta entrega. Terceira, a própria crise de representatividade dos poderes advindos do voto, legislativos e executivo, e da organização político-partidária, parece dar espaço a afirmação de um poder que se apresenta como imune às organizações da política eleitoral e do voto, dialogando inclusive com os valores da meritocracia individual e de carreiras de estado. Quarta, os mecanismos de visibilidade pública, de inserção nos meios de comunicação de massa e nas mídias sociais, e as possibilidades dos atores do judiciário, ou para aqueles que o demandam, de ocuparem o debate público da sociedade ao recorrerem a qualquer um dos instrumentos deste poder da república.

3.1.6. Elementos de uma Agenda para superar estes impasses

Este conjunto de contribuições apontam para os complexos desafios relacionados ao fortalecimento da regionalização do SUS, a construção de mecanismos sólidos de governança regional do SUS e de uma rede de atenção regionalizada. Tal complexidade está amparada nas insuficiências históricas do desenho e do processo de institucionalização dos mecanismos de cooperação e coordenação federativas, em especial, quanto aos mecanismos regionais. Também

está amparada na própria agenda de esvaziamento do Estado e do conjunto de impactos do atual ciclo político-econômico em todo o mundo, considerando-se, inclusive, os impactos nos níveis escalares diversos. Compreende, também, os limites da estrutura federativa brasileira, sobretudo seus mecanismos de coordenação regional dessas políticas. Passa pela brutal desigualdade do grau de desenvolvimento do SUS, em particular, e do desenvolvimento econômico-social regional. E, finalmente, passa pelos desafios políticos atuais, diante de um período de crise econômica, social e política institucional, agravada pela crise sanitária que vive o Brasil.

Diante deste quadro, dialogaremos sobre um conjunto de contribuições. Busca-se trazer elementos para a construção de políticas que superem estas complexidades. Posteriormente, neste estudo, confrontaremos tais elementos com os achados na análise dos dois casos.

O primeiro desafio a ser construído advém da necessidade, cada vez mais presente, da cooperação e coordenação interfederativa a partir da articulação entre vários pontos assistenciais em redes de atenção, como parte do esforço para a integralidade no cuidado à saúde, como já citado por Magalhães Junior (122). As próprias ofertas indutoras para a articulação de redes temáticas de saúde demandam novos arranjos federativos, como também colocam novos desafios para os mecanismos de governança dos próprios serviços de saúde.

Assinale-se que as Redes de Atenção Temáticas Regionalizadas passam a ser portadoras de uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde, facilitando a integração do ponto de vista territorial ou fragmentando ainda mais o sistema na região. Aponta-se aqui, ao menos, dois fatores interligados, propulsores desse desalinho: a desarticulação entre tempos de implementação, recursos e atores envolvidos entre as redes de atenção temáticas (que não funcionam sistemicamente), e a falta de um protagonismo público na condução dessa integração (123).

Neste sentido, a própria condição epidemiológica, com o predomínio de doenças crônicas não transmissíveis e de lesões externas (violência e acidentes de trânsito), como principais fatores de morte, morbidade e necessidade permanente de reabilitação, contribui para a necessidade de mudança do modelo de atenção. Esta transição de incidência e prevalência das condições de saúde agudas para crônicas

não é um processo linear nem homogêneo e apresenta um cenário de superposição de problemas de saúde.

Esse contexto explicita as desigualdades e insuficiências na oferta de serviços e na sua articulação em rede, referentes às necessidades de cuidados continuados e integrados, tanto com as doenças crônicas não transmissíveis, quanto com as de necessidades prolongadas ou permanentes de reabilitação.

A perspectiva para uma agenda de superação destes desafios e seu desenvolvimento apontam para a necessidade de um novo ciclo virtuoso de fortalecimento do SUS (47). Estes autores afirmam a necessidade de que este novo ciclo parta de um projeto global, que ultrapasse a centralidade nos desenhos institucionais e nas diretrizes de funcionamento das redes, mas que aposte em um sentido ético de organização: a centralidade nas necessidades sociais, populacionais e individuais, derivadas da integralidade, dos direitos humanos e sociais, com plena consciência da realidade atual do trabalho, moradia, acesso à educação, cultura, qualificação profissional, proteção, paz e a vida na atual vida urbana com suas amplas interações multiescalares e intersetoriais.

A construção de um projeto global, como o acima, deve reafirmar a necessidade de políticas regionais intersetoriais que configurem um impulso positivo capaz de substanciar políticas públicas com base territorial mais aderente e movida, também, pelo enfrentamento das desigualdades, respeitando e interagindo com as reconfigurações espaciais decorrentes.

Se os ativos do SUS e do setor saúde não bastam para a construção de políticas que enfrentem a desigualdade e as condições de agravo a saúde, considera-se, sobretudo para o contexto brasileiro, que o setor saúde deva colaborar com protagonismo para tais políticas (10).

Neste sentido, Artmann (125) resgata a experiência de uma Política Nacional de Desenvolvimento Econômico e redução das desigualdades regionais, em torno do Complexo de Indústria e Serviços da Saúde e suas relações com as apostas de desenvolvimento econômico, social e regional. Considerado, por esta autora, como uma política de corte keynesiano, um dos instrumentos desta experiência foram as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), desenhado para atender as demandas do SUS, diminuindo sua vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, gerando investimentos, renda e emprego. Para a autora, discutir nosso modelo de desenvolvimento econômico, que tipo de modelo queremos, é

imprescindível para evitar mais retrocessos e enfrentar os problemas de saúde na perspectiva do combate às desigualdades.

Agrega-se a essas questões um desafio estrutural do conjunto do poder público: a necessidade de desenvolver um planejamento regional de natureza ampliada, capaz de reunir agentes estratégicos para o enfrentamento das históricas desigualdades territoriais, que perpassam distintos aspectos da formação brasileira. Esse impasse traz consigo particularidades conjunturais que desafiam as possibilidades de uma reforma profunda no SUS, não orientada para a equidade e para a universalidade.

Para além de um projeto global, considera-se necessário partir do aprofundamento da defesa do Modelo de Atenção, compreendido o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, o modelo de Cuidado aos Usuários com Doenças Crônicas e uma profunda reforma da Assistência Hospitalar. Considera-se que, sem se debruçar sobre esta última, há limitadas possibilidades de transformação do atual modelo de atenção conformado por Pontos de Atenção fragmentados. Neste sentido, recupera-se os apontamentos para a regionalização e redes de atenção, considerados por Viana e Iozzi (47), que mesmo com inciativas que buscavam estimulá-los, as inciativas foram insuficientes para produzir um resultado significativo, além de uma fragmentação e desarticulação do desenvolvimento e implementação das redes temáticas de atenção.

Esses autores, no diálogo com estes dois grandes eixos, o desenvolvimento de um projeto e políticas globais de enfretamento das desigualdades e das condições de saúde, e a necessidade de aprofundamentos para a mudança do modelo de atenção, apontam outras questões para o fortalecimento do par regionalização e redes, como, a necessidade de: a) definição dos padrões de contratualização entre público e público, e entre público e privado, dado o acelerado processo de empresariamento da assistência pelo setor público; b) introdução de um novo paradigma tecnológico, visto que a conectividade, a integração e a regulação pressupõem o uso de um novo arcabouço tecnológico com o uso intensivo de novos dispositivos e plataformas, como telessaúde; c) novos e complexos contornos de regulação, que se definem pela clássica regulação do acesso e pela regulação de profissionais e prestadores (serviços), regulação assistencial ou do cuidado e ainda requer novos.

Um segundo desafio a ser superado se refere a um pacto e a um planejamento comum interfederativo, de superação das carências de recursos de várias ordens: recursos físicos-estruturais das unidades e logística de saúde, recursos financeiros de investimentos e para a manutenção, formação, provimento e fixação de profissionais. Tal desafio é agravado pela existência de vazios assistenciais completos, como já recuperados neste capítulo. O esforço deve transformar a tensão e os potenciais conflitos que advém desta realidade, em respostas cooperadas e coordenadas comuns entre os entes federativos, nos vários contextos territoriais. Que a carência gere união, articulação, cooperação e não disputa, fragmentação, desarticulação e sobreposição de esforços.

Há, nesse desafio, a necessidade de construção e ampliação de apostas de financiamento regionalizado, para viabilizar esta necessidade de estruturação da rede e da capacidade da sua governança. Há um nítido esgotamento das fontes municipais, pouca racionalidade sistêmica e equitativa no gasto estadual, e subfinanciamento no plano federal (126).

Um terceiro desafio a ser superado se relaciona às assimetrias federativas e ao baixo desenvolvimento de relações intergovernamentais entre as instâncias de planejamento, negociação e deliberação – obstáculos postos desde o início da construção do SUS. Cabe observar que apesar das várias instâncias já criadas para essa pactuação, elas ainda não conseguiram superar os vários conflitos enfrentados na busca pelo fortalecimento de um sistema integrado (127).

Estudos demonstram a ausência de protagonismo regional na articulação dos serviços da rede básica municipal e da rede especializada regional, com consequente debilidade da Comissão Intergestores Regionais (CIR). Apontam, também, que o fortalecimento dos estados e respectivas instâncias regionais, associado ao envolvimento com os municípios, por meio de uma combinação de mecanismos, atribuições e obrigações, poderá auxiliar em um arranjo de governança regional do SUS (127).

Nesse sentido, uma cooperação federativa territorial e a promoção de capacidades estatais subnacionais podem construir instrumentos políticos institucionais que assegurem a presença dos interesses territoriais na produção cooperativa de políticas.

As experiências nacionais de consórcios públicos na área da saúde já mostraram alguma vitalidade para a diminuição das desigualdades de acesso e para

a construção de decisões e intervenções mais cooperadas, mas suas condicionantes e formas de operação carecem ainda de estudos mais aprofundados.

Um quarto desafio aponta para a necessidade de articulação de uma base política sólida que, por um lado, recupere uma coalizão política pró SUS e, por outro, fomente a criação de uma agenda que promova a defesa do direito à saúde, de um SUS universal e uma reforma da organização e da gestão do SUS (47) . Vários atores apontam para a necessidade de recuperar o protagonismo dos profissionais de saúde, sobretudo de médicos e suas entidades (47). Há, portanto, uma emergente necessidade da criação de uma agenda convergente, com vistas a uma liderança institucional, a ser exercida pelos dirigentes públicos e atores políticos, mas com maior envolvimento de médicos, de outros profissionais de saúde e cidadãos no processo de criação e operação de regiões e redes.

3.1.7. Governança regional e federativa

Antes de avançarmos, é importante qualificarmos conceitualmente o termo governança, como também posicioná-lo frente à produção e à reflexão no campo de políticas públicas e o contexto atual.

Para Marques (128), analisando situações da América Latina, incluindo o Brasil, há uma associação do conceito de governança a dois vetores distintos de organização de governo. O primeiro relacionado a ampliação da atuação de agentes privados nas atividades do Estado. O segundo, à ampliação da participação da sociedade nos processos decisórios. Para o autor, ainda que apontem para diferentes perspectivas, em ambas há uma crítica a conformação atual do Estado ou das formas tradicionais de gestão e condução das funções e atividades do Estado. Muitas vezes, essas críticas levam a uma característica prescritiva do termo governança: marca de bom governo, eficiente, horizontalizado e participativo. Ao mesmo tempo, tal abordagem também possibilita o questionamento da interação entre Estado, mercado e sociedade nos sistemas dotados de vários graus de institucionalização, como na saúde pública brasileira, assumindo a existência de limites nem sempre claros entre eles e a incorporação de dispositivos informais. Outro aspecto é a valorização da dimensão territorial de governança, ao incorporar visões multiescalares na análise das instituições e dos atores nos processos que envolvem as políticas públicas (129).

Nos estudos sobre políticas de saúde, é possível observar conotações e usos distintos da governança (130). A sua disseminação acompanha os debates sobre as reformas nos sistemas de saúde, buscando a ampliação da atuação de governos regionais e locais, a incorporação de mecanismos de mercado na gestão pública e a maior presença do setor privado no financiamento, na provisão e na regulação de ações e serviços (131).

Para alguns autores, o conceito de governança é mais amplo do que o conceito de governabilidade. Nesta definição, o termo pode englobar dimensões presentes na governabilidade, sobretudo prever as relações com o aparato político-institucional e com organizações da sociedade, mas vai além. Governança, segundo Melo (132): "refere-se ao modus operandi das políticas governamentais – que inclui, dentre outras, questões ligadas ao formato político-institucional do processo decisório, à definição do mix apropriado de financiamento de políticas e ao alcance geral dos programas". Este mesmo autor, salienta Santos (132), que "o conceito (de governança) não se restringe, contudo, aos aspectos gerenciais e administrativos do Estado, tampouco ao funcionamento eficaz do aparelho de Estado". Governança se refere a "padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos e arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e através das fronteiras do sistema econômico", incluindo-se aí "não apenas os mecanismos tradicionais de agregação e articulação de interesses, tais como os partidos políticos e grupos de pressão, como também redes sociais informais, hierarquias e associações de diversos tipos" (132). Nesta definição, demarca-se claramente quanto o conceito de governabilidade tem uma dimensão essencialmente estatal, vinculada ao sistema político-institucional; governança opera num plano mais amplo, englobando a sociedade como um todo.

Cada vez mais o conceito "governança" dialoga com relações do ato de governar do que, necessariamente, com as estruturas de governo, sobretudo nas relações entre governos e organizações da sociedade, ou com outros governos, que podem, ou não, por meio de arranjos altamente estruturados e controlados ou de arranjos menos monitorados e informais. O termo "governança é um termo usado para descrever o modo de coordenação exercido por atores governamentais do Estado e suas interações com atores da sociedade e suas organizações (133). Governança é sobre estabelecer, promover e apoiar relações de tipo especifica entre atores governamentais e não governamentais no processo governo.

Para além de uma definição, aparentemente desprovida de inserção histórica, seria importante pontuarmos que dois fenômenos da atualidade têm produzido novas questões para os dois temas centrais trazidos neste capítulo: os estudos de implementação de políticas públicas e a governança. Os dois fenômenos da atualidade são, como já definido por alguns autores: a globalização e a intensificação da organização em redes por nossa sociedade, a “networkização”.

Sobre a globalização, entende-se que ela limita a capacidade dos governos, em geral, e dos Estados nacionais, em particular, ao alterar polos ou instâncias de decisão e normatização, muitos deles externos aos países ou as regiões onde se situa o governo, embora ainda haja dúvida desta limitação aos governos (134).

Ambos os fenômenos, segundo alguns autores, provocam transformações nas práticas do Estado e nos modos de organização da nossa sociedade, sobretudo com o crescimento de mecanismos, meios de comunicação e de informação, tornando cada vez mais complexas as redes de atores (135). A multiplicação e o envolvimento crescente das mais variadas organizações também acontecem em situações cujas atividades eram anteriormente exclusivas do Estado, multiplicando, também, o número de atores diretamente envolvidos nos processos de implementação e nas relações de governança (136). Alguns atores sinalizam que os processos de implementação passam a ter mais atores, definitivamente levando a um número maior de participantes e consultas durante os processos de implementação nas últimas décadas. Outras modificações apontadas são a adoção de mecanismos financeiros, como incentivos de taxas, mais do que subsídios; a participação de ONGs e de outras entidades privadas na execução; e ênfase na informação pública para a sociedade, mais do que coerção (136).

A intensificação da constituição de uma sociedade em rede, para alguns autores, tem como efeito uma hipótese: a mudança do agir direto do governo para governança. Ela exige cada vez mais ferramentas e atividades de operação por uma rede de atores públicos e privados, no caso de repúblicas federativas, como o Brasil, com três níveis governo. Exigem o desenvolvimento de atividades típicas relacionais e modos de governança em rede, com o reconhecimento, o desenvolvimento de capacidades específicas e a criação e a recriação de conteúdos para estas redes; o manejo de atores e de recursos apropriados, moldados para o contexto operacional da rede, desenvolvendo formas de casar este desenvolvimento com uma

complexidade estratégica e operacional (136). Muitos dos proponentes da "networkization" simplesmente têm como expectativa que os arranjos governamentais mudem de estruturas mais formais, de relações coercitivas de poder e de mecanismos substantivos de regulação em sistemas hierárquicos para instituições mais informais, relações de poder não coercitivas, e, preferencialmente, para instrumentos processuais em sistemas multilaterais (136).

Uma das expressões simbólicas deste contexto é um documento do Banco Mundial apontando para a caracterização e para práticas classificadas como positivas para governança, que dialogam exatamente com estes dois fenômenos: a globalização e a "networkização. A expressão "*governance*" é reafirmada a partir de reflexões conduzidas, principalmente pelo Banco Mundial, "tendo em vista aprofundar o conhecimento das condições que garantem um Estado eficiente" (137). Ainda segundo Diniz, "tal preocupação deslocou o foco da atenção das implicações estritamente econômicas da ação estatal para uma visão mais abrangente, envolvendo as dimensões sociais e políticas da gestão pública". A capacidade de governança não seria avaliada apenas pelos resultados das políticas governamentais, mas também pela forma pela qual o governo exerce o seu poder. Merece atenção especial o fato de a governança ter a ver, ao mesmo tempo, com meios/processos e com resultados.

A outra dimensão essencial na definição de governança, diz respeito aos atores envolvidos em sua realização. Segundo o Banco Mundial, no documento "*Governance and Development*, de 1992" (138), a definição geral de governança é "o exercício da autoridade, controle, administração, e poder de governo". Precisando melhor, "é a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país visando o seu desenvolvimento", implicando ainda sobre "a capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e cumprir funções". Duas questões merecem aqui destaque:

a) A ideia de que uma "boa" governança é um requisito fundamental para um desenvolvimento sustentado, que incorpora ao crescimento econômico equidade social e, também, direitos humanos (132);

b) A questão dos procedimentos e práticas governamentais na consecução de suas metas adquire relevância, incluindo aspectos como o formato institucional do processo decisório, a articulação público-privado na formulação de

políticas ou ainda a abertura maior ou menor para a participação dos setores interessados ou de distintas esferas de poder (138).

É necessário, para Howlett (136), irmos além dos possíveis efeitos da globalização e da transformação da sociedade em redes no estudo dos desenhos de políticas públicas. Aponta a importância de reconhecer a vitalidade do Estado, em meio a múltiplos ambientes de governança, inclusive setoriais, que trazem nuances e matizes para a análise dos estudos de políticas públicas. As decisões e escolhas dos governos não se limitam às restrições advindas com a globalização e da governança de uma sociedade em rede. É necessário estudos mais detalhados, como apontam alguns atores, sobre quais escolhas políticas e de ferramentas e instrumentos políticos são possíveis aos governos (136).

Independente das recomendações produzidas pelo documento do Banco Mundial ou mesmo pelas interações do contexto da globalização e da "networkização" da sociedade, com a coordenação dos arranjos nas relações de governo, a identificação dos modos de governança tem sido um tema importante dos estudos de políticas públicas, compondo, em uma dimensão, o próprio desenho da política pública, e, em outra, um elemento importante dos estudos de implementação, como queremos abaixo.

Considine (139) caracterizou 4 arranjos de governança mais comuns nas sociedades liberais democráticas, constituindo uma matriz de análise a partir de componentes específicos de políticas, formas de interação Estado e sociedade, e objetivos gerais de governança. Esta matriz é baseada em uma experiência empiricamente construída, tendo como elementos: o modo de governança, foco central na atividade de governar, a forma de controle ou regulação pelo Estado, o objetivo geral da governança, o mecanismo de entrega de serviço, ferramenta/procedimento chave para implementação da política.

Tais modos de governança interagem permanentemente com um modelo de abordagem para a escolha de instrumentos políticos, desenvolvido por Howlett (136), que veremos ainda neste capítulo, nos modelos de estudos de implementação. As mudanças nos modos de governança envolvem a alteração nas relações dos atores estatais e não estatais correlacionados, o seu impacto nas disputas de formulação das políticas públicas, e a consequência das escolhas dos instrumentos de implementação da política. Observa-se uma interação permanente

entre os modos de governança, a implementação da política e a escolha dos instrumentos de implementação dessa política.

Di Giovanni (140) argumenta que a elaboração de políticas públicas se fundamenta sobre três princípios normativos: a legitimidade perante o Estado e a sociedade, a governabilidade e a governança. O autor pontua algumas dimensões da governança, que correspondem verdadeiros desafios do processo implementação:

(a) a qualidade da implementação – por exemplo: se possui público-alvo e metas bem definidas;

(b) a participação social na ação governamental e a responsabilização dos gestores;

(c) a qualidade da regulação sobre o monitoramento e a avaliação da ação, as informações públicas referentes à ação, e os custos e as despesas da ação;

(d) as regras legais sobre a ação governamental, seu financiamento pelo orçamento público e a regularidade de seus fluxos financeiros;

(e) a sustentabilidade da intervenção estatal – por exemplo: seu tempo de existência, o nível de qualificação da burocracia/pessoal técnico que a implementa, e os incentivos profissionais e financeiros para que se atinjam os resultados.

(f) No caso específico do Brasil, e para o SUS, em especial, este mesmo autor aponta um desafio associado à governança, com interação permanente com a implementação de políticas, que é a coordenação federativa e a forma pela qual o federalismo se concretiza no Brasil. Ou seja, a existência e o funcionamento dos meios de articulação e cooperação entre as instâncias governamentais envolvidas em determinada política pública.

Esta noção da necessidade de governança nas políticas – de que os modos de governança se constituem como parte do desenho da política, concebendo a governança como um desafio para a implementação e que a todo esse processo se combina interação, negociação e aprendizado entre instrumentos de implementação da política, com atores e espaços multiníveis de negociação e retroalimentação, consolida-se com um conjunto de autores (136). “A implementação passa a estar fortemente imbricada em estruturas de governança (*governance*)”. Governança entendida enquanto regras do jogo e arranjos institucionais que sustentam a cooperação, a coordenação e a negociação (136, 141), indica o desafio

para os gestores para que a implementação, juntamente com a avaliação, seja tida como um instrumento de correção de rota (mudança de direção da política pública) e de *policy learning* (aprendizagem na elaboração de políticas públicas). Dessa sorte, a implementação enseja um processo de aprendizagem e, simultaneamente, encontra-se imersa em uma rede de agentes.

Este estudo busca se dedicar à governança regional e federativa, bem como a seus arranjos, analisando-os a partir da implementação regional de duas políticas nacionais. Ao analisarmos tais arranjos regionais de governança, estamos abrangendo os atores, as estruturas e os processos que conformam o exercício da autoridade e as decisões de políticas públicas no território. Já mencionamos, neste capítulo, o quanto se torna importante identificar a natureza jurídica dos prestadores e suas relações com as estruturas locais de gestão, as coletividades que se constroem a partir do território e das interações com as políticas; e com os efeitos da agenda da globalização e seus marcos legais; as estruturas institucionais que surgiram com a reforma do Estado e do sistema de saúde promovendo a redistribuição de funções entre os entes governamentais e privados no território brasileiro; as redes sociais e os relacionamentos que se constituíram entre os atores políticos e as instituições envolvidas em determinado território.

Para além da governança e de seu uso histórico, há uma questão fundamental que também deve ser pano de fundo para análise deste estudo. Qual reprodução, quanto aos modelos de arranjos regionais, é possível em contextos tão diversos na federação brasileira, sobretudo considerando o território como uma construção cultural, política, econômica, social e geográfica, constituída a partir de uma rede local de atores governamentais e não governamentais, de novas redes sociais específicas, instituições técnicas públicas e privadas, e o compartilhamento de iniciativas de desenvolvimento e projetos de futuro.

Aparentemente, parece interessante nos remetermos para uma discussão ocorrida em outros momentos a respeito dos modelos de governança para as regiões metropolitanas, onde um intenso debate existiu entre modelos pautados em entidades administrativas mais estruturadas e consolidadas de governança versus estruturas mais fragmentadas e adaptáveis, movidas pela, o que se intitulou, escolha pública (142). Remetendo aos dias atuais, com a conformação da sociedade global em redes, este debate ganha força e contornos ainda mais importantes. De um lado, a existência de estruturas regionais mais estáveis que podem, inclusive,

corresponder a ganhos fiscais em escala e a uma estabilidade maior na sua existência e, do outro, a compreensão de uma governança menos pautada em estruturas institucionais rígidas e mais sobre jogos e combinações entre agências públicas diversas e atores não governamentais. Em que medida, tais arranjos promovem algo que nos parece fundamental para a construção da capacidade de uma política pública, ou seja, reforçar a ideia de um compartilhamento do diagnóstico, da formulação, da implementação e da avaliação de uma política. Em que medida a governança deve, cada vez mais, vincular-se à colaboração e participação, ao invés de burocracias rígidas, divididas por rígido controle hierárquico (143). Em quais arranjos a postura comunicativa pode fluir mais livremente, entre redes de agentes diversos, de maneira a se associar e a se motivar para resolver problemas comuns, rompendo com as barreiras de procedimentos padronizados (135).

Compreendemos que o estudo dessas experiências pode estimular a necessidade de um aprendizado contínuo dos arranjos de governança de uma determinada organização (142), como estratégia fundamental para ganhos na capacidade de governo. É provável que a construção das capacidades de governo para a implementação de políticas de saúde em âmbito regional difira de um contexto empírico para outro, por meio da troca, da interação, mediante às relações entre atores se tornem uma visão mais ou menos ampliada do problema de saúde a ser enfrentado, e a quais agendas devem ser priorizadas. Compreendemos que o estudo desta experiência pode contribuir para a necessidade de expor aos modelos de governança regional em saúde que também exercitem um aprendizado contínuo dos seus arranjos durante a implementação de políticas regionais de saúde, considerando-se a necessidade permanente de concertação no âmbito federativo, com atores governamentais e não governamentais, bem como uma visão ampliada do problema de Saúde a ser enfrentado, com a necessária articulação intersetorial sem a qual se reduz a capacidade de impactar nos problemas priorizados.

Tudo isso enriquece uma das problematizações que vem sendo feita por Campos em relação aos desafios inconclusos para a construção do SUS Brasil (144). Particularmente sobre a necessidade de repensarmos e experimentarmos arranjos institucionais que integrem aquilo que historicamente foi fracionado: fracionamento da continuidade de experiências em função dos tempos de governo; fracionamento dos territórios em função das divisões administrativas ou federativas;

fracionamento das políticas em função da indução, principalmente federal, de programas em saúde. Esta reflexão conduzida por Campos enuncia algmas questões. Em que medida o caminho passa pelo território e a região de saúde se consolida como o lócus da integralidade, e não uma divisão geográfica ou administrativa (145); um comando único regional com cogestão feita pelos Municípios, Estados e União ?. Em que medida passa por uma nova organização administrativa, como já proposto, uma autarquia interfederativa? Em que medida passa pela pactuação e cogestão de redes temáticas a serem implementadas ou sustentadas?

O método Paidéia, como método para análise e cogestão de coletivos, mostrou-nos o quanto apostar e estimular a capacidade dos trabalhadores de saúde, usuários e gestores no exercício de um conceito de clínica ampliada pode gerar ganhos qualitativos e culturais no dia a dia do cuidado em saúde e na reorganização de organizações estruturadas, como hospitais (146). Que arranjos regionais e interfederativos podem contribuir para a ampliação do nosso objeto na gestão desta rede de saúde regional?

Este estudo se concentra na governança regional federativa, como o seu objeto. Procuramos estudá-lo tendo, como pano de fundo, a implementação regional de políticas nacionais do SUS, com um olhar específico sobre os arranjos regionais federativos. Compreendendo aqui o regional como o conjunto de atores, políticas-sociais, instituições, marcos regulatórios, recursos inscritos ou que experienciam determinado território. Compreendendo o federativo como atores que representam as esferas de governo da federação trina brasileira. Acreditamos que tal estudo contribuirá para compreendermos melhor a regionalização do SUS, seus impasses e desafios futuros, em especial a sua governança regional.

3.2. Saúde Coletiva e Estudos de Implementação em Políticas Públicas: modelos teóricos, análises e olhares a experimentar em estudos de implementação em saúde.

3.2.1. Caracterizando o campo de reflexão sobre políticas públicas

Cresce, cada vez mais, o interesse no estudo de políticas públicas, constituindo-se num campo específico de reflexão. Iniciamos aqui um esforço de interação com este campo, como uma contribuição adicional para a produção reflexiva no campo da saúde coletiva, em especial, na área de concentração de planejamento e políticas de saúde. Interessa-nos, neste capítulo, conhecer e apresentar este campo de reflexão e sua produção, abrindo a possibilidade de uso de sua análise metodológica para exercitarmos a avaliação da implementação de políticas públicas em saúde e, ao mesmo tempo, ao interagir criticamente, contribuir para o estudo sobre o nosso objeto de pesquisa e a discussão metodológica e teórica no campo da saúde coletiva.

Introduziremos aqui uma revisão sobre a produção metodológica neste campo, permitindo-nos adentrá-lo. Posteriormente, neste mesmo capítulo, apontaremos nosso referencial teórico para a análise do campo da saúde coletiva, em especial, na área de políticas de saúde, buscando com tal interação produzir maior diálogo e olhares metodológicos, com perspectivas de convite à interação e à inovação metodológica.

Para Thomas Dye, a definição do que é política pública é relativamente simples e direta: política pública é aquilo que o governo, compreendido como agente público, decide fazer ou não fazer (147). Esta definição afirma a compreensão de que as políticas públicas são escolhas conscientes e não acidentes ou ocorrências acidentais. Nesta perspectiva, como apontada pelo autor, as políticas públicas são fruto e resultam, necessariamente, de decisões governamentais e não-decisões de atores privados, como empresa ou sociedade civil. O autor compreende, neste caso, como decisões negativas, as que não alteram o *status-quo*, que, na sua visão, seriam mais comuns do que aquelas que ele denomina como decisões positivas, que de fato alteram alguma circunstância ou contexto (147).

Uma definição de políticas públicas é apresentada por Guareschi (148), em que noção do público dos seus espaços, como arena de garantia de direitos, é valorizada:

> [...] o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. Expressa a transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público.

Seguindo esta definição, ressaltamos que esta decisão, ou decisões, está de alguma forma balizada por um contexto histórico-legal de definição e afirmação de direitos, e de configuração do espaço público na sociedade.

Na concepção de Boneti (149) políticas públicas seriam fruto de uma determinada correlação de forças:

> Entende-se por políticas públicas o resultado da dinâmica do jogo de forças que se estabelece no âmbito das relações de poder, relações essas constituídas pelos grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil. Tais relações determinam um conjunto de ações atribuídas à instituição estatal, que provocam o direcionamento (e/ou o redirecionamento) dos rumos de ações de intervenção administrativa do Estado na realidade social e/ou de investimentos.

De certa forma, este autor explicita o quanto, das decisões de construção e políticas públicas têm, no Estado, um agente que repassa à sociedade civil as decisões construídas no âmbito da correlação de forças travadas entre os agentes do poder. Explicitamos que – compreendendo a sociedade contemporânea e esta correlação de forças sob a perspectiva de Gramsci (150), que compreende o papel do Estado e de uma sociedade civil na construção de consensos e hegemonias –, tais agentes de poder são estatais, sejam eles representantes do poder político, sob mandato pelo voto popular ou quadros permanentes da burocracia estatal, como também são agentes não estatais, presentes e atuando, ou não, nos espaços de institucionalidade.

Para Laswell (151), as políticas públicas são decisões de governo composta por dois elementos inter-relacionados em níveis diferentes de formulação abstrata, não operacional: Metas da Política e Meios da Política. Segundo Howlett (136), para além destes dois elementos – denominando-os componentes da política

–, há outros elementos que compõem o desenho da política pública. Seriam os níveis, modo de governança e regime, entendendo este último como um conjunto de diretrizes e normatizações que regem as políticas públicas. Este autor, no seu modelo de multiníveis aninhados – *nested multilevel model* – apresenta a formulação de multiníveis da política em que há um meta-nível, que seria abstrato e estratégico, onde objetivos, metas e processos gerais de implementação são decididos; um *meso* nível, no qual as ferramentas de implementação da política, a lógica, as diretrizes, o regime, as normatizações, os objetos, os alvos e os modos de governança são decididos; e um micro nível, no qual metas, programas e processos e procedimentos gerais são decididos.

O estudo e as reflexões sobre estas decisões de governos têm se constituído em um extenso campo de produção, de alguma forma contribuindo para os próprios aspectos que apontamos acima: processos decisórios de governos; afirmação ou renovação de direitos e correlação de forças na sociedade, e sobre o Estado. Souza (152, 153) mapeou, a partir de diversos autores, o que considera os principais modelos de formulação e análise de políticas públicas desenvolvidos.

> • O tipo da política pública: cada tipo de política pública encontrará diferentes formas de apoio e de rejeição e disputas em torno de sua decisão passam por arenas diferenciadas;
> • Incrementalismo: os recursos governamentais para uma dada política pública não partem do zero e sim, de decisões marginais e incrementais, não provocando grandes mudanças
> • O ciclo da política pública: é um ciclo deliberativo, formado por vários estágios, que constitui um processo dinâmico e de aprendizado. São eles: definição da agenda; formulação da política; processo decisório; implementação; avaliação;
> • O modelo *garbage can*: as organizações constroem as preferências para a solução dos problemas (ação) e não as preferências constroem a ação. A compreensão do problema e das soluções é limitada e as organizações operam em um sistema de tentativa e erro;
> • Coalizão de Defesa: a política pública deve ser concebida como um conjunto de subsistemas relativamente estáveis, que se articula com os acontecimentos externos, os quais dão os parâmetros para os constrangimentos e os recursos de cada política pública;
> • Arenas Sociais: vê a política pública como uma iniciativa dos chamados empreendedores políticos ou de políticas públicas. Isto porque, para que uma determinada circunstância ou evento se transforme em um problema, é preciso que as pessoas se convençam de que algo precisa ser feito;
> • Modelo de equilíbrio interrompido: se caracteriza por longos períodos de estabilidade, interrompidos por períodos de instabilidade que geram mudanças nas políticas anteriores;

> • Modelos influenciados pelo 'novo gerencialismo público' e pelo ajuste fiscal: modelo este em que a eficiência passou a ser vista como o principal objetivo de qualquer política pública, aliada à importância do fator credibilidade e à delegação das políticas públicas para instituições com 'independência' política.

Ainda para Souza (152), os elementos principais de um modelo de políticas públicas são aqueles que:

> • propiciam identificarmos a distinção entre o que o governo decidiu fazer e o que de fato faz;
> • Incluem os vários níveis de decisão e os atores que interagem com cada um deles, sejam agentes do governo, agentes públicos que ocupam espaço na institucionalidade do Estado ou atores e/ou organizações privados e sociais;
> • Não se limita a leis, normas, planos e regras da política pública;
> • É uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados;
> • Embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo; e
> • Envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, envolve também implementação, execução e avaliação.

Como já reproduzido aqui, compreendido que a decisão de governo, além de consciente, não está descolada de um determinado arcabouço legal de direitos e de uma correlação de forças na sociedade, mesmo quando o rompe ou a supera, entendemos que este processo decisão nos parece um elemento muito importante de reflexão, seja qual for o modelo de estudo de uma determinada política pública.

Há um conjunto de temas, demandas, desejos e necessidades apresentados ou sustentados por atores dos mais variados na sociedade, mas nem todos se transformam em política pública. Os próprios agentes de governo, sejam aqueles que disputam e se legitimam pelo poder político advindo do voto popular ou da burocracia do Estado, interagem com a sociedade, alimentando ou não estes vários temas, nem todos se transformando em políticas públicas.

Permanentemente um ou mais atores da sociedade identificam uma necessidade ou um problema, ou sentem que as ações do governo afetam negativamente algum segmento da sociedade, desencadeando um processo político que pode resultar na decisão de construção e implementação de uma determinada política pública. Esses atores procuram mobilizar apoio para convencer os decisores políticos a agir no sentido de alterar ou manter o *status-quo* a seu favor.

A fase de decisão política é de grande importância por duas principais razões: determina quem influencia ou controla o processo de decisão política; e, determina como as partes interessadas influenciam na agenda política (152). Este processo preliminar de instituir ou alterar a política é normalmente designado por "política de definição de agenda" (154), com o desenvolvimento de metodologias específicas para o seu estudo e reflexão (155).

Para além da definição da agenda, os estudos sobre o campo das políticas públicas foram delimitando um conceito de ciclo de política pública, com um conjunto de etapas ou fases da política (155-156). Transcrevemos abaixo, exatamente como as descreve Azeredo (152):

> • Construção de agenda: pode ser definida como o espaço de constituição da lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção de governos e cidadãos, convertidas em demandas que policy makers escolhem ou são compelidos a escolher;
> • Formulação: compreende a fase de elaboração de alternativas e escolha de uma delas, uma vez que um problema tenha sido identificado e tenha expressão suficiente para provocar uma resposta dos agentes governamentais;
> • Implementação: etapa em que as intenções, construídas na fase de formulação da política, se convertem em ações ou a fase em que se implantam intenções para se obter impactos e consequências;
> • Avaliação: parte do entendimento de que uma política é composta de ações que ocorrem entre uma situação atual e uma nova, provocando mudanças. Seus objetivos podem estar ligados ao incremento no conhecimento, levantamento de informações causais e lógicas sobre eficácia de métodos e sobre a operação da política e seus impactos, entre outros.

Alguns autores apresentam uma variação na estratificação destas etapas, por exemplo, para Brynard (154) o processo político é composto pelas seguintes fases: identificação do problema; articulação do problema; definição de agenda; formulação de políticas; legitimação política; concepção e desenvolvimento; execução do programa; reavaliação do programa, e mudança de política. Para Viana (156), esse processo é composto pelas seguintes fases: construção da agenda; especificação de alternativas (formulação); escolha de uma alternativa (adoção); implementação; avaliação e reajuste.

Inicialmente, algumas abordagens percebiam este processo e o ciclo de política pública como lineares, com uma clara divisão entre a formulação e a execução das políticas. Como sintetiza Azeredo (152), para essas abordagens a

formulação era submetida a disputas políticas, julgando-se o conjunto de valores sobre o qual deveria ser as decisões de governo. Já a implementação era percebida como ação gerencial ou administrativa (158), reforçando o conceito weberiano clássico de separação entre o agente político e a burocracia (159).

De forma semelhante, Azeredo (152) discutindo sobre o que aponta Viana, (156) os modelos interpretavam as fases de formulação e implementação de política públicas como traduções das atividades de decidir e executar. Para este autor, esta reflexão caracteriza que tais modelos exercitavam a análise política apenas na fase da formulação, relegando a implementação apenas ao arsenal teórico da teoria da administração. Para o autor, tais modelos também pressupõem uma dicotomia permanente entre decidir e executar, separando as ações políticas de decisão daquelas propriamente administrativas nas atividades do setor público (152). Atualmente, tal divisão está não só superada nos modelos que orientam a reflexão sobre políticas públicas, como também concordamos com as abordagens que não enxergam as denominadas etapas do ciclo da política pública como etapas estanques, pelo contrário, são dinâmicas, interagindo, muitas vezes, mesmo para esforço analítico, não sendo possível, no nosso ponto de vista nem aceitável as distinguir (160).

Também não consideram que mesmo no processo decisório inicial, a escolha de metas, meios e instrumentos de determinada política aconteçam em um ambiente de constrição, em um determinado contexto e modo de governança, envolvendo instituições e práticas, tudo configurando um determinado ambiente de implementação. O que se observa é que, mesmo nos momentos decisórios sobre a elaboração de determinada política, em geral, predomina um ambiente de contingência, inclusive nos momentos de decisão sobre a política. Levando em consideração alguns autores, observa-se inclusive um reforço a este olhar crítico, apontando o quanto uma determinada política não se desenha como se desenha uma casa ou uma peça de móvel, mas fruto de intensa negociação e interação entre atores e contingências (161). Outros autores apontam um certo descolamento do momento de elaboração abstrata/estratégica do próprio processo de decisão de uma determinada política (162), portanto, sendo este momento a própria política.

Esta abordagem acompanha também a produção cada vez maior de reflexão e debate metodológico no campo das políticas públicas, emergindo não apenas das dúvidas e reflexões produzidas com tais estudos, mas também da

crescente preocupação a respeito da efetividade das políticas públicas e da governança, sobretudo a partir do final dos anos 1970 e 1980 (152). Cresce a produção acadêmica que tem as políticas públicas como objeto de estudos, particularmente em três áreas, denominadas por Barrett (160) em: análise de políticas públicas (*policy analysis*), estudos avaliativos e estudos organizacionais.

Para Frey (163), três eixos são apontados como de dedicação especial na investigação neste campo das políticas públicas. Um eixo jurídico institucional que se dedica exatamente a ordem jurídica do sistema político e de suas estruturas institucionais denominado de "*polity*". Outro eixo, busca se dedicar aos processos de como acontecem os conflitos, como se expressam e se articulam os interesses, como se impõem e se distribuem os objetivos, denominado de "*politics*". E um terceiro eixo, que dialoga com a dimensão material das entregas, os conteúdos concretos dos programas, seus alcances e problemas técnicos, denominando de "*policy*".

Uma outra questão reside naquilo que é defendido desde Lasswell (151), de que os estudos sobre políticas públicas devem ser particularmente multidisciplinares. Autores, como Howlett e Ramesh (164), afirmam, inclusive, que os estudos e seus pesquisadores deveriam debruçar-se sobre os dois campos: o das políticas públicas e o de uma política pública específica estudada, como em nosso caso, a saúde coletiva na área de concentração das políticas e planejamento em saúde.

Por um período, o predomínio dos estudos focava nos processos políticos de tomada de decisão. Em parte, pela inspiração prévia das Ciências Sociais, focadas nos estudos da sociedade, da dinâmica social, das classes sociais, e da clínica política, focada nos partidos políticos, programas de governo, opinião pública, projetos de sociedade e movimentos políticos; portanto, nas políticas. Mas também sobre a visão que é tomada, a compreensão dos fenômenos em torno dessa decisão, a sequência da execução, sua transmissão aos órgãos administrativos, a transformação em planos operativos, que não eram objetos significativos de interesse. Como afirma Kingdom (155), na visão clássica do ciclo de políticas públicas e suas fases, a fase da implementação se caracteriza como um momento da operacionalização de decisões definidas em etapas anteriores (155). Acompanhamos, entretanto, diversos autores que chamaram a atenção para a limitação em se caracterizar a implementação apenas como uma tradução

executiva, administrativa e quase gerencial de decisões políticas formuladas e adotadas em etapas anteriores (160, 164, 165, 166, 167).

3.2.2 Os estudos de implementação de políticas públicas

O que se observa é que nem sempre planos e políticas, mesmo após a decisão tomada, atingem um desempenho condizente com a decisão de governo e suas expectativas. E nem sempre eram observados fatores extras ao contexto da construção da política ou do cenário execução que pudessem justificar eventual insuficiência no alcance das metas. Também neste contexto cresceu uma outra pergunta, não apenas “o como” ocorreu a construção e decisão de uma determinada política, nem seus “efeitos” identificados nos estudos de avaliação, mas “o porquê” do desempenho não atingido (160). Esta preocupação com novas questões acadêmicas e o crescimento do questionamento sobre os investimentos e a eficiência estatal, criaram um novo ambiente de produção para os estudos de implementação (160).

Também há um interesse crescente de compreender melhor os processos, não apenas os efeitos, durante uma intervenção em estudos no campo da avaliação de programas. Em certa medida, tais esforços visam essencialmente superar as limitações impostas por modelos de avaliação baseados no paradigma da “caixa preta”, em que a intervenção é tratada como uma variável dicotômica (ausência ou presença de intervenção), como uma entidade relativamente homogênea, com fronteiras bem definidas, independentemente do seu contexto; ou seja, a variação dos efeitos não se recupera os processos que o permitiram se manifestarem (166).

Procuraremos agora nos concentrar na compreensão e no diálogo com os chamados estudos de implementação, compreendendo o conjunto de reflexões e modelos teóricos dedicados a compreender esta fase do ciclo de políticas públicas, segmentando-o em formulação, implementação e avaliação (163). Mais uma vez, gostaríamos de reafirmar que nos inserimos em uma perspectiva que supera qualquer lógica sequencial deste ciclo, compreendendo tais fases como não-estanques, como já referido nas observações sobre interação entre implementação-governança-desenho da política. Talvez esta seja a grande valia da segmentação por fases do ciclo da política pública. De forma simplificada, é uma ferramenta de

recorte do objeto de análise. A separação em etapas é frequentemente utilizada como referência nas análises.

Mazmanian e Sabatier (168) definem implementação como: “a condução de decisões políticas básicas, usualmente incorporadas num estatuto legal, mas que também podem assumir a forma de importantes decisões executivas ou decisões judiciais”.

Primeiramente, a implementação é, em si mesma, um processo de diversos estágios, que visa concretizar decisões básicas expressas, a seu turno, por um conjunto de instrumentos legais. Idealmente, essas decisões – que correspondem à formulação da política pública – identificam os problemas a serem resolvidos, os objetivos a serem alcançados e o arranjo institucional de execução. A implementação, portanto, compreende o conjunto dos eventos e das atividades que acontecem após a definição das diretrizes de uma política pública, que incluem tanto o esforço para administrá-la como os seus impactos substantivos sobre pessoas e eventos. Saravia (169) distingue a implementação da execução, que define como “o conjunto das ações destinado a atingir os objetivos estabelecidos pela política”. A execução contém o estudo dos obstáculos que poderão inviabilizar a consecução dos resultados, sobretudo a análise da burocracia. Em outras palavras, trata-se das decisões e das ações para fazer uma política sair do papel – expressando apenas intenções – e tornar-se intervenção na realidade. Sem implementação, não haveria política pública.

Najan (170) define a implementação como um estado que alcançou os objetivos da política e o verbo implementar como um processo em que tudo acontece na tentativa de alcançar o propósito da política. Consideramos, nestes termos, a implementação, sim, como um processo de significado próprio, que não está restrito apenas à tradução de uma dada política em ação, mas que pode transformar a política em si. A implementação pode ser considerada como um processo de interação entre a determinação de objetivos e as ações empreendidas para atingi-los. Consiste no planejamento e na organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos necessários para realizar uma política (171).

Portanto, o processo de implementação vai além da simples execução das decisões iniciais. Mesmo já tendo havido um processo decisório durante a formulação da política pública, sua implementação não somente enseja execução,

como também requer novas decisões, envolvendo negociação, escolha e aprendizado. Isso resulta do fato de serem selecionadas na formulação alternativas que definem apenas os dispositivos gerais e iniciais e os arranjos preliminares para que algo venha a ser executado posteriormente. Muitas outras questões exigirão decisões subsequentes ao longo da implementação de qualquer política pública.

Para Viana (157), a implementação é um processo decisório de execução da política. Esta autora destaca como variáveis importantes: comunicação interinstitucional e execução de atividades, que envolvem auxílios técnicos e de informação, e aquelas que são controladas pelo remunerativo, coercitivo ou normativo; características das agências, sobre o tamanho e competência da equipe, hierarquia e controle, autonomia, vitalidade, degraus de abertura de comunicação e encadeamentos; e condições políticas, econômicas e sociais, sobre recursos econômicos disponíveis, reflexo das condições econômicas e sociais, opinião pública, posição das elites, partidos de oposição e grupos e organizações privadas.

Entre os autores que passam a concentrar-se nas relações entre a formulação e a decisão de uma política pública, e sua implementação, destacamos incialmente Pressman e Wildasky (173), exatamente sobre a análise de como propostas muitas vezes são frustradas por sua inaplicabilidade. Esses autores chamam a atenção para potenciais dificuldades da implementação, que deveriam ser consideradas desde a formulação inicial da política. Esses autores, Pressman e Wildavsky (173), apresentam o significado do verbo implementar: levar algo a cabo, realizar, cumprir, executar. Desde o princípio, os autores esclarecem que “O verbo implementar precisa ter como objeto uma política pública”. Com isso, marcam os termos de um debate que dura até hoje: o da interdependência entre a formulação e a implementação.

Para estes autores, já neste momento da formulação dever-se-ia avaliar a quantidade, a extensão e a imprevisibilidade das sequências de novas decisões necessárias, denominados pontos de clerance, e considerar os meios mais diretos de se alcançar os fins desejados.

Segundo Azeredo (152) há uma primeira geração de estudos que busca sistematizar os fatores que influenciam a implementação de políticas públicas (164). Uma série destes estudos considera que o desempenho da política é dependente das características das agências implementadoras (tamanho e competência da equipe, graus de hierarquia e sistemas de controle, graus de autonomia e recursos),

das condições políticas, econômicas e sociais (dependentes dos recursos disponíveis, da opinião pública).

Há nestes primeiros estudos uma tendência em compreender que: a) a decisão pela política é a expressão da autoridade pública, o que fosse decidido – e formalizado em diplomas legais – seria automática e necessariamente realizado; b) a implementação consiste exclusivamente na execução de decisões previamente tomadas; c) a implementação corresponde a procedimentos de natureza técnica e despolitizada; d) sendo a implementação conduzida por burocratas, configura-se apenas o cumprimento de comandos superiores.

Para Champagne et al. (174) duas situações reforçam um estudo de avaliação de implantação de políticas ou intervenção, incorporando-os aos projetos de avaliação de programa: (a) efeitos de uma nova intervenção são poucos robustos, muito sensíveis a variados contextos; (b) quando uma nova intervenção é implantada, esta análise permite identificar a dinâmica de implantação e identificar os fatores explicativos críticos .

A partir destes primeiros estudos, uma larga produção e estudos de implementação se desenvolveu na literatura internacional, no campo das políticas públicas. Para Cline (175), a partir da compreensão que se tem do "problema de implementação", molda-se a análise dos estudos, com duas definições predominantes. A primeira estabelece que a natureza do problema é administrativo-organizacional e sua resolução depende da especificação de objetivos e do controle dos subordinados. A segunda, que o problema da implementação decorre do conflito de interesses. A preocupação é com a obtenção de cooperação dos participantes do processo. Com este entendimento, a solução para os problemas da implementação é construir instituições ou organizá-las alinhadas com os objetivos da política.

Outra divisão, que veio a se tornar predominante entre os estudos, por um bom tempo, depende da visão sobre a centralidade do processo de implementação: se está vinculado ao processo decisório e aos atores que dela participam ativamente, denominado modelos *top down*; ou se está centrado nos contextos de ação nos quais a política será implementada, tendo como variáveis as condições dos espaços locais, as burocracias implementadoras e a rede de atores que irão operar, logo implementar determinada política, modelos *bottom-up* (176). Atualmente há uma produção importante a partir da construção de modelos híbridos em uma perspectiva interativa, valorizando ambos anteriores.

3.2.3. Modelos *top down*, apreendendo criticamente e compartilhando necessidades de superação

São modelos cujo foco se direciona para o processo e os atores que se envolvem diretamente na sua formulação e, a partir disso, enxerga seus processos, recursos e estruturas de implementação. A análise é centrada nas normas que estruturam a política pública. Reconhece as possibilidades e busca identificar insuficiências e lacunas na formulação. A responsabilidade pela existência de lacunas ou insuficiências que irão comprometer a implementação é creditada ao espaço de formulação e seus atores, tendo uma característica bastante prescritiva, no sentido de sugerir correções.

Segundo Sabatier (177), um dos principais autores desta perspectiva, as características essenciais da abordagem deste modelo é que se inicia com uma decisão política das autoridades governamentais (geralmente do governo central) e a partir daí pergunta-se:

a) Em que medida as ações dos agentes públicos de implementação e grupos-alvo são consistentes com procedimentos descritos nessa decisão política?

b) Até que ponto os objetivos foram alcançados ao longo do tempo, ou seja, em que medida os impactos foram consistentes com os objetivos?

c) Quais foram os principais fatores que afetaram os resultados e as políticas, tanto os relevantes para a política oficial quanto para outros politicamente significativos?

d) Como a política foi reformulada ao longo do tempo?

Denominaremos o conjunto de variações desenvolvidas baseados nesta perspectiva de *top-down*, como modelos-raiz *top-down*, centrados no ponto de formulação/formuladores, nas estruturas e recursos de implementação, e em uma métrica de sucesso baseada no plano inicial. Tais variações tentam agregar poder analítico ao modelo e, também, de certa forma, interagir com as críticas recebidas a partir de outras perspectivas, sobretudo as centradas nos implementadores *bottom-ups*.

Um primeiro exemplo é o modelo desenvolvido por Van Meter e Van Horn (178). Eles procuram ampliar a produção teórica para análise e explicação dos modelos e dos insucessos da implementação de uma determinada política, sempre

se ocupando sobre o que denominam causas da não-implementação. Neste esforço sugerem, seis clusters de variáveis:

a) relevância das normas e objetivos políticos;

b) recursos da política;

c) comunicação intraorganizacional e aplicação das atividades;

d) características da instituição implementadora;

e) ambiente econômico-social-político da instituição implementadora;

f) disposição dos implementadores, métodos dos níveis para a realização de decisões políticas.

A partir desta produção teórica, os autores criaram uma matriz balizadora para as possibilidades de sucesso ou não da implementação. Também propuseram adicionar ao modelo *top-down* duas variáveis não consideradas por seus predecessores, capazes de antever decisivamente a implementação de uma política pública:

a) a extensão da mudança pretendida com uma política pública;

b) o grau de consenso em torno dos seus objetivos. Neste sentido, quanto menor a extensão da mudança e maior o consenso, maior a possibilidade de sucesso.

Alguns autores, como Howlett e Ramesh (164, 179, 180), para ganhar capacidade analítica e dialogar com as críticas aos modelos *top-down*, construíram variáveis independentes para o estudo da implementação de políticas públicas no escopo dessa perspectiva. Pode-se sistematizar a contribuição desses autores em quatro tipos de variáveis que influenciam o êxito do processo de implementação.

a) Primeiro grupo: o problema alvo, a existência de tecnologia de intervenção disponível e acessível, de uma teoria causal válida e o tamanho da população-alvo.
b) Segundo grupo: as normativas, a estrutura da implementação, a compreensão dos implementadores sobre a política e o que dela se espera, e a disponibilidade de recursos financeiros, principalmente.
c) Terceiro grupo, de variáveis contextuais: o apoio do público, o contexto econômico e político, as mudanças de governo e ao apoio das elites.
d) Quarto grupo: o aparato administrativo, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e da estrutura organizacional

Sabatier e Mazmanain (177), possivelmente, tenham os produtos mais marcantes destes modelos-raiz *top-down*. Considero que algumas observações críticas que desenvolveram para o processo implementação da política pública têm um grande valor, inclusive para compreendermos suas perspectivas: a compreensão de que a formação de políticas é um processo interativo de formulação, implementação e reformulação; o foco na realização dos objetivos da política declarada, sempre a partir de uma teoria causal que faça sentido; e uma visão da implementação vista em três diferentes olhares: o olhar dos atores e instituições formuladoras, dos atores e as estruturas de execução, e o olhar do público-alvo em especial, mas também do mundo político e da sociedade em geral.

Inicialmente apresentam três grupos de variáveis: a tratabilidade dos problemas; capacidade de decisão política de acordo com a estrutura e um dinamismo próprio de implementação.

Com o tempo, Sabatier e Mazmanian (177) passaram a se concentrar em três categorias de variáveis:

> (a) a 'tratabilidade' do problema a ser solucionado;
> (b) a capacidade dos dispositivos legais de estruturar favoravelmente o processo da implementação;
> (c) os efeitos do contexto sobre o apoio aos objetivos da *policy*.
> Os próprios autores denotam a 'tratabilidade' um papel preponderante na possibilidade de implementação de uma determinada política. Esta diz respeito ao grau de facilidade (ou dificuldade) para se lidar com um problema. Aqui entram um conjunto de questões que podem interferir nesta 'tratabilidade', como:
> a) a diversidade e complexidade das mudanças de comportamento dos indivíduos ou do serviço público a ser prestado;
> e) o tamanho do público-alvo;
> f) a extensão da mudança comportamental necessária e seus obstáculos.

Sabatier e Mazmanian (177) sustentam que os problemas são mais "tratáveis" se:

> a) existe uma teoria válida conectando a mudança à solução do problema;
> b) existe tecnologia necessária;
> c) a variação no comportamento que causa o problema é mínima;
> d) o público-alvo é restrito, facilmente identificável, sob a mesma jurisdição política;
> e) a mudança de comportamento necessária é reduzida, sem alterações radicais nas práticas existentes.

Além da tratabilidade, esses autores dão especial atenção para a capacidade dos dispositivos legais da política pública de articular favoravelmente o processo de sua implementação, para o apoio político conquistado na sociedade e nas instituições do poder político instituído, e para o contexto. Destes três aspectos se incluem e decorrem, de alguma forma, da definição dos objetivos da política pública; da seleção das instituições implementadoras; da previsão de recursos financeiros; do direcionamento das orientações políticas dos agentes públicos, tanto aqueles advindos do poder do voto popular, quanto a burocracia implementadora; dos mecanismos e canais de participação da sociedade.

Os autores apostam fortemente na clareza quanto competência, responsabilidades e regras do arranjo político-institucional que regerão o processo de implementação. Quando isto não ocorre, para esta perspectiva, estariam aí os motivos de insucesso da implementação da política ou mesmo a sua não-aplicação, permanecendo como um conjunto de intenções, diretrizes e até mesmo arranjos e estruturas sem qualquer implementação real da política ou mesmo como uma formalidade, uma norma jurídica que não é aplicada no mundo real.

Estes autores não menosprezam o papel do contexto sócio, econômico, e, acima de tudo, político, com a necessidade de sua obtenção ao longo de toda uma implementação, sobretudo nos seguintes momentos:

a) para superar os obstáculos à busca de cooperação entre muitos indivíduos, em especial os agentes públicos implementadores ao nível da entrega dos bens, direitos, serviços;

b) para neutralizar adversidades a respeito de interesses contrariados com a implementação da política;

c) o efeito de mudanças das condições tecnológicas e socioeconômicas sobre o apoio do público em geral, dos grupos de interesse e dos poderes públicos (Executivo e Legislativo), aos objetivos da política.

A nosso ver, o conjunto das variáveis apontadas pelos modelos raiz *top-down* buscam, de alguma forma, analisar os processos decisórios, as estruturas, os recursos, as regras da implementação e os fatores adversos possíveis. Quanto aos fatores adversos possíveis, os modelos sempre buscam identificá-los no sentido de neutralizá-los, preveni-los, controlá-los, não negando a perspectiva de conflito e de negociação permanente no processo de implementação, mas sempre buscando os

caminhos para evitá-los. Também credita aos implementadores, no nível de entrega de serviços, bens e direitos, um papel reduzido ou controlável, seja partir de regras estabelecidas, pela informação e esclarecimento, ou pela ação política junto à sociedade e aos poderes instituídos para limitar ação adversa.

Ao acreditar na relação causal direta entre as políticas públicas e seus efeitos, e ao sustentar que os impactos das ações dos implementadores no nível de entrega dos direitos, bens e serviços são poucos expressivos ou controláveis, não à toa, dedicam-se fortemente a fatores próprios da sua concepção: das instituições, da autoridade e do contexto político. Estão aí os principais motivos da existência do que alguns autores afirmam ser as chamadas lacunas ou déficits de implementação.

O modelo desenvolvido por Edwards (181) se dedica a desvendar as condições prévias, bem como os seus principais obstáculos para uma implementação bem-sucedida. Para o autor, quatro fatores interagem simultaneamente: a) comunicação dos objetivos, das competências e das responsabilidades, dos benefícios em todos os níveis de implementação; b) os recursos disponíveis, sejam financeiros, humanos e técnicos; c) a disposição, envolvendo tanto os implementadores quanto a sociedade, e os pedires políticos; d) as estruturas, aqui tratando das agências, das organizações envolvidas e suas relações.

Uma característica dos estudos desenvolvidos por pesquisadores deste modelo é sugerir recomendações e determinadas orientações aos formuladores no momento da formulação na elaboração de regras que estruturam a implementação (176). O autor, inclusive, chega a classificar os estudos baseados neste modelo em estudos prospectivos. A partir de uma análise focada nas características da decisão, nos instrumentos, nos recursos e nas estruturas de implementação, os autores e pesquisadores dos modelos-raiz *top-down* assumem uma característica prescritora. Buscaremos apresentar um conjunto destas contribuições que, ao nosso ver, contribuem fortemente para compreendermos as perspectivas assumidas por estes autores e o papel que enxergavam para os seus estudos.

O controle de variáveis é uma das características. As prescrições de Hill (182) são manter a política clara, evitar ambiguidades na definição do objetivo, financiamento e das responsabilidades, e manter controle efetivo sobre os implementadores, entendendo-os como atores que resistem à implementação e, por isso, devem ter margem de manobra limitada. Dentre as características prescritas

nos estudos baseados nestes modelos, estão as concepções de limitar, regular e controlar a discricionariedade dos implementadores. Há nelas uma aposta em normas compreensíveis e específicas, difusão de informação e do plano. A métrica de avaliação tem sempre como base o próprio plano.

Assumindo o papel prescritivo, característica destes modelos-raiz *top-down*, Hill e Hupe (183) identificaram dez condições para que a implementação leve à realização efetiva da política pública, sintetizando-as:

> a) as circunstâncias externas à agência implementadora não podem afetar a ponto de desvirtuar de uma política pública;
> b) a implementação deve dispor de tempo e de recursos suficientes;
> c) não apenas não deve haver restrições em termos de recursos globais, mas também, em cada estágio da implementação;
> d) relação teoria causa efeito adequada;
> e) essa relação entre causa e efeito deve ser direta, sem fatores desviantes;
> f) deve haver uma só agência implementadora ou se outras agências estiverem envolvidas, a relação de dependência entre elas deverá ser mínima;
> g) deve haver completa compreensão e consenso quanto aos objetivos a serem atingidos;
> h) ao avançar em direção aos objetivos acordados, deve ser possível especificar e detalhar as responsabilidades de cada participante;
> i) é necessário que haja perfeita comunicação e coordenação entre os vários elementos envolvidos no programa;
> j) os atores e linha de comando bem claras, com diretrizes hierarquizas claras.

Os mesmos autores resumem tais condições em quatro variáveis correlatas: a) a natureza da política pública; b) a estrutura de implementação da política, pois os elos da cadeia devem ser mínimos; c) prevenir-se (evitar ou impedir) de interferências externas; d) ter controle hierárquico e administrativo da agência.

Já Sabatier e Mazmanian (177) indicam seis condições, em sua prescrição, para o sucesso da implementação de uma política pública:

> a) a legislação com objetivos claros, consistentes, definindo critérios para solucionar conflitos;
> b) a legislação deve incorporar uma teoria causal correta, identificando fatores causais que viabilize, aos implementadores, intervenção sobre os grupos-alvo e demais aspectos para alcançar os objetivos;
> c) a legislação deve estruturar o processo de implementação de modo a maximizar a probabilidade de que os agentes implementadores e grupos-alvo tenham o desempenho desejado: dotar as agências de integração hierárquica, o apoio em regras

> decisórias, os recursos financeiros suficientes e o acesso às autoridades que apoiam a política pública;
> d) os líderes da agência implementadora devem ter habilidades gerenciais e políticas suficientes e estarem comprometidos com os objetivos da política pública;
> e) apoio por grupos organizados da sociedade e dos demais poderes institucionais: apoio no legislativo, simpatia-acolhimento-neutralidade no Judiciário;
> f) manter a prioridade dos objetivos, mesmo com o passar do tempo, com emergência de políticas contraditórias ou por modificações em condições socioeconômicas;
> g) a prioridade dos objetivos não deve ser subvertida com o passar do tempo pela emergência de políticas contraditórias ou por condições socioeconômicas relevantes que fragilizem a teoria causal ou as bases de apoio ao programa.

Esta primeira geração tem um legado fundamental, que foi ter alçado a um outro patamar o olhar sobre o processo implementação, tê-lo explicitado como um problema, ao alertar para a não automaticidade das relações entre decisão e execução de uma política, considerando-se ou não contextos e variáveis externas. Para Azeredo (152), tais estudos buscaram mostrar que as respostas às políticas enunciadas são moldadas por um conjunto de fatores, como relações intraorganizacionais, compromisso, capacidade e complexidade institucional. Entretanto suas produções foram insuficientes para jogar luz ao conjunto dos fenômenos presentes ao longo de todo o processo de implementação. Elmore, por exemplo, inclusive ao cunhar o termo “desenho prospectivo” para estes estudos, afirma que “o maior defeito do desenho prospectivo é o pressuposto implícito e inquestionado de que os formuladores das políticas controlam os processos organizacionais, políticos e tecnológicos que condicionam a implementação” (184).

Para alguns atores, uma das questões desta insuficiência tem a ver com a especificidade dos objetos dos estudos, muitas vezes baseados em casos singulares ou, como afirma Oliveira (185), sem embasamento teórico adequado. Silva e Melo (141) sustentam que estudos empíricos

> revelam um padrão muito distinto, onde prevalece a troca, a negociação e barganha, o dissenso e a contradição quanto aos objetivos. Ao invés de controle, autoridade e legitimidade verifica-se ambiguidade de objetivos, problemas de coordenação [...], recursos limitados e informação escassa (141).

Ao longo dos estudos, tais modelos passam a dialogar com aquilo que seus próprios autores apontam como um componente importante para a

implementação de políticas públicas, que é certa imprevisibilidade de projetos inovadores (186). Essa imprevisibilidade, já apontado por Pressman e Wildavsky (173), deve-se às seguintes características do processo de implementação: há uma multiplicidade de atores, diferentes tipos de organizações com interesses diversos, agregados para operar a política, mas que mudam com o passar do tempo, mudando a interação, as perspectivas e a percepção que um ator tem do outro, inserindo pontos de descontinuidade e de necessidade de novas e mais negociações.

Entretanto, a perspectiva *bottom-up*, que veremos a seguir, questiona estes dois pressupostos: a influência decisiva dos formuladores sobre o processo de implementação e que as diretrizes explícitas, a determinação precisa de responsabilidades administrativas e a definição exata de objetivos seriam suficientes para que as políticas sejam implementadas com êxito (187). Enfatiza-se que a discricionariedade dos implementadores é inevitável e pode ser desejável, já que esses atores detêm conhecimento das situações locais e podem adaptar o plano a elas. Tais ajustes produzidos pelos implementadores no local de entrega da política podem ser possíveis fontes de inovação, dependente, no entanto, das capacidades do Estado em interagir com eles. Essa abordagem é comumente denominada *bottom-up* ou desenho retrospectivo (184).

Além das insuficiências, tais modelos receberam críticas de outras perspectivas, sobretudo de autores dos modelos *bottom-up*, que veremos abaixo. Tais críticas apontam para as limitações substanciais do controle programado/ hierárquico, cujos críticos, na prática, afirmam que inevitavelmente há uma implementação "adaptada", na qual os formuladores de políticas são forçados, em grande parte, a concordar com as preferências dos implementadores de entrega de bens, serviços e direitos, e dos grupos-alvo das políticas.

Em contraponto, ao longo do desenvolvimento dos modelos *top-down*, seus autores procuraram apontar para uma série de mecanismos legais e políticos para restringir o comportamento dos implementadores e grupos-alvo, tanto na decisão política inicial quanto ao longo da implementação. Um exemplo são as seis condições estabelecidas por Sabatier e Mazmanian (177). Em outros momentos, assumindo uma característica prescritiva, como indicam Pressman e Wildavsky (173), por exemplo: a capacidade dos formuladores de políticas de selecionar um conjunto de funcionários implementadores em detrimento de outro; afetar o número

de pontos de folga; providenciar incentivos e sanções apropriados; afetar o equilíbrio do apoio dos grupos constituintes; ou reafirmando a clareza da teoria causal válida na qual se baseia a política pública.

3.2.4. Ampliando o olhar com os modelos bottom-up

Os modelos raiz tipo *bottom-up*, também chamados “estudos de segunda geração”, partem de outra perspectiva, não dá centralidade na formulação, mas na centralidade do conjunto de atores implementadores. Reforçam, como dito acima, um certo grau de imprevisibilidade das políticas (186), mesmo com o controle absoluto das estruturas, fluxos, recursos de implementação. Esta imprevisibilidade estaria alicerçada no papel incontrolável dos atores, implementadores ou não, no nível das entregas dos bens, serviços e direitos. Ao contrário dos modelos-raiz *top-down*, que buscam controlar e neutralizar a atuação destes atores no nível de entrega das políticas, os estudos de segunda geração valorizam esta possiblidade.

Nos estudos de segunda geração, as análises são centradas nos atores dos níveis organizacionais responsáveis pela implementação. Considera-se que a política muda à medida que é executada e a implementação é percebida como um processo interativo de formulação, implementação e reformulação (186). O padrão de sucesso está relacionado à capacidade limitada tanto dos atores de cada nível de implementação, quanto das organizações públicas de influenciar o comportamento dos outros níveis (187).

Ao longo do desenvolvimento do campo em políticas públicas, alguns dos estudos começaram a mostrar que não apenas as políticas que eram formuladas, não eram implementadas integralmente: muitas não eram executadas, outras totalmente desvirtuadas. Muitas vezes os resultados das políticas frequentemente não tinham relação com seus objetivos originais. Alguns analistas alteraram o foco de seus estudos: deixaram de enfatizar a concepção, os objetivos centrais, a estrutura de comando e o arranjo institucional estabelecido na formulação das políticas públicas e voltaram seus olhares para as redes de atores envolvidos na geração dos produtos das políticas. Vários pesquisadores passaram a questionar, e rejeitar, a ideia de que a política pública era definida no topo do sistema e que os seus executores deveriam se ater rigorosamente aos seus objetivos, como proposto pelo modelo *top-down*. Desenvolveu-se a percepção de que em um nível mais baixo,

mais basilar em que determinada política pública estava sendo implementada, no nível da "entrega" dos bens e serviços por um servidor público a um cidadão, havia certo grau de discricionariedade (159).

Se os modelos desenvolvidos nos estudos de primeira geração já apontavam para um processo permanentemente de conflito e negociação durante a implementação da política pública, os estudos baseados nesta perspectiva revelam o amplo e intenso processo de negociação no interior de redes de implementadores, com papel crucial da base social, das organizações implementadoras e dos agentes públicos.

Lipsky (188) é uma das principais contribuições neste modelo, abordando não só os agentes implementadores, mas também o papel das organizações. Este autor cunha e define a expressão "burocracias de nível de rua" – *street-level bureaucracy* –, como as agências nas quais os trabalhadores interagem diretamente com os cidadãos no curso de suas tarefas, e que têm substancial discrição na execução de seu trabalho. Estes atores, que no dia a dia em contato com o público-alvo das políticas formuladas em outros níveis, implementam e, ao mesmo tempo, transformam a política pública, estabelecendo rotinas que desvirtuam a formulação inicial ou se quer foram tratadas pela formulação inicial. Estes autores reafirmam que estes atores, além de implementadores, são formuladores da política ao recriarem o que é de fato ofertado, exercendo uma relativa autonomia a partir de sua formulação e implementação em ato.

Lipsky (188) expõe que as condições de trabalho passam a ter um papel decisivo no que de fato será entregue, pela política, por esta denominada burocracia de rua. O autor aponta quatro questões que contribuem para este fenômeno: os recursos cronicamente insuficientes para a atuação profissional e a demanda em geral crescente; os objetivos dos serviços públicos tendem a ser vagos, conflitantes, ambíguos; e a difícil medição da performance desses trabalhadores, relativamente livres de supervisão e com certa discricionariedade; e aquele que diz o caráter não voluntário dos clientes, consequentemente têm pouca opção de escolha; logo de exigir, na opinião deste autor, uma outra postura por parte dos chamados burocrata de rua.

O autor reforça que os chamados burocratas de rua tomam decisões sob condições de considerável incerteza, posto que decisões satisfatórias sobre alocação de recursos devem ser pessoalmente derivadas e não de organizações.

Para lidar com as incertezas do trabalho, desenvolveram três repostas. Em primeiro, criam padrões de práticas que tendem a limitar a demanda, maximizar a utilização de recursos disponíveis e obter a conformidade dos clientes. Ou seja, organizam seu trabalho para obter soluções dentro dos constrangimentos que encontram. Em segundo, modificam o conceito de seu trabalho, restringem seus objetivos e reduzem o fosso entre recursos disponíveis e objetivos atingidos. Em terceiro, transformam os seus clientes em um conceito de matéria-prima, para tornar mais aceitável tal fosso entre realizações e objetivos.

Há nesta perspectiva uma rede de atores e respectivas organizações ou instituições afeitos a uma área temática de política pública, que, muitas vezes, participaram do processo de definição da agenda e da formulação de determinada política pública através das suas representações na sociedade, e desenvolveram, no dia a dia, ações para solucionar problemas do seu cotidiano ou posicionamentos, inclusive políticos, sobre os temas que interferem nas suas vidas e no trabalho.

Autores como Hjern e Porter (189) afirmam que muitas destas práticas desenvolvidas no cotidiano podem se institucionalizar gradualmente, e encaminhando-se para patamares mais centrais e mais altos na estrutura hierárquica governamental, até se transformarem em uma política pública. Ao reconhecer esta possibilidade teórica, lastreada ou não em experiências empíricas concretas, estes autores estão valorizando o poder de atores da burocracia de nível de rua ou sociedade, e a própria sociedade civil na formulação de políticas e, ao mesmo tempo, criticando os modelos *top-down* que buscam controlar ou neutralizar esta mesma capacidade de criação ou de negociação de implementadores e rede de atores sociais.

Hjern e Porter (189) buscam perguntar aos atores de nível micro quais são seus objetivos, atividades, problemas e contatos; buscam mapear a rede que identifica a estrutura de implementação relevante nos níveis local, regional e nacional; consideram que as iniciativas centrais são sempre pobremente adaptadoras ao nível local, dependendo muito das habilidades locais em apagar o programa. Também apontam para as fragilidades metodológicas da abordagem *top-down*, e um compromisso com o desenvolvimento de uma metodologia confiável e uma preocupação com as áreas políticas, por exemplo, na formação de mão de obra, envolvendo uma multiplicidade de organizações públicas e privadas.

Vários são os trabalhos que exploram as características do modelo *bottom-up*. Lipsky (189), Hjern e Porter (189), Hjern e Hull (190) invertem, por exemplo, a centralidade do processo de construção da política pública, questionando, inclusive, se o início é de fato no momento de uma decisão do governo ou se não são os problemas com os quais os atores se deparam – cidadãos comuns e funcionários governamentais encarregados de uma área de política pública – e as estratégias desenvolvidas por eles para lidar com esses problemas práticos do dia a dia.

Outro autor, Elmore (187), idealizou o conceito de "mapeamento retrospectivo", dedicando-se ao estudo inicial do problema apontado, o mapeamento das ações e estratégias localmente desenvolvidas, para a partir daí compreender a adequação de tais políticas localmente construídas. Em sentido correlacionado, Hjern e Porter (189) e Hjern e Hull (190) propõem que, para o entendimento da implementação, é essencial observar o caráter intraorganizacional e os múltiplos atores envolvidos na produção dos bens e serviços de uma política pública. Neste sentido, dedicam-se ao mapeamento e estudo desta rede de atores, em uma visão mais ampla do que a dos burocratas de nível de rua de Lipsky, porque ultrapassam os conceitos de agentes públicos que entregam a política e a população-alvo das políticas, buscando compreender os objetivos, estratégias, atividades e contatos desta rede local de atores.

Não apenas Lipsky, mas também estes autores chamam a atenção para os limites formais e organizacionais das organizações. Neste sentido, como os agentes públicos, os usuários e rede atores da sociedade no nível da entrega constroem estratégias para tais limites. Estes autores alertam para a necessidade de os estudos compreenderem como agentes públicos, usuários e sociedade na busca em resolver seus problemas.

Compreender tais estratégias é fundamental para uma perspectiva que aponta quem, no seu limite, são estes atores que formulam as políticas, executando uma função política que define a alocação de bens e serviços específicos na sociedade. Como afirma Lipsky isso é compreensível porque "[...] a natureza da provisão de serviços requer um julgamento humano que não pode ser programado e que não pode ser substituído por máquinas" (188).

Lipsky ainda destaca que tais atores também exercem a política, imersos em relações de poder específicas e com desejos e interesses:

> As pessoas, muitas vezes, ingressam num emprego público com, pelo menos, algum compromisso com o serviço. Contudo, a própria natureza deste trabalho impede-os de chegar perto dos seus ideais. Grandes quantidades de clientes ou cargas enormes de trabalho e recursos inadequados combinam-se com as incertezas dos métodos, e com a imprevisibilidade e o comportamento agressivo dos clientes, que ameaçam as aspirações que nutrem como funcionários públicos (188).

Lipsky (188) chama a atenção para a caraterização das instituições e organizações, como também a imagem ou fatos reais que existem em relação ao serviço público que entrega tais políticas.

> Eles passam suas vidas profissionais, frequentemente, num ambiente de serviço mundo corrompido. Eles acreditam estar fazendo o melhor que podem sob circunstâncias adversas e desenvolvem técnicas para recuperar valores do serviço dentro dos limites impostos sobre eles pela estrutura do trabalho. Eles desenvolvem concepções, sobre o seu trabalho e seus clientes, que estreitam a lacuna existente entre suas limitações pessoais e profissionais e o ideal do serviço.

O autor discute em profundidade as maneiras pelas quais a burocracia do nível da rua classifica seus clientes e responde de modo estereotipado às suas necessidades; como os seus preconceitos se expressam em suas interações com seus clientes e as relações dessa burocracia com suas clientelas, como fornecedores, parceiros, beneficiários, com os quais mantém relações de cumplicidade, adesão e cooperação ou de competição e enfrentamento.

Lipsky (188) também enfatiza que burocratas do nível da rua não podem ser rapidamente postos sob o controle de um superior, porque controlam funções importantes para os resultados que os governos pretendem obter junto à sociedade. A conclusão para este autor é de que esses funcionários públicos possuem algum poder político (são empoderados em alguma medida), devem ser vistos como parte de uma comunidade de políticas públicas (*policy community*) e a implementação depende fortemente deles, embora a sua adesão às políticas, tal como formuladas no topo, represente um dos problemas da implementação.

Na mesma linha de Lipsky, Maynard-Moody e Musheno (192) reafirmam que esses atores realmente fazem escolhas políticas quando decidem “como” vão implementar uma política pública, em vez de simplesmente aplicar as decisões das

autoridades eleitas. E ressaltam que os seus preconceitos influenciam no tratamento oferecido aos cidadãos. Também na mesma direção, Mackey (193) pontua que os burocratas de nível de rua exercem seu poder de maneira a modificar a política pública na esfera da execução e que essas alterações refletem os valores individuais de cada funcionário ou de suas coalizões, mais do que a vontade dos responsáveis políticos, situados no topo da cadeia decisória. Em uma crítica às perspectivas dos modelos-raiz *top-down*, Evans e Harris (194) sustentam que estratégia de aumentar regras e normas com o propósito de controlar a burocracia local pode acabar conferindo um poder discricionário ainda mais extenso a essa burocracia, uma vez que mais regras implicam mais recursos de poder aos que lidam com sua aplicação: mais possibilidades de tomada de decisão arbitrária, mais motivos para não implementar a política pública, mais força para negociar a implementação da política.

Na nossa opinião, além de escancarar limites dos modelos *top-down*, os estudos com esta perspectiva abrem um universo a ser entendido de quais são as percepções, valores, estratégias, redes de relacionamento e instituições com as quais interagem estes implementadores de nível de rua, como chave para a compreensão do processo de implementação de políticas públicas. Não à toa, o conjunto de estudos com esta perspectiva procuram compreender as condições de trabalho.

Um conjunto de estudos nesta perspectiva foram desenvolvidos, acrescidos de variáveis e aspectos para os modelos de estudos de implementação, como traz a revisão por Carvalho (195). O modelo de Smith (1973), *apud* Carvalho (195), procura considerar um processo contínuo, sem um fim definitivo ou produtos finais, e com as tensões e os conflitos, frutos da implementação, podendo ou não se manifestarem em um novo padrão de comportamento nas instituições. Este autor define quatro componentes da política pública e do contexto que devem ser valorizados: grupo-alvo, que é chamado a mudar de comportamento; a estrutura da organização implementadora; a liderança/capacidade; e os fatores ambientais. Segundo o autor, as tensões geradas entre políticos, formuladores, implementadores e seus objetivos resultam em um feedback que poderá gerar um redesenho da política.

O modelo de Rein e Rabinovitz (1978), *apud* Carvalho (195), cujo foco está na prática dos atores do nível de entrega da política, considera que a política de

implementação é regida, pelo menos, por três imperativos formais: respeito à racionalidade jurídica, que é mediado pela preocupação com a racionalidade instrumental; de como é definida e informada pelos funcionários e pelo conhecimento que a ação exige de consenso tanto internos como externos. O modo de resolução dos conflitos existente entre estes imperativos é função dos objetivos, recursos e do complexo processo administrativo da implementação.

Para o modelo de Berman, *apud* Carvalho (195), o sucesso da implementação depende da complexa interação entre a política e as características institucionais. Trabalha com a abordagem de macro e micro implementação. Macro, enquanto governo central, onde as políticas se traduzem em planos de projeto; e micro quando, em resposta às ações do governo, as organizações locais planejam e realizam suas próprias políticas internas. Para este estudioso, a implementação pode seguir quatro caminhos distintos: a) não-adaptação da política ao comportamento; b) cooptação, nenhuma adaptação no comportamento, mas adaptação da política para acomodar as rotinas existentes; c) aprendizagem tecnológica, nenhuma adaptação da política, mas adaptação do comportamento; d) adaptação mútua, tanto do comportamento quanto da política.

O modelo de Elmore (187) considera que a compreensão das organizações é essencial para a análise da implementação. O autor apresenta quatro modelos diferentes para este processo: (1) o modelo de gestão de sistemas: a organização como unidades de valor e maximização, e a implementação vista como atividade organizada com objetivos específicos; (2) modelo que enfatiza o processo burocrático: enfatizando as regras ou critérios de tomada de decisão, as rotinas do comportamento organizacional e concebe a implementação como um processo contínuo de controle dos critérios de escolha e de mudança de rotinas; (3) modelo de desenvolvimento organizacional: com a necessidade de participação e comprometimento dos indivíduos; (4) modelo de negociação: que trata as organizações como arena de conflito.

Acrescenta a esse, o modelo de Kiviniemi (191) trazido pela revisão de Azeredo (152). Neste, a implementação da política deve ser entendida como um fenômeno social com um conjunto relações sociais. Segundo o autor, a política envolve uma ação intencional que resulta em novas relações com atores privados. A implementação é entendida como uma ação social (que produz consequências) e se traduz no encontro das diferentes intenções dos diferentes atores (governamentais e

não governamentais). A análise do conteúdo de uma política pública (seu enunciado explícito) pode ajudar a definir a posição estrutural dos atores no processo de implementação e, assim, definir diferentes combinações de reações, que impõem limites à ação governamental.

Os modelos da perspectiva *bottom-up* não ficaram imunes de críticas. Embora tentem oferecer respostas aos equívocos e às lacunas deixados pela concepção *top-down*, todavia, para alguns atores, não fornecem muitas ferramentas para esclarecer o processo real da implementação (194). Parecem ignorar que determinados setores temáticos de políticas públicas requerem decisões políticas tomadas no topo, antes que a base da sociedade se manifeste a respeito delas, como ocorre repetidamente com políticas que impõem forte coerção (regulatórias e redistributivas). Para Carvalho (195), apesar de existirem possibilidade e situações em que há uma decisão nacional estruturante, a partir da qual se sucede a tomada de decisões que ascendem da base para o topo, como exemplificado no arranjo participativo do SUS, a concepção *bottom-up* seria mais aplicável em esferas locais ou estaduais, mais próximas à base social do que em âmbito nacional.

Uma outra crítica estabelece que, usualmente, questões e problemas da sociedade para serem resolvidos, necessitam de que alguma liderança política promova a discussão nos níveis mais altos do sistema político. Para estes autores, o modelo *bottom-up* credita esta possibilidade para atores que se quer tiveram a legitimidade do voto para legislar. E, finalmente, que a autoridade para estabelecer arranjos institucionais, definir normas e alocar recursos financeiros certamente não é exercida de baixo para cima, ao contrário.

Para Sabatier (194) assim como os defensores exclusivos do modelo *top-down* correm o risco de enfatizar excessivamente a importância do centro em relação à periferia, os seguidores exclusivos dos modelos *bottom-up* tendem a enfatizar demais a capacidade da periferia de frustrar o centro. Mais especificamente, o foco nos objetivos e estratégias dos atores – a grande maioria dos quais está na periferia – pode subestimar a influência indireta do centro sobre esses objetivos e estratégias através de sua capacidade de afetar a estrutura institucional na qual os indivíduos operam. Em segundo lugar, há críticas de que a abordagem *bottom-up* não parte de uma teoria explícita dos fatores que afetam os assuntos de interesse dos implementadores locais. Por depender demais das percepções e atividades dos participantes, é improvável que se analisem os fatores

que indiretamente afetam seu comportamento ou até mesmo os fatores que afetam diretamente tal comportamento, mas que os participantes não reconhecem. Aparentemente, a metodologia de rede é um ponto de partida útil para identificar muitos dos atores envolvidos em uma área de política, mas ela precisa ser relacionada por meio de uma teoria explícita a fatores sociais, econômicos e jurídicos que estruturam as percepções, recursos e participação desses atores.

Para Matland (197), uma das críticas a tais modelos seria uma excessiva valorização de atores locais sem legitimidade política do voto popular, em relação a atores e decisões centrais conduzidas por agentes públicos eleitos pelo voto popular. Esta perspectiva também questiona a valorização e certa autonomia local, mesmo quando estrutura institucional, recursos disponíveis e acesso a arena de implementação são decididas centralmente. O autor ainda realça que o modelo *bottom-up* parte da análise das redes de decisões que se dão no nível concreto em que os atores se enfrentam quando da implementação, sem conferir um papel determinante às estruturas pré-existentes e relações de causa e efeito e hierarquia entre organizações.

3.2.5. O debate entre top-down e bottom-up abre espaço para uma terceira geração nos estudos de implementação. Modelos híbridos

As décadas de estudos e desenvolvimento deste campo no interior das políticas públicas e os embates entre as duas perspectivas citadas acima deixaram lacunas importantes e, ao mesmo tempo, uma agenda de superação dessas lacunas.

Em primeiro lugar, consolidou-se a ideia de implementação da política como um processo negociação permanente, como diz Viana e Cotta (156, 198), para quem o êxito não seria

> [...] decidido na cúpula do governo ou da organização, mas em embates contínuos no interior da burocracia pública e na intersecção entre ações administrativas e escolhas privadas. A resultante deste processo dependeria dos recursos de poder e das estratégias dos atores relevantes, bem como das especificidades das organizações responsáveis pela intervenção.

Em segundo, a necessidade de emergência de uma perspectiva de interação entre os dois modelos, inaugurando o que foi considerado como uma terceira geração de estudo. Há indícios de que a realidade comporta situações descritas no modelo *bottom-up*. Por outro lado, também há evidências de que em muitas áreas a implementação opera nos moldes do modelo *top-down*, confirmando uma das polêmicas nessa área.

Najan (170) aponta que o fracasso na implementação de políticas públicas pode ser atribuído às duas abordagens antagônicas: *top-down* – perspectiva em que a decisão política é autoritária, em um nível central – e a *bottom-up* – abordagem que leva em consideração a complexidade do processo de implementação. Resgatando contribuições de outros estudiosos, o autor apresenta características do processo: um mapeamento para trás e não para frente; foco na estrutura de execução e no processo de negociação; ações entre e dentre redes de implementadores; capacidade de acomodar acontecimentos imprevistos e imprevisíveis, capacidade de ser adaptável.

Silva e Melo (141) citam três modelos de implementação:

a) Modelo clássico do ciclo de política (formulação e implementação) que não considera os aspectos relativos à implementação e seus efeitos retroalimentadores sobre a formulação da política. Ou seja, não a considera como um processo. Neste aspecto a implementação é compreendida como um jogo de uma só rodada, onde a ação do governo é implementada de cima para baixo – *top-down*.

b) Modelo como processo linear em que o processo de formulação e implementação é visto como um processo que propõe que o monitoramento e a avaliação das políticas sejam considerados instrumentos que permitam correções de rotas. De acordo com este modelo, as vicissitudes, os obstáculos e os problemas da implementação resultam de aspectos relacionados à capacidade institucional dos agentes implementadores; são gerados por problemas de natureza política e também derivam da resistência e boicotes realizados por grupos ou setores negativamente afetados pela política. Outro grave problema é a excessiva primazia conferida à atividade de formulação, vista como não problemática. Assume-se que o diagnóstico é necessariamente correto; o formulador dispõe de todas as informações necessárias ao desenho das propostas programáticas além de dispor também de

um modelo causal válido. Este modelo causal consiste das hipóteses e pressupostos sobre determinados fenômenos sociais.

c) A implementação vista como um jogo: redes, aprendizado institucional e *stakeholders*, como um jogo entre implementadores onde os papéis são negociados, os graus de adesão ao programa variam e os recursos entre atores são objeto de barganha. De acordo com uma análise empírica de políticas públicas, os seus formuladores atuam em um ambiente de incertezas que se manifesta em vários níveis: grandes limitações de conhecimentos sobre os fenômenos intervenientes, com falta de controle e de condições de prever as contingências que podem afetar o *policy environment* no futuro; planos e programas são documentos que delimitam apenas um conjunto limitado de cursos de ação e decisões que devem ser seguidos; e os programas ou políticas são expressas pelas preferências individuais ou coletivas de seus formuladores.

Um dos objetivos desta terceira geração de estudos é tentar superar as lacunas entre os dois modelos, mediante a composição e o ajuste dos conceitos e das hipóteses de ambos. Denominada "teorias híbridas", concebem a implementação e não admitem a concepção do ciclo de políticas públicas como uma sequência de fases estanques e bem delineadas. Vários modelos se desenvolveram nesta perspectiva.

Na revisão realizada por Azeredo (152), ele apresenta, como Matland (197), O'Toole (199) e Oliveira (185) destacam, as limitações dos modelos de primeira e segunda geração. Seja por ser necessário organizar contribuições antagônicas, como afirmado por Matland (197), seja porque, segundo O'Toole (199), o embate entre *top-down* e *bottom-up* foi, na prática, abandonado para tornar possível a construção de propostas alternativas. Também, porque, como expressa Oliveira (185), os autores resolveram fugir deste embate, por considerar a importância de ambos os modelos.

Um desses novos modelos é apresentado por Sabatier e Jenkins-Smith (200), o “Advocacy Coalition Framework”, como uma alternativa às gerações anteriores de estudos, a nosso ver, sem desprezá-las. A definição de coalizões de defesa considera que há articulação entre os atores inseridos nas diferentes instituições. Um projeto compartilhado para o setor corresponde à referência primária dos indivíduos e se sobrepõe aos conflitos administrativo-organizacionais ou político-partidários. O conceito permite trabalhar com a participação de atores

externos às organizações públicas, fator geralmente negligenciado nas abordagens *top-down* e *bottom-up*. Isso permite introduzir na análise o papel dos grupos sociais, suas relações com os atores estatais e o impacto disso para a implementação.

Neste modelo, as políticas operam, incialmente, por estruturas mais identificadas com as abordagens da primeira geração, mas compreendem que, ao longo da implementação de uma política, tais estruturas sofrem impacto e modificações, compreendidos como intrínsecos ao processo da política, o aprendizado "*policy clearing*". Para compreender as ações que geram tais impactos e modificações, este modelo adota uma unidade de análise denominada subsistemas de políticas (*policy subsystems*). Nestes subsistemas de políticas agem as coalizões de defesa, formadas por atores e organizações, públicos ou privados, associativos ou não, que compartilham projetos, valores, crenças e objetivos. A mudança, os caminhos da mudança e o desenvolvimento da política pública em si em um determinado subsistema de política é influenciado pelo confronto, pela negociação e pela aprendizagem resultantes das estratégias e ações das coalizões de defesa que nele operam (200).

Para Matland (197), duas questões adicionais são importantes a serem observadas e compreendidas. Uma, que pode haver mudanças, aprendizagens e impactos ao longo do processo que permitem com que as características da configuração inicial sejam tão distintas daquilo que se observa ao longo da implementação. Também, por isso, a outra questão, que sugere que se concentre o estudo sobre uma política específica, e não em todas as áreas do campo da política em estudo.

Sugerindo que a análise de uma política deva dedicar-se por mais de 5 anos de ciclo, Matland (197) busca valorizar os processos e os resultados da aprendizagem, ênfase também dada por Sabatier (99). Nesta perspectiva, Matland fala das coalizões e como elas agem neste período, considerando-as elementos centrais para a análise de Sabatier, que as define como grupos de defesa de políticas públicas, público e privado, que compartilham as mesmas crenças e metas, constituindo visões próprias sobre a política, as soluções e que legitimam determinados atores. Sabatier sugere o uso da metodologia de HJern (*apud* Sabatier (99) para descrever estas coalizões de defesa, avançado na hibridização de modelos com perspectivas iniciais diferentes e até opostas. Matland (197), a partir de uma matriz de avaliação própria, constrói um "Modelo Abrangente"

(*Comprehensive Model*) de implementação de política. Este modelo se orienta para cada situação do problema, o conteúdo da política pública a ser desenvolvido, e o quanto de ferramentas e modelos *bottom-up* ou *top-down* devem ser priorizados. Tal matriz parte de uma análise do grau de ambiguidade e do grau de conflito de uma política pública. Neste modelo, a ambiguidade define mais ou menos os objetivos e meios da política, entretanto agrega mais ou menos defensores. A grade de conflito agrega mais ou menos defensores na implementação, entretanto pode ser sinalizador e mobilizador de maiores ou menores mudanças.

A partir daí, quatro estruturas de implementação são propostas, de acordo com os graus de ambiguidade e conflito: implementação administrativa (ambos baixos); política (alto conflito, baixa ambiguidade); experimental e simbólica.

Em uma observação particular, compreendendo a implementação como um processo contínuo, inserida em um subsistema de implementação de determinada política, com atores/coalizões de defesa, mecanismos permanentes de aprendizado, estruturas e instrumentos de implementação variados, também seria possível admitir que esta configuração, baseada nos graus de ambiguidade e conflito, constitui matizes diversas ao longo do processo implementação. Ou seja, não são estáticas. Também consideramos que as abordagens mais recentes, categorizadas como aquelas iniciadas a partir dos estudos de terceira geração, consolidam perspectivas híbridas e compartilham o entendimento de que:

(a) a implementação envolve muito mais do que a simples execução de decisões previamente tomadas;

(b) a análise da implementação requer o exame dos atores presentes no subsistema político, dos recursos que esses atores dispõem, da natureza dos problemas para os quais buscam soluções e das ideias que têm sobre como lidar com eles;

(c) toda a análise deve ser fortemente ancorada no contexto do regime político em que atores, problemas e soluções estão inseridos.

O modelo de Matland parte da proposição de que os níveis de ambiguidade e de conflito em torno de uma política geralmente são negativamente correlacionados (197). Como afirma Azeredo (152), em sua revisão, quanto mais claros são os objetivos, mais facilmente são expostas as posições contrárias e emerge o conflito. Em contrapartida, quanto maior a ambiguidade das diretrizes, mais facilmente os atores conseguem absorvê-las, de alguma forma acomodando-as

a seus interesses enquanto atores e grupos de interesse, reduzindo ou administrando o conflito, construindo condições de maior aprovação em instâncias de legitimação e no exercício permanente da implementação.

No entanto, ainda para este autor (197), uma maior ambiguidade, além de acomodar interesses, resulta em maior espaço para novas decisões nas etapas posteriores à aprovação da política. Nesta análise, o embate político se estende para o conjunto dos processos ao longo das formas de execução dos objetivos. Deste modo, pela observação de um espaço de negociação ao longo das interpretações que se desenvolvem e disputam as normas e as diretrizes para a execução dos agentes de implementação. O autor (197) também propõe um modelo de análise para diferenciar os níveis de ambiguidade e conflito, variáveis-chave e ferramentas para analisar, ao longo da implementação, como esta relação se comporta.

Um dos modelos das teorias híbridas, é o modelo interativo de Grindle e Thomas (201). Os autores manifestam que a política pública surge de questões e assuntos presentes na sociedade que entram na agenda política. Uma vez na agenda, há vários estágios de decisões, que são tomadas aos poucos e revisadas a cada momento. Esses estágios dinâmicos de decisão são definidos gradualmente, à medida que são originários dos conflitos entre atores da sociedade, pois precisam mudar seu comportamento com a execução da política pública, e burocratas, que precisam mudar as rotinas organizacionais com a finalidade de implementar a política.

Esses conflitos encaminham o processo de determinada política pública a vários movimentos possíveis: a política pode ser implementada, ou não. Pode sê-la apenas parcialmente ou totalmente. Caso seja implementada, pode sê-la conforme foi prescrito ou pode enveredar por outros rumos. Em todos esses momentos, atores sociais e agentes públicos empregam seus recursos de poder: força política, recursos financeiros, informação e capacidade de gestão. A atuação destes atores, em qualquer momento ou nível, realimenta a agenda governamental no apoio ou na rejeição das decisões tomadas. Nesse contexto ou nessa arena, os tomadores de decisão ativos buscam alterar a situação problemática imbuídos de seus recursos de poder, enquanto agentes burocráticos fazem o mesmo, o que conduz a múltiplos resultados potenciais para as políticas públicas, que retroalimentam a agenda governamental.

De acordo com o modelo Interativo, como se pode notar acima, há sempre uma combinação de movimentos ascendentes e descendentes no processo das políticas. Neste, o contexto é definir de forma mais expansiva: a) poder, interesses e estratégias dos atores envolvidos (que correspondem aos clientes e coligações); b) características de instituições e regime, que em geral são identificados como fatores ambientais.; c) o cumprimento e a capacidade de resposta (que corresponde ao compromisso). No que tange aos fatores ambientais, pelo menos três tarefas são necessárias para o sucesso da implementação: a) identificar os principais atores institucionais que influenciam ou que são influenciados pelo processo; b) traçar os interesses e as relações de poder interno e externo à instituição; c) reconhecer as características institucionais como influenciadas pela estrutura global de definição social, econômico, político e jurídico em que operam.

Outro modelo, seguindo a teoria híbrida, é o modelo interativo-iterativo, de Klilksberg (202). Seu modelo é “interativo” haja vista as fases da política pública não serem estanques, mas por interagirem umas com as outras e se afetarem mutuamente. A estrutura lógica dessa teoria exibe uma concepção sistêmica, pela qual os diversos fluxos se retroalimentam, e o processo se repete indefinidamente, daí a denominação “iterativo”, por referir-se ao mesmo movimento sucessivas vezes: repetido, espiral, circular.

Graças ao emprego desses recursos, os resultados potenciais da política pública são múltiplos e retroalimentam tanto a agenda política quanto as etapas de decisão em um processo contínuo, ininterrupto. Para esse modelo, a implementação requer que o entendimento de como as instituições operam e afetam os diversos atores, e de como os indivíduos percebem a realidade, interpretam as decisões que foram tomadas e a forma como essas afetam seus interesses. A implementação se apresenta como um processo de ação política contínua, no qual os diversos atores negociam o tempo todo, recorrendo aos mais variados recursos de poder. Um deles é a capacidade de, simplesmente, não praticar as ações esperadas. Não agir ou protelar a ação é uma das estratégias possíveis, muitas vezes usada de maneira não explícita, tanto por agentes públicos como por atores privados. Esse modelo, portanto, privilegia as questões de poder, estratégia e interdependência, bem como os interesses, as motivações e os comportamentos, abordando-os de maneira muito mais dinâmica e complexa do que os modelos *top-down* e *bottom-up*.

Brynard (154) propôs o protocolo 5C – um modelo de cinco *clusters* de variáveis explicativas que permitem uma melhor compreensão da implementação. As cinco variáveis interligadas são: *content*, conteúdo da política em si; *context*, a natureza do contexto institucional; *commitment*, o compromisso dos responsáveis pela implementação; *capacity*, a capacidade administrativa dos implementadores; e *clients* e *coalitions*, o apoio de clientes e coligações. Sobre *content* destacamos três variáveis importantes: 1) os objetivos, o que a política define fazer; 2) a teoria causal embutida, como problematizar a questão que se propõe abordar; 3) os métodos, como se objetiva solucionar o problema percebido.

A definição dessas três variáveis impacta os outros quatro protocolos. Para cada tipo de política (distributiva, redistributiva ou regulatória) se exige diferentes tipos e níveis de capacidade e de contexto, que são susceptíveis de gerar diferentes níveis de compromisso dos executantes, clientes e coligações favoráveis.

Najan (170) define o contexto de forma mais expansiva, incluindo: a) poder, interesses e estratégias dos atores envolvidos, que corresponde aos clientes e coligações; b) características de instituições e regime, identificados, em geral, como fatores ambientais; c) cumprimento e capacidade de resposta, que corresponde ao compromisso.

Partindo da necessidade de superação da dicotomia entre os modelos *top-down* e *bottom-up*, D'Ascenzi (203) apresenta uma proposta híbrida, destacando três fatores para a análise do processo de implementação: as características do plano, a organização do aparato administrativo responsável pela implementação e as ideias, os valores e as concepções de mundo dos indivíduos.

No detalhamento destes elementos apontados, o plano seria entendido como um conjunto de disposições que funcionam como um ponto de partida para um processo de experimentação, de procura por uma estratégia mais bem adaptada a circunstâncias particulares. Nessa concepção, os planos existem apenas como potencialidades e sua realização depende de qualidades intrínsecas e de circunstâncias externas. Na prática, segundo o autor, tratar o plano como um conjunto de disposições permite escapar da disputa sobre quem controla o processo de implementação, pois ele assume um caráter intrinsecamente descentralizado e aberto.

No que se refere à medição do sucesso ou fracasso, essa concepção abre espaço para o resultado alcançado. A medida de sucesso ou fracasso deve

estar de acordo com o esforço de ação produzido. Restringi-la à conformidade, com objetivos previamente definidos, leva-nos a desprezar os resultados reais da implementação. O mais relevante é verificar quais foram os efeitos gerados e se eles são desejáveis ou não. O plano também estabelece a arena onde ocorre o processo, a relação de causalidade, o papel dos principais atores, a extensão das ferramentas permitidas de ação e a alocação de recursos. E, mais importante, o plano prevê uma conceptualização do problema-alvo da política pública.

Nesta proposta, o conteúdo das normas que estruturam as políticas públicas não será recebido de forma a crítica em espaços vazios. Pelo contrário, será inserido em processos estabelecidos e adaptados às concepções e capacidades das instâncias de governo e das burocracias implementadoras. Nesse quadro, a análise das características do plano pode ser útil para a compreensão da reação gerada nas instâncias de implementação. Os objetivos definidos, os atores envolvidos e seus papéis, o fluxo da alocação de recursos, são elementos que criam expectativas, geram interpretações e dinâmicas diversas de reação. Ao valorizar o plano, o autor incorpora a contribuição *top-down* com modificações: flexibiliza-se a definição de plano e se considera seu impacto nos espaços locais.

O segundo elemento sugerido, e que deve ser considerado na análise de processos de implementação, é a organização do aparato administrativo responsável. Assim, fatores como disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e materiais, estrutura e dinâmica das regras organizacionais (formais e informais), fluxo e disponibilização de informações influenciam a forma como se dará a apropriação e implementação do plano nos espaços locais.

Apenas para ilustrar, este mesmo autor realizou uma etnografia da implementação do modelo gerencial do Programa Paideia de Saúde da Família, nos centros de saúde de Campinas e, na sua visão, verificou duas consequências para o processo relacionadas com elementos anteriormente indicados. Primeiro, embora o programa visasse à democratização da gestão dos centros de saúde, por meio da constituição de espaços coletivos, sua implantação se valeu da hierarquia formal que ocupou esses espaços, reproduziu as relações de poder estabelecidas entre categorias profissionais, e entre os profissionais e os usuários, pouco alterando a centralização decisória. Em segundo, as instâncias representativas das categorias profissionais não foram consideradas no plano. Isso impossibilitou a modificação dos processos de trabalho regrados (204).

Segundo as conclusões deste autor, nos setores que se caracterizam pela alta regulamentação dos processos de trabalho, a atuação das organizações representativas é relevante, uma vez que elas são arenas de definição das normas que regem a conduta dos profissionais. Tais normas expressam representações sobre o trabalho e sua função social e, por isso, influenciam a percepção dos indivíduos sobre as políticas e suas ações. De outra forma, as relações de poder estabelecidas nos espaços de trabalho tendem a reproduzir-se na execução de novas atividades. Assim, a leitura dos planos se dá por meio de lentes específicas. O novo é interpretado com base no conhecido. Isso traz segurança para um contexto de incerteza que caracteriza os processos de mudança. Nesse sentido, os determinantes da ação só podem ser evidenciados *a posteriori*.

No segundo bloco, o autor, e sua proposta interativa, enfatiza as condições e as características dos espaços locais, como uma das matérias-primas de análise. As especificidades desempenham um papel importante quando se quer compreender os processos de implementação. O plano será adaptado às possibilidades e aos constrangimentos encontrados nas instâncias implementadoras. Com isso, podemos integrar os aspectos centrais das duas abordagens basilares.

O terceiro bloco, apontado por esta proposta interativa, é mais amplo e diz respeito à influência das ideias sobre a ação dos atores. As ideias conformam a percepção de que os tomadores de decisão têm dos *policies issues*, influenciando a ação. Podemos encontrar outros conceitos que se propõem ao mesmo objetivo de enfatizar o peso das ideias, dos valores e da dimensão simbólica para o estudo da ação do Estado. O autor, neste terceiro elemento, também dialoga como o modelo de coalizão de defesa. Inserida nas abordagens que atentam para a importância das ideias, destacamos ainda a relevância da noção de coalizões de defesa, "*advocacy coalitions*": atores de várias organizações públicas e privadas que compartilham um projeto de política pública e procuram realizar seus objetivos comuns (194). Esse conceito, segundo Sabatier (194), combina elementos dos modelos *top-down* e *bottom-up*: adota a unidade de análise *bottom-up*, com foco nos subsistemas de políticas públicas e nas estratégias dos atores, e a preocupação *top-down*, com a forma com que os instrumentos legais constrangem o comportamento.

Também como parte da terceira geração de estudos de implementação estão as denominadas construções teóricas da implementação como jogo (136).

Esta visão trabalha com três variáveis: quantidade de mudanças ao longo, grau de consenso entre quem formula e quem implementa, e a dificuldade na implementação. Quanto maior o consenso, menor mudança. Quanto maior dificuldade, maior mudança (136). Quanto mais formuladores e implementadores estiverem envolvidos na fase de formulação, maior será o grau de consenso sobre metas e objetivos.

Acrescente-se a esta visão uma dedicação especial para identificar estas redes de formuladores, implementadores, sustentadores, avaliadores e beneficiários. Também por procurar identificar os momentos críticos, ao longo da implementação, que geram tomadas de decisão críticas por atores estratégicos, nos quais as três variáveis se expressam com mais intensidade.

Para alguns atores, estes momentos críticos, sua caracterização e, sobretudo, as decisões dos atores de implementação servem como dispositivos analisadores das mudanças na trajetória da intervenção, considerando que estes momentos críticos podem gerar decisões aceleradoras da implementação da política e, por isso, merecem ser analisados com especial atenção (141). Ao mesmo tempo, um detalhamento da análise destes momentos críticos amplia a capacidade de identificar e compreender os processos de aprendizagem durante a implementação da política, segundo estes autores.

O modelo de Barrett e Fudge (205) reafirma uma visão da implementação como um processo político e não como um processo gerencial que acontece através da dinâmica de negociação e interação entre/e dentro do sistema ambiental (socioeconômico), do sistema político e do sistema organizacional. Os autores colocam três questões fundamentais para a compreensão da ação do processo de implementação: a) multiplicidade e complexidade das ligações; b) controle e coordenação; c) conflito e consenso. A ênfase deste modelo está em questões de poder, interesses, motivações e comportamentos.

Uma outra abordagem é a desenvolvida por Howlett (136), denominada de abordagem de escolha dos instrumentos de implementação. Segundo o autor, instrumentos da política são as técnicas, os meios e as ferramentas com os quais o Estado busca atingir suas metas, sendo objetos de deliberação e atividades em todos as fases do ciclo da política pública e afetados por todas as fases desde a definição da agenda até a avaliação.

De acordo com Howlett e Ramesh (164), uma das críticas às concepções *top-down* e *bottom-up* reside no fato de que nenhuma delas apresenta uma teoria das razões pelas quais se usam, em circunstâncias específicas, certos instrumentos e mecanismos políticos – e não outros – para levar a bons termos as tarefas governamentais; e nem sobre as causas de os implementadores se comportarem como o fazem na execução das suas tarefas. Essa percepção deu origem à "abordagem da escolha de instrumentos" ou *policy design*, que parte da constatação de que, independentemente da discussão *top-down* ou *bottom-up*, a implementação de uma política requer a seleção e combinação de vários instrumentos ou ferramentas de governo para a resolução de problemas políticos.

Um primeiro diferencial, feito por Howlett, é quanto aos instrumentos, em distingui-los entre substantivos ou processuais. Os substantivos são técnicas ou mecanismos que alteram diretamente ou indiretamente o comportamento dos envolvidos com a produção, distribuição, consumo de diferentes tipos de bens e serviços na sociedade. Já os instrumentos de implementação processuais afetam os processos de produção, consumo e distribuição, e também o comportamento dos atores envolvidos na implementação da política.

Os atores das políticas estão enraizados em vários tipos de comunidades políticas. Os instrumentos processuais são parte importante da decisão dos governos, buscando alterar a relação da interação da política com o subsistema político, como afirma Klijn (206). Eles estabelecem o jogo, sem determinar o resultado, afetam a forma como a implementação se desvela e acontece sem determinar o resultado. Desenhos da política sempre tem um misto uma cesta de ferramentas de implementação processuais e substantivas

Analisando a formulação das políticas públicas, Howlett (164) aponta que a formulação de políticas inclui a identificação de restrições técnicas e políticas à ação do Estado, indicando o que é viável ou não. Existem impedimentos relativos à tecnologia disponível, aos recursos financeiros, à estrutura organizacional, à capacidade de gestão etc. Os autores sustentam que as restrições podem ser substantivas ou procedimentais. As restrições substantivas são inerentes à natureza do próprio problema; e os problemas são "objetivos" no sentido de que a sua redefinição não leva ao seu desaparecimento e o seu enfrentamento vai requerer o uso de recursos e capacidades do Estado, como, dinheiro, informação, pessoal e exercício da autoridade estatal.

Ainda, segundo Howlett (164) as restrições procedimentais dizem respeito às formas de agir admissíveis na adoção de uma alternativa ou de sua execução e podem ser institucionais ou táticas. As restrições institucionais compreendem regras constitucionais, leis, a natureza organizativa do Estado e da sociedade, e os padrões de crenças e valores que podem dar sustentação ou levar à rejeição de certas alternativas. Por exemplo, a elaboração de políticas públicas passa, dentre outras coisas, pela aprovação de medidas pelo Congresso. Se tais políticas ocorrem em um Estado federativo exigem que o governo federal e os governos subnacionais cheguem a algum acordo antes que qualquer coisa seja feita: devido às crenças e valores presentes em uma sociedade, as políticas de gênero podem ser facilmente incorporadas ou não, quando encontram forte oposição na sociedade. E, na mesma sociedade, muitas vezes, os tomadores de decisão têm de esperar um momento propício para encaminhar certas soluções para determinados problemas.

O aspecto tático se refere à identificação das ações julgadas politicamente aceitáveis e administrativamente viáveis. Quando os tomadores de decisão procuram lidar com um problema político, eles precisam responder a duas questões: “o que fazer?” e “como fazer?” Esta última envolve as “ferramentas políticas”, também chamadas “instrumentos políticos”, “instrumentos de governo” que, segundo M. Howlett (164), “são os meios e expedientes reais a que os governos recorrem para implementar políticas”. Existem vários tipos de instrumentos políticos e a análise de políticas públicas realizou diversos esforços para sistematizar o conhecimento sobre eles. Uma das mais importantes contribuições foi proporcionada por Christopher Hood (1986) *apud* Howlett (164), com o seu modelo NATO, que compreende quatro categorias de instrumentos:

> a) Modalidade/ informacional, que se refere ao uso de recursos de informação que estão à disposição dos governos como: campanhas públicas de informação; exortação; benchmarking e indicadores de desempenho; e comissões e inquéritos;
> b) Autoridade, que se refere ao uso dos poderes legais dos governantes e compreende: regulação de comando e controle; regulação delegada ou autorregulação; e comitês consultivos;
> c) Tesouro, que diz respeito aos recursos financeiros e à capacidade do governo de levantar fundos e utilizá-los. Consiste em todas as formas de transferência financeira a indivíduos, empresas e organizações por parte dos governos ou por parte de outros indivíduos, empresas ou organizações, sob o comando governamental. Compreende: subsídios (verbas, incentivos fiscais e

> empréstimos); desincentivos financeiros (impostos e taxas de uso); financiamento de advocacia, grupos de interesse e *think-tanks*;
> d) Organização, que consiste na própria capacidade organizacional do governo para desempenhar tarefas, fornecendo bens e serviços diretamente, por meio dos seus funcionários. Compreende a provisão direta; as empresas públicas; as organizações não governamentais semiautônomas; as parcerias; as organizações voluntárias; a criação de mercados e as organizações governamentais.

Com estas caracterizações se construiu uma taxionomia baseada nos recursos do governo quanto a instrumentos processuais da política. Distinguindo-se o princípio do uso como positivo (estimula participação) ou negativo (não estimula) e classificando os recursos de governo em informacional (informação, conhecimento); autoridade, financeiro e organizacional (136). Desenvolveu-se uma matriz com as seguintes variáveis: proposta do instrumento (substantivo ou processual) e recursos de governo (informacional, autoridade, financeiro organizacional).

Schneider e Ingram (207) incluem a noção de credibilidade junto à população-alvo para a capacidade do governo de fato usar tais instrumentos. A *nodalitiy*/informação requer transmissão de informação aos alvos; autoridade requer capacidade reforçada de coagir ou forçar o público-alvo a fazer algo que não necessariamente gostaria de fazer; financeiro/tesouro requer capacidade fiscal para prover aos alvos com incentivos ou não incentivos para agir em determinados caminhos; e organização requer capacidade administrativa para prover com bens ou serviços. Para isso, governos precisam ter acesso aos instrumentos, mas também os alvos têm que estar suscetíveis a recebê-los. Informação requer credibilidade; autoridade requer legitimidade; financeiro requer desejo de fazer parte daquela política; uso daquela organização requer confiança por parte dos alvos de uma estrutura administrativa é competente.

Segundo estes autores, há relação entre capacidade organizacional do governo; viabilidade de recursos e crenças dos alvos. Cada recurso não é algo absoluto, mas uma relação, formada pela capacidade do Estado e governo, e crença do público-alvo criando uma relação de governança entre as partes.

Um modelo de calibração de nível micro dos instrumentos de política, por Lider e Peters (208), descreve sete atributos dos instrumentos que afetam especificamente escolhas no nível micro: objetividade/diretividade, visibilidade, intensidade, automaticidade ou nível de administração requerida, nível de universalidade, relance na persuasão versus enforcamento e natureza. As cinco

principais características de aparição dos instrumentos são automaticidade, visibilidade, penetração, custo e precisão no alvo.

No entanto, como mostram Howlett e Ramesh (164), a seleção dos instrumentos é uma atividade complexa, influenciada por fatores, como, a natureza do subsistema de política (*policy subsystem*) e seu grau de abertura ou restrição a novos atores e a novas ideias nas decisões políticas. A efetividade de um instrumento de implementação de soluções para um *policy problem* depende tanto das escolhas específicas feitas pelos tomadores de decisão (adequação dos meios aos objetivos) quanto do contexto da implementação, incluindo suas instituições, seus jogos de conformidade e seus problemas de agente-principal.

A efetividade desses instrumentos de implementação depende, ainda, e em grande medida, da maneira como as escolhas atuais interagem com os objetivos e os meios já usados anteriormente nas complexas composições das políticas públicas. Howlett, Ramesh e Perl (164) sustentam que objetivos novos e antigos devem ser coerentes, ou seja, logicamente inter-relacionados. Já os instrumentos novos e antigos têm de ser consistentes, no sentido de não operarem em direções contraditórias.

A complexidade do ambiente da implementação e a possibilidade do insucesso orientam as preferências dos decisores por instrumentos substantivos e procedimentais que, em sua percepção, funcionam bem juntos e foram bem-sucedidos anteriormente no setor envolvido ou em outros setores semelhantes. As preferências se formam em função desses fatores, que podem estar relacionados com o que Sabatier e Mazmanian (177) chamaram de “tratabilidade” dos problemas, ou seja: a facilidade ou a dificuldade de solução e as restrições substantivas e procedimentais com que os decisores têm de lidar.

Howlett, Ramesh e Perl (164) concebem que o uso eficaz dos instrumentos políticos, tanto substantivos, como procedimentais, variam conforme duas variáveis: a) a capacidade do governo de efetuar mudanças que se expressam pela maior ou menor severidade das restrições que enfrenta; b) a complexidade do subsistema de política (*policy subsistem*), que se traduz pelo número e diferenciação dos atores políticos cujos interesses podem ser afetados pela política.

Buscando traduzir essa matriz para um exemplo da realidade brasileira, Romanini (208) cita a política de saúde no Brasil, em especial o Programa Mais Médicos, como exemplo de situação em que um problema de alta tratabilidade tem

de ser solucionado em um contexto de restrições muito severas; a implementação se torna um campo de contestações no qual os decisores lutam para aumentar os seus recursos, visando resolver o problema.

O modelo de “mapeamento retrospectivo”, já citado aqui, ganha novos contornos se mantendo na tradição *bottom-up*, pelo próprio Elmore (209), denominado também de “Mapeamento para trás e Mapeamento para frente”. Elmore tenta combinar seu trabalho anterior sobre “mapeamento retrospectivo”, um dos clássicos de baixo para cima, com o que ele chama de “mapeamento progressivo”, uma perspectiva de cima para baixo. Para tanto, argumenta que os formuladores de políticas precisam considerar tanto os instrumentos de política e outros recursos à sua disposição, quanto a estrutura de incentivos dos grupos-alvo finais, porque o sucesso do programa depende de mesclar os dois. O artigo de Elmore se preocupa principalmente em ajudar os praticantes de políticas, indicando a necessidade de usar múltiplas perspectivas na concepção e implementação dessas. Não pretende, no entanto, fornecer um modelo do processo político que possa ser usado por cientistas sociais para explicar os resultados em uma ampla variedade de cenários.

Buscar compreender o papel dos atores e dos contextos da implementação, constituindo dimensões valorizadas por um conjunto de autores. Entre eles, Denis e Champagne (210) buscam analisar características e mudanças organizacionais, como contribuição para a análise de contextos. Estes autores estabelecem 5 modelos: modelo racional, modelo de desenvolvimento organizacional, modelo psicológico, modelo estrutural e o modelo político. Como descrito por Azeredo (152), estes modelos caracterizam-se por:

(a) O modelo racional valoriza questões, como: capacidade de planejamento, controle hierárquico sobre agentes implementadores, coerência entre expectativas dos gestores em posição de autoridade e comportamentos definidos pela introdução da intervenção, comunicação adequada dos planos aos agentes de implementação e conformidade entre seus comportamentos e as diretrizes emitidas;

(b) O modelo de desenvolvimento organizacional valoriza a construção participativa da gestão da implementação da política, a descentralização dos processos de decisão e mecanismos que favoreçam uma boa comunicação. O sucesso da implementação dependerá da capacidade de gerar consenso em torno dos objetivos perseguidos;

(c) O modelo psicológico valoriza as atitudes, as mudanças nas atitudes e a relação entre atitudes e comportamentos. A capacidade de implementação está condicionada a uma intervenção que produza modificações nos fundamentos cognitivos e afetivos dos atores e da própria ação organizacional;

(d) O modelo estrutural valoriza as estruturas e os atributos organizacionais para analisar a capacidade de implementação. Conta, portanto, o tamanho da estrutura, sua capacidade de centralização, a formalização desta estrutura, contexto da relação desta organização com outras, inclusive de conflitos ou competição e atributos dos gestores das organizações;

(e) No modelo político as variáveis mais valorizadas são os jogos de poder da organização e das demais envolvidas; as intervenções convivem com pressões de poder internas e externas, gerando ajustes entre essas pressões como os resultados.

Em uma ampliação destes modelos, outro autor Richard (211), absorve os modelos de desenvolvimento organizacional, o político e o psicológico, integrando-os com três níveis de análise organizacional: macro, intermediário e micro, apresentando esta integração sob uma nova perspectiva. O nível macro se caracteriza pela análise política dos atores e instituições, mesmo que não estejam diretamente relacionados ao processo de implementação, interferindo sobre a equipe, nos demais atores e nas próprias organizações que desenvolvem a implementação. O nível intermediário tem suas centralidades na unidade organizacional que desenvolve o processo de implementação, incluindo suas estruturas, normas de funcionamento e o alinhamento com as mudanças que serão decorrentes do processo de implementação. Por fim, o nível micro, dedica-se a compreender os profissionais responsáveis pela implementação e suas características, não apenas suas formações técnicas, mas o histórico de atuações no campo da política a ser implementada: valores, crenças, percepções da política e atitudes desenvolvidas pré e ao longo da implementação.

Segundo Richard (211), fica cada vez mais evidente que o processo de implementação é um longo e complexo caminho pelo qual uma série de momentos de pontos de decisão envolve atores com valores que competem, que possuem interesses conflitantes e diferenciais de poder, resultando em transformações entre as intenções, diretrizes, desenho da política e a realidade prática.

Os processos, pelos quais as diretrizes e desenhos das políticas públicas são transformadas em resultados práticos, são complexos, tortuosos e entrecortados por fatores de distintas ordens – organizacionais, políticos, técnicos, estruturais e psicológicos. Segundo Medina (212), é importante empregar modelos que foquem distintas ordens de variáveis, pois elas constituem uma composição de variáveis e categorias analíticas, como pedaços "caleidoscópicos", amplificando a riqueza e o poder analítico dos estudos de implementação.

Consideramos que os estudos de terceira geração abriram uma nova perspectiva promissora para ampliar a capacidade de compreensão e o esforço analítico nos estudos de implementação de políticas públicas. Procuramos percorrer aqui um conjunto de estudos, desenvolvimento teórico e modelos que percorrem tais esforços. Pela importância que têm na produção dos estudos de primeira geração e no esforço de superar suas deficiências e promover tal hibridização, consideramos importante reproduzir ao final reflexões especificas feitas por Sabatier sobre este tema.

O autor (194) sugere que a abordagem de cima para baixo é útil, em primeiro lugar, nos casos em que existe um programa público dominante na área de política em consideração ou onde o analista está apenas interessado na eficácia de um programa. Em segundo lugar, em uma nota mais geral, a abordagem de cima para baixo é mais útil para fazer uma avaliação preliminar de qual abordagem usar. Em terceiro, quando as pontuações nas seis condições de implementação efetiva, já estabelecidas neste capítulo pelo mesmo autor, são relativamente altas e o investigador está primeiramente interessado na média de resultados de políticas e resultados, a abordagem de cima para baixo é apropriada (194).

Por outro lado, sugere que em áreas políticas, como a formação de mão-de-obra e o desenvolvimento do emprego, que envolvem necessariamente uma multiplicidade de atores públicos e privados, a abordagem de baixo para cima é mais apropriada. Também para os casos em que as pontuações nas seis condições são relativamente baixas e se está interessado na variação interlocal, então a abordagem *bottom-up* deve ser empregada (194)

Segundo o autor (194), quando as pontuações nas seis condições são moderadas ou mistas, a metodologia apropriada depende do interesse do pesquisador, principalmente para as respostas médias ou na avaliação da variação interlocal. O *top-down* é mais apropriado para o primeiro, porque se concentra à

medida que o sistema geral é estruturado/restrito. O *bottom-up* se concentra nas estruturas locais de implementação e, portanto, é melhor para avaliar a dinâmica da variação local.

Em resumo, para Sabatier (194), a abordagem de cima para baixo parece ter uma vantagem comparativa em situações nas quais a) há uma parte dominante da legislação estruturando a situação ou b) os fundos de pesquisa são muito limitados: um está principalmente interessado em respostas médias e a situação é estruturada, pelo menos, moderadamente bem. Em contrapartida, a abordagem *bottom-up* é mais apropriada em situações que a) não existe uma legislação dominante, mas sim um grande número de atores sem dependência de poder ou b) se está principalmente interessado na dinâmica de diferentes situações locais.

Outro esforço de Sabatier é exatamente em dialogar com uma perspectiva de síntese e hibridização, apresentando uma estrutura de coalizão de defesa de mudança política. Parte-se da concepção de um subsistema da política, não uma lei ou uma decisão isolada, para em seguida examinar as estratégias empregadas por atores relevantes nos setores público e privado em vários níveis de governo, e à medida que tentam lidar com a questão de forma consistente e com seus objetivos (194). Neste item, Sabatier considera utilizar as técnicas de maceramento das redes atores de Hjern (213), uma das referências dos modelos *bottom-ups*. Da mesma forma, as preocupações dos teóricos de cima para baixo com a maneira pela qual os fatores legais e socioeconômicos estruturam as opções comportamentais precisam ser incorporadas à síntese, assim como suas preocupações com a validade dos pressupostos causais por trás de programas e estratégias específicos. Isso leva a um foco em: a) os efeitos das mudanças socioeconômicas (e outras) externas ao subsistema da política sobre os recursos e estratégias dos atores; b) as tentativas de vários atores de manipular os atributos legais dos programas governamentais para atingir seus objetivos ao longo do tempo; c) os esforços dos atores para melhorarem sua compreensão da magnitude e dos fatores que afetam o problema, bem como os impactos de vários instrumentos de política à medida que aprendem com a experiência.

Considerando a importância do aprendizado no processo de implementação da política, a atenção muda da implementação da política para a mudança de política ao longo de períodos de 10 a 20 anos. O intervalo de tempo mais longo cria, no entanto, a necessidade de agregar atores a um número

gerenciável de grupos. Para o autor, o princípio de agregação mais útil parece ser pelo sistema de crenças. Isso produz um foco em “coalizões de defesa”, ou seja, atores de várias organizações públicas e privadas que compartilham um conjunto de crenças e que buscam realizar seus objetivos comuns ao longo do tempo.

Em suma, a síntese adota a unidade de análise dos seguidores do modelo *bottom-up*, uma variedade de atores públicos e privados envolvidos com um problema político, bem como suas preocupações com a compreensão das perspectivas e estratégias de todas as principais categorias de atores (não apenas programas proponentes). Em seguida, combina esse ponto de partida com as preocupações, das mais importantes, com a maneira pela qual as condições socioeconômicas e os instrumentos legais restringem o comportamento. Aplica esta perspectiva sintetizada à análise da mudança de política ao longo de períodos de uma década ou mais. Esse período temporal é necessário para lidar com o papel da aprendizagem orientada por políticas: um tópico identificado como crítico em vários estudos de cima para baixo, embora de forma alguma inerente a essa abordagem. Por fim, a síntese adota o estilo intelectual (ou perspectiva metodológica) de muitos *top-down*, a disposição de utilizar construções teóricas razoavelmente abstratas e operar a partir de um retrato da realidade reconhecidamente simplificado (214)).

Através deste modelo, Sabatier busca reafirmar que a estrutura de coalizão de defesa parte da premissa de a unidade agregada de análise mais útil para entender as mudanças políticas nas sociedades industriais modernas não é uma organização governamental específica, mas sim, um subsistema de políticas, ou seja, os atores de uma variedade de organizações públicas e privadas ativas, preocupados com um problema ou com uma questão política, acompanhado por outros autores (214). O autor aponta para dois conjuntos de variáveis exógenas, uma razoavelmente estável e outra dinâmica, que afetam as restrições e recursos dos atores do subsistema. Mas, também há fatores mais dinâmicos, incluindo mudanças nas condições socioeconômicas e nas coalizões governamentais que abrangem todo o sistema, que fornecem algumas das principais fontes de mudança de políticas.

Todos esses recursos são extraídos de modelos *top-down* que "estruturam" a formulação de políticas. Dentro do subsistema, o *framework* se baseia fortemente na abordagem *bottom-up*. No entanto, parte do pressuposto de que os atores podem ser agregados em várias coalizões de *advocacy*, cada uma composta

por políticos, funcionários de agências, líderes de grupos de interesse e intelectuais que compartilham um conjunto de crenças normativas e causais sobre as questões políticas centrais. Em qualquer momento específico, cada coalizão adota uma estratégia(s) que prevê uma ou mais mudanças nas instituições governamentais percebidas para promover seus objetivos políticos. Estratégias conflitantes de diferentes coalizões são mediadas por um terceiro grupo de atores, aqui denominados "agentes da política", cuja principal preocupação é encontrar algum compromisso razoável que reduza o conflito intenso.

O resultado final é a legislação ou os decretos governamentais que estabelecem ou modificam um ou mais programas de ação governamental no nível da escolha coletiva (215). Estes, por sua vez, produzem resultados de políticas no nível operacional (por exemplo, decisões de permissão da agência). Esses resultados, no nível operacional, mediados por vários outros fatores (mas notavelmente a validade da teoria causal subjacente ao programa), resultam em uma variedade de impactos nos parâmetros de problemas visados. Neste ponto, a estrutura requer elementos adicionais que normalmente não são centrais nos estudos de implementação. Alguns aspectos da política pública mudam claramente com mais frequência do que outros. A fim de obter uma abordagem conceitual sobre isso, a estrutura distingue o núcleo dos aspectos secundários de um sistema de crenças ou de um programa de ação governamental.

O autor denomina componentes do sistema de crenças como o Núcleo da Política e os Aspectos Secundários (214). Reconhece que as coalizões relutarão muito em alterar suas crenças em questões centrais, como o escopo apropriado da atividade governamental versus de mercado; sua orientação sobre conflitos políticos básicos; a distribuição relativa de autoridade entre os diferentes níveis de governo; ou a identificação de grupos sociais cujo bem-estar é mais crítico.

Por outro lado, reconhece mudanças nos atributos secundários dos programas: tópicos com os prazos apropriados; a importância relativa de componentes da causalidade do problema; os métodos mais válidos de mensuração; o orçamento de execução; a viabilidade percebida de tecnologias específicas; e a definição dos efeitos. Embora todos tenham sido objeto de debate vigoroso, representam escolhas instrumentais bastante marginais dentro do contexto das crenças centrais. A estrutura, aspecto central de um programa de ação governamental, e a força relativa de coalizões de defesa competitivas dentro de um

subsistema de políticas normalmente permanecerão bastante estáveis durante períodos de uma década ou mais. As principais alterações no núcleo da política serão, normalmente, o produto de mudanças externas ao subsistema, particularmente perturbações socioeconômicas de larga escala ou mudanças na coalizão governamental de todo o sistema. Embora as mudanças no núcleo da política sejam geralmente o resultado de perturbações externas, as mudanças nos aspectos secundários de um programa de ação governamental são frequentemente o resultado de aprendizado orientado por políticas por várias coalizões ou agentes de políticas (214).

Seguindo Heclo (216), a aprendizagem orientada por políticas se refere às alterações relativamente duradouras de pensamento, ou comportamento, ou aprendizado orientado por políticas envolvem os ciclos internos de *feedback*, bem como um maior conhecimento do estado dos parâmetros do problema e dos fatores que os afetam. O modelo de Sabatier (194) reconhece que a grande maioria dos debates sobre políticas envolve aspectos secundários de um programa de ação governamental. De fato, uma das principais preocupações da estrutura é analisar as condições institucionais que levam a essa aprendizagem e os casos em que a aprendizagem cumulativa pode levar a mudanças no núcleo da política. Essa visão geral deve, no entanto, indicar como ela sintetiza elementos importantes de perspectivas *top-down* e *bottom-up* dentro da literatura de implementação, inspirando-se na produção de uma série de outros autores, como também incluindo aqueles sobre mudança de política de longo prazo (216, 217), e estabilidade da coalizão (218).

3.2.6. Aproximando a produção e a reflexão da saúde coletiva a este campo

Paralelamente ao desenvolvimento deste campo de estudos de implementação, sobretudo com contribuições das Ciências Políticas, especialmente do campo de políticas públicas, cresceu no Brasil uma vasta produção na saúde brasileira e a consolidação de um campo de produção teórica, a Saúde Coletiva, com ramificações específicas, como as Ciências Sociais em Saúde, a Epidemiologia e a área de Planejamento e Política de Saúde (219).

Cada uma dessas áreas de concentração desenvolveu uma vasta produção científica, enriquecida pelas mudanças históricas ocorridas no Brasil neste

período. Apenas citando algumas que dialogam com cada uma das três áreas, com as Ciências Sociais em saúde, a profunda transformação da sociedade brasileira com a crescente urbanização, a redemocratização do país e a inserção nos mercados globais, no contexto de uma nova sociedade em rede e com novas pautas contemporâneas, sejam advindas da segmentação em classes ou dos temas identitários. Com relação à Epidemiologia, a transição demográfica de um país que envelhece e se urbaniza, bem como a abertura dos estudos que relacionam determinantes sociais com o processo saúde e doença. Na área de Políticas de Saúde e Planejamento, a emergência do Sistema Único de Saúde no país e os novos desafios de sua construção e desenvolvimento, sobretudo a partir das perspectivas de construção de modelos técnicos assistenciais, em um período que se desenvolve, em outro campo, um conjunto de modelos de avaliação de políticas de saúde inspirado na Teoria Geral da Administração e no chamado gerencialismo (220).

O exercício que desenvolvemos neste capítulo é compreender em que medida as duas produções interagiram neste período em que se desenvolveram os estudos de implementação em políticas públicas e a produção em saúde coletiva, especialmente na área de planejamento e política de saúde, e em que medida novas interações são possíveis, contribuindo para este estudo e para uma produção reflexiva para o campo da saúde coletiva e dos estudos em políticas públicas.

Inicialmente, Oliveira (221) traz uma constatação interessante ao defender um argumento de que o chamado campo da “saúde pública” tem forte interface com o das ciências sociais, dando origem àquilo que hoje se chama “Ciências Sociais em Saúde”; entretanto, essa interface ocorre mais frequentemente com a sociologia e com a antropologia, e é bem menos recorrente com a ciência política, cuja produção científica é pouco utilizada como embasamento teórico para a análise das políticas públicas em saúde.

A autora, para sustentar este argumento, realiza um estudo de levantamento da produção recente da revista Saúde e Sociedade, utilizando este expediente metodológico para a análise da proximidade e distanciamento dos dois campos: a produção da saúde coletiva e a produção em política pública, em especial os estudos de implementação. Para a mesma, justifica-se a importância dessa análise devido ao ganho que os estudos sobre políticas públicas específicas - no caso, a saúde pública - têm ao incorporar o ferramental de análise das políticas

públicas, conforme já apontado (151). Este estudo constata, pela análise dos artigos publicados na revista nos últimos dez anos (2005-2015), que apesar de muitos deles tratarem de políticas públicas específicas, como, gestão dos sistemas de saúde em geral; políticas voltadas aos idosos, jovens ou crianças; recursos humanos em saúde, entre outras, pouquíssimos expandem os horizontes teóricos para outros instrumentos que podem ser úteis para explicar tais processos, em vez de apenas descrevê-los e/ou analisá-los com base na produção endógena da própria área da saúde.

A autora amplia o escopo da sua análise ao analisar as reflexões apresentadas em um número especial da mesma revista (222), que traz um dossiê sobre a interface entre as Ciências Sociais e Saúde Coletiva. A sua observação é que a referência mais geral à ciência política está presente, mas não aquela específica das políticas públicas, as quais recebem pouca atenção. Ademais, como já mencionado, a presença da ciência política é significativamente menor, quando falamos em "Ciências Sociais em Saúde", do que a da Sociologia ou da Antropologia. Ou seja, sem reduzir a importância e muito menos a qualidade das reflexões feitas pela área das Ciências Sociais em Saúde nos referidos artigos, aponta que o diálogo entre a saúde e a Sociologia e a Antropologia é muito maior do que o entre a Saúde e a Ciência Política, o que para autora explicaria a fraca presença do campo de políticas públicas

A autora busca refletir a respeito desta referida lacuna no diálogo e na interação entre os dois campos. Uma das hipóteses que apresenta é a dificuldade dos diálogos interdisciplinares. Para ela, a própria estrutura institucional das universidades, baseadas em departamentos, reforça a lógica disciplinar. Em segundo lugar, as associações profissionais, conferências e periódicos também se somam a essa lógica, reforçando a disciplinaridade (223). Aprofundando o entendimento sobre essas dificuldades, a autora recupera o que foi citado por Brewer (1999) *apud* Faria (2013) como alguns desestímulos ao trabalho interdisciplinar, os quais merecem atenção para o debate aqui apresentado:

a) diferentes culturas e quadros de referência envolvidos no trabalho interdisciplinar;

b) diferentes métodos e/ou objetivos que pautam as pesquisas, tanto no interior das disciplinas como entre elas, assim como as diferenças de linguagens e "jargões";

c) os desafios pessoais relativos à aquisição de confiança e respeito pelos pares, daqueles que trabalham em diferentes campos e disciplinas;

d) os entraves institucionais relacionados ao financiamento e outros incentivos dados ao trabalho interdisciplinar em oposição ao disciplinar.

Parte desses argumentos foi reforçada por Minayo et al. (224), quando afirmaram que a articulação entre diferentes campos de saber só é possível se passar por traduções das distintas lógicas e critérios de cientificidade, de uma hermenêutica do *modus operandi* de cada metodologia e da arquitetura dos conceitos que cada teoria de referência apresenta. Sem esse metadiálogo, os praticantes das diferentes tradições científicas estarão restritos ao infrutífero debate dos limites desse ou daquele conceito e de sua operacionalização, ou se reduzem a justapor métodos (224).

Somado a estes, Faria (223) ainda acrescenta outros dois: a socialização precoce dos pesquisadores no cânone disciplinar (o que pode ser explicado pela estrutura departamental das universidades) e o fato de a revisão pelos pares (*peer review*) ser, também, uma revisão disciplinar. Olhando especificamente para o caso brasileiro, o autor aponta ainda fatores adicionais, merecendo destaque o fato de que são escassas no país linhas de financiamentos destinadas especificamente às pesquisas interdisciplinares, apesar da priorização do trabalho interinstitucional (223).

A autora, neste mesmo estudo, discorre sobre um conjunto de temas estudados na área de políticas públicas de saúde. Esta identifica um conjunto de estratégias de exploração sobre estes temas, entre eles: a formação de agenda, formulação de políticas públicas e processos decisórios; atores e arenas nas quais estes interagiram; a decisão sobre a adoção de um sistema público e universal de saúde; as decisões em torno dos investimentos em saúde; as coalizões partidárias envolvidas no processo de aprovação e aprimoramento do SUS; ou a produção legislativa em saúde e sua relação como o desenvolvimento e consolidação do SUS.

Em um segundo conjunto de estudos, esta mesma autora aponta estratégias exploratórias que buscam observar a questão das ideias e interesses envolvidos nos processos decisórios. Nestes ela aponta uma série de dimensões em que haveria uma concentração na análise. Seriam a interação entre agentes públicos e privados ao longo do processo de definição de políticas públicas; análises sobre arranjos institucionais resultantes das relações; caracterização de disputas

entre concepções e conhecimentos científicos nos processos de formulação de políticas, de tomada de decisões de governos ou de programas e, por fim, as decisões governamentais ou de conselhos gestores acerca da gestão da saúde pública nos níveis federal, estadual ou municipal.

As fases da implementação e da avaliação de programas governamentais, ainda que pouco estudadas no contexto nacional, conforme constatou Faria (225), são consideradas variáveis importantes para o sucesso dos governos na consecução de suas políticas públicas. A implementação pode, em primeiro lugar, atuar como uma barreira para políticas adequada ou inadequadamente formuladas: se mal formuladas, não conseguem sequer ser implementadas ou as são, mas com resultados insatisfatórios; por outro lado, se bem formuladas, mas com problemas na implementação, não alcançam os objetivos almejados.

No caso da política de saúde, a autora identifica que a maioria dos trabalhos analisa resultados de políticas e programas governamentais. a gestão dos serviços de saúde e seus distintos modelos, a gestão de recursos humanos, a avaliação dos gastos ou a avaliação por parte dos usuários. Em geral, os trabalhos visam justamente avaliar eficiência, eficácia e/ou efetividade das políticas de saúde, relacionando os objetivos propostos das políticas e programas com os resultados obtidos, averiguando em que medida atingiram os objetivos e metas estabelecidas. São poucos os que se escoram nas teorias de avaliação de políticas públicas para a análise dos programas e políticas estudadas. Em geral, analisam os resultados, não com base numa discussão teórica atrelada ao campo de políticas públicas e à fase da avaliação.

A autora em seu estudo encontrou 627 artigos publicados na revista Saúde e Sociedade entre 2005 e 2015, 34 apresentam como palavra-chave os termos “política pública”, “política de saúde”, “participação social” ou “controle social”, e “gestão da saúde” ou “gestão de serviço de saúde”. O que os dados demonstram é que apenas um quarto dos trabalhos que apresentam palavras-chave com termos relacionados ao campo das políticas públicas, de fato se apropriam do ferramental teórico da área. Somado a isso, em relação ao número total de artigos, menos de 5% o utiliza, ainda que lidem com análise de programas e experiências de saúde pública - mesmo quando não utilizam os descritores selecionados.

A autora sinaliza que nesta medida os estudos no âmbito da saúde coletiva, em especial na área de concentração de políticas de saúde, poderiam estar perdendo a capacidade de compreensão da complexidade e dos mecanismos causais que compõem o ciclo de políticas públicas e suas fases – na prática frequentemente sobrepostas –, atores e arenas institucionais onde os conflitos e acordos acontecem, que é o objetivo central do campo das políticas públicas, cujos instrumentos analíticos devem ser utilizados para a compreensão dos processos de políticas das mais diferentes áreas, como afirmou Lasswell (151).

Além das hipóteses das dificuldades de uma abordagem multidisciplinar e da pouca aproximação da tradição da produção em saúde no Brasil com a área das Ciências Políticas, em contraposição à proximidade e diálogo com a Sociologia e Antropologia, a autora não procura aprofundar outras hipóteses.

Outro escopo de busca da apreensão da interação entre estes dois campos da produção de conhecimento, desenvolvemos através da contribuição trazida por um conjunto de autores que estudam as especificidades da avaliação em saúde, Brousselle (226), Champagne (174), Denis (227), Contrandipoulos (228), Hartz (229). Buscaremos analisá-la a partir dos estudos e orientações apresentados por estes autores em torno do conceito de Análise de Implantação.

Tais autores partem de uma perspectiva de que a análise de implantação se interessa pelas relações entre o contexto, as variações na implantação e os efeitos trazidos pela intervenção (226). A análise de implantação seria um convite em estudar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante a sua implementação, tendo por objetivo apreciar o modo como, em um contexto particular, uma intervenção provoca mudanças em determinada realidade, em especial na realidade de saúde. Nesta perspectiva, conforme apontado pelos autores, a análise de implantação poderia aumentar a utilidade do resultado de pesquisas avaliativas. Ela traz, com efeito, informações sobre os meios mais suscetíveis de se beneficiar de uma intervenção, precisando melhor qual a variável independente, quando se deve usar a análise dos efeitos, precisando melhor o modo de acessar os vários graus de implantação e sua relação sobre os efeitos. Ao mesmo tempo, contribuem em delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção.

Ao usarem o conceito implantação, os autores o definem como a implementação concreta de uma intervenção, em um contexto preciso, que pode ser

descrito com base em suas dimensões simbólicas, organizacionais e físicas. O processo de implantação acontece em sequência à decisão de intervenção, e uma das avaliações a serem feitas seria a avaliação da discrepância, *discrepancy evaluation*, que procura saber até onde um programa poderia se afastar de sua forma ideal permanecendo uma variante aceitável da forma original, sem se tornar um novo programa, e a avaliação de processos: que tipo de conformação deve ter o programa? O que é fornecido? Por que há diferenças entre o programa inicial e aquele que é realmente implantado?

Os autores criam quatro tipologias de análise de implantação que abaixo apresentamos como descrito pelos mesmos (226):

a) tipo 1a: análise de transformação de uma intervenção; explicar como a intervenção, ao longo do tempo, adapta-se, molda-se, muda a envergadura diante do contexto. A análise dos processos tenta justificar os sucessos, os fracassos e as mudanças do programa. Baseia-se em uma concepção dinâmica da intervenção, que ela dota de características particulares uma vez implantada e se transforma no plano organizacional, em função da característica do contexto. Não esquecer que o contexto da implantação é o lugar do encontro de interesses de jogos políticos de diferentes atores, mesmo que idealmente a intervenção devesse ser um lugar racional, de planejar. Uma vez implantada, uma intervenção se torna; pois, muito, ligada ao seu contexto. O contexto traz barreiras ou facilidades de implantar;

b) tipo 1b: análise dos determinantes contextuais do grau de implementação da intervenção; este tipo ajuda a entender as variações encontradas em relação aos graus de implementação ou sua integralidade. Etapas necessárias para avaliar uma medida adequada do grau de implementação de uma intervenção. Este tipo de análise segue um postulado que estabelece que o grau de implementação influencia grandemente os efeitos produzidos por uma intervenção. A validade do conteúdo, intensidade das atividades, adequação e qualidade das atividades contribuem com a integralidade da implementação. a) descrição dos componentes da intervenção; b) conhecimento das práticas necessárias para intervenção; c) práticas habituais nas abares atingidas pela intervenção; d) análise da variação da intervenção em função de características contextuais. Convém para intervenções complexas, sequenciais em ambiente complexos;

c) tipo 2: análise da influenciada variação da implantação sobre os efeitos observados: correlaciona a variação da implementação sobre os efeitos;

denominado de "especificação do tratamento" em sua dimensão empírica da análise dos componentes da intervenção (*components analysis*). Busca afastar o risco de avaliar resultados e eficácia sem avaliar o grau e implantação para se estabelecer relações. Ela pode se revelar difícil se as práticas habituais dos agentes de implantar tiverem que mudar tanto;

d) tipo 3: análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados. As características contextuais podem reduzir ou ampliar o impacto de uma intervenção, e avaliar variados dos efeitos após a introdução da implantação. Concretamente quando da introdução de uma intervenção algumas características contextuais, exemplo, a instituição/organização, podem potencializar (sinergia) ou bloquear os efeitos de implantação. Os agentes de implementação (*implementors*) podem ampliar ou reduzir os efeitos de uma intervenção depois a sua implantação.

Embora não seja objeto deste capítulo, particularmente acredito que além das mencionadas por Oliveira (221), outras hipóteses deveriam ser aprofundadas sobre o distanciamento da produção da saúde coletiva e do campo das políticas públicas. Em que medida, o fato de a área de planejamento em políticas de saúde no Brasil ter sido fortemente influenciado, ao longo dos seus anos, pela produção acerca do planejamento e suas várias metodologias, seja suas variáveis normativas e estratégica-situacional, bem como suas perspectivas que dialogam com ferramentas da análise institucional, não contribuem para o foco na avaliação da eficácia e efetividade das produções? Outra dúvida que colocamos é em que medida a invasão das Teorias Gerais da Administração e do gerencialismo não estariam direcionados os estudos de avaliação de políticas e implementação para a área de avaliação de programas, concentrando-se nos itens de sucesso em eficiência e efetividade.

Independente das hipóteses a serem compreendidas, concordamos com a avaliação apontada pela autora, ao considerarmos uma perda de ampliação do olhar analítico, a baixa interlocução e diálogo entre os dois campos de reflexão, a saúde coletiva e as políticas públicas, e, em especial, os estudos de implementação. Gostaríamos de acrescentar que consideramos que as perdas ocorrem para as duas dimensões. Do lado da saúde coletiva, o não exercício de um novo olhar para avaliação da implementação de nossas políticas. Do lado dos estudos em políticas públicas, o não aproveitamento de um campo rico de produção de políticas públicas

e programas, sobretudo, no contexto brasileiro, pelas dimensões da política nacional de saúde, dos enormes desafios de desenvolvimento do SUS e pelas várias esferas federativas de governo envolvidas, bem como seus conselhos e instâncias de participação e controle social.

3.2.7. Poder, sujeito e tecnologias de governo: outras categorias para interagirmos com a implementação de políticas

A compreensão de potencialidades das ferramentas dos estudos de política públicas e, dentre estes, os estudos de implementação, e sua disposição e vontade de utilizá-los para descrever e analisar fenômenos no campo da saúde pública na realidade brasileira, não significa desprezar suas limitações. Uma análise crítica necessária ao surgimento das disciplinas de políticas públicas, sobretudo no contexto acadêmico dos Estados Unidos, aponta para o fato de concentrar-se sobre a ação dos governos. Esta concentração se dedica a uma preocupação secundária, a melhor compreensão das concepções dos Estados onde se desenvolvem essas políticas públicas (230). Essa autora aponta para o fato dessa tradição ser diversa, com os estudos concentrados nas análises da natureza dos Estados e as suas instituições.

Outros autores apontam para os limites de uma abordagem sobre as políticas públicas e os estudos de implementação que desconsideram as contribuições que as Teorias do Estado (231) e suas visões sobre as quais se elabora e implementa políticas públicas. As concepções de Estado exercem influência sobre a definição e implementação de políticas públicas; portanto, as contribuições teóricas que buscam compreendê-las a partir de teorias abrangentes não devem ser desprezadas. Contribuições teóricas que apontam para o papel do Estado como regulador a serviço da manutenção e reprodução das relações capitalistas, para sua visão sobre o esvaziamento do Estado de Bem-Estar Social e para a apropriação do fundo público, influenciado pela financeirização da economia (232), não devem ser desprezadas ao utilizarmos as ferramentas de políticas para compreendemos os fenômenos da saúde pública no contexto brasileiro. Nesta mesma linha teórica, não se deve desprezar na análise crítica certa caracterização de um Estado Empreendedor, em que o risco financeiro, ético e social de inovações, a partir do mundo privado, inclusive no campo da saúde pública, ficam para o poder

público (233). O mesmo para o fato de, em algumas decisões do ato de governar, as políticas públicas estarem amparadas por certa visão liberal da formação do Estado, que enxerga o direito à liberdade uma necessidade de abstenção do Estado e redução ao mínimo das suas capacidades de intervenção, com as intervenções estatais sendo prejudiciais ou inócuas (234), ainda assim, não podem ser abandonadas nos esforços de análise das políticas públicas e da sua implementação.

Neste sentido, concentrar-se apenas nas ferramentas dos estudos de políticas públicas poderia reduzir a capacidade de generalização, como defendem alguns autores sobre a necessidade do estabelecimento de referências comuns e procedimentos de pesquisa generalizáveis, defendendo uma abordagem do Direito e Políticas Públicas buscando considerar a utilização das denominadas Teorias de Médio Alcance (235, 236). Considera-se, ao mesmo tempo, que a compreensão dos processos de implementação de uma política pública não se resume à compreensão dos interesses de classe ou mesmo dos grupos de interesse que se envolvem nos estabelecimentos daquela política, ou mesmo do Estado que a produz. Portanto, as ferramentas que discutimos neste capítulo podem contribuir para trazermos outros elementos para a compreensão deste processo que envolve atores, instrumentos, marcos legais, dinâmicas da administração pública e da sociedade com características diversas. Neste sentido, o exercício de confrontarmos tais ferramentas com outras categorias de análise ampliam as nossas possibilidades.

A categoria Poder já era considerada essencial para as políticas de saúde nas reflexões de Mario Testa (237). Para este autor, os problemas de saúde, enquanto problemas sociais, só podem ser resolvidos a partir do social, visto que uma totalidade do social não é divisível, não pode ser separada em partes, tendo o postulado coerência para a interpretação dos problemas de saúde enquanto problemas sociais e para a compreensão e análise do Poder na sociedade e no setor (237).

Ao compreender os problemas de saúde como socialmente determinados, Testa se interessa pelo comportamento dos atores sociais, e põe ênfase na análise das relações de Poder e na consideração das práticas de saúde, enquanto práticas ideológicas, conformadoras de seus sujeitos. Não é possível modificar o social com propostas setoriais. Estas podem, apenas, criar condições que abram caminho para a modificação do social. Para mudar o social, é necessário pensar na questão do

Poder, pois para Testa, o Poder é a categoria central para a análise da dinâmica social. Para tanto, considera-se o problema do poder, admitindo-se o conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema na qual se planeja, fazendo parte do processo de planejamento a análise e a construção da viabilidade política. Testa, assim, avança de uma proposta de planejamento estratégico em saúde para um pensar a ação política em saúde (238).

Poder e Ideologia são categorias que fundamentam esse pensar, sendo escolhidas para a análise de sua proposta. A categoria Poder assume um lugar absolutamente central na dinâmica social. A categoria Ideologia é definida a partir de um saber, como uma visão de mundo, e de uma prática, como construtora de sujeito (100).

Dessa discussão, conclui-se que as práticas de saúde, enquanto práticas sociais, são práticas ideológicas e afetam as concepções de mundo de seus sujeitos, sendo difícil, porém, garantir a direcionalidade da mudança dessas concepções. E se argumenta favoravelmente ao conteúdo transformador da proposta de Testa para o planejamento em saúde, por desvendar os conteúdos de poder nas ações em saúde, não escamoteando as bases reais da dominação e por ser transparente nos deslocamentos de poder que objetiva.

Para Testa, implementar uma ação de saúde — a estratégia — leva a alcançar um certo deslocamento de poder. Portanto, é fundamental compreender o que é, suas determinações, suas relações, seus recursos, e encontrar formas para analisá-lo em sua distribuição setorial. O autor nos convida a buscar compreender a distribuição interna aos serviços, analisar as relações de poder que aí ocorrem, partindo de uma compreensão da distribuição de três tipos de poder em saúde: o técnico, o administrativo e o político.

Por mais que aprofunde e expanda a compreensão da categoria Poder no interior das políticas e instituições de saúde, Testa parte de uma compreensão estruturalista da dinâmica da sociedade como um todo, e das políticas e determinantes em saúde em particular.

Na tradição marxista, o poder advém de sua categoria fundamental, que embasa cientificamente toda a sua análise social, que é o conceito de Classe, entendido nas suas dimensões filosóficas, históricas e econômica (239). O poder está intrinsecamente constituído e ligado a classe dominante, e não apenas definido

a partir da matriz econômica, do domínio dos modos de produção, mas de como este domínio se expressou ao longo da História, inclusive nas sociedades pré-capitalistas, cujas explicações sobre a origem do poder político poderiam estar calcadas em outras dimensões: o poderio militar, a hereditariedade, a relação com o divino e o domínio da terra.

À medida que as classes sociais não existem de maneira isolada, mas como parte de um sistema de classes, com relações específicas que se estabelecem entre elas, a base da constituição, da consolidação, da conquista, da manutenção e da reprodução do poder está na própria luta de classes, cujos interesses e objetivos são contrários e opostos.

Seguindo tradição marxista, a visão de Gramsci (150) expande a análise da sociedade capitalista contemporânea, aprofundando os conceitos de Estrutura e Superestrutura. A Estrutura está relacionada com o modo de produção. A Superestrutura, pautada na sociedade civil e sociedade política, definindo a sociedade civil como organismos privados, escola, igreja, movimentos sociais organizados, cultura e suas manifestações artísticas, e partidos; a sociedade política é definida como o Estado que exerce coerção, forças militares, leis e tribunais e um aparelho coercitivo que vem para moldar a massa ao tipo de produção e economia conforme o momento histórico em que a sociedade vive. O poder, não advém apenas das classes constituídas com base na organização econômica, mas seria definido pelas relações e forças desta sociedade, que se constituem por blocos históricos, compostos por classes sociais, organismos da sociedade civil e política: um conjunto complexo e contraditório, no qual permanece existindo uma luta de classes entre burgueses x proletariado.

As diferenças sociais advindas do exercício deste poder estão tensionadas não apenas pela posição de cada um em relação aos modos de produção, sobretudo, na capacidade dos blocos históricos em exercer sua hegemonia por estas complexas dimensões da sociedade, permitindo consolidações, legitimações, deslocamentos e transformações do bloco histórico hegemônico, mesmo sem profundas transformações, *a priori*, nos modos de produção. O exercício do poder não se limita ao domínio dos meios de produção nem às estruturas legais/jurídicas e coercitivas do Estado, como não também se localiza ali sua transformação, mas, sim, em uma construção nas dimensões da

sociedade política e sociedade civil, na construção de novos consensos e exercício de hegemonia.

Segundo Foucault, a concepção marxista e as concepções liberais sempre são pensadas a partir da economia (240). Na concepção marxista, o economicismo não diz respeito tanto à formação poder quanto à sua função histórica: o poder serve para manter certas relações de produção. Nas concepções liberais, o poder é algo como uma coisa, um bem, sujeito a contrato, objeto de posse, conquista e de alienação.

Foucault busca abandonar ambas as concepções, o que implica também em deixar de lado o conceito de poder soberano e certa visão legal do poder. O poder emerge de um contrato; o poder emerge do domínio dos modos de produção por uma classe social. Foucault aponta um poder visto, se montarmos uma visão espacial, de suas extremidades, de baixo, não como algo que é possuído, mas como algo que é exercido, e como os sujeitos se relacionam um com outro, estabelecendo assim relações de poder. "O poder, no final, é menos da ordem de confronto entre dois adversários ou o comprometimento de um com outro do que a ordem de 'governo'. O poder não como coisa, nem como lugar, mas como relações de poder" (240). Para Foucault, as relações de poder estão em vários lugares

> quando se fala de poder, as pessoas pensam imediatamente em uma estrutura política, em um governo, em uma classe social dominante, no senhor diante do escravo etc. Não é absolutamente o que penso quando falo das relações de poder. Quero dizer que, nas relações humanas, quaisquer que sejam elas – quer se trate de comunicar verbalmente, como o fazemos agora, ou se trate de relações amorosas, institucionais ou econômicas –, o poder está sempre presente... Essas relações de poder são móveis, ou seja, podem se modificar, não são dadas de uma vez por todas. Essas relações de poder são, portanto, móveis, reversíveis e instáveis (240).

Tais relações de poder, construídas nos espaços mais variados, convivem permanentemente com práticas de liberdade. Foucault chega afirmar que, para que se exerça uma relação de poder, é preciso que haja sempre, dos dois lados, pelo menos certa forma de liberdade.

> Mesmo quando a relação de poder é completamente desequilibrada, quando verdadeiramente se pode dizer que um tem todo poder sobre o outro, um poder só pode se exercer sobre o outro à medida que

> ainda reste a esse último a possibilidade de se matar... ou de matar o outro (240).

Isso significa que nas relações de poder há necessariamente a possibilidade de resistência, pois se não houvesse possibilidade de resistência não haveria, de forma alguma, relações de poder. A ausência de práticas de liberdade aconteceria em estados específicos de dominação, quando as relações de poder estão de tal forma fixadas que são perpetuamente assimétricas e com a margem de liberdade extremamente limitada.

Historicamente Foucault nos aponta uma adaptação do exercício de poder a partir do século XVIII, necessária para confrontar os fenômenos da população global e os processos biológicos e sociológicos das massas humanas. Para tanto, o poder organizado em termos da soberania se tornou inoperante para administrar o corpo econômico e político de uma sociedade no processo de explosão populacional. Em nível local, as instituições, como a escola, o hospital, os quartéis, a fábrica apareceram.

> Agora, tudo isso começou a ser descoberto no século XVIII. Percebem que a relação de poder com o sujeito ou, melhor, com o indivíduo não deve ser simplesmente essa forma de sujeição que permite ao poder tirar dos sujeitos bens, riqueza e, eventualmente, seus corpos e seu sangue, mas que o poder deve ser exercido sobre os indivíduos. Como eles são uma espécie de entidade biológica que deve ser levada em consideração, se usarmos precisamente esta população como uma máquina para produzir, para produzir riqueza, bens de produzir outros indivíduos. A descoberta da população, enquanto descoberta do corpo individual e treinável [*dressable*].

Daí conceitua a biopolítica e biopoder.

> É necessário entender por ‘biopolítica’ a maneira pela qual, a partir do século XVIII, procuramos racionalizar os problemas colocados à prática governamental pelos fenômenos de um conjunto de viver, como população: saúde, higiene, nascimento, longevidade, raça [...].

Em relação ao poder soberano "o poder é cada vez menos o direito de morrer e cada vez mais o direito de intervir para que as pessoas vivam e intervenham no modo de vida e no 'como' da vida (241).

As reflexões de Latour (242) sobre o poder são sugestivas aqui. Em vez de considerar o poder como a explicação do sucesso das autoridades em compor

uma rede de forças, Latour propõe uma visão do poder como um efeito de tal composição. Um agente ou instituição poderosa é apenas aquele que, em circunstâncias particulares, obtém-se em um dado momento, e é capaz de se inscrever e mobilizar com sucesso pessoas, procedimentos e artefatos na busca de seus objetivos.

> Os poderes são estabilizados em redes duradouras apenas à medida que os mecanismos de inscrição se materializam em várias formas mais ou menos persistentes - máquinas, arquitetura, inscrições, currículos escolares, livros, obrigações, técnicas de documentação e cálculo e assim por diante (243).

No nosso objeto específico em questão, os arranjos de governança regional e federativa do SUS a partir da implementação de políticas de saúde, uma questão-chave, com a qual dialogamos, seria em que medida a teia de relações entre instituições, coletivos e indivíduos que configuram estes arranjos de governança constitui deslocamentos duradouros de poder que expressem a política implementada.

O poder consiste, em termos gerais, em conduzir condutas e dispor de suas probabilidades, induzindo-as, separando-as, facilitando-as, dificultando-as, limitando-as, prevenindo-as. Foucault afirma que não foi o poder, mas sim o sujeito, o seu principal tema de estudo.

> [...] Não foi para analisar os fenómenos do poder nem para estabelecer as bases para esta análise. Eu tentei, antes, produzir uma história dos diferentes modos de subjetivação do ser humano em nossa cultura" ou não é o poder, mas sim o sujeito, o meu tema de análise (241).

Além do poder, o sujeito, que em Testa já havia aparecido na definição de Ideologia, em saber como visão de mundo e em prática produtora de sujeito (237), reaparece com centralidade aqui em Foucault. Ambos os referenciais teóricos abrem caminho para incorporar tal categoria, o sujeito juntamente com o poder na compreensão da implementação de políticas que pretendemos desenvolver.

A produção de Campos (146), ao apresentar um Método para Cogestão de Coletivos, traz como hipótese inicial que a produção de Valores de Uso ocorreria de modo simultâneo à coprodução do Sujeito (agente da produção) e do Coletivo Organizado (a equipe de trabalho).

> Convencera-me da existência de relações intricadas entre a atividade produtiva e a própria constituição do Sujeito e das Instituições. Modos de produzir coisas e de se autoproduzir imbricados, sempre: coprodução, portanto. Então, imaginei um desafio: e se a gestão e o planejamento assumissem, explicitamente, como tarefa, trabalhar não somente a produção de coisas, mas também a constituição de pessoas e de coletivos organizados? E denominei a essa segunda dimensão da tarefa produtiva com o nome de função Paidéia. O desafio de construir um Método que, simultaneamente, analisasse e lidasse com a produção de coisas e de pessoas. O objetivo desse trabalho: isto. Repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho. Entendê-lo com uma dupla finalidade: produzir bens e serviços necessários ao público, mas também cuidar da constituição do Sujeito e dos Coletivos. O trabalho significando não somente um meio para assegurar sustento material, mas também implicado com a própria constituição das pessoas e de sua rede de relações: equipes, grupos, organizações, instituições e sociedades (146).

A partir deste método, Campos aponta para a construção de um cogoverno na gestão de políticas, organizações, coletivos e equipes nos âmbitos da saúde que venham a cumprir três funções básicas: a) produção de valores de uso, neste caso para o conjunto sociedade em especial usuária dos serviços de saúde; b) caráter político, que altera as relações de poder e constitui ou aprofunda a democracia nas instituições; c) caráter pedagógico e terapêutico na sua capacidade de produzir sujeitos.

O fator Paidéia teria, portanto, o efeito de ativar o fortalecimento de sujeitos, ampliando a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos e grupos, entendidos aqui como os indivíduos e grupos sociais que nos vários níveis do processo de implementação da política interagem, negociam, aprendem e se constituem como novos sujeitos.

Como afirma Campos, nenhum agente isolado, produz democracia. A democracia é uma reforma social, produto dá *práxis* de Grupos Sujeitos e produtora de sujeitos. Não há democracia sem a intervenção deliberada de Sujeitos concretos. A democracia é, pois, um produto social. Depende da correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. Trabalha sobre os sujeitos e as instituições: um movimento que interfere e modifica o outro. Ressaltar a dimensão sujeito implica em democratizar o poder, democratizá-lo em todas suas dimensões: na política, na micropolítica, entre os saberes, entre sexos, entre fortes e fracos etc. E aqui idealismos não ajudam: o poder há que ser compartilhado, cada

vez mais profundamente, cada vez com mais precisão e sem que, com isto, adviesse o caos. Sem que com este movimento se perdesse a capacidade de se atender as necessidades sociais.

Mais do que buscar compreender o que é o Poder e a centralidade do Sujeito, Foucault estimula a compreensão das relações e dos processos, ferramentas e tecnologias exercitadas no governo das condutas de si, do outro e da sociedade. Portanto os conceitos de relações de poder interagem com os conceitos de governo de si e dos outros e a governamentalidade (244).

Ao estarmos discutindo governança nas sociedades atuais, entendendo-a como um conjunto de arranjos entre a variedade de atores e instituições, particularmente em um ambiente complexo como uma estrutura federativa, assimétrica, com forte variedade de participação de agentes públicos e privados. Um sistema de políticas que tem no cuidado com a saúde e a vida o principal bem, ganhando relevância o conceito de governo de si e dos outros, e de governamentalidade.

Tomando a inciativa de Nikolas Rose (245) para compreender o conceito de governamentalidade em Foucault, fragmentando a palavra, teremos governamentalidade como mentalidade de governo. Para este autor, mentalidade é uma forma de pensar, uma forma de analisar, certa retórica, um modo de falar, uma maneira de dividir o que é legítimo e o que não é para aqueles que desejam governar, para aqueles que desejam exercer a autoridade. E há muitas, muitas racionalidades diferentes de racionalidades políticas. Estaríamos falando de mentalidade e racionalidades de governo, e de que uma determinada racionalidade política tornar-se ia governamental à medida que desenvolve modos e práticas de intervir na conduta de outros, construindo tecnologias de governar.

Rose, ao se questionar sobre o que faz uma racionalidade política governamental, desenvolve a ideia de que:

> Uma racionalidade política é governamental na medida em que ela pode tornar-se prática, na medida em que ela pode transformar a si ou aliar-se a um modo particular de intervir nas vidas individuais e coletivas com o objetivo de geri-las e de transformá-las. Assim, por um lado, você tem as racionalidades, por outro lado, você tem essas maneiras de intervir, modos práticos de intervir, e nós denominamos esses modos práticos de intervir: ‘tecnologias’, tecnologias de governar (245).

Para o mesmo autor, tecnologias de governar seriam arranjos (*assemblage*), um dispositivo, composto de diferentes elementos, orientados para se alcançar um determinado objetivo prático, neste caso, para alcançar um objetivo prático de governar condutas em direção a determinados objetivos. Tais tecnologias de governar seriam dispositivos, um determinado arranjo de pessoas, de atividades, de recursos técnicos, de edifícios, de maquinaria, de maneiras de julgar e agir, que tornam possível intervir com o objetivo de moldar a conduta.

A conformação destas tecnologias se daria a partir de uma grande variedade de estratégias e táticas, e tecnologias para a conduta da conduta, ou seja, configurações que existem, em determinado momento, para a formatação da conduta individual e da conduta coletiva. A primeira coisa que fica clara, na visão deste autor, é que, em termos de conduta da conduta, o Estado não é necessariamente o ponto de partida necessário, nem o ponto final de todas as estratégias. Para Rose, Estados só poderiam governar tendo como base uma multiplicidade de práticas para a condução de condutas, que ele próprio não deu origem e nem controla. As práticas para a condução de condutas envolvem uma grande quantidade de outros tipos de autoridades, sejam eles psicólogos, psiquiatras, professores, contadores, economistas, funcionários da justiça: os pequenos governantes da vida cotidiana que exercem o poder sobre os indivíduos através de uma ampla gama de diferentes práticas e que ganharam sua autoridade, em grande parte, tendo como fundamento a reivindicação de seus conhecimentos. Eram autoridades que afirmavam o seu conhecimento, que estavam agindo sobre os indivíduos, com o objetivo de moldar suas condutas, em geral, de maneiras bastante racionalizadas, com a finalidade de produzir determinados objetivos.

Consideramos que, ao incorporar as categorias poder, sujeito e tecnologias de governo em nosso diálogo e em interação com os modelos teóricos de estudos de implementação de políticas públicas, sobretudo a partir dos modelos teóricos construídos pelos estudos de terceira geração aqui apresentados, agregamos categorias e elementos interessantes para o estudo, tendo como objeto, o campo da saúde coletiva.

Primeiro, não estamos sugerindo que os modelos teóricos dos estudos de implementação não incorporem tais categorias. Ao contrário, há um conjunto de atores que, ao utilizar as ferramentas das políticas públicas, também, no campo da saúde analisam o poder, os sujeitos construídos e os dispositivos que tornam

determinada prática, racionalidade e programa de governar condutas (192). Porém, avaliamos que, neste caso, ao incorporarmos estas três categorias, a fazemos baseado em referências teóricas responsáveis por uma rica produção de conhecimento no campo da saúde coletiva brasileira e latino-americana. Portanto, ao provocar uma interação destas duas perspectivas teóricas e suas produções, estamos agregando aos modelos teóricos, já desenvolvidos no campo dos estudos de implementação de políticas públicas, um conhecimento criado em recriado em experimentações concretas no campo da saúde coletiva. Tal incorporação traz novos olhares, como, por exemplo, as categorizações de poder no campo da saúde de Testa, em poder político, administrativo financeiro ou marcadores de democratização das instituições, e da produção de sujeitos do método de cogestão de coletivos de Campos, para citar dois exemplos.

Segundo, ao agregar tais categorias, explicitamos e reforçamos a perspectiva de implementação como processo permanente de negociação e aprendizado, no qual um conjunto de atores, conformando ou não coalizões de defesa, atuando em um determinado subsistema de implementação da política, interagem com estatutos legais e instituições variadas, com relações de poder, regimes de verdade e práticas de liberdade diversas, em vários multiníveis, construindo territórios variados. As categorias de Sujeito, Poder e Tecnologias de Governo compreendem a centralidade da atuação destes atores, nos multiníveis de implementação da política, não apenas como coalizões de defesa constituídas, mas como sujeitos, com seus valores intermediados, ou não, pelas instituições; com sua ideologia a partir de sua visão de mundo, sobretudo, pelas práticas produtoras de sujeitos desenvolvidas em ato, no cotidiano da gestão, do trabalho em saúde ou na atuação enquanto organizações políticas.

Terceiro, avaliamos que incorporar tais categorias se agrega capacidade analítica para os modelos teóricos dos estudos de implementação de políticas. Estamos afirmando que implementar uma determinada política significa deslocar o Poder, construir/fortalecer novos Sujeitos e construir novas Tecnologias de governo, não se limitando a análise dos resultados e efeitos desta determinada política. A própria compreensão de um subsistema de implementação da política, de um aprendizado de médio prazo no decorrer da implementação da política, vulnerável a variáveis exógenas, leva a considerarmos que a produção de novos Sujeitos e do deslocamento de Poder são variáveis que apontam para uma sustentabilidade da

política implementada, afetando substantivamente o subsistema de implementação da política. Consideramos que a análise detalhada da conformação dos processos decisórios, quanto a objetivos e meios, da definição da agenda, do modo de governança, da rede de atores, das estruturas e instrumentos de implementação, dos mecanismos e fluxos de retroalimentação e aprendizado, do contexto histórico, sócio e econômico, e a análise de possibilidades, ou seja, o conjunto de apreensões advindas das metodologias e modelos de estudo de implementação, ganham capacidade analítica ao nos esforçarmos em compreender que Poderes são ou não deslocados, quais Sujeitos se fortalecem ou se constituem, e que arranjos e dispositivos são conformados para governar condutas.

Quarto, consideramos que o diálogo, a interação, a produção interdisciplinar de conhecimento entre saúde coletiva e o campo das políticas públicas pode ir além do uso de lado a lado de metodologias e modelos já desenvolvidos. Ao trazer novas questões a serem experimentadas nos modelos teóricos de implementação no campo das políticas públicas já existentes, como por exemplo a centralidade das categorias de poder, sujeito e tecnologias de governo, e buscar marcadores de deslocamento de poder e da produção de sujeitos, e a identificação de tecnologias de governo pela análise dos dados a serem obtidos nos estudos, também desafia o campo de produção de conhecimento dos modelos de políticas públicas ao incorporar, ou não, tais contribuições, estimulando o desenvolvimento ou adaptação de novos modelos, ou o posicionamento crítico de campos diferentes de produção do conhecimento. Acreditamos que através da dúvida, da crítica e do questionamento disparado por saberes ou tradições diferentes, poderemos produzir um conhecimento de fato interdisciplinar, de certa forma, inovando o conhecimento.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo de múltiplos casos com níveis de análise imbricados (246), cujos arranjos de governança e iniciativas de implementação regional de políticas nacionais de Saúde, em distintos momentos políticos, territórios e campo de atuação na Saúde são estudados.

A opção por usar a metodologia de estudo de caso para avaliação de políticas públicas surge do desejo de buscar compreender fenômenos sociais complexos, em especial, acontecimentos contemporâneos ao processo de pesquisa (246). Esta metodologia permite uma investigação que preserva as características holísticas dos eventos da vida real, quando o processo de pesquisa não permite o controle ou a manipulação de comportamentos relevantes, especialmente quando fenômenos e contexto não se separam, tais como mudanças provocadas por implementação de políticas e processos organizacionais (247). Como defende Schramm (248), a essência de um estudo de caso, sua principal tendência em Ciências Sociais está em esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões, atores e indivíduos envolvidos, o motivo pelo qual foi tomada, organizações, processos, programas decorrentes da sua implementação e com quais resultados obtidos.

Nesta medida, considera-se esta metodologia adequada para uma pesquisa que busca avaliar o desenho, o envolvimento de atores, as mudanças na forma de organização e de cooperação entre um conjunto de arranjos institucionais durante a implementação de determinadas políticas. A metodologia de estudo de casos permite a valorização do contexto no qual se desenvolve o objeto de estudo, não dissociando o fenômeno do contexto, permitindo a utilização de várias fontes de evidências, a preservação de um conjunto de variáveis, e um esforço de aproximação com o real sem abrir mão de desenvolver e avaliar proposições teóricas (246).

Neste projeto, a opção por um estudo de múltiplos casos se deve a três considerações metodológicas que se consideram importantes para esta análise. Primeira, uma característica do próprio objeto em estudo, ou seja, os processos e os resultados da concertação regional e pactuação federativa de iniciativas no campo da saúde. Para tal, optamos por identificar casos que dêem conta de contribuir com distintas realidades de características fundamentais deste objeto: tempos políticos,

estágios de construção do SUS e da sua regionalização, campos das políticas de saúde, características territoriais e convocação política.

Segunda, uma característica da metodologia para propiciar o desenvolvimento teórico e sua generalização de achados, durante o estudo concreto dos casos. De acordo com Yin (246), a partir de uma proposição teórica que oriente o planejamento e a coleta de dados em um estudo de casos, é possível desenvolver uma generalização analítica dos seus achados, diferindo dos processos de generalização estatística, já que o caso não pode ser visto como uma unidade de amostragem. Neste sentido, a generalização analítica, segundo Yin (246), é desenvolvida a partir de uma construção teórica cujo modelo é comparado a resultados empíricos observados nos casos. Portanto, um estudo de múltiplos casos permite ao pesquisador a comparação sucessiva entre desenvolvimento teórico e achados empíricos. Assim, ilustra-se a recorrência ou não dos achados, considerando-se contextos distintos, sobretudo, que permitam a identificação de surgimento ou não de teorias concorrentes, o que se considera fundamental para a inferência de uma determinada hipótese. Se um caso não pode ser visto como uma unidade de amostragem, um estudo de múltiplos casos pode ser visto como um conjunto de múltiplos experimentos, em que uma mesma hipótese é avaliada (246). Em um estudo de múltiplos casos, esta oportunidade de experimentos múltiplos pode contribuir para valorizar ainda mais o contexto sob qual o objeto em estudo está sendo construído. Desta forma, contribuindo para aquilo que Yin (246) afirma para os estudos de casos no campo de políticas públicas e das Ciências Sociais, onde, ao invés da busca da confirmação ou corroboração de uma determinada hipótese, às vezes, isolando-a do contexto, busca-se apresentá-la em redes ampliadas de implicações que, embora não necessariamente completas, são essenciais para sua avaliação cientifica.

Terceira, uma caraterística metodológica que envolve o próprio pesquisador, como sujeito implicado nos dois casos e em momentos de implementação de políticas de saúde. Particularmente, o pesquisador participou ativamente a partir de postos e, consequentemente, olhares distintos no processo de implementação de cada um deles: no caso do PIACM, como apoiador técnico, a partir do vínculo com uma instituição de formação e pesquisa em saúde e atuando profissionalmente no território amazônico; no caso das Redes de Urgência e

Emergência, como liderança no desenho, na pactuação e na implementação em dois níveis de governo distintos: federal e municipal.

Como afirma Lévi-Strauss (249), “[...] em uma ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é, ele mesmo, parte da sua observação”. Neste sentido, consideramos que a opção por um desenho de estudo de múltiplos casos oferta, para este estudo, uma combinação metodológica interessante, que remonta a diversidade, permite a sucessiva reavaliação das hipóteses teóricas e introduz a observação implicada do pesquisador

A opção por esta metodologia, seguindo Yin (246), acontece por permitir uma investigação que preserva características holísticas dos eventos da vida real, quando o processo de pesquisa não permite controle ou manipulação de comportamentos relevantes, especialmente quando fenômenos e contexto não se separam, tais como mudanças provocadas por implementação de políticas e processos organizacionais (247). Como defende Schramm (248), na essência de um estudo de caso, sua principal tendência em Ciências Sociais está em esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões, atores e indivíduos envolvidos, e o motivo pelo qual foi tomada; organizações, processos, programas decorrentes da sua implementação e quais resultados obtidos. Nesta medida, considera-se esta metodologia adequada para uma pesquisa que busca avaliar o desenho, o envolvimento de atores, as mudanças na forma de organização e cooperação entre um conjunto de arranjos institucionais durante a implementação de determinadas políticas. A metodologia de estudo de casos permite a valorização do contexto em que se desenvolve o objeto de estudo, não dissociando o fenômeno do contexto, permitindo a utilização de várias fontes de evidências, a preservação de um conjunto de variáveis, e um esforço de aproximação com o real sem abrir mão de desenvolvimento teórico.

No contexto descrito acima, optou-se por estudar dois casos diversos de implementação regional de iniciativas nacionais em saúde pública. Acredita-se que essa variedade enriquece a observação e análise dos processos em estudo e propicia mais elementos para permitir a generalização dos resultados e a reprodução das experiências ou de parte dos seus aprendizados. Dessa forma, contribui-se para a lógica de replicação dos resultados obtidos em casos concretos. Seja a replicação literal, com resultados semelhantes entre os casos, ou a replicação teórica, em que os resultados contrastantes estão relacionados a questões

previamente previstas (246). No tocante à complexidade e à amplitude da caracterização das ações e serviços de saúde, consideramos por buscar dois casos em campos diferentes: um plano nacional no campo da vigilância em saúde e uma política nacional no campo da atenção à saúde. Definiu-se, para o estudo dos dois casos, contextos regionais diversos, com a preocupação de uma abordagem territorial multiescalar e que dialogue com as profundas assimetrias políticas, culturais, sociais e econômicas da estrutura federativa e regional: a Amazônia brasileira e a Região Metropolitana de São Paulo. Também se considerou importante para o estudo, tempos políticos diversos representando momentos diversos dos estágios de construção do SUS, dos desafios e graus de amadurecimento do tema federativo e do contexto político nacional, que influenciam diretamente no comportamento de líderes dos vários níveis de governo. Para tal, os dois casos estudados trazem consigo campos diversos da saúde pública, tempos políticos distintos, estágios diferentes do processo de descentralização e conformação institucional do SUS e a diversidade regional brasileira.

O primeiro caso, no campo da vigilância em saúde, trata da implementação do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária (PIACM), de 1998 a 2004, envolvendo o governo federal e todos os governos estaduais e municipais da região amazônica brasileira (250). Além do claro objetivo de intensificar as ações de controle da malária e ,consequentemente, reduzir o número de casos e óbitos, a implementação do PIACM deve ser compreendida como um esforço importante para dois movimentos iniciais de fortalecimento das ações de vigilância em saúde, no contexto da criação do SUS: (i) o processo de descentralização das ações de vigilância e controle de epidemias, com o fortalecimento da capacidade institucional dos municípios, sobretudo em uma região onde as estruturas de padronização e de orientação técnica, de planejamento e de execução das ações eram verticais (federais), a partir do histórico da SUCAM, Fundação CESP e posteriormente FUNASA; (ii) a afirmação de um modelo combinado de prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento como estratégia central para o controle de uma endemia, para além das estratégias anteriores particularmente focadas no controle vetorial.

Este primeiro caso reúne características adicionais interessantes para a composição da nossa análise sobre os arranjos federativos construídos: (i) o PIACM é construído em um contexto de convocação presidencial aos governadores

amazônicos, o que caracteriza o seu movimento político de mobilização das lideranças dos níveis de governo; (ii) nele se combinam os elementos de uma política de saúde à época, como o processo de descentralização e afirmação de um modelo de resposta combinada a uma endemia, com os elementos de um plano de ação especifico, de vigência pré-estabelecida em um contexto epidêmico grave, (iii) as assimetrias geográficas, sociais, econômicas e políticas próprias da região amazônica, inclusive com a participação de governos estaduais, cuja criação à época era muito recente, advindos do status de territórios, (iv) a malária contribuía fortemente como um dos elementos de altíssima vulnerabilidade para a região amazônica, além de ser à época, em número anuais de casos novos, a principal endemia brasileira.

O segundo caso, no campo da atenção à saúde, trata-se do processo de implementação da política nacionalmente pactuada de Redes de Atenção de Urgência e Emergência (RUE), na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2011 a 2016 (251). Além do claro objetivo de ampliação e qualificação dos serviços de urgência e emergência em um determinado território, é fundamental analisarmos o processo de implementação das redes de ações e serviços de urgência e emergência a partir da pactuação nacional, como um esforço para superar a tradição de ofertas federais calcadas na expansão de serviços isolados ou construídas por meio de programas centrados em um determinado problema de saúde ou especialidade médica. Neste sentido, contribui para o objeto deste trabalho, analisar em que medida a iniciativa de estruturar e implementar uma política de redes de atenção, com investimentos e apostas para todos os pontos de atenção de uma rede de um determinado território/região de saúde, buscando integrar e articular o conjunto de serviços e equipamentos, provocou novas relações regionais e federativas. E se estas novas relações geraram mudanças no compartilhamento federativo da gestão dos serviços e dos pontos de atenção da referida rede, no próprio complexo regulador do acesso e qualidade dos serviços, no próprio uso de novas ferramentas na gestão dos serviços e da clínica.

As profundas assimetrias, em um território também desigual quanto ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde, e a existência de uma cultura de baixa cooperação e solidariedade entre as redes estaduais e municipais, também fazem parte do contexto desta análise. Elas contribuem para discutir o tema, visto que a falta de coordenação das políticas públicas nas regiões metropolitanas se constitui

como um dos grandes desafios para o aprimoramento do desenho federativo brasileiro, não apenas na saúde.

Este segundo caso reúne elementos adicionais para a composição da análise das relações federativas construídas a partir deste contexto: (i) trata-se da primeira, e talvez a principal oferta federal no campo das redes de atenção à saúde, pactuada após o decreto federal 7508/2011(5); (ii) o acesso e a qualidade na urgência e emergência são um dos contenciosos federativos do dia a dia, sobretudo em regiões metropolitanas; (iii) a cidade de São Paulo conviveu com períodos de afastamento ou completa interrupção da relação da sua rede com o SUS, desde a sua criação; (iv) pela suas dimensões, a cidade de São Paulo e sua região metropolitana têm diversidades próprias no seu desenho como região de saúde, em relação ao estabelecido no decreto 7508/2011 e o vivenciado nas outras regiões do pais. (v) apesar de ainda insuficiente, há na região metropolitana de São Paulo extensas redes de serviços estaduais e municipais no âmbito pré-hospitalar móvel (Resgate estadual e SAMU), pré-hospitalar e hospitalar, com culturas institucionais distintas extremamente consolidadas e com baixa cooperação.

4.1. Pesquisa Qualitativa

A abordagem para este estudo de múltiplos casos está embasada nas teorias e métodos da pesquisa qualitativa em saúde. Em primeiro lugar, pois se pretende estabelecer uma produção de conhecimento crítica-reflexiva da realidade, que considera que qualquer investigação social deve contemplar o que se denominou aspectos qualitativos: as características básicas do seu objeto, que sempre deve ser considerado como algo complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação (253).

Partimos assim da convicção de que saúde não é nem um campo nem uma disciplina separada das outras instâncias da realidade social. Há nela uma especificidade própria da saúde dada pelas inflexões socioeconômicas, políticas e ideológicas na produção do saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a organização, gestão e avaliação de políticas e serviços de saúde. Em segundo lugar, pelo componente de estreita relação do pesquisador com os dois casos estudados, assumindo, em cada um deles, não apenas olhares, mas também posições distintas, durante o processo de implementação. Se até as descobertas da

Física reafirmam novas relações entre pesquisador e natureza – “o real é a realidade que ele conhece" –, isto é uma relação ainda mais crucial na investigação social, em que a visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde as escolhas, a concepção, o planejamento, até os resultados (253). É muito importante assumirmos esta condição de pesquisa, daí a importância do método qualitativo, usando-se todo o instrumental teórico, contribuindo para uma aproximação mais cabal da realidade, mantendo-se a crítica não apenas das condições e compreensão do objeto, mas também do próprio pesquisador.

Ainda segundo Minayo (253), o ciclo de uma pesquisa compõe-se de três momentos indispensáveis que são a fase exploratória, o trabalho de campo e, por último, o tratamento dos dados. Na fase exploratória da pesquisa, devem ser interrogados aspectos referentes ao objeto, aos pressupostos, às teorias pertinentes, à metodologia apropriada e às questões operacionais necessárias para desencadear o trabalho de campo. Em seguida, é necessário realizar um recorte empírico da construção teórica que foi elaborada na fase exploratória: é aqui que se concretiza o trabalho de campo. Nesta etapa, deve-se combinar as técnicas de coleta de dados, como entrevistas, observações, diários de campo, pesquisa documental e bibliográfica, dentre outras. Neste estudo, a fase exploratória se iniciou com a revisão da literatura sobre a construção do processo de regionalização e pactuação, cooperação e coordenação federativa brasileira; sobre desafios, contenciosos e aprimoramentos institucionais nos contextos das relações federativas e do desenvolvimento regional. Assim, daremos um enfoque especial quanto ao desenvolvimento de políticas para o enfrentamento de problemas da saúde e sobre os arranjos institucionais e os modelos de governança regionais. A base de dados para busca se deu pela BIREME e revistas indexadas.

A fase de trabalho de campo buscou aproveitar de uma característica importante dos estudos de casos, que é a possibilidade de se buscar evidências em características distintas de fontes de dados: a) análise de documentos oficiais do governo federal, estaduais e municipais relacionados aos casos estudados, considerando-se aqui a análise de documentos como portarias, editais, decretos e apresentações oficiais; b) atas, registros, notas de instâncias de pactuação federativa, de controle social e de comitês, observatórios, consórcios ou demais arranjos e instituições que surgiram ou colaboraram com a implementação das

políticas nos casos estudados; c) documentos e posicionamentos de membros representantes e/ou das entidades de representação dos respectivos entes federativos e das entidades que compõe instâncias do controle social estaduais e municipais referentes à elaboração, à aprovação, à implementação e à avaliação das políticas relacionadas aos casos estudados; d) análise de relatórios técnicos ou de pesquisas realizados no contexto da construção, implementação e avaliação dos casos em análise; d) entrevistas com personagens-chave; e) busca em registros oficiais da estruturação das Redes de Saúde públicas e privadas dos territórios em análise; f) notas, registros, apresentações, observações diretas do pesquisador durante participação nos casos estudados; g) documentos, posicionamentos, registros públicos por parte dos atores governamentais e não governamentais que compõe os arranjos de governança; h) outros registros físicos.

Quanto as entrevistas com personagens-chave, os mesmos são caracterizados como atores que participaram dos arranjos regionais e federativos na condição de representantes dos governos federal, estadual e municipal, durante o período estudado para cada caso aqui em análise, sem estabelecer-se período mínimo de participação. O convite para a entrevista foi realizado para aqueles cuja participação estavam registradas em registros oficiais dos respectivos arranjos estudados (atas, relatórios, despachos ou portarias de designação publicadas). Buscou-se garantir a diversidade quanto a entes federativos e arranjos representados para cada um dos casos. As entrevistas foram realizadas por este pesquisador, seguindo um roteiro estruturado (anexo 1), entretanto, estimulando e registrando o conjunto das contribuições dos entrevistados. Foi utilizado um modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2), com a coleta das assinaturas dos entrevistados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unicamp (Parecer 3503640, de 13 de agosto de 2019), seguindo-se o conjunto de diretrizes e normas estabelecidas

4.2. Diálogo entre os instrumentais do campo das políticas públicas e da saúde coletiva

Buscaremos analisar os casos dialogando com as abordagens dos estudos de implementação em políticas públicas, compreendendo política pública como um ciclo deliberativo, formado por um processo dinâmico, também

denominado ciclo de política pública com seus componentes: definição da agenda, a formulação, a implementação e a avaliação, entendendo-os como não estanques. Compreendemos este ciclo como continuo, desenvolvendo modificações ao longo do processo, com o resultado não dependente do plano, exclusivamente, mas dos processos de implementação.

Assim como descrito por Barret (160), compreendemos a implementação como parte continua e integral do processo da política pública, envolvendo a negociação entre os que querem colocar em ação e os que podem colaborar ou resistir. Como dito por Champagne et al. (174), valorizar a dinâmica interna, os fatores contextuais e as características das organizações que contribuem (interação sinérgica) ou bloqueiam (interação antagônica).

Nossa perspectiva é da existência de um processo permanente de negociação durante a implementação e, por isso, interessa-nos compreender melhor as estruturas de interesse e de poder, as relações construídas no processo de implementação entre os atores, as instituições, as agências e a natureza das interações neste processo. Considera-se importante buscar os elementos deste processo de interação entre diferentes atores, resultantes da implementação de uma política e dos arranjos construídos. Seguir os caminhos, como descrito por Porter (213): “identificar os atores envolvidos, questionar seus objetivos, estratégias, atividades, identificar as estruturas de implementação com atores interagindo”.

A implementação não como transmissão da política em ações consecutivas, mas sim, como um processo de negociação. Dialogamos com a abordagem de escolha de instrumentos políticos organizativos, financeiros e regulatórios de implementação desenvolvidos ao longo do processo, apontada por Bennett e Howlett (255). A implementação como uma série de responsabilidades, desde o comprometimento ideológico, pressões ambientais ou de outros grupos, que influenciam ou controlam a ação. A implementação com foco na aquisição de novas potencialidades. Busca-se combinar ambas as perspectivas: a importância dos atores que implementam, valorizando-os, e a arena de implementação, valorizando os ajustes, os aprimoramentos e a negociação (256).

Neste sentido, procuramos identificar quais coalizões político-sociais sustentaram o tema da RUE na agenda do SUS, em quais arenas sociais se constituiu como prioridade e compreender também o papel do que já fora descrito como "Burocratas da rua" (159), atores que atuam no interior dos ambientes

institucionais e relacionais presentes nas chamadas comunidades políticas, nas organizações, nas instituições, e por elas também tem seus campos estruturados, influenciando resultados, estratégias e formando e alterando preferencias.

4.3. Eixos de Análise e respectivas variáveis

Foram definidos os seguintes níveis de análise e suas variáveis:

1) desenho da implementação: participação dos atores federativos na definição da agenda, valorização da região de saúde como unidade territorial prioritária, respeito a singularidades regionais e identificação dos instrumentos políticos financeiros, regulatórios e organizativos de implementação;

2) caracterização dos atores da implementação: posicionamento, motivações, contenciosos e desafios apontados e coalizões de defesa constituídas;

3) caracterização dos arranjos interfederativos e regionais: pré-existência, ou não, instâncias de pactuação ou cogestão da política, verticalidade ou horizontalidade na relação entre os entes da federação, institucionalidade e processo de indicação de membros e obtenção de ganho de escala;

4) contenciosos e desafios nas relações federativas apontados, caracterizando-os quanto às dimensões de gestão da Política de Saúde, da Rede de Atenção ou dos Serviços.

A interpretação e a discussão dos dados estão lastreadas em três categorias teóricas do campo da saúde coletiva que consideramos acrescentar à capacidade analítica dos estudos de implementação de políticas na saúde, como já citado no capítulo anterior.

Primeiro, pela compreensão da saúde como processo social, por Testa (100)**,** cuja categoria “poder” ganha centralidade, sobretudo nas políticas e nas práticas institucionais. Para esse autor, implementar uma ação de saúde leva a alcançar um certo deslocamento de poder, tendo estabelecido a caracterização do poder político, técnico e administrativo para a realidade dos serviços de saúde. Essa tipificação do poder tem um valor analítico: ao identificar recursos de exercício do poder por parte de cada um dos atores sociais em disputa e ao identificar cenários/ espaços onde ele é exercido (238).

Segundo, por uma perspectiva adicional trazida por Campos (101), na qual a gestão em saúde, além dos aspectos administrativos e financeiros de uma

organização, deve considerar aspectos políticos, pedagógicos e subjetivos que perpassam o trabalho das equipes, a produção de saúde, a distribuição de poder, a circulação de saberes e objetos de investimento dos profissionais, seus valores e a cultura. Neste sentido, implementar uma nova política de saúde também significa constituir novos sujeitos, a partir ou demandantes de novos arranjos de gestão.

Terceiro, a partir da categoria “tecnologias de governo”, desenvolvida pelos estudos de Rose, em referência já citada anteriormente, em que uma determinada racionalidade política se torna governamental à medida que desenvolve modos e práticas de intervir na conduta de outros, construindo tecnologias de governar. São arranjos, dispositivos compostos de diferentes elementos, orientados para alcançar um determinado objetivo prático. Observaremos não apenas tais tecnologias de governo construídas ou não pela política, mas possíveis tecnologias de governo construídas e operadas por outros atores presentes nos processos e contextos de implementação da política.

5. RESULTADOS

5.1. Caso 1- A implementação do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária/PIACM na Região Amazônica brasileira, no período de 2000 a 2004.

A Malária é um tema de importância em saúde pública no Brasil e no mundo (257). Há, para tal, uma combinação de fatores colaboradores para a alta incidência da malária em um determinado território, que propiciam o encontro entre uma população suscetível, o agente etiológico e a presença do vetor (258). O padrão de ocupação humana de determinados territórios endêmicos, em particular a migração de populações sem contato prévio com malária, aumenta o contingente de suscetíveis e o risco de infecções graves. Vulnerabilidades especificas como condições de moradia, de trabalho e do acesso a serviços de saúde podem ampliar o contato com o agente etiológico, com pessoas infectadas e contribuir para o agravamento da doença (257).

No Brasil, o enfrentamento a malária, como medida de saúde pública, remonta às tentativas históricas iniciadas com Carlos Chagas, na primeira década do século XX; com projetos de drenagens sanitárias, na região da Baixada Fluminense, nas décadas de 1920 e 1930; com a campanha reconhecida internacionalmente de erradicação da introdução do *Anopheles gambiai,* iniciada em Natal (RN), em 1928, com sucesso final em Jaguaribe (CE), em 1938, pelo Serviço do Nordeste; e pelo início do uso do DDT, na Região Amazônica, em 1945 (258).

Nos anos 60, com o objetivo de erradicar a malária, o governo brasileiro criou a Campanha de Erradicação da Malária (CEM), através da Lei 4709/1965 (259), cuja estratégia central estava baseada na aplicação extradomiciliar do DDT, no uso de drogas antimaláricas, com estruturas e servidores federais de execução. Como analisa Loiola (260), considera-se que os fatores que podem ter contribuído para o insucesso da CEM na Amazônia são: 1) a floresta tropical úmida, favorável ao desenvolvimento e proliferação dos vetores; 2) grupos populacionais suscetíveis, especialmente expostos ao contato com os vetores: garimpeiros, madeireiros, agricultores em assentamentos de colonização; 3) alta incidência de *P. falciparum* resistente aos antimaláricos seguros para uso no campo; 4) ausência de

infraestrutura social e de serviços permanentes de saúde, na grande maioria dos municípios.

No final dos anos 80, já nos marcos da criação do SUS, constituiu-se o PCMAM (261), que se estabeleceu como uma parceria com o Banco Mundial, iniciada em 1989, com prazo estipulado até 1993. Posteriormente, foi prorrogado até 1996. Este programa coincide como o contexto de uma transformação institucional administrativa no âmbito do Ministério da Saúde. Nesta, a SUCAM, na época o órgão responsável pela gestão e execução do PCMAM, foi incorporada à Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), transformando-se na Fundação Nacional de Saúde, autarquia do Ministério da Saúde.

Segundo Loiola, os principais resultados do PCMAM seriam a ampliação da rede de laboratórios para diagnóstico e tratamento da malária; uma importante capacitação de profissionais que atuam na região amazônica; além de uma redução nas taxas de mortalidade por malária que, de 7 mortes por 1 000 habitantes em 1988, cai para 1,8 mortes por 1000 habitantes em 1995 (260). Como apontamento da insuficiência do PCMAM, o autor considera que o programa não criou estruturas locais capazes de assumirem as ações de controle da malária, mantendo uma dependência direta com os órgãos federais para as ações de controle desta endemia (260).

O Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária (PIACM) surge em três contextos significativos. De um lado, a inciativa Rol Back Malária, adotada pela OMS e apresentada ao Brasil e a América do Sul pela Organização Pan-Americana da Saúde (262), inspirada na preocupação com a realidade sanitária de elevação dos casos de malária na América do Sul, em especial na Amazônia Sul-Americana, e nas novas diretrizes que construídas desde a Conferência Ministerial de Amsterdã 1992 (263). Seus objetivos enunciados: i) a prevenção da mortalidade; ii) a redução da morbidade e das perdas econômicas e sociais, pelo progressivo fortalecimento das capacidades locais e nacionais (264).

Segundo, o momento histórico do processo de descentralização e regionalização do SUS, conduzido pelo Ministério da Saúde a partir das NOB 96 e NOAS (265). E terceiro, a realidade da ocupação da Região Amazônica brasileira, que vinha apresentando crescimento desde a década de 70, com a abertura de várias estradas, a construção de usinas hidroelétricas, a reabertura de diversos

garimpos e de outras atividades extrativistas, o avanço do agronegócio e os Projetos de Colonização e Reforma Agrária.

No ano de 1999, o número de casos de malária no país ultrapassou 600 mil notificados, com a perspectiva de crescimento para o ano 2000 (266). Em julho de 2000, foi lançado o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária (PIACM), mediante a realização de ações conjuntas pelos gestores federal, estaduais e municipais até o final de 2002. Na transição de governos federal e estaduais, entre 2002 e 2003, a FUNASA/Ministério da Saúde anunciou o Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM) mantendo as diretrizes gerais do PIACM e ações conjuntas com governos estaduais e municipais (267).

Ao final do período do PIACM uma série de avanços (268, 269), com importantes resultados: a) acréscimo de 187,8% da força de trabalho de Agentes de Controle de Endemias no território da Amazônia Legal; b) qualificação de mais de 35 mil profissionais de saúde, entre Agentes de Controle de Endemias, Microscopistas, Agentes Comunitários e Indígenas de Saúde, Equipes de Saúde da Família e da Unidades Básicas de Saúde, Operadores de Sistema de Informação, Agentes de Entomologia, Gerentes/Coordenadores Municipais Endemias; c) descentralização de estruturas e recursos humanos do Ministério da Saúde para as estruturação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; d) criação do Comitê Técnico de Acompanhamento do PIACM (CTA); e) desenvolvimento e implantação de novo sistema de informações, o SIVEP – Malária; f) inserção das ações de prevenção e controle da malária na rotina da atenção básica de saúde, principalmente, nos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF); g) obrigatoriedade da emissão, pelo Ministério da Saúde, do Atestado de Aptidão Sanitária para os projetos de assentamentos a serem implantados, e prévia avaliação, pelo Ministério da Saúde, dos processos de licenciamento ambiental de empreendimentos localizados em áreas endêmicas (269).

O PNCM deu continuidade e ampliou estas ações, permanecendo até os dias atuais em ação conjunta de governo federal, estados e municípios no controle da malária no Brasil (267). Portanto, neste estudo, o PIACM/PNCM é uma das unidades de caso a ser estudada, particularmente, no período de 2000 a 2004, quando se consolida esta transição.

Segundo relatórios de execução e interpretação do Ministério da Saúde, o resultado sanitário do PIACM/PNCM também foi satisfatório. Em 2002 houve a

redução de 45% dos casos de malária em relação a 1999, no número de municípios de alto risco (IPA> 50 casos por 1.000 habitantes), passando de 160 para 76 municípios; o número de internações foi reduzido em 69,2%; e o número de óbitos por malária diminuiu em 36,5% (268). As ações continuaram com o PNCM atingindo o menor patamar de casos em 2014, 141 mil, e 2016, 129 mil. Em 2019, ocorre um novo crescimento, atingindo 157 mil casos, mas ainda distante dos mais de 637 mil casos quando se iniciou o PIACM, em 1999.

Neste estudo, não se analisa os resultados quanto ao alcance de metas do planejamento do PIACM/PNCM, nem seus resultados sanitários. O interesse se concentra em compreender os processos de implementação e a relação dos arranjos interfederativos do PIACM/PNCM, entre o período de 2000 a 2004.

Como já descrito no capítulo sobre a metodologia, este é um estudo de casos de um estudo de múltiplos casos com níveis de análise imbricados, analisando-se as mudanças nos processos de pactuação e gestão interfederativa e regional no SUS, a partir da implementação do PIACM/PNCM, no período entre 2000 a 2004, observando-se os seguintes níveis de análise e suas variáveis: desenho da implementação, caracterização dos atores, caracterização dos arranjos interfederativos e regionais e contenciosos e desafios nas relações federativas.

Buscou-se por evidências em distintas fontes de dados: a) análise de leis, decretos, portarias, manuais normativos e documentos oficiais públicos; b) atas, registros, notas públicas de instâncias e arranjos relacionados com a implementação; c) posicionamentos públicos de representantes e/ou das entidades; d) análise de relatórios técnicos ou de pesquisas; e) notas, registros, apresentações, observações diretas dos autores durante participação nos casos estudados; f) entrevistas com personagens-chave, considerando membros dos arranjos interfederativos analisados.

Quadro 1 – Caracterização das personagens-chave entrevistadas

Posição no arranjo interfederativo	Período de atuação
Membro da coordenação federal	1998 a 2006
Membro da coordenação federal	1998 a 2006
Membro do Comitê Técnico Assessor/Instituição de Pesquisa	1998 a 2006
Membro do Comitê Técnico Assessor/Instituição de Pesquisa	1998 a 2016
Membro da coordenação estadual na Amazônia	1998 a 2006 2011 a 2018
Membro de coordenação estadual na Amazônia	2000 a 2006
Membro de coordenação municipal na Amazônia	2000 a 2011
Membro de coordenação municipal na Amazônia	2000 a 2005
Membro de coordenação municipal na Amazônia	2000 a 2004
Membro de coordenação municipal na Amazônia	2000 a 2008

Fonte: Autoria própria, 2021.

5.1.1. Resultados e discussão

O quadro 1, acima, descreve as características quanto ao lugar ocupado nos arranjos institucionais interfederativos pelas personagens-chave entrevistadas. Procura-se aqui, revelar características que demonstrem que as personagens ocupavam lugares diversos, em momentos diversos nos arranjos interfederativos analisados. Descrevem o período durante o qual acompanharam e participaram da implementação da política, enquanto membros nos arranjos interfederativos. Entretanto, não há mais detalhes sobre estados e municípios das coordenações, por exemplo, para preservar o anonimato dos mesmos. Pode-se afirmar que são coordenadores estaduais de diferentes estados da Amazônia Legal e membros de coordenações de municípios, classificados por prioritários para o PIACM/PNCM, de

estados diferentes, e não há nenhum entrevistado relacionado às capitais destes estados.

Os resultados da análise apresentados neste capitulo seguem a ordem dos eixos de análise apresentados anteriormente e suas variáveis. Ao final, a análise construída a partir das 3 categorias, já referidas em capitulo anterior: o poder, o sujeito e a tecnologia de governo, compreendido que a implementação de uma política gera deslocamento de poder, a construção de sujeitos e a produção de tecnologias de governo; ou seja, como os arranjos interfederativos regionais implementados pelo PIACM/PNCM se relacionam com estes processos.

5.1.2. Desenho da implementação

O quadro 2, abaixo, expressa os achados em relação à valorização da Região de Saúde e da atuação dos atores federativos no primeiro eixo de análise, denominado desenho da implementação. Foi produzido a partir das leis, portarias, notas técnicas, e manuais que normatizam PIACM/PNCM, dos registros públicos das instâncias de pactuação e gestão, relatórios de avaliação e das entrevistas com as personagens-chave. Os achados foram organizados segundo as variáveis já descritas anteriormente.

O quadro 2 registra a ativa e estimulada participação dos atores federativos para que o tema do controle da malária e o desenvolvimento do PIACM/PNCM entrassem, como prioridade, na agenda do SUS. Esta atuação mantêm-se nos processos e fluxos de aprendizado, ao longo da implementação. Nos documentos analisados, o enfrentamento a malária é registrado explicitamente com um problema “a ser enfrentado pelos governos, federal, estadual e municipal, atingidos direta ou indiretamente pela endemia” (267). Valoriza-se nos documentos normativos e nas práticas registradas nos relatórios *a* “mobilização política, institucional e comunitária das três esferas de governo, federal, estaduais e municipais, e a sustentabilidade política por estes atores das ações*”* (268).

Sua convocação política, expressão do papel dos entes federativos de como o tema entra na agenda, é feita a partir de um encontro do Presidente da República e seus Ministros com os governadores de todos os estados da Amazônia Legal. Esta convocação é registrada como inédita nos relatos presentes nas

entrevistas das personagens-chave, como veremos abaixo, e nos relatórios de avaliação (270).

Ao longo da sua implementação, estes encontros entre os chefes de governo dos estados e Ministros se repetem, segundo os relatórios de acompanhamento (268) e as entrevistas com as personagens-chave. Este rito contribuiu para que o tema malária e o PIACM/PNCM fossem mantidos como prioridades na agenda dos governantes, possibilitando uma melhor implementação e alimentando os processos de aprendizado. Deste modo, o protagonismo dos entes federativos ocorre não apenas na entrada do tema na agenda prioritária do SUS, mas também nos processos e fluxos de aprendizado, ao longo da implementação (271).

Quadro 2 - Valorização da Região de Saúde e entes federativos no desenho de implementação- PIACM/PNCM

	Nacional	**Regional**	**Local**
Definição da Agenda	Convocatória política pela Presidente da República, Governadores e Ministros Descentralização Endemias Mobilização política permanente	Tema da agenda dos governos estaduais: Malária impacta na saúde e na economia dos estados Interesse governadores em assumir recursos p/malária para Coordenações estaduais de endemias em construção	Interesse de Prefeitos recurso para estruturar controle de endemias Preocupação malária e economia local Conquistam espaço de representantes na Coordenação Nacional, Comissão de Descentralização e no CTA
Região de Saúde valorizada como unidade territorial	Região de Saúde não é vista como unidade territorial para recursos, nem plano conjunto Surgem arranjos intermunicipais e interestaduais nas fronteiras e divisas	Em Processo de Descentralização do controle de endemias e formação das regionais de saúde Programações regionais intermunicipais por coordenação dos estados	

Preocupação com singularidades regionais	Municípios prioritários todos na Amazônia Legal Teto financeiro prioriza Amazônia Legal e extensões rurais Cobertura do ACS na área rural ajustada Regras para assentamentos rurais	Programação regional coordenada pelo estado de acordo com características logísticas do território Adequar regras de licenciamento para assentamentos terras estaduais	Demanda da revisão valores do Teto financeiro e da cobertura rural dos ACS Estratégia de diagnóstico precoce e tratamento de base comunitária
Instrumentos políticos de implementação (regulação, financeiro e organização)	Teto Financeiro Endemias Descentralização de recursos humanos logísticos CTA Integração MDA, SAUDE, MMA Sistema Nacional de Vigilância e Controle de Endemias	Coordenações estaduais de vigilância Fundações estaduais CTA estaduais Regras estaduais para assentamentos rurais Adesão ao Sistema Nacional de Vigilância PPI ECD Comissão tripartite de descentralização Parcerias e convênios com Instituições de Pesquisa	Contratação rede diagnóstico comunitário Envolvimento ESF e comunidade Parcerias e convênios com Instituições de Pesquisa

Fonte: Portarias Ministeriais, Registros de instâncias, Relatórios públicos de execução, entrevistas personagens-chave

Um dos aprendizados deste processo de implementação, com a ativa participação dos entes federativos neste fluxo, foi a ampliação dos arranjos interfederativos de âmbito nacional para a representação dos prefeitos. Ou seja, as reuniões dos chefes de governo federal e governadores, a Coordenação Nacional do PIACM/PNCM e o Comitê Técnico Assessor (CTA), também passaram a ter representantes de municípios (267). Passou-se a reconhecer os municípios como parte autônoma da federação, como estabelecido pela Constituição de 88.

A ativa participação dos atores federativos nos movimentos e processos que incluíram o tema da malária na agenda prioritária do SUS, culminando na construção do PIACM/PNCM, é registrada também pelas personagens-chave

entrevistadas. Algumas apontam que esta demanda de maior participação e convocação para a construção de uma política nacional para a malária, por parte dos entes federativos da Amazonia Legal, já existia antes dos movimentos de criação do PIACM/PNCM, como expressa o relato de um membro a coordenação federal:

> *[...] antes mesmo desse Plano já havia um forte clamor dos gestores estaduais da Amazônia sobre a necessidade de adoção de uma ação governamental diferenciada que pudesse mudar o cenário de transmissão da malária que se apresentava na ocasião... em 1999, o governo federal deu uma resposta firme, convocando as equipes do ministério da saúde e das secretarias de saúde*.

Segundo esses, ela se intensifica com a piora do quadro epidemiológico: *"o grave cenário epidemiológico que impactava a vida dos estados da Amazônia mobilizou governadores dos estados e o governo federal, justificando a adoção do PIACM"* (membro coordenação federal).

Personagens-chave apontam que além da preocupação com a situação sanitária, a malária também impactava nas perspectivas de desenvolvimento econômico da Amazônia. Esta era uma pauta presente para os governos estaduais e também um tema para o governo federal, como afirmam personagens-chave:

> *Desde a década de 1970 que a região amazônica e seu desenvolvimento da Amazônia foi tornado prioridade para o país em relação ao desenvolvimento sustentável e ao seu potencial econômico em termos de mineração, extrativismo mineral e vegetal e atividades turísticas na região... Vários programas de governo já foram implantados na região, desde a criação da Amazônia legal, passando pela criação do banco de desenvolvimento regional, banco da Amazônia, até a criação da zona franca...a construção de várias hidrelétricas de grandes e pequenos portes ...Todos estes projetos prioritários não seriam viáveis sem um controle efetivo de doenças na região, principalmente, a malária [...]* (membro coordenação federal).

A participação direta dos governadores, tanto pela questão sanitária, quanto a econômica, e características das relações políticas destes com o governo federal, em especial com o Presidente da República, são ressaltadas por personagem chaves:

> *[...] muito importante o envolvimento direto dos governadores, do Ministro e do Presidente da República... até então, nenhum presidente tinha feito o que fizera naquela época, de chamar os governadores para tratar de um tema como a malária [...], nós pesquisadores falamos ao governador, quando a malária estava subindo, se o senhor não chamar o seu compadre para mobilizar todos os governadores da Amazônia, nós teremos problemas [...] foi uma iniciativa dos próprios governadores [,..] o que preocupava os governadores era a vida e a economia, quando a malária tá grande no Marajó, até o açaí diminui [...] nesse caso tanto a saúde quanto a economia andam juntas no controle da endemia* (membro do CAT/Instituição de Pesquisa).

Os depoimentos das personagens-chave revelam que o envolvimento dos três entes federativos não se resumiu apenas a priorização da agenda do SUS, mas ao longo de toda a implementação:

> *Em relação aos governadores e gestores estaduais dos nove estados da região amazônica houve um forte envolvimento na pactuação e execução do PIACM, com monitoramento trimestral, tanto do cenário de gestão quanto do epidemiológico, com os representantes dos nove estados, os quais por sua vez, reproduziam o monitoramento junto aos respectivos municípios* (membro coordenação federal).

Além do protagonismo para a entrada do tema na agenda prioritária do SUS, como parte do fluxo de aprendizado, ressalta-se o surgimento de uma variedade de arranjos interfederativos que vão se constituindo ao longo da implementação, desde previstos nos documentos iniciais do PIACM/PNCM ou criados na tensão exercida pelos atores federativos. Ao longo da implementação, constituiu-se um Fórum permanente de Ministros e Governadores; reuniões quadrimestrais nacionais de avaliação, com Ministério da Saúde, INCRA, IBAMA, Comitê Técnico Assessor do PIACM/PNCM, com participação das nove Secretarias Estaduais de Saúde da Amazônia Legal (SES), das Secretarias de Saúde das Capitais (SMS) dos estados da Amazônia Legal; reuniões estaduais semestrais em todos os estados da Amazônia Legal, com as respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, Conselho Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMs), SMS da Capitais, Ministério da Saúde, IBAMA e INCRA e CTA-PIACM/PNCM, Incra e Ibama e reuniões municipais, semestrais, com responsáveis pelas ações de vigilância em saúde, supervisores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/Programa de Saúde da Família (PSF), dos Conselhos Municipais de Saúde,

do Incra e do Ibama, em municípios estabelecidos como prioritários porquanto a presença de assentamentos rurais, reservas extrativistas e florestas nacionais de proteção ambiental (268). Além desses, as denominadas, hoje, Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartites (CIBs) nos Estados eram as instâncias instituídas como os fóruns de pactuação.

Considera-se que os mecanismos de envolvimento, tensionamento e negociação pelos atores federativos construíram outros aprendizados ao longo da implementação. Lista-se aqui uma série destes aprendizados observados nas fontes estudadas (272). Primeiro, as resoluções da CIT que aprimoraram e complementaram as diretrizes e os normativos iniciais, como a aprovação das mudanças no financiamento da atenção básica e da revisão dos parâmetros de cobertura dos ACS na zona rural dos municípios da Amazônia Legal (273), elevando os recursos para os municípios da Amazônia Legal e reconhecendo as dificuldades territoriais da atuação dos ACS pela extensão rural na Amazonia Legal. Segundo, a decisão por realização de oficinas conjuntas do governo federal, estados e municípios para a formação de multiplicadores municipais e a elaboração de programas estaduais e municipais de malária, compreendendo a atuação das três esferas de governo no território. Terceiro, a decisão de incorporar as Coordenações Estaduais e representantes de municípios no CTA, a partir do início do PNCM (267). Este aprendizado reconhece que o arranjo que garantia o assessoramento técnico científico ao governo federal deveria ouvir os objetos trazidos pelos estados e municípios e, ao mesmo tempo, também os assessorar tecnicamente. Quarto, a constituição de arranjos interfederativos com as três esferas de governo nas divisas entre estados, identificando vulnerabilidades especificas na vigilância e no cuidado à saúde destes territórios, denominadas Cartas de Compromisso e seus Grupos de Trabalho (272). Quinto, a participação tripartite que leva ao Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) o tema da malária (274). Sexto, a constituição de uma Comissão Tripartite da Descentralização que gerenciou a descentralização de recursos humanos e estruturas federais, em cada estado da Amazônia Legal (275).

A segunda variável deste eixo, desenho da implementação, busca identificar a valorização da unidade territorial Região de Saúde, nos processos de implementação da política. Encontra-se os termos descentralização e regionalização das ações de vigilância em saúde em vários dos documentos analisados, como parte integrante da implementação do PIACM/PNCM. Entretanto, os dados obtidos e

expressos no quadro 2 revelam que a Região de Saúde, como unidade territorial, está ausente no desenho de implementação do PIACM/PNCM. A Região de Saúde, por exemplo, não é considerada na caracterização da infraestrutura regional de saúde, na caracterização epidemiológica da situação de transmissão ou de gravidade, nem na definição de repasses de recursos. Mesmo quando se observa uma preocupação com a gravidade da situação epidemiológica, esta descrição está cravada em um município ou estado, não em uma Região de Saúde que reúna um conjunto de municípios e uma dinâmica comum, por exemplo.

A terceira variável do eixo desenho da implementação é a valorização, ou não, de singularidades regionais no desenho e ao longo da implementação. Esta preocupação com especificidades da Região Amazônia e seus municípios está presente em vários atos, fruto de negociação e tensionamento pelos atores federativos, ao longo da implementação, como revelam as fontes analisadas.

Na definição de municípios prioritários, observa-se que os municípios são separados em endêmicos e não endêmicos, estabelecendo níveis singulares de controle para área amazônica e extra-amazônica, e graus de endemicidade. Daí decorrem prioridades quantitativa e qualitativas para a definição de investimentos financeiros, técnicos e organizacionais (264). Pelo relato de uma personagem-chave:

> *Assim, para ser contemplados os municípios deveriam ser de alto risco para malária (≥ 50 casos por mil habitantes), fazendo parte do conjunto de municípios responsáveis por 80% dos casos de malária em cada estado, ou registrar percentual de P. falciparum ≥ 20% do total de casos, ou apresentarem transmissão urbana da doença e serem capitais de estado. Daí forma definidos os 254 municípios no PIACM* (membro coordenação federal).

A priorização de recursos para os municípios da região da Amazônia Legal está presente na portaria que define o Teto Financeiro para as Ações de Endemias e Controle de Doenças (TEFCD) (276). Primeiro, um extrato especifico para os estados da Amazônia Legal, com valores obrigatórios de contrapartida aos investimentos federais menores, a serem desembolsados pelos orçamentos estaduais. Segundo, na definição do TFECD, considerando além do valor *per capta*, um valor por extensão territorial no seu cálculo. Este critério significou, à época, um

valor de repasse do TEFCD para os estados da Amazônia Legal: 127% *per capta* e 150% por quilômetros quadrados a mais que os estados da Região Sul (268).

Observa-se também que os parâmetros de cobertura dos agentes comunitários de saúde, atuantes na zona rural dos municípios da Amazônia Legal, foram revistos por conta das extensões territoriais, pelo difícil acesso, pela baixa densidade populacional e pela proporção rural singulares para esta região (273).

Apresentou-se uma valorização específica com a situação dos assentamentos rurais na Amazônia Legal, que naquele momento, compreendiam 60% das famílias assentadas no país (274), com regras de licenciamento ambientais-sanitárias estabelecidas singulares em relação ao restante do país (274).

Também, encontram-se orientações e competências específicas para agentes comunitários de saúde na Amazônia, diferenciando-se a atuação em zona urbana ou zona rural, se em município prioritário do PIACM/PNCM ou não (277).

As personagens-chave relatam uma preocupação em ouvir os atores da região amazônica e suas singularidades na construção do PIACM/PNCM:

> *O PIACM é a primeira vez que montam um Comitê Técnico com muitos pesquisadores da Amazônia e as coordenações estaduais das secretarias estaduais... antes disso era mais o central de Brasília que mandava e fazia [...] começaram a nos chamar para Brasília, discutir as coisas todo o ano, é necessário fazer isso, chamar todos os 9 estados para discutir como está cada estado* (membro do CTA/Instituição de Pesquisa).

Outro membro do CTA afirma:

> *[...] toda vez que tiver um plano que sai da capital para os interiores não vai acontecer nada... não se bate malária de dentro da capital, não se bate malária atrás de mesa escrevendo o que os outros vem dizer pra gente, não se bate dentro de hospital na capital, malária se bate no campo [...]* (membro de CTA/Instituição de Pesquisa).

Quanto a quarta variável, ainda no desenho de implementação, identificou os resultados obtidos quanto aos instrumentos políticos de implementação, classificados como financeiros, organizativos e regulatórios. Quanto aos instrumentos financeiros, o quadro 2 revela dois grandes grupos de instrumentos financeiros: o primeiro, repasses federais de recursos fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde para fundo estadual ou fundo municipal (276); segundo,

descentralização do governo federal, para estado ou município, de recursos humanos, infraestrutura logística e equipamentos, sempre observando municípios e estados como unidades territoriais, priorizados a partir dos critérios epidemiológicos quanto a malária, no início do PIACM/PNCM (275).

Quanto ao repasse financeiro fundo a fundo se destaca a criação do TEFCD pela portaria 950/1999, no contexto da implementação do PIACM/PNCM (276). Este instrumento apresenta um recorte singular para a Amazônia Legal, como já citado, consistido de repasses de recursos fundo a fundo, mediante certificação por município e Programação Pactuada Integrada para Epidemiologia (PPI-ECD), com regras definidas verticalmente de distribuição, pactuadas entre Ministério da Saúde, representantes dos estados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho de Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMs), na Comissão Intergestora Tripartite (276). Trata-se do principal instrumento financeiro indutor da implementação.

Os documentos analisados revelam uma relação direta entre a proposta de distribuição dos valores estabelecidos no TEFDC e a incidência de Malária e as metas estabelecidas pelo PIACM/PNCM. Por exemplo, pelo menos 40% do TEFCD onde o Índice Parasitário Anual (IPA) seja igual ou superior a 50 casos por mil habitantes (alto risco); 30% do TFECD onde o IPA for menor que 50, e igual ou maior que 10 casos por mil habitantes (médio risco); 10% do TFECD onde o IPA for menor que 10 e maior que zero casos por mil habitantes (baixo risco); e onde o IPA é igual a zero se recomenda apenas atividades de vigilância da malária, inclusive na região extra-amazônica. Os recursos eram definidos em função da receptividade (presença do vetor) e vulnerabilidade (chegada de migrantes ou surgimento de casos).

Como parte do instrumento financeiro, as contrapartidas financeiras dos estados são especificadas em 10% do componente federal para os estados da Amazônia Legal, sem custo de contrapartida aos municípios (276).

Outro instrumento financeiro de implementação do PIACM/PNCM foram as descentralizações, para estados e municípios, de recursos humanos, instalações de estrutura de saúde e equipamentos federais, previamente instalados na região da Amazônia Legal. Esta descentralização interage com o contexto do processo de descentralização e regionalização do SUS (40). A descentralização destas estruturas e recursos humanos para governos estaduais e municipais se constituiu

em fator indutor. Importante considerar que, até esse momento histórico de implementação do PIACM/PNCM, a atuação do governo federal no território, nas ações de controle de endemias se alicerçava em um conjunto de estruturas federais próprias, servidores, equipamentos, infraestrutura logística, coordenações de equipes e interação destes com atores do território. Um relato de uma personagem-chave expressa essa importância:

> *[...] na minha região, todos os trabalhadores federais ficaram conosco no estado, na nossa regional de saúde e representavam todos os microscopistas, guardas, agentes de endemias, motoristas, tudo que dispúnhamos para atuar no campo. Tirando eles, tinham alguns servidores administrativos do estado e aqueles trabalhadores contratados pelos municípios. Foi feito uma espécie de convênio entre o governo federal e o estado para determinar esta descentralização para nós, junto com veículos e equipamentos. Alguns servidores preferiram ficar na nossa região ligada a saúde indígena, que continuaria como federal. Mas a quase totalidade ficou conosco, construindo a coordenação de endemias do estado para atuar na malária dos munícipios. Sem eles não teríamos equipe. E eram todos já treinados e que conheciam a região e o trabalho... e nunca tivemos problema por eu ser do estado e eles servidores federais... os problemas que tivemos são aqueles que se tem em qualquer equipe, independente do vínculo [...]* (membro de coordenação estadual).

Uma das personagens-chave ressalta a importância deste aporte de descentralização de estrutura, recursos humanos, conhecimento, formação, logística, conhecimento, em uma área de atuação da saúde pública cuja tradição era de estruturas verticais do governo federal de atuação em território amazônico:

> *[...] foram capacitados mais de 35 mil profissionais de saúde, foram adquiridos mais de 2,2 mil meios de transportes incluindo, carros, motocicletas e barcos, foram implantados mais de 1 mil laboratórios de exame de malária, foram adquiridos mais de 1,9 mil equipamentos para aspersão de inseticidas pelo governo federal descentralizados* (membro coordenação federal).

Além dessa descentralização de estrutura e recursos humanos, outro instrumento financeiro foi uma indenização federal que os servidores federais passaram a receber, adicional aos seus salários, para os que estivessem em atividades classificadas como de campo, ou seja, como deslocamento para fora do domicílio ou da unidade de saúde onde os trabalhadores de vínculo federal estavam lotados (275).

O abastecimento de insumos para controle vetorial, diagnóstico, ações de vigilância e medicamentos pelo governo federal, com posterior distribuição para os territórios, foi outro instrumento financeiro. Personagens-chave revelam quanto o governo federal, nesta ação, aproveitou do conhecimento acumulado nas compras destes produtos, da escala de compra nacional, gerando redução de custo, e da relação direta com mecanismos multilaterais internacionais que facilitaram aquisições e distribuições. Esta ação é considerada como importante, por um personagem-chave, para induzir a implementação da política, diante do histórico de escassez ou interrupção do fornecimento destes insumos:

> *[...] muito importante foi não deixar faltar medicamento, insumo para laboratório, material para o controle vetorial. Porque antes, sempre faltava. Nós pesquisadores, as equipes de campo, os estados e munícipios, todo mundo estavam acostumados antes com a instabilidade, com a incerteza de até quando ia ter aquele produto. Aí o cara ia para o campo com um estoque maior do que o necessário de tudo. Se perdia tudo por lá, faltava em outros lugares. Sabe igual país enlouquecido quando tinha guerra, racionamento, uns compram, para outros faltam... Vi muito tonel de DDT enterrado na Amazônia, caixas e caixas de comprimido se perdendo, enquanto faltava em outros lugares. No PIACM se teve uma coisa que o Ministério não faltou foi com os medicamentos que estavam recomendados, com os produtos para controle vetorial naquilo que estava indicado usar. Muitas vezes eles conseguiram por conta do fundo rotatório da OPAS/OMS, outras o Ministério teve que convocar quem podia fornecer, outros remanejavam de um lugar que tinha reduzido malária, mas não faltava. E isso dava uma enorme segurança para todos nós que estávamos construindo na ponta. Este era um compromisso que o Ministério fez com nós, dos governos estaduais, e foi cumprindo. Isso nos dava uma tranquilidade para planejar, para estimular o pessoal e que agora era diferente e para não atender aquele monte de pedido que vinha de empresas e distribuidores para vender coisa para gente no governo e estadual* (membro de coordenação estadual na Amazônia).

Quanto aos instrumentos organizativos de implementação, o quadro 2 revela, no âmbito federal, a estruturação de uma coordenação federal inicialmente no âmbito da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), ligada ao Ministério da Saúde (268). A partir de 2003, foram criadas no Ministério da Saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde. A partir daí, a Secretaria de Vigilância em Saúde, criada na estrutura própria do Ministério da Saúde, assume o papel de coordenação federal do PIACM/PNCM.

Ambas as estruturas do Ministério da Saúde (MS) foram instituídas como estruturas de implementação e coordenação pelo governo federal. De forma similar, inicialmente a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS) e, posteriormente, a partir de 2003, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) e seu Departamento de Atenção Básica, integram a coordenação federal, buscando articular a mobilização das ações federais de implementação do Programa de Saúde da Família e, posteriormente, da Estratégia de Saúde da Família, com a implementação do PIACM/PNCM.

Também, como instrumentos organizativos de implementação, destacam-se na esfera federal, a constituição do CTA-PIACM/PNCM (278) e a criação e implementação de um sistema de informação específico, o SIVEP-Malária (275). Ambos são ressaltados em entrevistas com as personagens-chave, como cita um coordenador estadual da região amazônica: "*[...] o SIVEP malária surge de uma demanda de todos nós dos estados e munícipios, e também os pesquisadores, e funciona até, influencia até hoje outros controles de endemias*", e um representante de Instituição de Pesquisa no CTA, "*o SIVEP malária foi o primeiro, hoje tem SIVEP para tudo, dengue, leptospirose, febre amarela [...]*".

Um instrumento organizativo de implementação interdisciplinar também é criado com o envolvimento das estruturas do INCRA e do IBAMA, que passam a ser, juntos com o Ministério da Saúde, primeiro pela FUNASA e depois SVS, órgãos executores da ação integrada para implementação do controle da malária nos assentamentos rurais (279, 274). Outro instrumento organizativo registrado é a articulação com o Sistemas de Informação do Sistema de Informação e Vigilância da Amazônia (SIVAM) e o Sistemas de Cadastros do INCRA e IBAMA (264) com os dados do SIVEP Malária.

Esse processo organizativo de estruturação da Coordenação Federal e do CTA PIACM/PNCM se estende para os estados e municípios. Praticamente, o desenvolvimento do PIACM/PNCM na região da Amazônia Legal contribuiu para a organização de coordenações do controle de endemias dos entes federativos, visto que, anteriormente, muito da responsabilidade se centrava nas estruturas verticais federais nos estados, as denominadas superintendência ou coordenações da SUCAM ou da FUNASA (260). Como revela um membro da coordenação federal: "*tudo começou no PIACM, com a descentralização e a necessidade de estados e municípios organizarem suas próprias coordenações. Os resultados são observados*

atualmente quando estados e municípios domina o controle da malária" (membro coordenação federal). Outro estabelece uma relação entre a criação da divisão de endemias no estado e o *PIACM:*

> *[...] eu era servidor do estado desde 1984, desde 1988 tinha ido para a região e trabalhava na parte administrativa financeira da Secretaria Estadual na região. Em 2000, quando começa o PIACM e o estado resolve ficar com a responsabilidade, dadas as ações da malária, até os municípios assumirem eu sou deslocado para coordenar as endemias, como foco na malária...* (membro de coordenação estadual).

A partir da cooperação interfederativa se observa, no nível estadual, inciativas dos gestores estaduais de construção de instrumento organizativos de implementação. Destaca-se a ênfase das ações de controle a malária se desenvolverem no âmbito do processo de regionalização da saúde, com a constituição, apoiada pelo governo federal, de estruturas de coordenação da vigilância em saúde nos estados, com formatos e arranjos institucionais variados (268). Nesta diversidade foram contempladas as estruturas próprias das secretarias estaduais de saúde e/ou as fundações/autarquias estaduais ligadas às secretarias estaduais de saúde, com estruturas próprias de carreira de trabalhadores e execução orçamentária-financeira. Relatórios de execução destacam, neste exemplo, a Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas, órgão vinculado à Secretaria de Saúde do Amazonas, protagonizando ações, por exemplo, de disponibilização de agentes de endemias na quase totalidade dos municípios, inclusive na capital (269).

Esta diversidade é apontada por personagens-chave que atuavam na coordenação estadual:

> *Em 2000 constituímos a coordenação estadual de malária e montamos o Comitê estadual de malária e o comitê técnico assessor do PIACM/PNCM, depois em 2002 consolidamos uma coordenação de endemias a partir da experiência da malária, e fomos ampliando o Comitê Técnico Assessor estadual para cada endemia, passamos a ter uma divisão e um comitê de chagas, de leishmaniose, de febre amarela e dengue* (membro de coordenação estadual).

A articulação em convênios e parcerias mais sólidas com universidades e instituições de pesquisa também são citadas por membros do CTA

> *[...] distribuímos parcerias de Universidade e Instituições de pesquisa em cada região, o Evandro Chagas na região do Marajó e Oeste do Pará, no caso da Prefeitura de Santarém o enfrentamento da malária criou um convenio da USP, UFPA com a prefeitura e apoio do ministério da saúde, que montou um Núcleo de Medicina Tropical da USP que existe a até hoje* (membro do CTA/ Instituição de Pesquisa).

Outro membro chama a atenção para o fato deste arranjo estar presente em vários dos estados:

> *[...] fizemos convênios e parcerias da UFPA com a prefeitura de Conceição do Araguaia, para Altamira, para Marabá com a UFPA e o Evandro Chagas [...] como também em Rondônia o Cameron montou com alguns munícipios, como Porto Velho e Machadinho, a Fiocruz se organizou em outros, no caso do Amazonas uma Fundação estadual própria foi criada para ação das endemias, além da Fundação Medicina Tropical de Manaus que se estruturou. De um lado eram as instituições de pesquisa buscando uma forma de expandir e sustentar suas situações. Do outro eram os municípios buscando estruturar suas áreas próprias de controle de endemias, precisando de conhecimento, técnicos, médicos* (membro do CTA/Instituição de Pesquisa).

No nível municipal, a implementação impulsionava, como instrumento organizativo, a estruturação de coordenações ou responsáveis pela malária e pelo conjunto de endemias nos munícipios. Segundo personagens-chave, houve uma participação importante de coordenações estaduais e das estruturas verticais federais do controle de endemias pré-existentes:

> *A gente pegava os melhores que eram da ex-SUCAM, ex-FUNASA e os trazia para as coordenações estaduais ou indicava para a vigilância de endemias nos municípios... ia toda vez falar com os prefeitos para independentemente de quem era o secretario, poder escolher alguém com o histórico da SUCAM, da FNS para assumirem esta área* (membro da coordenação estadual).

Observa-se, nas fontes estudadas, o desenvolvimento de instrumentos organizativos de implementação no nível municipal, que buscam desenvolver ou mobilizar as estruturas e arranjos da atenção básica. Trata-se, em especial, da estratégia Saúde da Família, suas Unidades Básicas de Saúde e um conjunto de atribuições aos Agentes Comunitários de Saúde, sendo induzidos por diretrizes

nacionais (273, 280). Considera-se, a partir dos registros analisados, que, sobretudo, na região da Amazônia Legal, a implementação do PIACM/PNCM ocorre, concomitante, e interage com a expansão da Estratégia de Saúde da Família e a organização de estruturas estaduais e municipais de vigilância em saúde. A implementação do PIACM/PNCM contribui e interage dialogicamente com ambos os processos de implementação.

Quanto aos instrumentos regulatórios, o quadro 2 expressa os instrumentos regulatórios específicos da gestão do SUS no contexto do seu processo de descentralização e regionalização, e os instrumentos regulatórios intersetoriais, que buscam dar conta de outras dimensões que impactam na dinâmica endêmica da malária, em particular no contexto da Amazônia Legal.

Em relação aos instrumentos regulatórios relacionados a gestão do SUS, os registros revelam que se desenvolve, concomitantemente ao processo de implementação do PIACM/PNCM, toda a definição de competências das três esferas de governo no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e seus componentes nacional, estadual e municipal (281-282).

Além das definições regulatórias, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, lista-se outras, identificadas nas fontes estudadas, que compunham aquele momento histórico de estruturação do SUS. Primeiro, a definição de responsabilidade e competência federal sobre o cuidado à saúde nas terras indígenas, uma das áreas vulneráveis a malária na região amazônica (281), ocorrendo com a implementação do Subsistema de Saúde Indígena, com a assunção, pelo Ministério da Saúde/FUNASA, de responsabilidade anteriormente delegadas a FUNAI no cuidado aos povos indígenas, com a Lei 9836/1999 (283). Segundo, a definição das regras dos processos de certificação de estados e municípios para a gestão das ações de epidemiologia e controle de doenças (281). Estas regras de certificação impactam sobre assumir recursos, competência e autonomia, de acordo com o modelo de descentralização e regionalização em vigor a época; Terceiro, a definição das regras dos processos de programação das ações de vigilância em saúde entre os entes federados, através da Programação Pactuada Integrada-Endemias/Controle de Doenças (PPI-ECD) e o estabelecimento de indicadores de acompanhamento e avaliação das ações do PIACM/PNCM, nas diversas dimensões (267): resultados maláricos, estruturação de serviços locais de saúde, fortalecimento da vigilância em saúde na esfera estadual e

municipal, subsistema de normatização técnica, capacitação de recursos humanos, educação em saúde, comunicação e mobilização social, controle seletivo de vetores e pesquisa monitoramento do PIACM/PNCM.

Um outro conjunto de instrumentos regulatórios são identificados nos documentos analisados, impactando políticas e ações intersetoriais na dinâmica da malária, em especial no contexto da Amazônia Legal. Destaca-se a introdução de regras de licenciamento ambiental para projetos de assentamento da reforma agrária, incluindo a análise epidemiológica pelo órgão de saúde, como um dos critérios de autorização. Este instrumento estabelece regras para a Licença Prévia (LP) na fase preliminar do planejamento dos projetos de assentamento, e para a Licença de Instalação e Operação (LIO). Ambas exigem o Atestado de Aptidão Sanitária para assentamentos rurais (AAS), a ser conferido pela FUNASA/ Ministério da Saúde com foco na identificação de risco para a malária, através da Portaria Interministerial Ministério da Saúde (MS) e Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA) 279/2001 (279).

As entrevistas com personagens-chave ressaltam a criação, expresso no quadro 2, de instrumentos regulatórios no âmbito estadual, que adensavam os citados no âmbito federal:

> *[...] a partir do momento que constituímos a coordenação de malária primeiro, e depois as endemias, fomos adaptando estas regras para nossa realidade nos estados. Íamos trocando experiências com outras coordenações estaduais. Por exemplo, além dos critérios estabelecidos pelo plano federal, nós acrescentávamos outros pontos e indicadores locais para avaliação dos processos de Programação em Endemias, regras específicas para avaliação da descentralização das ações de vigilância. No nosso estado também o governo do estado criou regras para autorização de assentamentos em terras estaduais ou para vigilância em reservas de proteção ambiental, o mesmo foi sendo feito em Rondônia, Amazonas que tinham muitas reservas e assentamentos estaduais, por exemplo. Não estávamos questionando aquilo estabelecido no plano federal, mas acrescentamos outros pontos a partir dos nossos diálogos com os nossos munícipios, na interação com outros estados e na realidade que outras áreas dos nossos governos estaduais identificavam* (membro de coordenação estadual).

5.1.3. Atores federativos e posicionamento

O segundo eixo de análise caracteriza os atores federativos da implementação: posicionamento, motivações, contenciosos e desafios apontados e coalizões de defesa constituídas. O quadro 3 foi elaborado a partir dos registros de posicionamentos dos atores federativos envolvidos no processo de implementação, das instâncias nacionais e regionais de controle social do SUS, de relatos das personagens-chave e dos relatórios de avaliação de implementação, revelando aspectos do posicionamento desses atores.

Quadro 3 - Características do discurso e posicionamento dos gestores

	Posicionamento	**Motivação**	**Defesa do Conteúdo PIACM/ PNCM**	**Contenciosos e Desafios Apontados**
Federal	Mobilização política, cooperação com estados e municípios Malária uma questão para o desenvolvimento social, econômico, ambiental da Amazônia	Responder a quadro sanitário sensível a opinião pública da região, país e subcontinente	Cooperação interfederativa Ação intersetorial Integração com ESF Descentralização	Baixa governança regional/local Rotatividade das equipes regionais/locais Recursos descentralizados
Comum Estados Municípios	Mobilização política permanente Malária e desenvolvimento socioeconômico da região	Controle sanitário da malária e desenvolvimento Estruturar coordenações e equipes na malária	Recursos induzem descentralização, ampliação da rede própria de estados e municípios	Recursos federais insuficientes Especificidades da realidade amazônica (fator amazônico) Recursos humanos e logísticos descentralizados insuficientes
Específico Estados	Protagonismo mobilização política Conduz a descentralização para municípios	Apoio a regionalização e estruturar coordenações estaduais e regionais	Apoio a descentralização e regionalização	Financiamento federal insuficiente Disputa com municípios sobre recursos financeiros, humanos e logísticos descentralizados Alternância de equipes no município

Específico Municípios	Mobilização política e comunitária	Recursos para estruturar vigilância municipal	Integração com atenção básica	Recursos federais e estaduais insuficientes

Fonte: Portarias Ministeriais, Registros de instancias, relatórios públicos de execução, Relatório de Avaliação de Implementação.

A partir desta análise é possível identificarmos os seguintes movimentos. Primeiro, a convocação política pelos entes federativos, que se inicia com a Reunião Convocada pelo Presidente da República e seus Ministros como governadores da Amazônia Legal, e se mantém, ao longo de todo o PIACM/PNCM, mesmo após a troca dos chefes de governo estaduais e do governo federal, em 2003. Ao longo do processo de implementação, como aprendizado do próprio processo identificado, foram incorporados representantes dos prefeitos, a partir e 2003. Destaca-se que o envolvimento, mobilização e sustentabilidade da participação aos atores políticos das três esferas com PIACM/PNCM, está presente nos documentos normativos e relatórios de acompanhamento analisados e em relatos de personagens-chave: "*[...] como dizia o professor Pedro Tauil, se não tiver quem manda, os governadores, os prefeitos, o Ministro, o Presidente, não adianta a gente ficar planejando porque não vai acontecer ou não vai durar*" (membro do CTA/Instituição de Pesquisa).

As personagens-chave entrevistadas ressaltam esta mobilização e envolvimento do Presidente da República e do conjunto dos chefes de governo estaduais e, posteriormente municipais, como um fator inaugural no controle de endemias na era SUS, como já citado:

> *[...] nunca a gente tinha visto isto, do Presidente e os governadores sentarem a mesa para pactuar uma ação conjunta para enfrentar a malária. E as reuniões continuaram ao longo do plano, mudou presidente, mudaram os governadores e elas continuaram. Inclusive foram se ampliando depois na saúde da Amazônia legal como o pacto para a redução da mortalidade materna e infantil, onde controlar a malária era uma das ações importantes também, já nos anos 2000* (membro do CTA/Instituição de Pesquisa).

A manutenção desta mobilização é observada, também, como decisiva para a implementação do PIACM/PNCM, além de priorizar o tema na agenda prioritária do SUS. Um membro da coordenação federal à época ressalta o quanto esta coalizão de defesa, sobretudo, em relação aos gestores, permaneceu ao longo da implementação do plano "*[...] mesmo após o final do PIACM, em 2002, os*

compromissos pactuados se mantiveram nos três instancias de gestão, contribuindo para adoção do plano de eliminação da malária, o PNCM..." (membro coordenação governo federal).

Segundo movimento, no posicionamento dos atores federativos, refere-se a maior relevância do tema da malária na agenda do governo federal e dos gestores estaduais e municipais da Amazônia Legal, diante da própria situação epidemiológica, já citada, quando do lançamento do PIACM/PNCM. Tanto relatórios de avaliação da execução do PIACM/PNCM (268, 272), quanto depoimentos de personagens-chave trazem a preocupação de que, sem a participação dos chefes de governo das três esferas, o tema sairia da agenda prioritária, à medida que se avança no controle da endemia ou pela alternância dos governos municipais, como já referido acima: *"[...] se não tiver quem manda, os governadores, os prefeitos, o Ministro, o Presidente, não adianta a gente ficar planejando, porque não vai acontecer ou não vai durar"* (membro do CTA/Instituição de Pesquisa). O mesmo se registra nas entrevistas com personagens-chaves que ocupavam outro lugar nos arranjos institucionais, seja no âmbito estadual, *"nosso receio era o prefeito baixar a guarda quando a malária fosse controlada, por isso fazíamos questão de trazê-lo para participar ou discutir diretamente com eles"* (membro de coordenação estadual), seja no âmbito municipal, *"[...] a gente que coordenava as ações no munícipio, vibrávamos quando a malária virava tema das eleições dos prefeitos..."* (membro de coordenação municipal).

Terceiro movimento, representado por um encontro de agendas entre os entes federativos, nem sempre constante no federalismo brasileiro. De um lado, a necessidade do enfrentamento da endemia, do outro, a vontade de impulsionar um processo em curso de descentralização da gestão das endemias e controle de doenças, com o fortalecimento da atenção básica sob gestão dos governos locais. Neste caso, o processo de descentralização, denominado regionalização do SUS, é concomitante a uma estratégia de estimular a Atenção Básica de Saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, algo reiteradamente expresso pelos documentos das três esferas de governo, no caso do PIACM/PNCM. O posicionamento dos atores federativos, em especial, estados e munícipios da Amazônia Legal, tensionam para a singularidade da região para os dois processos: regionalização e fortalecimento da atenção básica. Esta tensão desencadeia um movimento de exigência de reconhecimento do chamado fator amazônico, significando, segundo

estes, a necessidade de recursos diferenciados para uma região excluída e com aspectos geográficos que dificultavam o trabalho logístico das equipes de saúde. Este posicionamento também alertava para temas da gestão do trabalho em saúde, em especial, como prover e fixar profissionais de saúde pelos estados e municípios, e como a cessão de trabalhadores da estrutura federal para estados e municípios seria conduzida.

Quarto movimento, o fortalecimento de uma relação dos entes federativos com os atores do aconselhamento científico e da normatização técnica. A constituição de um CTA-PIACM/PNCM permanente atraiu uma interação entre estes atores da ciência e de instituições formadoras e de pesquisa, vários deles situados na região amazônica, e os gestores das três esferas de governo. Isto consolidou uma estratégia e uma certa legitimidade. Entrevistas com personagens-chaves ressaltam a novidade, em relação ao controle de endemias e do surgimento deste CTA:

> *[...] a criação do Comitê Técnico no PIACM e sua continuidade no PNCM foi muito importante. Parece que quebrou uma barreira de lado a lado. Do lado de lá, a gente tinha a sensação de que falava e ninguém ouvia. Do lado de cá, a gente quase que desistia e acabava ficando distante das discussões da formulação de uma política que mudasse os nossos territórios e a realidade da malária, partíamos para ficar mais concentrado nas nossas pesquisas, laboratórios, alunos. Esta barreira foi quebrada ali. Passamos a ser mais ouvidos e, do nosso lado, passamos anos comprometer mais para além dos laboratórios, Rendeu muitos frutos, até hoje. Tenho parcerias com municípios e estados que forma construídas ali...* (membro do CTA/Instituição de Pesquisa).

Segundo uma personagem-chave, a participação de todos esses atores compôs o que se denominou de coalizão de defesa em vários níveis de implementação:

> *Governos estaduais, pesquisadores, prefeitos, secretarias municipais, ex-SUCAM, empresários e usinas, atividades econômicas apoiavam e defendiam o plano. Como você perguntou, no nível meta, estratégico, presidente da república, ministros do governo federal, governos estaduais, pesquisadores todos se envolveram. No nível meso, que criou as ferramentas de implementação, as equipes do Ministério da Saúde, pesquisadores, das recentes equipes estaduais. No nível micro, os servidores da antiga SUCAM, o pessoal da FUNASA, os membros das coordenações federais, estaduais, as municipais que estavam sendo*

> *criadas, os agentes de saúde, as equipes de Saúde da Família, os conselheiros municipais, os empresários locais, as comunidades, as igrejas, todo mundos e envolvia* (membro coordenação estadual).

5.1.4. Arranjos Interfederativos

O quadro 4 traz os achados referentes ao terceiro eixo de análise, que caracteriza os arranjos interfederativos a partir das variáveis descritas e da dimensão da intervenção: gestão de serviços, da rede de atenção ou da política de saúde. Foi sistematizado a partir das portarias e resoluções públicas, dos registros das instâncias de pactuação, manuais, relatórios de avaliação de implementação e entrevistas com personagens-chave.

Quadro 4 - Matriz de caracterização dos arranjos interfederativos na PIACM/PNCM

	Dimensão	**Característica**	**Relação Interfederativa**	**Indicação Membros**	**Ganho de escala**	**Marco legal**
CIT e CIBs	Gestão da Política	Cogestão	Tri e bipartite vertical Protagonismo estadual (gestão de serviços mais complexos)	Indicação Ministro Secretários	Não	Resoluções Lei
Arranjos criados com a Implementação do PIACM/PNCM						
Coordenação Nacional e Estaduais	Gestão da Politica	Cogestão	Tripartite Federal	Indicação Ministro Secretários estadual e municipal	Não	Resolução CIT
CTA Nacional e estaduais	Gestão da Politica	Cogestão	Tripartite, horizontal	Indicação Secretários Gerentes de Unidades Estaduais, Municipais	Não	Portaria
GTs Compromissos Divisas/Fronteiras	Gestão da Rede	Cogestão	Tripartite, horizontal Protagonismo varável	Indicação Secretários	Sim	Portarias municipais estaduais
Comissão tripartite de descentralização	Gestão de Rede	Cogestão	Tripartite, Federal	Indicação Ministro Secretários	Não	Portaria

Fonte: Portarias Ministeriais e órgãos federais, Resoluções da CIT e Relatórios de execução analisados

Identifica, como arranjos pré-existentes, a CIT e as CIBs como características de pactuação do processo de implementação. Estas, no desenvolvimento da implementação do PIACM/PNCM, permanecem responsáveis por um instrumento pré-definido, a PPI-ECD, que estabelece metas a serem alcançadas no controle de endemias, e, consequentemente, na distribuição de recursos do governo federal para estados e municípios. Além disso, a CIT e as CIBs assumem um papel certificador da capacidade de assumir a gestão do controle de endemias para os municípios e os estados, transformando-se em instância de habilitação ou cancelamento de recursos federais para os demais entes.

Caracterizando estes arranjos com as variáveis deste estudo, a CIT e as CIBs têm como objeto a pactuação da gestão da política e dos seus instrumentos de implementação. Seus membros são diretamente indicados pelos chefes de governo, nos casos das esferas federal e estaduais, ou indicados por secretários municipais de saúde, no caso das representações do CONASEMs (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), na CIT, e dos COSEMs (Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde), nas CIBs.

Um membro da coordenação estadual ressalta a relação da coordenação estadual com as outras instâncias de pactuação interfederativa já existente no nível regional:

> *No estado existia o comitê estadual de malária e o comitê técnico estadual de assessoramento, não existia um comitê especifico com estados e munícipios, mas eles participavam dos comitês técnicos estadual [...] e ocupávamos as reuniões da Bipartite, quase 80% das reuniões da Bipartite se discutia malária na época, não apenas para definir a PPI de endemias, mas atualização permanente das ações. era ali que era o principal espaço com os secretários municipais de saúde* (membro coordenação estadual na Amazônia.)

Para além destes, no próprio processo de implementação foi se construindo uma série de arranjos interfederativos, que não estavam pré-definidos, constituindo aprendizados durante a implementação. Todos estes arranjos se caracterizam como de cogestão interfederativa da implementação da política de saúde.

Alguns destes colegiados, com características tripartite, são compostos pelo Ministro ou indicado pelo Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual de Saúde e representantes de Secretarias Municipais. São eles as coordenações estaduais do PIACM/PNCM; Grupos de Trabalho das Cartas de Compromissos de atuação nas divisas estaduais, com característica regional, envolvendo governo federal, dois estados e municípios da divisa interestadual (272). Um membro de coordenação estadual revela como foram se constituindo esses grupos nas divisas estaduais:

> *[...] no nosso caso, íamos constituindo comitês interestaduais, a partir destes encontros que eram as Cartas de Compromisso das Fronteiras. Fizemos Pará e Tocantins, Pará e Amapá. Dividíamos as funções entre Pará e Amapá, quem vai atender, quem vai entrar com o medicamento, informações e envolvíamos também empresas locais, usinas hidrelétricas* (membro coordenação estadual).

Por último, a Comissão Tripartite de Descentralização com as ações de descentralização de recursos humanos e de recursos logísticos, e de equipamentos das estruturas federais, para estados e municípios; constituídas em cada estado, com representação do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e do COSEMs.

Alguns arranjos tinham composição tripartite, com a participação de outros atores, e não apenas os entes federativos. O primeiro deles, CTA-PIACM/PNCM nacional e CTAs-PIACM/PNCM estaduais, eram compostos por técnicos das Instituições de Formação e Pesquisa e da sociedade de especialidades médicas, além de representantes do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Nestes, além de várias representações do Ministério da Saúde (Departamentos de Saúde Indígena e Saneamento da FUNASA, Cenepi da FUNASA, depois SVS, Secretaria de Política da Saúde. depois Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica), há a presença do IBAMA e do INCRA pelo governo federal. Também, como objeto, a gestão da política de saúde, e seus membros eram indicados dos chefes de governo, no caso das esferas estadual e federal, com convites feitos pelo Ministério da Saúde para as Instituições de Pesquisa e representações do CONASEMs pelos municípios.

O relato de uma personagem-chave traz um destaque ao CTA, que foi sendo ampliado com a participação dos estados e, posteriormente, dos municípios. Segundo um membro do CTA:

> *[...] pra mim foi a primeira vez que se consolidou um Comitê técnico que dura até hoje. No começo, eram só pesquisadores chamados pelos Governo federal. Com o tempo tínhamos as secretarias estaduais e os municípios, o que era muito importante. Tinha um CTA geral e duas divisões; o comitê tinha um comitê de terapêutica e um comitê de entomologia e diagnóstico. O CTA teve um papel muito importante e até hoje* (membro CTA/Instituição de Pesquisa).

Outros arranjos foram desenvolvidos, não necessariamente com composição tripartite, às vezes apenas bipartite, com representação federal e estadual ou municipal. São Grupos de Trabalho ou Forças Tarefas locais formadas por MS, INCRA, IBAMA junto a outros órgãos, públicos e/ou privados, das esferas federal, estadual e municipal, como estabelecido pela Portaria CONAMA 289/2001 (274). Esses grupos desenvolveram ações nas áreas de assentamento rural, buscando garantir a redução do risco sanitário e ambiental nos projetos de assentamento em terras federais na região.

No caso dos arranjos interfederativos citados, o processo de indicação e institucionalidade são extremamente frágeis. Sua existência é determinada por portaria, resolução ou despacho administrativo de órgãos federais e seus membros indicados por determinação do Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais. A exceção, neste caso, são a CIT e CIBs, atualmente estabelecidas em Lei 12466/2011 (284).

Na CIT, embora instâncias de negociação e pactuação dos entes federativos, a relação neste caso ainda é verticalizada, no sentido de o representante federal dar a última palavra em relação aos recursos, prioritariamente federais, que estão em situação de distribuição. Observa-se, por exemplo, nos relatórios de avaliação (280), que no início do PIACM/PNCM o órgão federal, exclusivamente, estabelecia os parâmetros técnicos de metas e valores a serem repassados. Ao longo da implementação, percebe-se o aprimoramento do processo com maior envolvimento das esferas estadual e municipais. Um exemplo, já citado, foi a repactuação da portaria que estabelece as regras do TEFCD na transição para o PNCM, a partir das demandas dos entes federativos estaduais e municipais da Amazônia Legal (280). Outro exemplo, a negociação dos parâmetros técnicos a serem pactuados a partir das observações técnicas do CTA nas coordenações estaduais (280).

Considera-se que os arranjos interfederativos observados se concentram na dimensão de gestão da política. São espaços de diálogo, pactuação, planejamento e gestão da política, diretrizes, parâmetros e pré-requisitos estabelecidos, bem como os seus instrumentos. Há três exceções entre os listados acima, quando o objeto principal é a gestão da rede de serviços. Primeiro, os grupos de trabalho locais das regiões de divisas entre estados, com composição tripartite federal, estados e munícipios que compõe a determinada divisa. Segundo, o grupo de trabalho ou força tarefa de articulação integrada MS, INCRA e IBAMA nas áreas de assentamento e proteção ambiental. Ambos se dedicam à gestão da rede de serviços e estruturas de controle seletivo de vetores, pontos de diagnóstico e início de tratamento de malária. Terceiro, as Comissões Tripartites de Descentralização em cada estado da Amazônia Legal, constituídas ao longo da implementação, como aprendizado demandado pelos entes federativos. Assumem a responsabilidade da gestão de recursos humanos e logísticos que são descentralizados para a rede de vigilância, para os pontos de diagnóstico e início de tratamento, e para as ações de controle vetorial seletivo. Não foram observados, nas fontes analisadas, arranjos interfederativos que assumissem a gestão de serviços como objeto principal.

O PIACM/PNCM aconteceu em um contexto histórico do desenvolvimento institucional do SUS e do seu processo de descentralização/regionalização, liderada pela NOB96, Portaria 2.203/1996 (285). Embora a regionalização seja mencionada nas diretrizes do PIACM/PNCM, já se observou que esta não se constituía como unidade territorial valorizada para a definição de repasses de recurso e metas regionais. Não existiam ainda os Colegiados Intergestores Regionais, estabelecidos a partir de Regiões de Saúde no interior dos estados, que surgem a partir de processo posteriores de regionalização, o Pacto pela Saúde (24). Os únicos arranjos interfederativos regionais foram os Grupos de Trabalho das Cartas Compromisso, desenvolvidos para a atuação comum nas regiões de divisas entre os estados e municípios O relato de uma personagem-chave, dirigente de uma regional de saúde de uma Secretaria Estadual, expressa essa situação:

> *[...] em 2000 fui deslocado do papel que eu cumpria na regional de saúde para assumir a divisão regional de endemias, para organizar primeiramente o trabalho da malária em todos os munícipios da região. Naquele período, embora os municípios estivessem montando suas endemias e recebendo os recursos para isso, o estado fez um acordo com o governo federal para o estado continuar*

> *coordenando a malária e concentrando estes recursos na malária. Portanto trabalhávamos em todos os munícipios da região. Organizarmo-nos e programávamos as equipes e depois negociávamos com cada município. Os municípios da região só se reuniam todos quando tinham que definir a PPI para encaminhar para a CIB. Ação conjunta dos munícipios eram aqueles convocados por nós para enfrentar a malária. E tiveram muitas. Dois ou três municípios de uma mesma região porque se não fossem os três juntos para controlar, ninguém controlava. Com municípios de outras Regiões de Saúde, até de outros estados, mas dependia de a gente no estado planejar, distribuir nossas equipes e instrumentos, mostrar para os prefeitos... eles praticamente entravam com contratação dos microscopistas e estrutura para nossa equipe ficar* (membro de coordenação estadual).

Os registros observados revelam que o planejamento das ações regionais intermunicipais ocorriam a partir do planejamento e da gestão estadual. Destacamos que os consórcios intermunicipais de saúde já eram uma realidade incipiente durante o início e desenvolvimento do PIACM/PNCM, mas não identificamos tais arranjos no processo de implementação do PIACM/PNCM:

> *Eu ouço essa história até hoje dos consórcios, mas eles não conseguiram avançar para a vigilância, pelo menos nas áreas que eu acompanho até hoje... o que vemos em cada município atuando por si, as vezes a coordenação do estado que junta, tenta fazer um plano comum, mesmo em regiões onde os munícipios fazem muita coisa junto, como o Marajó, não vejo esta atuação até hoje na vigilância da malária* (membro do CTA/Instituição de Pesquisa).

5.1.5. Desafios e contenciosos federativos

O quarto eixo de análise trata da identificação dos desafios, identificados como pontos comuns de consenso entre os entes federativos, e os contenciosos, caracterizados como pontos divergentes, observados ao longo da implementação do PIACM/PNCM. O quadro 5 sistematiza os contenciosos e os desafios interfederativos não superados com a implementação do PIACM/PNCM, na experiência estudada. Ele foi sistematizado com dados obtidos a partir de posicionamento público dos atores, relatórios de avaliação de implementação e de instâncias de pactuação e cogestão do PIACM/PNCM, e entrevistas com personagens-chave. Os dados estão organizados a partir das esferas federal, estadual e municipal e das três dimensões: gestão da política, da rede de atenção e vigilância e dos serviços.

Quadro 5 - Síntese dos contenciosos e desafios interfederativos não superados PIACM/PNCM

	Esfera Federal	**Esfera Comum Estados e Municípios**	**Esfera Específica Municipal**
Gestão dos Serviços	Controle da Malária nas Terras Indígenas (Distritos Especiais de Saúde Indígena)	Diagnóstico e tratamento áreas vulneráveis Controle de qualidade microscopia	Educação em saúde para ESF Fragmentação endemias e ESF Acompanhamento adesão ao tratamento
Gestão da Rede	Redução da participação na Força de Trabalho Descentralização Força de Trabalho e Recursos Logísticos para estados e Municípios Integração atuação IBAMA, MDA, em assentamentos e áreas federais de proteção ambiental Garantir Diagnóstico e tratamento precoce e áreas vulneráveis Informações em saúde para estados e municípios vizinhos Controle em fronteiras	Rotatividade das equipes de gestão estadual e municipal Baixa governança regional/local Controle divisas interestaduais e limites intermunicipais Informações em saúde para estados e municípios vizinhos Intersetorialidade em assentamentos e ares de proteção ambiental em terras estaduais Aprimorar controle vetorial Qualidade dos usos dos sistemas de informação Garantir Diagnóstico e tratamento precoce e áreas vulneráveis	Alternância de governos e Rotatividade de equipes Precariedade e escassez de rede Qualidade do uso dos sistemas de informação e saúde Garantir Diagnóstico e tratamento precoce e áreas vulneráveis
Gestão da Política de Saúde	Subfinanciamento para estados e municípios Redução da Participação do Ministério da Saúde na Força de Trabalho	Subfinanciamento para municípios Rotatividade das equipes Competências em disputa com municípios Disputa sobre	Repasses insuficientes pela União e estados

	Mais recursos para a realidade amazônica (fator amazônico)	descentralização de recursos humanos e logísticos	

Fonte: Portarias Ministeriais, Registros de instâncias, relatórios públicos de execução, Relatório de Avaliação de Implementação

Destaca-se abaixo alguns dos desafios comuns apontados em relação a dimensão da política. Primeiro, a necessidade de consolidação de todo o processo técnico e político já desenhado para as ações conjuntas MS, IBAMA e INCRA nos assentamentos federais, bem como estendê-los para as estruturas responsáveis quanto aos assentamentos em terras estaduais, envolvendo a ação dos respectivos órgãos estaduais responsáveis pela saúde, meio ambiente e estrutura fundiária (272). Um membro da coordenação federal ressalta:

> *[...] que este processo avançou fortemente, no âmbito das terras federais, seja de assentamentos, ou seja, aquela de modalidades diversas de proteção ambiental, florestas nacionais, parques, reservas extrativistas, terras indígenas e quilombolas, que compõe a maior parte das terras assim utilizadas no território amazônico. Mas nos estados e municípios isso ainda varia muito...isso é considerável naqueles estados com componente importante: assentamentos em terras estaduais, até o final do período estudado* (membro coordenação federal).

Outras personagens, como um membro de coordenação estadual, ainda considera esta integração no âmbito federal um desafio:

> *[...] estava lá a portaria, estava lá a regar, mas era muito difícil a gente... era isso acontecer de fato quando a gente estava lá no campo, ou o INCRA não queria, o INCRA não tinha perna, mas a gente ia a muito assentamento onde não tinha nenhum apoio do INCRA e onde estava concentrada a malária, e ela só foi controlada pelos esforços as equipes de saúde e das comunidades locais... em relação aos estados alguns começaram fazer em suas áreas do estado, mas ainda muito incipiente... e hoje desandou tudo, por isso a malária tá voltando* (membro de coordenação estadual).

Este desafio é reforçado no depoimento de membro do CTA

> *na verdade nem na reunião do CTA nacional o membro do INCRA ia, às vezes, ou mandava alguém menor. Esta integração foi melhorando com o desenvolvimento do PNCM depois, mas ainda está muito longe. E o que vemos é uma desarticulação hoje em dia* (membro CTA/Instituição de Pesquisa).

O segundo desafio apontado consensualmente pelos entes federativos trata-se do controle da malária em áreas de divisas entre estados e fronteira entre países. Definem como um tema que deveria ser abordado como uma questão nacional e, não, exclusivamente, como uma questão municipal ou estadual. Sugere-se a possibilidade de uma força-tarefa especial para enfrentamento desta questão (268). Este item é reforçado pelo depoimento de personagens-chave, *"ou trata-se disso como algo prioritário, nacional ou não dá para depender de cada município, cada estado, todos os pais"* (membro do CTA/Instituição de pesquisa).

Outros desafios são apontados consensualmente pelos entes federativos nos registros analisados. Primeiro, a garantia de que os estados pudessem ter o acesso às informações de estados vizinhos; bem como municípios entre divisas e estados diferentes. Segundo, ampliar a articulação intersetorial envolvendo escolas, creches e universidades, a partir das coordenações estaduais do PIACM/PNCM. Terceiro, o aprimoramento das ações de controle vetorial por meio de ações de manejo ambiental, em especial, para as realidades da malária urbana (268).

Ainda como desafio da dimensão da política de saúde, as personagens-chave apontam a preocupação com instabilidade e qualidade das equipes estaduais e municipais, em especial, as municipais, sobretudo, quando há alternância eleitoral ou pouca densidade nos critérios seleção:

> *[...] é um grande desafio como reduzir o impacto da alternância de governos na perda das equipes, quando o partido A perde e entra o partido B desarticula tudo... quando vem eleição de prefeito ficamos assustados, quando mantem o mesmo partido geralmente não todo problema, quando troca desmonta as equipes* (membro CTA/Instituição de Pesquisa).

Outro membro de coordenação estadual afirma: "*[...] o problema é do município que quer ajudar o prefeito, o vereador; tu sabes como é no município, às vezes, é tudo amigo do prefeito*" (membro coordenação estadual). Outro membro relata como essa alternância atingia também servidores de outros entes federativos.

> *[...] essa alternância política nos municípios era um problema mesmo. Porque muitas vezes o Prefeito que assume não apenas demitia toda a equipe de microscopistas e agentes que o município contratou, como exigia que tirássemos o servidor federal que estava lá pela regional de saúde do estado* (membro de coordenação estadual).

Destaca-se, abaixo, alguns dos desafios apontados e não superados até o período estudado, em relação à dimensão da gestão da rede de atenção e vigilância. Primeiro, a necessidade de garantir um serviço de diagnose rápida para os casos de malária em comunidades mais suscetíveis e de difícil acesso. Segundo, a necessidade de ações de educação em saúde, pelas três esferas de governo, pactuando com os demais gestores o compromisso de desenvolver ações de educação e mobilização social junto ao Departamento de Atenção Básica (DAB), a interação com os programas de Saúde da Família e com agentes comunitários de saúde (PSF/PACS), sendo tais atividades regulamentadas pelo Ministério da Saúde, pela Portaria n.º 44 GM/2002 (286). Terceiro, promover oficinas para multiplicadores municipais para enfrentar as inconsistências na alimentação dos sistemas de informação (272).

Personagens-chaves apontam ainda, ao final do período estudado, a fragmentação entre muitos dos serviços de diagnóstico e vigilância, e o conjunto da rede de saúde do município, em especial a Atenção Primária de Saúde. Identificam, por exemplo, a persistência de serviços isolados de diagnóstico e tratamento, sobretudo, em cidades com alta prevalência e incidência. Um membro da coordenação federal afirma:

> *[...] o desafio imposto naquele momento e que persiste foi a descentralização das ações de controle da malária, principalmente, para o ente municipal, como resultado final da integração com atenção primaria a saúde... houve alguns avanços, contudo, a incorporação do controle da malária como parte integrativa da atenção primaria não foi concluída [...]* (membro da coordenação federal).

Um membro do CAT/Instituições de Pesquisa que continua atuando na Amazônia Legal até o período atual afirma:

> *[...] muita cultura impregnada nos municípios e pelas estruturas que vêm desde a época da SUCAM se mantém. Ainda temos atuando servidores da antiga SUCAM, microscopistas, agentes tratadores,*

> *agentes visitadores nas suas antigas funções ou em papéis de coordenação... era para ter maior envolvimento dos ACS, das equipes de Saúde da Família, das unidades, das clínicas dos hospitais.... mas até hoje, quando você chega nos interiores, principalmente em áreas com muitos casos, e diz que tá com malária, as pessoas falam, 'é ali que faz...'. Vejo isso em Cruzeiro do Sul, Goianésia do Pará, no Marajó, Rondônia. isso ainda prejudica um pouco o controle, porque quem faz a comunicação com a comunidade é o ACS e nem sempre ele sabe o que é está acontecendo ainda... ainda o trabalho é muito cortado, dicotomizado... isso será muito maior e forte antes, mudou muito, tem muito maior integração com os ACS e Equipes de Saúde da Família, mas ainda existe [...]* (membro do CTA/Inst. Pesquisa).

Um dos desafios apontados em relação a dimensão da gestão dos serviços de saúde é um melhor acompanhamento da questão da aderência aos esquemas de tratamento empregados e a possíveis falhas terapêuticas (275). Para este desafio, a fragmentação na relação entre as equipes de endemias e o conjunto da Atenção Primária em Saúde, relatado acima por um personagem-chave, é obstáculo para o seguimento terapêutico destes pacientes (272).

Quanto aos contenciosos, que persistem ao longo da implementação e ao final do período estudado PIACM/PNCM, um deles é a questão de Recursos Humanos. De um lado, estados e municípios questionam a redução da participação da força de trabalho do Ministério da Saúde, questionando os critérios de redistribuição na descentralização para estados e municípios, a retirada destes trabalhadores por aposentadoria, afastamentos por questões de saúde e incapacidade para o trabalho no campo, sobretudo, dos agentes de endemias e microscopistas. Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde e o CTA apontam, com preocupação, a grande rotatividade do pessoal contratado por estados e municípios, em virtude dos critérios de seleção e contratação, das frágeis relações trabalhistas e baixa qualificação técnica (268, 272).

A questão do financiamento permanece como um contencioso. Seja na queixa de estados e municípios em relação ao volume e critérios de repasse federal, seja entre municípios e estados. Um primeiro questionamento está na relação com o volume total de recursos empregados na Programação Pactuada Integrada para Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), em particular, para o conjunto da região da Amazônia Legal (268). Segundo, a necessidade de revisão dos parâmetros de cobertura populacional por equipe do PACS e PSF para a Região Amazônica. Terceiro, a necessidade do estabelecimento de um teto financeiro

variável para os municípios com situação de populações flutuantes, principalmente os com assentamentos rurais (268). Os relatórios de acompanhamento também apontam como contenciosos, o uso de recursos descentralizados, como o sucateamento e desvio de finalidade no uso de bens móveis cedidos pela Funasa/governo federal, e a necessidade de instrumentos de acompanhamento dos recursos transferidos pela União para controle de endemias (268). O surgimento das Comissões Tripartite de Descentralização busca acompanhar e repactuar o uso de tais recursos.

Também apontam para a necessidade de retomar a discussão em relação à competência e responsabilidade de cada nível de governo, dentro do processo de descentralização, sobretudo, quanto aos municípios mais frágeis. Outro contencioso, em relação aos municípios, é a desmobilização das ações municipais em decorrência da redução no número de casos de malária no município, após a implementação do PIACM/PNCM. Um relato de um membro do CTA destaca este item:

> *[...] quando os municípios melhoram a situação epidemiológica, então ao trocar o prefeito, aí fala da vigilância, desmonta-se a vigilância, dizem que é muito caro e desmonta tudo... as coisas sobrevivem naqueles municípios onde as estruturas permanecem independente dos governos... onde temos instituições de pesquisa, formadoras de profissionais juntos também ajudamos a segurar* (membro do CTA /instituições de pesquisa).

O relato de uma personagem-chave explicita este contencioso, envolvendo recursos financeiros, recursos humanos, estrutura, competências e responsabilidade entre os entes federativos, criando obstáculos concretos para o processo de descentralização da gestão do enfrentamento a malária.

> *[...] eu participava da coordenação das equipes de atuação na malária no estado e, a partir de 2005, assumi a coordenação do município. Quando eu assumi as endemias do município, queriam que o meu município assumisse totalmente as ações de malária, além de outras endemias. Eu conhecia todos os recursos que o estado tinha para atuar no meu município, então fiz um projeto e apresentei: aceitamos assumir tudo se tivermos estes recursos, que era exatamente a estrutura de carros, de servidores da FUNASA, de combustível, estrutura que o estado tinha para atuar no nosso município. Nunca aceitaram repassar tudo, então, enquanto eu estive na coordenação municipal, a malária continuou com o estado...* (membro de coordenação municipal).

Observa-se, como já expresso nesta introdução em relação aos resultados do PIACM/PNCM, que muitos dos desafios iniciais apontados pelas experiências anteriores de controle da malária foram superados, o mesmo em relação aos contenciosos (260). Apesar dos vários contenciosos apontados, não há o surgimento de novos contenciosos ao longo da implementação, ao contrário de outras experiências de enfrentamento da malária (260) ou, como, por exemplo, o atual enfrentamento da COVID19 no Brasil (111).

Entre os desafios, a necessidade da construção de processos que assumam a Região de Saúde como unidade territorial, ainda é pouco apontada nos documentos e entrevistas. Uma hipótese para este fato pode ser o momento histórico de descentralização do SUS, pois ainda não havia os colegiados e pactos regionais, como política nacionalmente definida. Mesmo assim, alguns depoimentos de personagens-chave apontam para a necessidade de ações mais coordenadas em uma mesma região, ultrapassando o município. Apontam para este desafio como parte do contexto histórico da regionalização e descentralização do SUS, quando da implementação do PIACM/PNCM:

> *[...] embora nos percebêssemos, nas coordenações estaduais ou em comentários e visões de coordenações federais, a necessidade de uma ação conjunta de municípios e estruturas estaduais de uma mesma região, não havia naquele momento, de início da descentralização, instâncias consolidadas de uma Região de Saúde. Existiam já as divisões regionais dentro dos nossos estados, da Secretaria Estadual e das antigas estruturas da Fundação CESP, SUCAM, depois FNS, depois FUNASA, mas nem sempre elas coincidiam. Os colegiados regionais interfederativos vieram depois, com o Pacto da Saúde e, posteriormente, as CIRs, bem depois junto com as redes de atenção. Mas as ações do PIACM/PNCM, a necessidade de juntar para conversar com os municípios de uma mesma região, depois a PPI de endemias foram os primeiros passos para este processo, reunirmos os municípios e estados para o controle de endemias de uma mesma região de saúde* (membro de coordenação estadual).

Uma outra entrevista reforça esta necessidade:

> *Às vezes, tínhamos uma atuação conjunta em uma mesma região, vários municípios na beira de um mesmo rio ou estrada como a Transamazônica, a BR 163. Tínhamos uma dinâmica de distribuição dos trabalhadores da antiga SUCAM/FUASA, depois a Secretaria Estadual de Saúde, que puxava para isso. Programamos a ida deles*

> *para uma região de municípios de uma mesma beira de rio, por exemplo, lá no Rio Negro, no Amazonas, no Xingu, no Madeira. Como elas fomos construindo ações conjuntas, muitas vezes forças tarefas conjuntas e grupos de acompanhamento de uma mesma região, mas sem termos uma instancia própria. E mesmo só consórcios que estavam surgindo destinavam-se mais para o atendimento de média complexidade, transporte sanitário, as ações de endemias ficavam meio fora deles* (membro coordenação estadual).

Em uma descrição geral, seguindo os eixos de análise utilizados para estruturar a apresentação dos resultados, observamos que a implementação do PIACM/PNCM tem algumas características importantes para este estudo. Primeiro, foi construída e implementada a partir de uma forte participação dos entes federativos, seja nos movimentos de priorização da agenda, seja no desenvolvimento implementação, observando um processo permanente de tensionamento e negociação entre os entes federativos. Segundo, lidou com singularidades regionais das várias dimensões da região amazônica. Terceiro, construiu e utilizou um conjunto de instrumentos financeiros, organizativos, regulatórios a partir da negociação por parte dos três entes federativos. Quarto, teve como unidades territoriais de definição de prioridades e de uso dos instrumentos de implementação os municípios e os estados, a partir de uma coordenação federal/estadual, não existindo nem estimulando, exceto nos casos dos grupos intermunicipais e interestaduais de divisas interestaduais e fronteiras, a Região de Saúde como unidade territorial. Quinto, este processo de implementação construiu arranjos institucionais interfederativos que sobreviveram a todo o processo de implementação do PIACM/PNCM, ultrapassando o período estudado. Sexto, por mais que os documentos estudados e entrevistas com personagens-chave apontem para o sucesso de superação de metas estabelecidas no plano, um conjunto de desafios, comumente apontados pelos entes federativos e contenciosos que explicitam posições discordantes entre estes, permanece após todo o período estudado. Tais contenciosos estavam presentes no início do PIACM/PNCM, e, embora não superados, eles não se ampliaram ou não surgiram a partir do PIACM/PNCM.

5.1.6. Poder, Sujeitos e Tecnologias de Governo

Neste estudo, assume-se, para ampliar a análise dos resultados, três categorias, já descritas anteriormente: Poder, Sujeitos e Tecnologia de Governo. Considera-se a hipótese de que a implementação do PIACM/PNCM, a partir das variáveis presentes no seu desenho de implementação e do envolvimento dos atores federativos nos arranjos interfederativos de governança regional, gerou deslocamento de poder, construiu novos sujeitos e tecnologias de governo. Procuramos analisar essa relação nos arranjos interfederativos regionais de governança com este processo.

5.1.6.1. Deslocamentos de poder

Nessa experiência, a partir dos documentos estudados e das entrevistas com personagens-chave, observa-se que a implementação do PIACM/PNCM e dos seus arranjos interfederativos provocou um deslocamento de poder, antes absolutamente concentrado nas estruturas de planejamento, coordenação e execução federais. Seja um poder concentrado nas estruturas situadas na sede do governo federal em Brasília: *"antes do PIACM tudo era decidido em Brasília..."* (membro do CTA/Instituição de Pesquisa), seja nas estruturas verticais federais espalhadas pelo território amazônico: "*[...] antes os caras da SUCAM chegavam no município, fazia ação deles e ninguém de lá sabia o que tinha acontecido*" (membro da coordenação estadual).

Esse deslocamento de poder é provocado e sustentado pelos instrumentos de implementação, tensionados e negociados pelos entes federativos, e pelos arranjos institucionais interfederativos de governança estadual/local construídos ao longo da implementação do PIACM/PNCM. São eles: o CTA nacional e estaduais; as Coordenações Estaduais e municipais de endemias; os Grupos de Trabalho intermunicipais e interestaduais de controle em áreas de divisas interestaduais e fronteira; os Grupos e Forças Tarefas interdisciplinares, para implementar as ações nas áreas de assentamentos rurais ou áreas de proteção ambiental.

Um membro da coordenação federal aponta que:

> *Apesar de não se ter completado a incorporação do controle da malária nas atividades da atenção primaria à saúde, não há dúvida*

> *de que os municípios foram os entes mais fortalecidos com o PIACM, juntamente com os estados, pois a absorção do conhecimento, da tecnologia e da expertise em relação ao controle da malária contribuiu para a consolidação do processo de descentralização das ações de vigilância em saúde* (membro coordenação federal).

Um membro da coordenação estadual afirma:

> *Antes do PIACM tudo era decidido lá e Brasília, este poder é distribuído com o PIACM, primeiro este poder foi deslocado para o comitê estadual, para o pessoal de Brasília ter com quem falar. Se tem um comitê estadual, quando chegávamos de Brasília tinham bem definido com quem falar, cada um tinha o seu comitê e aí delegava poder para esse cara levar para o município* (membro de coordenação estadual).

Outro membro de coordenação estadual aponta sobre o fortalecimento dos municípios:

> *[...] lá também, no município, também teve deslocamento de poder... antes os caras da SUCAM chegavam ao município, fazia a ação, as vezes ninguém de lá sabia o que tinha acontecido... quando monta a coordenação municipal as informações passa ser tratadas e acompanhadas no município, é verdade que tinha muito município que a gente tinha ir lá e dar aula para eles por que não sabiam nada... mas só o fato do agente da SUCAM ter que conversar com a Secretaria Municipal, falar sobre dados, já tirava o poder deles [...]* (membro de coordenação estadual).

Um membro do CTA afirma sobre o fortalecimento das instituições de pesquisa na Amazônia Legal quanto a influenciar na construção e acompanhamento das políticas públicas de controle da malária:

> *[...] quem saiu mais fortalecido do PIACM/PNCM foram os pesquisadores na Amazônia, os pesquisadores e suas instituições de pesquisa... na Amazônia deu um salto enorme, não tinha quase nada antes além do Instituto Evandro Chagas e da Fundação Medicina Tropical de Manaus. Com o PIACM elas ficaram mais fortes, mais ouvidas nas decisões de Brasília, sobretudo, cresceram, expandiram suas atuações no campo, na relação com os munícipios e com secretarias estaduais, começaram ter comitês estaduais onde elas participavam, além do Comitê nacional. Passaram a ter convênios e surgiram outras na mesma época que cresceram. Antes não eram ouvidas para nada pela turma de Brasília. Decidiam sobre medicamento, tratamento vetorial, planejamento sem nos ouvir para praticamente nada. Ou não nos sentíamos ouvidos* (membro do CTA/Instituição de Pesquisa).

A partir da caracterização do poder nos processos sociais em saúde, por Testa (237), já referida anteriormente neste estudo, analisamos os poderes técnicos, administrativos e políticos deslocados com a implementação do PIACM/PNCM, bem como sua relação com os arranjos institucionais interfederativos regionais construídos ou fortalecidos.

Em relação ao poder técnico, no nível de definições estratégicas, observa-se um deslocamento dos processos de definições técnicas para um arranjo interfederativo nacional, o Comitê Técnico Assessor (CTA-PIACM/PNCM). Esses processos, antes se concentravam na burocracia permanente ou dirigentes no nível central de Brasília ou nos estados, com suas antigas superintendências, coordenações, e dirigentes ou servidores técnicos, gerenciados diretamente pelo governo federal. Isto estabelecia relações pontuais com pesquisadores ou instituições de pesquisa quando julgavam necessário.

O CTA_PIACM/PNCM se constituiu em um arranjo interfederativo inovador para a realidade das ações de controle de endemias, como registrado nos relatórios de avaliação e entrevistas, já citados. Ao longo da sua implementação, os CTAs constituídos nos estados, como já referido pelos documentos e entrevistas com personagens-chaves, também assumiram esta referência e ganharam poder a partir do exercício desta referência técnica. Este deslocamento de poder consolidou um processo de escuta da comunidade cientifica para a definição de diretrizes técnicas e o planejamento da política pública, neste caso.

Este processo estabeleceu toda a padronização dos parâmetros e estratégias de vigilância e normalização das ações de controle vetorial, diagnóstico e tratamento liderados pela estrutura federal. Ao referendar ou não, a partir do poder técnico, diretrizes, normativas, modos de se organizar, parâmetros para a aquisição de produtos, passou a influenciar em uma variedade de processos que vão desde o planejamento, mecanismos de avaliação até o que deve ou não ser comprado com os recursos públicos destinados. Essa legitimidade técnica foi fundamental para essa sustentação junto às equipes espalhadas pelo país e às próprias sociedades locais, que tinham um histórico de convivência e tentativas, mais ou menos frustradas, de enfrentamento da malária. Esse poder, sustentado a partir da afirmação técnica, pareceu ser importante, considerando que o PIACM/PNCM deu

uma nova centralidade para o diagnóstico precoce e o tratamento (269), e ao controle seletivo de vetor (287), na estratégia geral da resposta a endemia.

Ressalve-se que, embora esteja nítido este deslocamento, a partir da análise das fontes estudadas, os CTAs, nacional e estaduais, mantiveram seu caráter consultivo, durante todo o processo de implementação. Isto significa que, embora os novos arranjos compartilhem o poder, antes concentrado na burocracia permanente ou dirigente da estrutura federal, as instâncias ocupadas exclusivamente pelos gestores, seja chefes de governo ou seus indicados, não estiveram desprovidas do poder de decisão, como analisaremos nas outras dimensões desta caracterização.

Com o tempo da implementação, houve o avanço do deslocamento deste poder técnico para as coordenações estaduais e os Comitês Técnico Assessores estaduais. Alguns dos parâmetros técnicos passaram a ser desenvolvidos pela pactuação e pelo diálogo com as coordenações e esses comitês técnicos, segundo os relatórios de avaliação (268).

Na definição dos instrumentos e ferramentas de implementação, observa-se esse mesmo deslocamento de poder, antes, também, praticamente restrito às estruturas federais centralizadas em Brasília ou descentralizadas nos estados. Tanto o Comitê Técnico Assessor Nacional quanto as coordenações estaduais lideradas pelas secretarias estaduais e os CTAs estaduais passaram a influenciar, conjuntamente com as estruturas federais, na pactuação de normativas, critérios de repasse de recursos, definição do Sistema de Informação, SIVEP/Malária, de medicamentos e insumos para o controle vetorial e testes diagnósticos a serem utilizados.

No nível micro, de execução das ações do PIACM/PNCM, também se observa o deslocamento do poder técnico, antes restrito aos servidores federais das estruturas da antiga SUCAM, FNS, FUNASA, para um conjunto de novos atores técnicos presentes nos territórios, compreendidos entre pesquisadores e membros de instituições formadoras que interagem com os CATs, e cujas instituições consolidaram novas parcerias institucionais com municípios e estados. Soma-se outras referências técnicas para as equipes e os gestores locais: os próprios gestores e profissionais de saúde, nas novas coordenações municipais, que se constituíram; os profissionais de saúde das equipes de endemias, Atenção Primária

em Saúde e da Saúde da Família, que passaram a interagir com as ações de vigilância e controle da malária no território.

Por conta da centralidade da estratégia de diagnóstico e tratamento precoce no controle da malária, segundo relatos de personagens-chave, há um deslocamento da referência e do poder técnico entre os próprios profissionais das estruturas de vigilância de endemias. Este deslocamento acontece entre as equipes das antigas estruturas federais verticais, e os novos agentes e equipes de endemias, que vinham sendo estruturadas pelos estados e municípios.

> *[...] uma coisa interessante, como o mais importante passou a ser fazer o diagnóstico e o tratamento precoce e o uso das informações do novo sistema de informação, todo mundo passou a valorizar mais a opinião dos microscopistas e dos responsáveis pelas análises de informações do SIVEP. Antes os guardas de endemias, sobretudo os seus supervisores, que eram os mais ouvidos, porque a estratégia estava centrada na borrifação e na distribuição de tratamento, muitas vezes sem diagnóstico confirmado. Os microscopistas passaram a ser muito valorizados, a opinião deles, o resultado do diagnóstico era o que disparava tudo: tratamento, quanto medicamento seria usado, controle vetorial, distribuição de equipes de endemias no território. A mesma coisa quem tirava e analisava os relatórios do SIVEP. Os municípios e os estados que iam contratando equipes corriam para contratar ou formar microscopistas, tentavam contratar os melhores que se aposentavam na SUCAM, FUNASA, até salários melhores eles conseguiam para quem sabia organizar e fazer um diagnóstico no microscópio e quem sabia ler e planejar usando o SIVEP...* (membro de coordenação municipal).

Há também um deslocamento do poder técnico, a partir da criação do instrumento regulatório que criou as regras de Licença Prévia, Licença de Instalação e Operação, e Atestado de Aptidão Sanitária e Ambiental, advindas do arranjo interdisciplinar Ministério da Saúde, Ministério do Meio Ambiente e Ministério do Desenvolvimento Agrário. Ao serem conferidas, respectivamente, pelo Ministério da Saúde/Funasa e Ministério do Meio Ambiente/IBAMA, uma nova variável técnica foi introduzida na decisão final sobre projetos de assentamento em terras federais na Amazonia Legal. O Ministério da Saúde/FUNASA passa a compor a decisão sobre o início de um projeto de assentamento rural e sobre novas inciativas em áreas de proteção ambiental em terras federais na região.

Em relação ao poder administrativo, também há um deslocamento, da quase exclusividade, ou centralidade, das estruturas federais distribuídas no território amazônico ou em Brasília, para um novo lugar e espaço ocupado pelas

novas coordenações estaduais e municipais de vigilância e controle de endemias, em formação ao longo da implementação. Um montante de recursos financeiros, humanos, logísticos, de interação com atores do território passaram a ser administrados pelas coordenações estaduais e municipais. Seja recursos de origem federal, seja novos recursos estaduais ou municipais, passaram a ser empregados neste esforço de estruturação de coordenações estaduais e municipais de vigilância e controle de endemias.

As Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), enquanto um dos arranjos interfederativos de pactuação, passaram a ter poder administrativo nos processos de definição e aprovação da PPI endemias. Na prática, este instrumento influenciava na distribuição de recursos a serem repassados do nível federal para estados e municípios, seja pela descentralização do TEFCD para estados e municípios, seja pelos demais recursos federais descentralizados. A CIT e CIBs ocuparam também um papel na certificação dos municípios para participarem do PIACM/PNCM e na estruturação da gestão da vigilância e controle de endemias, consequentemente definindo a recepção ou não de recursos. Também no âmbito das CIBs foram constituídas as Comissões Tripartites de Descentralização, que acompanham todo o processo de descentralização de recursos humanos e logísticos de estruturas federais para o controle de endemias descentralizadas para estados e municípios. O que antes era estabelecido, exclusivamente, pela estrutura federal com ou sem convênios estabelecidos com estados e municípios, passou a ter sua definição por uma instância de pactuação tripartite.

Quanto ao poder político, há um deslocamento que emana incialmente da mobilização e pactuação política liderada pelo governo federal (Presidente da República e Ministros) e pelos governadores da Amazônia Legal. Este deslocamento de poder político foi potencializado pelo contexto de descentralização e estruturação da regionalização do SUS, que ocorreu à época. Este processo dotou estados, regionais de saúde e municípios de estruturas, de governabilidade e de responsabilidade sobre recursos do SUS. Interessantemente, no âmbito do SUS, ocorreu este deslocamento de poder para entes federativos estaduais e municipais em um contexto de restrição da governabilidade e de estruturas dos entes federativos subnacionais, em especial os governos estaduais, pelo ajuste neoliberal, como já citado no capítulo que trata dos processos de regionalização.

O envolvimento e a mobilização de atores políticos, sejam os chefes de governo ou seus diretamente indicados, estabeleceu a prioridade da malária para a agenda do SUS à época. Esta priorização respondia a um grave quadro sanitário, com impactos diretos nas economias e projetos de desenvolvimento *loco* regionais. Este envolvimento e mobilização continuaram presentes ao longo da implementação, com intensidade variável, de acordo com as condições sanitárias, os estágios de implementação ou caso outros temas entrassem na agenda.

À medida em que estados e municípios passaram a ter maior governabilidade sobre os instrumentos financeiros, organizativos e regulatórios de implementação, assumiram mais ferramentas de interação, protagonismo nos anúncios e avaliação de resultados, exercendo maior poder político com os territórios. Assim, este deslocamento de poder político se consolida, apesar da relação vertical entre União e estados e municípios, e entre estados e municípios se perpetuar. Inclusive, em que pese o maior compartilhamento deste poder político de decisão com os arranjos interfederativos constituídos, os representantes do governo federal ainda têm um peso preponderante nos processos de decisão, tendo como argumento que, o que está em pactuação, são basicamente recursos federais.

Este poder político ampliado nos territórios é mais exercido quanto mais os chefes de governo estaduais e municipais, e seus indicados, passam a ter maior governabilidade sobre os instrumentos de implementação. Agora, decisões políticas outrora centralizadas nas estruturas federais, passam a ter um novo protagonismo estadual e municipal, à medida que não houve apenas uma descentralização de recursos e de instrumentos já existentes, mas uma ampliação destes recursos e dos instrumentos de implementação a serem aplicados para o controle da malária. Basicamente, sob governabilidade de estados e municípios, a dimensão deste poder político também se amplia para os chefes de governo e seus indicados.

Também, por isso, a disputa sobre a coordenação estadual ou municipal dos recursos e instrumentos específicos do PIACM/PNCM, durante o processo de descentralização de endemias na Amazonia Legal, esteve presente durante todo o período estudado. Observa-se situações entre os estados da Amazônia, que o processo de descentralização para os municípios só começou a ocorrer após o período eleitoral, ano de 2002, de renovação da direção do governo do estado, como registrado em entrevistas de personagens-chave: *"[...] o estado não abriu mão de coordenar as ações de malária até 2002, quando terminava o governo, depois de*

reeleito, recomeçou a buscar descentralizar para os municípios" (membro de coordenação municipal).

Em certa medida, os arranjos interfederativos, constituídos ou fortalecidos na implementação do PIACM/PNCM, passaram a compartilhar deste poder político e do protagonismo advindo dos chefes de governo e indicados nos estados e municípios. Como já ressaltado, isso não retira o poder de deliberação dos chefes de governo e seus indicados diretos. Este poder político, concentrado nos chefes de governo e seus indicados das estruturas estaduais e municipais, é maior à medida que as estruturas constituídas nas esferas estadual e municipal, e os processos de administração dos recursos e fundos sejam instáveis, como revelam as preocupações presentes nos relatórios de avaliação (272) e nos depoimentos de personagens-chaves.

Se é verdade que um poder político concentrado em estruturas verticais pré PIACM decidia se existiria ou não ações de controle em determinado território, tal deslocamento para estados e municípios, conferiu, a estes chefes de governo, a decisão sobre o desmonte das iniciativas, a demissão de equipes, o fechamento de estruturas e serviços. Esse fenômeno era mais presente quando da alternância de chefes de governo, em especial na esfera municipal. Neste sentido, a inexistência de arranjos interfederativos regionais, no âmbito das Regiões de Saúde, ampliou esta fragilidade, conferindo ao conjunto de atores federativos, de uma mesma região, o poder para decisões comuns, gerando pesos e contrapesos, reduzindo as iniciativas unilaterais de desmonte.

Em plano horizontal aos atores do governo federal, o marco regulatório que estabeleceu a necessidade de pareceres técnicos sanitários/ambientais para os novos projetos de assentamento rural em terras federais, deslocou este poder de definição política para a implantação de um assentamento no território amazônico, antes concentrado no INCRA. A distribuição desta decisão com órgãos ambientais, IBAMA/MMA, e sanitários, FUNASA/Ministério da Saúde, promoveu um deslocamento de poder político que não deve ser desprezado. As decisões do INCRA no território amazônico envolviam interesses variados: interesses financeiros de quem reivindica a terra a ser desapropriada, de projetos de desenvolvimento na região, de conquista das famílias que demandam o assentamento, até de relações político-eleitorais do assentamento de famílias em um determinado município/estado.

Quando outro ator interfere neste processo de decisão, entra também outros olhares e etapas sobre o problema: no caso, a questão ambiental e sanitária. Com isso, outros valores e visões sobre a forma de ocupação do espaço territorial da Amazônia, outros olhares sobre os interesses econômicos, sociais e políticos já citados. Além disso, na forma como são constituídos os governos de coalizão no Brasil, sobretudo, nesse período histórico de implementação do PIACM/PNCM, estes atores diversos do MDA, MMA, MS, representam, inclusive, grupos políticos aliados no plano nacional, mas conflitantes no plano local.

Considera-se que o processo de implementação do PIACM/PNCM, em especial o fortalecimento dos CIT e CIBs, e do surgimento de um conjunto de arranjos interfederativos, promoveu novas relações de poder, que potencializaram inciativas e instrumentos de implementação do PIACM/PNCM, mas também exercitaram resistência, quando das ações de desmonte desses instrumentos. Em especial, em situações de desmonte por parte dos chefes de governo municipais, que essas novas relações tiveram papéis relevantes nessa resistência.

Considera-se que estas novas relações de poder se estabeleceram ou se potencializaram pelo fato de novos atores entrarem em cena no processo de implementação, a partir da criação, do aprimoramento, da ampliação e da consolidação dos arranjos institucionais interfederativos, seja aqueles de âmbito nacional, seja os estaduais e municipais. Esse conjunto dos arranjos formam o *lócus* de coexistência destes atores e das novas relações de poder. Elas aconteceram ao longo da implementação do plano, mesmo com a dependência em relação ao chefe de governo no processo de composição, a partir do fato de a representação nos arranjos, exceto a CIT e CIBs, serem determinados por indicação direta ou indireta dos chefes de governo.

Observa-se também, como já descrito, novas relações de poder entre as equipes de atuação nos serviços de vigilância e atenção à saúde, ao longo da implementação do PIACM. Estas novas relações de poder advêm de duas condições. Primeira, pela centralidade do diagnóstico e tratamento precoce, e da análise da informação epidemiológica, como estratégias fundamentais no controle da malária, permanentemente valorizada pelos arranjos interfederativos estaduais/locais. Mas também, pela natureza dos vínculos formais dos trabalhadores com as estruturas estaduais ou municipais que surgiram. Esta diversidade, diferente das antigas estruturas federais que atuavam no território, conferiram maior

referência de poder, quanto mais estável ou mais valorizado técnica e financeiramente se estabelecia o vínculo profissional.

Com a implementação do PIACM/PNCM e seus arranjos institucionais interfederativos, há uma nova composição de autoridades e redes de força com capacidade de mobilizar pessoas, procedimentos, recursos e dispositivos. Observa-se um deslocamento da autoridade federal e central para um conjunto de autoridades estaduais e municipais, a partir dos seus lugares de chefes de governo, secretários, coordenadores das ações de vigilância e controle de endemias. Esta multiplicidade de autoridades é fundamental para potencializar o alcance da implementação ou para exercitar resistências e contrapesos a operações de desmonte, sobretudo no território. Neste sentido, os arranjos institucionais interfederativos, fortalecidos ou constituídos na implementação do PIACM/PNCM, constituem um lugar de coexistência, espaço de priorização do tema malária na agenda para estas autoridades ou novas redes de força.

Além deste deslocamento entre diferentes entes federativos, as instituições de formação e pesquisa, e pesquisadores também se consolidam enquanto autoridades, constituindo novas redes de força. Tais possibilidades se potencializam nos arranjos institucionais interfederativos, em especial os CTAs nacional e estaduais, e as parcerias permanentes de convênios ou protocolos de cooperação técnica estabelecidas com governos municipais e estaduais. Chama a atenção, aqui, como já referido em entrevistas, o fortalecimento das instituições de pesquisa e de formação profissional na Amazônia, ao longo da implementação do PIACM/PNCM. Este fortalecimento, como referido por personagens-chave, parece ter sido importante para a permanência, a reprodução das ações, a resistências a tentativas de desmonte.

A relevância da ciência, pesquisa e do apoio técnico ganhou ainda mais peso em uma estratégia de controle centrada em questões, como: diagnóstico e tratamento precoce, cuidado ao ser humano, reorganização de equipes de cuidado na atenção primária, análise de informação e controle seletivo de vetores. Estas trazem novas dúvidas e objetos de pesquisa, a partir da realidade dos locais de implementação e das equipes de cuidado.

No interior das equipes, um novo papel foi assumido por técnicos profissionais, diretamente envolvidos na centralidade da estratégia de controle da malária: o diagnóstico e o tratamento precoce: os técnicos microscopistas de

laboratório e os profissionais da Atenção Primária em Saúde que se dedicam ao cuidado dos casos diagnosticados, os trabalhadores com capacidade de análise epidemiológica dos dados do SIVEP, e os analistas de entomologia e controle vetorial. Segundo a expressão de uma personagem-chave: *"o microscopista é o cabeça da vigilância da malária [...] a partir do diagnóstico que ele faz que começa tudo [...]"* (membro de coordenação estadual).

Disto, há novas relações de poder entre esses profissionais, mas também em quem controla os processos de formação, educação continuada e seleção para contratação pública destes trabalhadores, incluídas as estruturas públicas e privadas. Quem, entre os entes federativos controla esses processos, e com quais parceiros públicos ou privados exercita esses processos, constitui as novas redes de força.

Esta nova composição de autoridades e redes de força mobiliza mensagens públicas a atores sociais, econômicos e políticos, articula instituições de formação continuada, seleção pública e/ou contratação de profissionais de saúde, redige e divulga manuais técnicos orientações diretivas a trabalhadores dos serviços nos territórios, gerencia as estruturas logísticas. Na prática, opera os instrumentos financeiros, regulatórios, organizativos e comunicacionais de implementação no nível de execução.

Os arranjos institucionais interfederativos constituídos, em especial, o CTA-PIACM/PNCM nacional, os CTAs estaduais, as coordenações estaduais de malária e a Comissão Tripartite de Descentralização, constituíram-se em locais de encontro e convivência dessas redes de força e autoridades constituídas: quanto mais permeáveis, maior a interação, influencia e/ou compartilhamento entre essas redes de força e suas decisões.

Embora a implementação do PIACM/PNCM e dos seus arranjos interfederativos construídos ou fortalecidos tenham deslocado o poder, constituindo-se em fator de sustentação das ações de controle da malária, após o período estudado – e para a resiliência das políticas do SUS de controle de endemias –, esse deslocamento parece ter sido insuficiente para evitar a interrupção de ações a partir da alternância, sobretudo, municipal dos chefes de governo. Este fato está presente nos documentos analisados e nas entrevistas com personagens-chave. O poder político permaneceu fortemente concentrado na figura do chefe de governo e

do conjunto de dirigentes que advém a cada eleição, com estruturas instáveis de manutenção dos serviços e equipes.

Mais uma vez, a ausência de arranjos regionais que tenham a Região de Saúde como unidade territorial, ultrapassando a lógica apenas municipal, poderia ter se constituído em mecanismo de resistência, sobretudo, interagindo com o conjunto de novas redes de força descritas. Caso tais arranjos tivessem uma constituição bipartite (municípios e estado) ou tripartite (municípios, estado e União) exigiriam a mediação, também, de outros governos com ciclos diversos de alternância. Os principais exemplos citados pelas personagens-chave, neste sentido, foram as mediações exercidas sobre o território pelas parcerias estáveis com as instituições de pesquisa ou pelas coordenações estaduais ou por estruturas diretas, como a Fundação Estadual de Vigilância do Amazonas. Os consórcios intermunicipais existentes, segundo os documentos e relatos analisados, estavam mais restritos às ações de atenção à saúde, sobretudo, de média e alta complexidade.

5.1.6.2. Fortalecimento e construção de sujeitos

Observa-se, a partir das fontes analisadas, que o processo de implementação do PIACM/PNCM produz sujeitos, entendidos como indivíduos e grupos sociais que interagem, negociam, aprendem e se constituem. No caso, a implementação do PIACM/PNCM fez emergir e/ou fortalecer novos sujeitos. A implementação ampliou as capacidades de análise e de intervenção, visto que os arranjos interfederativos contribuíram para o envolvimento e a articulação destes sujeitos que emergiram, fortalecendo-os ou reconstruindo-os.

Observa-se que, pela diversidade do território amazônico e pela maturidade dos arranjos em todo o território, há situações heterogêneas de permeabilidade dos arranjos aos sujeitos. É possível prever que a permeabilidade destes arranjos, a coexistência e a convivência com estes sujeitos seja um fator importante de consolidação, ou não, do conjunto de mudanças na governança regional, desencadeadas pela implementação do PIACM/PNCM.

Um desses sujeitos surge nas novas coordenações descentralizadas de endemias, especialmente formados por dirigentes e profissionais nas estruturas estaduais e municipais de vigilância e controle endemias, que emergiram durante o processo concomitante de descentralização das ações de vigilância e controle de

endemias, disparado com a implementação do PIACM/PNCM no território amazônico. Um conjunto de coordenadores, dirigentes, profissionais de estruturas estaduais e municipais de vigilância e controle de endemias emergiu deste processo de implementação do PIACM/PNCM e seus arranjos interfederativos regionais variados, propiciando uma interação permanente entre os pares, constituindo uma identidade comum a partir dos desafios presentes nos processos de constituição das suas estruturas. Há troca de experiências, formação e qualificação conjuntas, tarefas comuns, interação com atores de pesquisa, contato com fóruns técnico-científicos e conferências sobre o controle social.

Como referido por personagens-chave, tais estruturas, em especial as coordenações de endemias estaduais e dos municípios mais estruturados, têm um papel não só na sustentabilidade das ações de controle da malária, mas também em um conjunto de outras endemias ou ações de controle de outras doenças transmissíveis. Os coordenadores, dirigentes e trabalhadores que desenvolvem essas estruturas assumem também um vocabulário e um conjunto de conhecimentos próprios, advindos de etapas de qualificação ou da própria experiência frente a processos específicos, como: a gestão dos recursos, das planificações, das certificações, das normatizações técnicas e das mensagens públicas à sociedade, que lhes confere identidade e autoridade, ao longo de toda a implementação.

Estes sujeitos assumem uma variedade de pontos de interação e articulação. São interações com a coordenação nacional, com a presença dos nove estados, as reuniões semestrais de avalição em cada estado, as interações em outros arranjos construídos pelo PIACM/PNCM, como os CTAs nacional e estaduais. Além destes, há as Comissões Bipartite, cuja pauta foi ocupada pelo tema da malária, ao longo da implementação do PIACM/PNCM, como já expresso por personagens-chaves.

Se os gestores, dirigentes e trabalhadores, que passam a constituir as coordenações/estruturas estaduais e municipais de controle de endemias, podem ser denominados como os novos sujeitos que emergem com o processo de implementação do PIACM/PNCM, cabe também observar três sujeitos que já existiam no contexto das ações de controle da malária no território. São atores recriados a partir de uma nova identidade, papéis e subjetividades, ao longo da implementação do PIACM/PNCM: os trabalhadores das endemias, em especial

aqueles oriundos das estruturas verticais da SUCAM, Fundação SESP, FNS, FUNASA; os pesquisadores e instituições de pesquisa em malária na região; e os trabalhadores da Atenção Primária em Saúde.

Os trabalhadores de endemias oriundos das estruturas verticais federais de controle de endemias no território (SUCAM, Fundação SESP, FNS, FUNASA) carregam um conjunto de cargas simbólicas, algumas delas apontadas nas entrevistas com personagens-chave:

> *[...] tinha que ter uma gama de ações de políticas que desse uma resposta a realidade local que muitas vezes só os trabalhadores da ponta da SUCAM, da Fundação CESP, da FUNASA sabiam... a nova estratégia estava centrada no diagnóstico e no tratamento precoce para evitarmos sofrimento humano e mortes, mas isso não era só tratar. Para tratar bem, tinha que ter um bom diagnostico boas lâminas, bons corantes, os técnicos da antiga SUCAM, FUNASA faziam milagre, com equipamento inadequado, lâmina inadequadas. eles faziam lâmina com o material deles e não conseguia enxergar nada, mas eles conseguiam e quando batíamos nos nossos laboratórios o diagnóstico batia. Eram servidores já estavam tendo muita dor de cabeça, problemas de visão, trabalhavam muito e em condições inadequadas, mas faziam milagre* (membro do CTA/Instituição pesquisa).

Como afirma um membro de coordenação estadual:

> *[...] ao meu ver os trabalhadores da SUCAM eram vistos como heróis respeitados na comunidade, por mais que os resultados das políticas da SUCAM não impactaram em nada na malária na região, ao meu ver... a SUCAM gastou de 1979 a 2002, bilhões de dólares e não impactou em nada para reduzir estes casos. A SUCAM era só paliativa [...]* (membro coordenação estadual Amazônia).

Outro membro da coordenação estadual:

> *[...] tinha de tudo entre os trabalhadores da antiga SUCAM, desde gente que era respeitadíssima pela farda, pela posição em um emprego público federal em regiões onde ninguém tinha emprego, seja pelo conhecimento, pelo acesso a transporte, pelas vidas salvas. Mas muitos tinham a história de alcoolismo, envolvimento em violência sexual nas comunidades, tinha de tudo... muitos trabalhavam muito, tinham conhecimento e foram muito importantes para a descentralização das endemias. Nós falávamos, perguntávamos, vocês são federais, mas querem trabalhar para o município, para o estado, ajudar a organizar as coordenações? Os que quiseram ajudaram muito e organizaram as endemias nesses*

> *estados e municípios* (membro da coordenação estadual na Amazônia).

Como já descrito acima, muitos destes trabalhadores oriundos de estruturas federais verticais assumiram um protagonismo importante na montagem das coordenações estaduais e municipais de malária. Com isso, reposicionaram-se diante do novo desenho institucional da implementação da política, reconstruindo-se enquanto sujeitos. Vários assumiram a função de dirigente das novas estruturas de coordenação estaduais e municipais de endemias ou supervisionavam diretamente as ações de malária ou demais ações de controle de endemias.

Este reposicionamento também está presente nos novos arranjos multiprofissionais que se constituíram, à medida que o diagnóstico e o tratamento precoce, o controle vetorial seletivo e a qualificação da analise epidemiológica assumiram a centralidade das estratégias de controle. Esta centralidade na estratégia promoveu uma expansão dos pontos de diagnóstico microscópico, nas equipes de análise entomológica no campo, nos alimentadores e analisadores do SIVEP, exigindo uma nova escala de oferta e qualificação para ocupar estes postos profissionais. Muitos destes novos postos foram ocupados por profissionais oriundos das estruturas verticais federais, seja a partir das suas descentralizações para estados e municípios, seja a partir da sua aposentadoria. Vários deles se reposicionaram nesta nova rede construída ou se qualificaram para assumir novas atividades profissionais mais valorizadas pelos órgãos municipais ou estaduais e de contratação.

Os pesquisadores de malária e suas instituições de pesquisa na Amazônia Legal, também ocupam um novo espaço enquanto sujeitos na implementação do PIACM/PNCM. As relações que advêm deste novo sujeito constituído, têm papel importante na consolidação da implementação e na resiliência de ações de controle até hoje. Um membro do CTA afirma:

> *Os planos não seguiam aquilo que nós que estamos na universidade e no campo víamos. A gente não aceitava aquele comando da SUCAM que era soltar inseticida mal borrifando nas casas, jogavam aqueles jovens da SUCAM nos travessões sem qualquer acompanhamento ou fiscalização. O PIACM, ao meu ver, é o primeiro a nos ouvir de fato* (membro CTA/Instituto de Pesquisa).

Outro membro do CTA afirma*:*

> *[...] a instituição do Comitê dos pesquisadores pelo PIACM puxa aquilo que eram os pesquisadores passarem a ser ouvidos de fato, a gente sentia um distanciamento muito grande do nível local para os níveis centrais de decisão das ações da malária... e isso também gerava um distanciamento nosso em relação aos planos que existiam também [...] mesmo nós, sendo de uma instituição federal de pesquisa na Amazônia, antes de existir o CTA era uma instituição não tão ouvida, nos ouviam mas de uma forma pouco sensível* (membro CTA/Instituição de pesquisa).

Outro membro do CTA afirma:

> *O PIACM significava uma nova estratégia, diagnóstico precoce, tratar logo depois, isso significou mudar várias práticas anteriores como profilaxia, como tratar todo mundo [...] o Comitê teve um papel em definir estas posições na entomologia... antes do PIACM não me lembro de existir esta consulta... começamos a fazer naquela época e isso continua até hoje... nós estávamos no grupo de entomologia, dizíamos quais eram as evidências entomológicas... aquela cultura continua, não tem a frequência que tinha, mas aquela célula que foi criada continua tendo alguma repercussão* (membro CTA/Instituição de Pesquisa).

Como já descrito acima, um membro do CTA afirma*:*

> *[...] quem mais saiu mais fortalecido do PIACM/PNCM foram os pesquisadores na Amazônia, os pesquisadores e suas instituições de pesquisa. Nisso a Amazônia deu um salto enorme, não tinha quase nada antes, além do Instituto Evandro Chagas e da Fundação Medicina Tropical de Manaus. Como o PIACM elas ficaram mais fortes, mais ouvidas nas decisões de Brasília, sobretudo, cresceram, expandiram suas atuações no campo, na relação com os munícipios e com as secretarias estaduais, começaram ter comitês estaduais onde elas participavam, além do CTA nacional. Passaram ter convênios e surgiram outras na mesma época que cresceram* (membro do CTA/Instituição de Pesquisa).

E outro membro do CTA:

> *[...] a criação do CTA, aquele processo de ouvir, isso é muito gratificante, de alguma forma deu alguns bons frutos... depois de tantos anos continuo participando das análises técnicas e reuniões de planejamento. Agora mesmo teve reunião e eu pude rever muita gente, manter contato com outros. É gratificante rever meus alunos de doutorado lá participando, trazendo novos olhares e opiniões, o grupo cresceu. Talvez antes o PNI e o programa de AIDS tinham*

> *isso, mas nas endemias foi inaugurado pelo PIACM com o CTA* (membro CTA/Instituto de pesquisa).

Observa-se a partir das fontes analisadas, a implementação do PIACM/PNCM, em particular, pela criação do CTA-PIACM/PNCM e seus similares nos estados, e dos investimentos crescentes para a participação de pesquisadores e instituições de pesquisa nas ações de controle de endemias, o estabelecimento de um novo protagonismo para os pesquisadores de malária, em especial, aqueles situados em instituições da região amazônica.

Inaugura-se, com o PIACM/PNCM, uma nova relação da coordenação de políticas públicas de controle a malária com instituições da ciência, com o CTA-PIACM/PNCM. Ela estimulou, de lado a lado, novas parcerias entre as instituições de pesquisa e os gestores federais e estaduais. Logicamente isso é reforçado com o momento histórico de expansão da rede de formação e pesquisa na região, em especial na área da saúde (288). Seja as instituições e Universidades Federais novas ou ampliadas, instituições do Ministério da Saúde, como a FIOCRUZ e o Instituto Evandro Chagas, seja as instituições estaduais de formação e pesquisa, como a Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. De um lado, tais pesquisadores/instituições passaram a ocupar um papel na construção, no desenho e na implementação de políticas públicas da saúde. Do outro, o Ministério da Saúde, mas também os governos estaduais, criou processos e instâncias interfederativas, como o CTA PIACM/PNCM, de escuta permanente da ciência na definição de suas políticas e diretrizes.

Além da escuta, um conjunto de parcerias entre estados e municípios com instituições de pesquisa deu permanência a esta atuação em campo. Segundo membros do CTA, elas contribuíram para sustentabilidade das ações:

> *Onde as instituições de pesquisa estavam mais próximas ajudam o programa a sobreviver mais... a Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas é muito importante, o CEMETRO em Rondônia, a Fiocruz em Rondônia e em Manaus ajuda muito, quando surge a instituição federal e estadual que se consolida ajuda muito* (membro CTA/Instituto de pesquisa).

A produção de conhecimento e pesquisa, no contexto amazônico das endemias, ganhou nova relevância na construção de política pública. Isto realimenta

e se reproduz nas instituições de formação e pesquisa e suas parcerias, assumindo novas responsabilidades, papéis de protagonismo e identidades.

Os trabalhadores da Atenção Primária em Saúde assumiram outro protagonismo nas ações de controle de malária, em primeiro lugar, e no conjunto das endemias, em um segundo momento. O processo de expansão e qualificação da Atenção Primária em Saúde na região amazônica ocorreu concomitante ao PIACM/PNCM e à estratégia de descentralização do controle de endemias. Já observamos um conjunto de instrumentos políticos de implementação financeiros, organizacionais e regulatórios que buscaram impulsionar esta integração.

Sobre o envolvimento dos trabalhadores da Atenção Primária em Saúde nas ações de controle de malária, fala-se de lugares e papéis diversos em todos os serviços, fixos e móveis, que a compõe no contexto do PIACM/PNCM. Fala-se dos novos agentes de endemias municipais, que se expandem, com este propósito, pelos municípios prioritários para a malária. Da formação e ampliação de competências para a coleta de exames e de tratamento dos agentes comunitários de saúde, e dos demais membros da equipe de Saúde da Família. Do esforço para avançar no diagnóstico precoce e no acompanhamento do tratamento nas equipes de Saúde da Família. Das equipes de microscopistas para o diagnóstico de malária contratadas pelos municípios. Todos passam a ter novos objetos e lugares de atuação com a integração do PIACM/PNCM às ações da Atenção Básica na Amazônia Legal. Entretanto, a própria diversidade destes profissionais, o fato de não participarem dos arranjos interfederativos, a precariedade dos vínculos municipais, a alternância das equipes, torna difícil ponderarmos o peso deste sujeito na implementação do PIACM/PNCM neste estudo.

Uma das questões a ser observada, a partir das fontes analisadas, é a pouca permeabilidade dos arranjos institucionais interfederativos fortalecidos ou criados na implementação do PIACM/PNCM, aos trabalhadores da Atenção Primária em Saúde e seus temas. Se é possível identificar na composição dos arranjos interfederativos os demais sujeitos: gestores estaduais e municipais das coordenações de malária, vigilância de endemias, os trabalhadores de endemias oriundos da antiga SUCAM, FNS e FUNASA, e dos pesquisadores, é menos presente a participação de trabalhadores da Atenção Primária. A exceção é a estrutura de direção do departamento nacional de Atenção Básica no nível nacional,

as coordenações estaduais e municipais da Atenção Básica ou dos programas PACS/PSF, quando existiam, no nível estadual e municipal.

Atentamos para alguns papeis específicos no corpo de trabalhadores da Atenção Primária em Saúde: agentes de endemias, laboratoristas contratados pelos municípios, dirigentes ligados às unidades de saúde da Atenção Primária, e agentes comunitários de saúde. Todos merecem uma mensagem própria pelas estruturas de coordenação e os arranjos interfederativos, recebem manuais técnicos específicos, processos específicos de capacitação e de acompanhamento de avaliação da qualidade da sua atuação.

5.1.6.3. Produção de novas tecnologias de governo

Busca-se analisar se a implementação do PIACM/PNCM expressa uma nova racionalidade no enfrentamento da malária no Brasil e na região Amazônia Legal; quais objetivos e metas de implementação o programa de governo propunha alcançar; e quais dispositivos práticos e tecnologias foram produzidos para conduzir a atuação de indivíduos e coletivos ao longo do processo de implementação. Interessa-nos, particularmente, como os arranjos institucionais interfederativos regionais dialogam com a produção de tecnologia de governo nesta implementação, partindo do pressuposto de que implementar uma política é constituir novas tecnologias de governo.

A análise dos dados obtidos nas fontes pesquisadas nos permite afirmar que o PIACM/PNCM não só afirma como inaugura uma nova racionalidade no enfrentamento da malária no histórico do controle desta endemia no Brasil. Esta racionalidade tem como base alguns elementos.

Como primeiro elemento desta racionalidade, observa-se a necessidade de mobilização política (268), em particular dos chefes de governo dos três entes federativos, como fundamental para a mobilização do conjunto da sociedade e, em especial, das comunidades vulneráveis. A malária passou a ser considerada como um *"*problema dos governos federal, estadual e municipal e a mobilização desses governos e dos atores políticos nas esferas locais, municipais, estaduais e nacional, é o que seriam capazes de dar sustentabilidade*" (267).* Consonante ao que expressa um membro da coordenação federal *"a convocação dos municípios e estados é chave... não adianta a gente planejar, não adianta botar no papel, não*

discutir se não tiver vontade política... aí o Ministro chamava os governadores... há vontade política foi feita estabelecida".

Um segundo elemento, é a afirmação de uma nova estratégia para a malária no Brasil. Inspirada nas novas diretrizes expressas pela Conferência de Amsterdã (289) que enxergava a resposta à malária como uma ação necessariamente "multisetorial para redução da influência de fatores de risco de natureza socioeconômica, cultural, política e ecológica e com participação ativa da população". O principal objetivo da luta contra a malária passou a ser o homem e não mais o mosquito. Nessa estratégia os objetivos principais são: "impedir a mortalidade por malária; reduzir à morbidade e as perdas sociais e econômicas devidas à doença; a participação comunitária e mobilização social por meio do fortalecimento progressivo do Sistema Local de Saúde" (290).

Se o centro é cuidar do ser humano, defende-se "a integração das ações de luta contra a malária no sistema permanente de saúde local, fortificado e atuante" (290). No caso da estrutura do SUS, sobretudo, na região amazônica brasileira, levaram à consolidação da inserção das ações de controle da malária nos sistemas locais de saúde, com ênfase na atenção básica, com a participação dos ACSs e das equipes de Saúde da Família; (268). A ênfase na descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças para estados e municípios está presente nos documentos principais, apostando-se, inclusive, que isso levaria a um maior controle social pela população. As primeiras estratégias eram (280): (a) atenção ao caso como medida primordial, buscando o diagnóstico precoce e o pronto tratamento, especialmente de casos graves; (b) controle seletivo do vetor; (c) mobilização social; (d) participação interinstitucional e intersetorial, reforçando a descentralização.

Um terceiro elemento, ainda inspirado na visão apontada pela estratégia que emerge da Conferência de Amsterdã no enfrentamento da malária, era a compreensão da necessidade de desenvolvimento de ações multidisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais, nos três níveis de governo. A malária é entendida como um fenômeno decorrente de um conjunto de condições econômicas, sociais, políticas, culturais que exigem políticas públicas intersetoriais para enfrentá-la. Uma das expressões desta racionalidade é a necessidade de articulação com MS, MDA, MMA (268) e a defesa da sua reprodução nos níveis de governos estaduais e municipais. Soma-se a isso, a visão de uma especificidade da Região Amazônica: a malária como um desafio da afirmação de um novo modelo de desenvolvimento, que

enfrenta as desigualdades sociais e regionais, a sustentabilidade ambiental e os modelos de atividades econômicas, compromissos expressos na Constituição Federal de 88, na carta compromisso da Rio 92 e nos objetivos dos programas de governo federais à época, e que se desenvolvem ao longo da implementação do PIACM/PNCM (274).

É possível, a partir das fontes analisadas, identificarmos o que podermos caracterizar como um programa de governo. O primeiro elemento é a clara priorização do território a ser investido no início do PIACM (268). São os 254 municípios da Amazônia Legal com Incidência Parasitária Anual (IPA) igual ou maior que 50 casos para cada mil habitantes residentes no município, e representando no mínimo 80% dos casos de malária no estado naquele momento; os municípios com proporção de malária *falciparum* igual ou maior que 20% do total de casos; as capitais dos nove estados da Amazônia Legal e os municípios com transmissão urbana de malária.

O segundo elemento era um conjunto de objetivos e ações para sua execução, resumidamente (268):

(a) descentralizar as ações de controle da malária, nos termos definidos na Portaria n.º 1.399/99 (281);

(b) estruturar e/ou fortalecer as equipes e estruturas de vigilância em saúde, entomologia e educação em saúde em todas as secretarias estaduais (SES), secretarias municipais de saúde (SMS) dos municípios com registro de casos autóctones de malária e nos Distritos Sanitários especiais Indígenas (DSEISs);

c) desenvolver o Sistema de Controle Seletivo de Vetores da Malária em todos os municípios com registro de casos autóctones de malária;

d) integrar as ações de controle da malária, nas ações básicas de saúde, e implementar o diagnóstico rápido e o tratamento oportuno, em todas as unidades básicas de saúde (UBS) e hospitais de emergência, em todos os municípios com registros de casos de malária;

e) manter a articulação intersetorial com as entidades públicas e privadas envolvidas no desenvolvimento da região amazônica,

(f) articulação entre áreas responsáveis do Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Reforma Agrária, Ministério das Minas e Energia, Ministério dos Transportes para avaliação de riscos e adoção de medidas preventivas de controle da malária;

g) implantar o Sistema de informações para análise e agilização das ações de controle.

h) desenvolver Sistema de Capacitação de RH, e implantar nas SES, SMS, e Core/FUNASA

O terceiro elemento é um conjunto de metas de redução a serem perseguidas (268). Como meta principal, a redução em 50% dos casos da doença até o final da implementação do PIACM/PNCM, tendo como metas secundárias: a) reduzir a mortalidade por malária; b) reduzir as formas graves da doença; c) eliminar a transmissão da malária em áreas urbanas nas capitais; d) manter a ausência da transmissão da doença nos locais onde ela tiver sido interrompida.

Identifica-se, a partir dos dados estudados, um conjunto de dispositivos que tornam operáveis e práticos as racionalidades e objetivos/metas pré-estabelecidos. Tais dispositivos/tecnologias conduzem para a conduta de indivíduos e coletivos ao longo do processo de implementação do PIACM/PNCM. Busca-se organizar a identificação destes dispositivos/tecnologias nos grupos abaixo, que dialogam com as racionalidades e o programa de governo já descritos.

Um primeiro grupo de dispositivos/tecnologias se relaciona com a integração intersetorial. Chama a atenção para o conjunto de atos normativos e dispositivos associados que buscam por uma integração na atuação do Ministério da Saúde (MS), Ministério Desenvolvimento Agrário (MDA) e Ministério do Meio Ambiente (MMA) nos territórios de assentamento rural em terras federais e em áreas de proteção ambiental em terras federais. São eles, a portaria de integração das ações MS, MDA, que estabelece regras para as áreas de assentamento pela FUNASA/Ministério da Saúde (279), e a resolução n^{o} 289, de 25 de outubro de 2001, do CONAMA, que estabelece a integração MS, MMA e MDA para atuar nos assentamentos da região amazônica (274).

Cria-se com elas dois dispositivos: a Licença Prévia, para uma fase inicial de diagnósticos e planejamento de provável área de assentamento ou de área de proteção ambiental; e a Licença de Instalação e Operação, autorização final para criação do assentamento e alocação das familiais. Para emiti-las, um conjunto de condições ambientais, de infraestrutura sanitária e de serviços saúde, para garantir o diagnóstico precoce e tratamento de malária, são analisados. A emissão do Atestado de Aptidão Sanitária para as áreas de novos assentamentos é de responsabilidade da FUNASA/MS.

Tais atos desencadeiam não só um elemento novo para o planejamento integrado de ações no território amazônico, a partir do risco da condição sanitária e ambiental da malária, como também articulações entre as estruturas e os profissionais dos três Ministérios no território da Amazônia Legal. Os relatos presentes nas entrevistas das personagens-chave expressam que nem sempre tais articulações e ritos eram cumpridos, seja pela heterogeneidade da atuação destas instituições e trabalhadores no território, ou pela fragilidade dos mecanismos de acompanhamento e controle.

Este dispositivo, a partir de um instrumento regulatório, não apenas provocou experiências de forças tarefas de atuação conjunta dos três órgãos, mas também o desenvolvimento de interações entre ferramentas tecnológicas que ampliaram a capacidade de análise do território. Um exemplo deste desenvolvimento é a utilização, por exemplo, da captura de dados e imagens geradas por outros sistemas que operam na Amazônia para os serviços de saúde, tais como sistemas do INCRA, SIVAM, além da integração de cadastros entre SIVEP e INCRA.

Estes dispositivos de integração intersetorial (279) também estabelecem condutas para a atuação das empresas privadas contratadas pelos órgãos federais para a execução de obras nas áreas de assentamento que mobilizem trabalhadores, estruturas e equipamentos logísticos com potencial de interferir na realidade epidemiológica de malária, como estabelece resolução específica: “VII - responsabilizar as empresas contratadas para a execução de obras de infraestrutura nos projetos de assentamentos pela adoção de medidas preventivas para o controle da malária nos acampamentos de seus trabalhadores” (279).

Um segundo grupo de dispositivos/tecnologias são aqueles que conduzem a descentralização e regionalização do controle de endemias. Um desses dispositivos é a normatização da Gestão de Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, com diretrizes e regras estabelecidas pela Portaria 1339/1999 (281), estabelecendo competências entre os entes federativos na gestão deste Sistema, inclusive naquilo que seja complementar ou suplementar entre os entes, bem como as características dos vários instrumentos que compõe este dispositivo de estruturação da política de vigilância e controle de endemias no pais: a Programação Pactuada Integrada PPI-ECD, estabelecendo um rito para definir os compromissos no financiamento, na padronização técnica e no repasse de recursos e estruturas; um Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação; os

critérios para Certificação de municípios e estados aptos a receber os recursos diretos do TEFCD, e participar integralmente deste sistema. Esta portaria estabelece também um conjunto de recomendações estabelecidas para os estados munícipios ao compor o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde.

Um dos dispositivos mais indutores do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, é o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças - TFECD, definidor do sistema de financiamento, pela Portaria/MS 950/1999 (276). Este dispositivo inaugura uma nova relação na conduta entre os entes federativos, em especial, do governo federal com estados e municípios, compreendendo uma lógica de relação de parceria, com repasses automáticos de parcelas mensais de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de estados e municípios.

O mecanismo de certificação para a gestão de endemias induz os gestores municipais e estaduais a assumirem um conjunto de pré-requisitos, de compromissos e de estruturas para recebê-lo. A partir disso, desenvolvem-se processos de acompanhamento, metas a serem alcançadas, rituais de prestação de contas diretamente ao gestor federal e ao arranjo interfederativo de pactuação, fortalecido com o PIACM/PNCM, que são a CIT e as CIBs. Com este mecanismo, a CIT e as CIBs tornam-se também autoridades certificadoras, na prática, auditoras das práticas de outro ente federativo. No caso, o gestor federal em relação aos estados e municípios, e o gestor estadual em relação aos municípios.

Um terceiro grupo de dispositivos/tecnologias busca induzir à implementação do diagnóstico e tratamento precoce, e a integração com a Atenção Básica, como já afirmado anteriormente. O PIACM/PNCM inaugura uma nova estratégia de controle da malária no Brasil, em especial, na região amazônica, tendo como um dos seus centros, o esforço em implementar uma estratégia de diagnósticos e tratamentos precoces, em especial, nas comunidades dos municípios priorizados. Este esforço induz a duas ações: a expansão da rede de serviços de diagnósticos e a integração com a Atenção Básica em Saúde, e a sua expansão na região amazônica através da estratégia da Saúde da Família.

Esta expansão da rede de diagnóstico não apenas qualifica as estruturas de diagnóstico de malária, fixas e móveis já presentes desde as estruturas verticais da antiga SUCAM, Fundação CESP, FNS e depois FUNASA, sobretudo, aproveita a estrutura já existente da Atenção Básica, qualificando seus trabalhadores para

participarem da coleta e, eventualmente, da análise do exame microscópico da malária. Também se utiliza dos espaços comunitários, mobiliza lideranças comunitárias, voluntários, empregados de atividades econômicas para participarem da coleta de exames e acompanhamento do tratamento.

Em torno do dispositivo de instalação de ponto de diagnóstico, utilizando-se das estruturas comunitárias pré-existentes, são disparadas: a mobilização da comunidade para prevenção e para procurar diagnóstico precoce, a capacitação de lideranças para ajudar na coleta e no acompanhamento do tratamento, a busca ativa de sintomáticos, de inquéritos populacionais, o início do tratamento precoce, o acompanhamento microscópico do resultado pós tratamento, a notificação de casos, o acompanhamento dos perfis mais circulantes de plasmódio, o controle de qualidade dos exames.

Um grande volume de profissionais e lideranças comunitárias foram envolvidos a partir deste dispositivo de diagnóstico e tratamento precoce, desde trabalhadores vinculados ao governo federal, remanescentes descentralizados das estruturas federais, aos contratados pelos governos estaduais e municipais, que provocaram a maior expansão da rede destes pontos de diagnóstico e tratamento precoce, até parceiros comunitários mobilizados: empresas, estruturas de atividades econômicas, igrejas e organizações comunitárias. A ampla expansão desta rede tão diversa só foi possível com a indução de estados e munícipios para contratá-la e a existência de arranjos institucionais interfederativos que estabeleciam as pactuações para a sua expansão e manutenção.

A implementação desta rede comunitária de diagnóstico e tratamento precoce desencadeou a necessidade de padronização técnica para os métodos diagnósticos e seus respectivos controles de qualidade; dos esquemas terapêuticos e consequente formação e educação continuada dos profissionais. Disso, um conjunto de manuais técnicos, programas de formação, fluxos de controle de qualidade construídos a partir do diálogo com o arranjo interfederativo tripartite, com o envolvimento das instituições de pesquisa e o CTA Nacional.

O outro esforço foi o de integração das ações de controle de malária com a Atenção Primária em Saúde, em especial, o seu dispositivo tecnológico incialmente compreendido como o PACS/PSF, posteriormente, Estratégia de Saúde da Família, em expansão para aquela realidade da Amazônia Legal. A análise dos documentos estudados e as entrevistas reforçam que o desenvolvimento da

implementação do PIACM/PNCM compreende que o PACS/PSF e a ESF são tecnologias/dispositivos para sustentar os resultados esperado no contexto amazônico. Não à toa, desde o início, as estruturas de coordenação nacional da Atenção Básica compõem a coordenação (290). A partir disto, uma normatização de responsabilidades e competências das equipes do PACS e PSF, estabelece novas responsabilidades para estas equipes no contexto do enfrentamento da malária na região amazônica. Como exemplo, a coleta de exames para diagnostico de malária e o acompanhamento da adesão ao tratamento, dispositivo definido na Portaria nº 44/2002 (286), fruto do diálogo e pactuação em arranjo interfederativo nacional (CIT).

Todo o processo de implementação do PIACM/PNCM é referenciado, como um dos seus pilares de sustentação, pela Ciência e por instituições e pesquisadores da malária. Estes reúnem um conjunto de conhecimentos e instituições que se afirmam em autoridades e referendam a nova estratégia. Deste modo, o CTA PIACM/PNCM constitui-se como um dispositivo que uniu gestores interfederativos e Ciência, estabelecendo uma nova relação entre uma política pública de enfrentamento da malária e a produção de conhecimento, pesquisa e suas instituições, em particular aquelas situadas no território amazônico. O CTA iniciou com representantes do MS, OPAS e instituições de pesquisa e sociedades de especialidades médicas (280).

Os dados analisados evidenciam que a implementação do PIACM/PNCM produziu uma nova tecnologia de governo no enfrentamento da malária no país, influenciando no desenvolvimento de novas tecnologias para o enfrentamento de um conjunto de endemias no Brasil. O depoimento de um membro da coordenação federal revela a centralidade do desenvolvimento de uma articulação com os processos de descentralização como aposta de sustentabilidade desta produção:

> *Em primeiro lugar, as atribuições de cada esfera de governo foram devidamente pactuadas por meio da Portaria 1.399, de 18 de novembro de 2019, deixando claro as atribuições de cada ente e como esses devem atuar de forma colaborativa. Ao invés dos diversos planos emergenciais para controle da doença que ocorriam no passado, a preocupação foi voltada para diretrizes permanentes que pudessem ser incorporadas nos níveis locais de controle, contribuindo para a apropriação do conhecimento e execução sistemática das rotinas de vigilância e controle da malária. A partir da publicação em 2003, das diretrizes para os governos federal, estadual e municipal, em parceria com a sociedade organizada,*

> *desenvolverem as atividades necessárias ao controle da doença com a consequente redução de danos individuais, sociais e econômicos. Antes de tudo, a preocupação se volta para evitar ou reduzir o sofrimento humano causado pela doença, reduzindo também os prejuízos financeiros do indivíduo e de sua família provocado pelo absenteísmo ao trabalho. Os esforços para o controle da malária registraram resultados positivos indicando que é possível reduzir a doença a um padrão que não interfira na qualidade de vidas das comunidades* (membro coordenação federal).

Destaca-se, aqui, que os arranjos interfederativos construídos pelo PIACM/PNCM, para além de serem dispositivos que contribuíram para a operação prática e governo de condutas de indivíduos e coletivos ao longo da implementação, expressam na sua composição o funcionamento das racionalidades, o programa de governo e os dispositivos práticos da tecnologia de governo produzidos pela implementação do PIACM/PNCM.

Os arranjos interfederativos reúnem o conjunto de atores que expressam as racionalidades e o programa de governo. Na prática, constituem dispositivos que agregam e mobilizam os atores e mantêm uma agenda prioritária: a implementação do PIACM/PNCM. Já ressaltamos aqui que tais arranjos não se reproduziram para as escalas das Regiões de Saúde e tinham pouca permeabilidade para os profissionais da Atenção Primária em Saúde, pelos dados analisados.

Percorrendo o conjunto de eixos e variáveis de análise, e a discussão a partir das três categorias analíticas utilizadas, na síntese dos achados se percebe que a implementação do PIACM/PNCM teve o protagonismo dos atores federativos, em vários dos processos descritos, dialogou com as singularidades regionais e desenvolveu instrumentos políticos de implementação, alguns deles frutos de aprendizados na negociação com os atores federativos, indutores da constituição de arranjos interfederativos regionais.

Possivelmente, pelo contexto histórico do desenvolvimento da regionalização do SUS, no qual foi implementado PIACM/PNCM, as Regiões de Saúde não foram valorizadas pelo desenho de implementação. Entretanto, a própria necessidade apontada pelos atores federativos provocou o planejamento regional de várias ações e até a constituição de arranjos interfederativos regionais não previstos. Do ponto de vista das categorias analíticas, poder, sujeitos e tecnologias de governo, registra-se que a implementação do PIACM/PNCM deslocou o poder, constituiu e/ou fortaleceu sujeitos, e produziu novas tecnologias de governo a partir

da afirmação de uma nova racionalidade de política pública para o controle da malária no Brasil. Um conjunto de desafios e contenciosos não superados persistiram após o período estudado, revelando o quanto a implementação do PIACM/PNCM ainda foi insuficiente para consolidar a regionalização das ações de vigilância de endemias no contexto do SUS.

5.2. Caso 2 - A implementação da Rede de Urgência e Emergência na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2011 a 2016

O tema da atenção às urgências e emergências tem sido considerado prioritário na gestão em saúde e interfere na avaliação que usuários, trabalhadores e sociedade fazem de o direito à saúde estar garantido, de como o cuidado é ofertado e da legitimidade do serviço (291). O problema da superlotação dos serviços de urgências e emergências também é um problema apontado em estudos realizados em outros países (292), com intensidade crítica maior ou menor do que a realidade brasileira. Deste ponto de vista, os serviços de saúde e todos os envolvidos na gestão e no trabalho em saúde, que lidam com a urgência e emergência, vivenciam uma das situações mais limítrofes quanto à avaliação e legitimidade da sua obra e das organizações as quais pertencem. Entretanto, ao longo da construção do SUS, o desenvolvimento de políticas especificas e o esforço de produção de conhecimento a respeito deste tema está aquém da prioridade que os próprios atores políticos, técnicos e sociais estabelecem, e da importância do tema em saúde pública.

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM) na sua Resolução 1451/95 (293):

> [...] a Urgência é uma ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata e a Emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida, sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

E estabelece normas de funcionamento para os serviços de urgência e emergência (294).

A temática urgência e emergência ganha complexidade na realidade brasileira pela própria caracterização epidemiológica e das condições, riscos e agravos que levam a esta situação crítica. Dados nacionais (295) revelam quanto a realidade das doenças crônicas e do envelhecimento da população impactam sobre a presença dessas condições nos serviços de urgência e emergência. Ao mesmo tempo, as causas externas, relacionadas a violência urbana, acidentes de trânsitos e violência doméstica ocupam um espaço cada vez maior, impactando nos serviços.

As mortes por causas externas são a 2ª causa morte no sexo masculino, 3º no total da população, ficando atrás apenas de doenças do aparelho circulatório (1ª) e neoplasias (2ª). Entre a população de 1 ano até 40 anos é a 1ª, sendo que entre adultos jovens até 40 anos, acidentes de trânsito já é a primeira causa (295).

Todas elas exigem singularidades na abordagem da prevenção e promoção a saúde, incorporação de tecnologias para qualificação do cuidado no momento crítico e no momento continuado, com formas singulares em garantir a longitudinalidade no cuidado de doenças crônica ou procedimentos de reabilitação. Um exemplo disso é a queda de mortalidade de 30% (1950) para 5% (2010), em países desenvolvidos e na rede privada nacional, para as doenças do aparelho circulatório (295).

Vários autores apontam que este problema, no Brasil, envolve a insuficiência na oferta de portas para o atendimento das situações de urgência e emergência, diante de uma demanda crescente (296), mas também está relacionado à gestão dos serviços e à fragilidade na integração dos pontos variados de atenção existentes (297). Outros aspectos não relacionados apenas a oferta de serviços de urgência e emergência já vem sendo apontados nas avaliações das atuais políticas, como observou Magalhães Junior (122), apontando alguns aspectos que contribuem para esta insuficiência. Primeiro, a insuficiência da atenção básica por baixa cobertura ou por hegemonicamente não atender ou não resolver casos agudos. Segundo, em relação aos próprios processos nas portas de entrada fortemente afetados pela ausência da prática de acolhimento com classificação de risco, pelo desrespeito aos direitos dos usuários, pela insegurança profissional e por ambientes inadequados e pouco resolutivos. Terceiro, a dissociação entre urgência e internação nas organizações hospitalares, a atrofia ou baixo adensamento nos leitos de retaguarda. Quarto, a baixa regulação dos leitos de internação. Quinto, a distribuição heterogênea e a baixa cobertura das portas em territórios diversos, dificultando o acesso em momento adequado.

Outros estudos tentam entender a própria relação dos usuários da população com a busca de cuidado nesta situação de sofrimento, entre a atenção básica e os serviços específicos de urgência e emergência, e como isso impacta no conjunto da rede. Alguns descrevem como os fluxos de acesso procurados pelos usuários (298) trazem prejuízos aos casos graves, pela pressão da demanda, e aos não graves, pela não continuidade. Outros revelam o quanto a qualificação da

atenção básica e a sua relação com os serviços específicos de urgência e emergência é decisiva (291) quanto à modalidade de organização, porta aberta ou não, vínculo, horários de funcionamento, proximidade ou não com o serviço de emergência fazem diferença (299, 300).

O histórico da formulação de políticas para a urgência e emergência no SUS é comparável à fragilidade ou à escassez de política para o conjunto da Atenção Hospitalar no SUS (301). Inicia-se com um Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de referência hospitalar para atendimento em urgência e emergência (302), com foco na atuação hospitalar, estabelecendo princípios, diretrizes e normas para classificação, cadastramento e critérios de funcionamento dos serviços hospitalares, pré-hospitalares fixos e móveis e unidades 24h não hospitalares. O contexto é de crise do financiamento hospitalar, com baixa inserção deste componente no SUS, e com a ampliação do compromisso com a inserção nesta temática.

Em 2002, o Ministério da Saúde estabeleceu um regulamento técnico para os sistemas estaduais (302), ainda com foco na coordenação estadual, mas que ampliava a responsabilidade das ações de saúde no SUS, com responsabilização de profissionais de diversos serviços. Em 2003, no contexto da criação do SAMU, o Ministério da Saúde introduziu nacionalmente o conceito de regulação de atenção a urgência e emergência, estruturação de uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados com um fluxo para meios adicionais de atenção (303). Foram emitidas portarias específicas para as centrais de regulação do SAMU (304) e Comitês gestores da PNAU (305), qualificando a relação entre os pontos de atenção, avaliando e pactuando as diretrizes e ações prioritárias. Apontava também para a necessidade de criar comitês estaduais e municipais, articulando essas instâncias com os gestores e executores regionais, bem como dotando as Centrais de Regulação como verdadeiros observatórios da política e das condições do cuidado produzido.

Em 2006, o Ministério da Saúde criou o QualiSUS (306), como um programa de qualificação da atenção hospitalar de urgência, focado na realidade de algumas grandes urgências e emergências do país, e das redes municipais e estaduais. Este definiu diretrizes de estruturação e organização da atenção às urgências nos componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar, iniciando um esforço de

qualificação da gestão e experimentando conteúdos discutidos pela Política Nacional de Humanização para o espaço hospitalar.

Segue-se a política de reconhecimento e expansão das UPAs 24h (307), com a exigência de integração com o SAMU. No mesmo contexto, a aposta na regionalização, interiorização e qualificação do SAMU (308), na criação das Salas de Estabilização, inseridas em redes loco-regionais e maior precisão sobre financiamento federal do custeio das UPAs (309).

Neste contexto, observa-se que a nova Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências e a instituição da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), de iniciativa do Ministério da Saúde, em 2011, pode ser estudada como uma mudança de investimentos e aportes técnicos e financeiros para serviços e equipamentos de saúde isolados, para uma aposta na constituição de uma Rede de Atenção. Embora a menção a redes esteja presente no SUS desde a Constituição, no seu artigo 198 – "serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada" –, as experiências internacionais, as tensões paradigmáticas ao longo da construção do SUS e as novas características epidemiológicas, com o desafio das doenças crônicas e do envelhecimento da população, vinham reforçando a tese de que a construção da integralidade e a mudança de um modelo de cuidado fragmentado, que se expandiu ao longo da construção do SUS (310), passavam pela construção de Redes de Atenção, estabelecidas por Silva (311) como "uma malha que é interconectada e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território , organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis tecnológicos estejam articulados e adequados para o atendimento".

Este debate tomou conta das instâncias de pactuação do SUS, culminando na pactuação na Comissão Intergestora Tripartite de uma Portaria Nacional pelo Ministério da Saúde (312) que denomina as Redes de Atenção à Saúde como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado".

A aposta no esforço federal em apoiar a constituição das Redes de Atenção no SUS foi reafirmada pelo Ministério da Saúde, sendo parte da primeira pauta junto à Comissão Intergestora Tripartite e ao Conselho Nacional de Saúde, em um novo ciclo de gestão (313).

Em certos aspectos, a nova Política Nacional de Atenção à Urgência e Emergências (251), em amplitude e investimento de recursos técnicos e financeiros, pode ser entendida como a principal aposta nesta direção. Analisar em que medida as questões decisivas para a constituição de uma Rede de Atenção à Saúde – como a horizontalidade da relação entre os Pontos de Atenção, a centralidade da atenção básica como coordenadora do cuidado e plataforma principal desta rede, os aspectos diversos do binômio população e território, o aproveitamento da capacidade instalada existente, novos desafios de logística, dos sistemas de informação, da definição dos fluxos e dos sistemas e governança regional –,, vêm se constituindo (314), parecem aspectos importantes para a avaliação dessas políticas.

O desafio de constituição de uma rede de tal complexidade, considerando a multiplicidade de Pontos de Atenção e tecnologias envolvidas, é amplificado pelas características do processo de concertação entre os entes da federação, estabelecido em etapas, nas normas produzidas para a RUE, na Portaria GM/MS 1600/2011 (251):

> Fase de adesão e diagnóstico: na qual os municípios e estados confirmam nas suas respectivas instâncias de deliberação o interesse de participar do processo de construção a RUE e concordam com os procedimentos adas etapas posteriores;
> (b) Fase de desenho regional da rede: momento em que estados e municípios, nos âmbitos das suas comissões intergestoras regionais (CGRs/CIRs), com a participação de estados e municípios, e com a composição do seu Grupo Condutor Regional da RUE (GCR-RUE) tripartite, constroem o diagnóstico da realidade do conjunto de equipamentos já existentes e a necessidade de expansão, a partir dos critérios estabelecidos pelas normas nacionais da RUE;
> (c) Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção; momento em que cada nível de gestão, municipal e estadual, estabelece com os serviços que participarão da Rede de Urgência e Emergência, a partir do desenho regional aprovado, um conjunto de responsabilidade e ementas de investimentos e assistenciais;
> (d) Fase da Qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências: momento que o Grupo Condutor regional tripartite incorpora aquele determinada serviços como componente da RUE, passando receber recursos adicionais para com respectiva esfera de gestão, municipal ou estadual;
> (e) Fases da Certificação, a ser concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências, com avaliação periódica.

Estuda-se o processo de implementação da RUE na Região Metropolitana de São Paulo (RUE-RMSP) em um contexto concomitante de desenvolvimento e consolidação da conformação das Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de SP. Estas são estabelecidas em deliberação da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), criando-se 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), deliberação CIB (315).

A própria caracterização desta Região Metropolitana de São Paulo, no contexto da Saúde, já revela a riqueza e a dimensão do problema. A Região Metropolitana de São Paulo tem no seu interior 6 RRAS: Grande ABC, Guarulhos-Alto Tiete, Franco da Rocha, Mananciais, Rota dos Bandeirantes e cidade de São Paulo: 39 municípios, 19,6 milhões de habitantes. Esta conformação estabelecerá a cidade de São Paulo como uma RRAS própria (RRAS6), também tendo um Colegiado Gestor Regional (CGR/CIR) próprio que, junto com as demais, são acompanhadas administrativamente pela Divisão Regional de Saúde 1 da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Os dados de internações da cidade de São Paulo, segundo seu Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Urgência e Emergência (RUE) da RRAS-6 da Cidade de São Paulo (316), revelam que 87% das internações são de usuários residentes em São Paulo e que os provenientes de outros municípios (13%), 80% são das RRAS que compõe a Região metropolitana da grande São Paulo.

Outros elementos reforçam essa complexidade na RMSP. O acesso e a qualidade na urgência e emergência são um dos contenciosos federativos do dia a dia, entre os municípios e estado; a cidade de São Paulo conviveu com períodos de afastamento ou completa interrupção da relação da sua rede com o SUS. Pelas suas dimensões, a cidade de São Paulo e sua região metropolitana têm diversidades próprias no desenho como Região de Saúde e, apesar de ainda insuficiente, há na região metropolitana de São Paulo extensas redes de serviços estaduais e municipais no âmbito pré-hospitalar móvel (Resgate estadual e SAMU), pré-hospitalar e hospitalar, com culturas institucionais distintas, extremamente consolidadas e com baixa cooperação.

Documento da Secretaria Estadual de Saúde de SP, em balanço da implementação da RUE até 2016, afirma que houve ampliação do SAMU, UPA, leitos clínicos e UTI; a qualificação das portas de entrada de urgências; expansão dos mecanismos de desospitalização através da atenção domiciliar e implantação de

Unidades de Cuidados Prolongados e dos complexos reguladores. Este relatório, em síntese, considera-a como experiência exitosa, que contribuiu para diminuir a superlotação nas urgências (317). Observa-se que a RUE desencadeou ampla adesão entre as Regiões de Saúde que o compõe a Região Metropolitana de São Paulo. No período que vai do lançamento da RUE até dezembro 2016, todas 6 RRAS da RMSP desenvolveram seus PAR, e os tiveram aprovados, sob coordenação dos Grupos Condutores Regionais interfederativos (317).

Como já descrito, este estudo não está dedicado a avaliar o cumprimento das metas assistenciais estabelecidas pelos PAR da RUE na RMSP. Este estudo busca analisar em que medida a implementação da Rede de Urgência e Emergência na Região Metropolitana de São Paulo (RUE na RMSP), no período de 2011 a 2016, provocou mudanças nos processos de governança regional neste território, estudando os arranjos regionais institucionais interefederativos construídos ou fortalecidos pela RUE.

Também, como indicado no capítulo que detalha a metodologia, que este é um dos casos de um estudo de múltiplos casos com níveis de análise imbricados, analisando-se mudanças nos processos de pactuação e gestão interfederativa e regional no SUS, a partir da implementação da RUE na RMSP, no período de 2011 a 2016. Neste mesmo capítulo, apresenta-se os níveis de análise e suas variáveis: desenho da implementação, caracterização dos atores da implementação, caracterização dos arranjos interfederativos e regionais, e os contenciosos e os desafios nas relações federativas.

Busca-se evidências em distintas fontes de dados: a) análise de leis, decretos, portarias, manuais normativos e documentos oficiais públicos; b) atas, registros, notas públicas de instâncias e arranjos relacionados com a implementação; c) posicionamentos públicos de representantes e/ou das entidades; d) análise de relatórios técnicos ou de pesquisas; e) notas, registros, apresentações, observações diretas dos autores durante participação nos casos estudados; f) entrevistas com personagens-chave, considerando os membros dos arranjos interfederativos analisados.

5.2.1 Resultados e discussão

O quadro 6, abaixo, descreve caraterísticas das personagens-chave entrevistadas quanto ao lugar ocupado nos arranjos institucionais interfederativos, ao longo da implementação. As entrevistas procuraram por observar características que demonstrem que as personagens ocuparam lugares e períodos diversos enquanto membros dos arranjos interfederativos. Não são apresentados detalhes que possam a expor o anonimato dos mesmos.

Quadro 6 - Caracterização das personagens-chave entrevistadas e sua participação nos arranjos interfederativos regionais

Posição no arranjo interfederativos	Período de atuação
Representante federal em Grupo Condutor da RRAS Cidade de São Paulo e apoiador regional da RUE	2011 a 2016
Representante federal em Grupo Condutor estadual e apoiador regional da RUE	2011 a 2016
Membro de Coordenação Estadual e representante do estado em grupo Condutor Estadual	2011 a 2006
Membro de Coordenação estadual e Representante do estado em grupo Condutor da RRAS da Cidade de São Paulo	2011 a 2020
Membro da coordenação estadual e representante do estado em Grupo condutor estadual	2011 a 2015
Apoiadora de Municípios e Representante municipal em Grupo Condutor Estadual	2011 a 2016
Membro de coordenação municipal e representante do Município no Grupo condutor da RRAS Cidade de São Paulo	2011 a 2016
Membro de coordenação municipal e representante de Município no grupo Condutor da RRAS da Cidade de São Paulo	2011 a 2018

Fonte: Autoria própria, 2021

As personagens-chave entrevistadas foram membros dos arranjos interfederativos regionais e participavam das coordenações federal, estadual e

municipal, ao longo de todo o período estudado. Todos são personagens com histórico anterior de atuação no tema de urgência e emergência, e nos processos de regulação da atenção à saúde, nas respectivas esferas de governo, como membros da coordenação federal e estadual, e apoiadores regionais, vinculados à esfera federal ou ao COSEMS de SP, além de membros do Grupo Condutor Regional da Rede de Urgência e Emergência da Cidade de São Paulo (GCR-RUE RRAS 6), como também participantes do Grupo Condutor Regional da Rede de Urgência e Emergência (GCR-RUE) de outras RRAS no estado.

5.2.2. Desenho da implementação

O quadro 7, abaixo, foi produzido a partir das Portarias Ministeriais que normatizaram a RUE e seus componentes assistenciais, dos registros públicos das instâncias de pactuação e gestão.

Quadro 7 - Valorização da Região de Saúde e entes federativos no desenho de implementação

	Nacional	Regional	Local
Definição da Agenda	Convocatória política pela Presidenta e pelo Ministro da Saúde Tema do Programa de governo – Ampliação de UPA	Prioridade na Agenda das entidades de secretários estaduais e municipais Interesse do chefe de governo de SP em parcerias federais Anúncio de SAMU e UPA pelos prefeitos GT de Regulação e SAMU regionais tensionam regulação dos serviços de urgência e emergência Projeto QualiSUS no ABC	Prefeitos defendem parceria federal UPA anunciada como novidade na cidade de São Paulo Demanda de gerentes para investimento em Hospitais Municipais Demanda de gestores municipais para reajuste dos tetos financeiros

Região de Saúde valorizada como unidade territorial	Planos e indução financeira vinculados a região de saúde CGR/CIR valorizados como instância de aprovação dos planos Critérios populacionais regionais (não municipais) para Hospitais, SAMU, UPA e Sala de estabilização	CGR/CIR/CIB valorizados como instâncias de aprovação Prioridade na pauta dos CGR/CIR Protagonismo dos GT regionais de Regulação e Coordenações regionais do SAMU	
Preocupação com singularidades regionais	Prioridade RM Incentivo para região amazônica e extrema pobreza Ajustes para pequenos municípios na Sala de estabilização, SAMU e UPA Alternativa para Hospitais de pequeno porte	Demanda de expansão de incentivos financeiros da RUE para todas as 17 RRAS Abertura para pactuação de PAR em outras RRAS que não RM	Demanda por linha de cuidado específica (doenças respiratórias) Expansão de ações para toda a Rede Hospitalar Municipal, independente da indução federal
Instrumentos políticos de implementação (regulatório, financeiro e organizativo)	Indução financeira a partir do Plano de Ação Regional Decreto 7508/2011 Incorporação da RUE no Plano Nacional de Saúde Regras de habilitação e qualificação financeira dos serviços Sala de Situação do MS (inclui Secretaria de interlocução federativa) Criação de Departamento de Apoio a Redes	Protagonismo dos Grupos Condutores tripartite Matriz interfederativa de monitoramento da implementação da RUE Apoiadores da Secretaria Estadual e COSEMS	Incorporação como prioridade no Plano Municipal de Saúde Alocação de recursos municipais Criação de Grade de Referência para Urgência Novos contratos de gestão com OS com diretrizes da RUE Fórum de Redes nas regiões inframunicipais Criação de Carreira Pública para Médicos da RUE Reestruturação da Carreira dos Trabalhadores Hospitalares

Fonte: Portarias Ministeriais da RUE e seus componentes assistenciais, Registros dos Grupo Condutores, CIR e CIB, Planos de Ação Regionais e Relatório de Avaliação de Implementação

É composto por CGRs/CIRs, CIB e Grupos Condutores da RUE, dos Planos de Ação Regionais da RUE (PAR) das regiões estudadas, Relatórios de

Avaliação de Implementação e entrevistas com personagens chave. Os achados foram organizados segundo variáveis anteriormente descritas para análise do desenho de implementação. Busca-se caracterizar, de acordo com o âmbito de abrangência das medidas e pactuações, no plano nacional, as iniciativas do ente federal ou do espaço tripartite nacional; no plano regional, as iniciativas dos membros da RRAS da RMSP; e no plano local, especificamente pela RRAS6 - Cidade de São Paulo.

Identifica-se, a partir dos dados sintetizados no referido quadro, a RUE como esforço que envolveu os atores federativos desde a sua construção. O próprio manual instrutivo descreve:

> [...] a implementação da RUE deve ser de forma pactuada entre as três esferas de gestão, permitindo melhor organização da assistência, articulando os diversos Pontos de Atenção, definindo os fluxos e referências adequados, buscando alterar o atual modelo hegemônico, fragmentado e desarticulado, além do dimensionamento pautado pela oferta de serviços (295).

Os registros refletem que a sua construção partiu de uma atuação do comando político dos entes. No governo federal: a convocatória política direta pela Presidenta da República, em evento de lançamento da ação estratégica SOS Emergências da RUE e o pronunciamento público em cadeia nacional de telecomunicações (318); o chamado pelo Ministro de Estado da Saúde, no seu discurso de posse, em que declara a intenção de ampliar o compromisso público da campanha eleitoral de implementação de 500 UPAs no país, para implementação de uma Rede de Atenção as Urgências e Emergências (319); na proposição de pauta prioritária à Comissão Intergestores Tripartite (320); na mobilização pública ampliada em torno da iniciativa do SOS Emergências; e da execução das ações nos estados, com presença pública do Ministério.

No caso dos gestores estaduais e municipais, o tema da Rede de Urgência e Emergência está explícito na pauta prioritária e nas teses de Congressos das entidades nacionais CONASS e CONASEMs. Entrevistas com gestores estaduais e municipais, presentes no relatório coordenado pelo CONASS (321) e nas Notas Técnicas que orientam o posicionamento favorável das entidades na reunião de pactuação da CIT (322), reforçam este envolvimento.

No caso estudado da RRAS6 da Cidade de São Paulo, identifica-se uma intenção declarada do governador e do secretário de saúde do estado de São Paulo, no início de sua gestão em 2011, em realizar parcerias com o governo federal no campo da saúde. Esta intenção está declarada especialmente em 3 inciativas: apoio à manutenção dos hospitais de alta complexidade, em especial os universitários, no desenvolvimento de vacinas com o Instituto Butantan e na implementação do Cartão Nacional de Saúde (323).

No caso dos municípios, os posicionamentos descritos na elaboração dos PARs e os expressos pelo COSEMs/SP (324) revelam que a adesão às iniciativas federais no campo da atenção à urgência e emergência já ocorria nas regiões estudadas, em especial com a implementação do SAMU e das UPAs 24hrs. Reforça-se a atuação do comando político dos municípios, quanto a prioridade para a implementação da RUE, enxergada como oportunidade para ampliação e integração dos Pontos de Atenção, para rediscutir o financiamento federal para estas iniciativas, e pleitear o cofinanciamento estadual. Especificamente na RRAS-6 da Cidade de São Paulo, os registros apontam que a implementação da RUE passa a ser prioridade pela intenção declarada do comando político do município, ao final da gestão 2009-2012 e no início da gestão 2013-2016, em implementar as primeiras UPAs 24hrs na cidade, já que não houve esse interesse anteriormente.

Identifica-se também o posicionamento do governo do estado e dos municípios favoráveis a RUE. Estes interpretam a sua implementação como uma oportunidade de ampliação dos seus tetos financeiros de média e alta complexidade, em alguns dos seus componentes, sem necessitar ampliar, mas apenas habilitar e/ou qualificar serviços já existentes: salas de estabilização, pré-hospitalar fixo e móvel, atenção hospitalar e atenção domiciliar.

Esta mobilização dos atores estaduais e municipais, associada à atuação de hospitais regionais de referência em pleitear novos recursos, levaram à incorporação de pleitos regionais, como, por exemplo, a possibilidade de extensão da RUE para todas as RRAS do estado de São Paulo, embora inicialmente restrita às Regiões Metropolitanas. Também levou à singularização de critérios de adesão da RUE, ampliando a possibilidade de adesão, contemplando a diversidade regional e a previsão de excepcionalidades aprovadas pela CIR/CIB locais.

As fases de operacionalização identificadas nos normativos nacionais e nos registros de implementação evidenciam este envolvimento federativo e regional

(295): (a) adesão e diagnostico: apresentação dos instrumentos de implementação em eventos com atores federativos, mobilização e chefes e governo, gestores, prestadores e conselheiros, define região de saúde na CIB, institui Grupo Condutor estadual e regional tripartites; (b) desenho: análise da situação dos serviços pelo GCR da RUE no âmbito na CIR, elabora Plano de Ação Regional (PAR) com metas e recursos, aprova plano na CIR e na CIB, desenvolve planos municipais; (c) Fase de contratualização com os serviços: contratualização pelo ente específico daquele ponto de atenção, acompanhado pelo GCR da RUE e Grupo Condutor estadual; (d) Fase de qualificação dos componentes; (e) fase de certificação.

Relatório de avaliação, coordenado pelo CONASS (321), que entrevistou gestores estaduais e municipais, aponta que a própria existência dessas fases de operacionalização e da excepcionalidade dos critérios de adesão dos serviços são identificadas como positivas para o envolvimento dos entes federativos em ritmos diferentes, de acordo com suas realidades locais. A definição do critério de no mínimo 10% de internações de outros municípios para a caracterização de unidade hospitalar estratégica, também é identificada como um reforço para a Região de Saúde como unidade territorial fundamental neste estudo

As entrevistas com personagens-chave reforçam este envolvimento dos prefeitos com o esforço para que o tema da urgência e emergência estivesse na agenda prioritária do SUS, sobretudo a partir da possibilidade de significar mais recursos para estados e municípios.

> *O caos nas portas de entrada de urgência, que ficavam mais evidentes na imprensa em grandes catástrofes, epidemias, o grande problema de saúde, ou a demora do SAMU eram temas prioritários para prefeito ou governador, estava na agenda de preocupações... na minha opinião a prioridade para os governadores e prefeitos tem a ver com o financiamento. Quando o plano da RUE apresentou financiamento para reformas, construção e qualificação interessou aos prefeitos e governadores terem sido mobilizados para isso. Uma ação efetiva coincidiu com o financiamento agregado... o financiamento chamou atenção para o governo do estado e prefeitura [...]* (membro de coordenação municipal e representante municipal no Grupo Condutor da RRAS Cidade de São Paulo).

Os documentos normativos e o resultado final do processo de adesão por estados e municípios revelam que o processo de mobilização e pactuação federativa da RUE organizaram a Região de Saúde como sua unidade territorial definida, como

sintetizado no quadro 2. Este achado reafirma que a RUE se constituiu em política indutora das Redes Regionalizadas de Atenção. O início da sua implementação coincide com marcos legais das Regiões de Saúde, como o Decreto 7508/201 (5), que define o conceito de Regiões de Saúde e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), e as Leis 12466/2011 (284) e 141/2012 (89), que institucionalizaram as Comissões Intergestoras Tripartite, Bipartite e Regionais (CIRs). A elaboração do PAR para acesso a recursos é a expressão da mobilização dos atores federativos e da valorização da Região de Saúde como unidade territorial, descrito na Portaria da RUE (251).

Outra entrevista reafirma a participação de atores das três esferas de governo na implementação, não apenas contribuindo para que o tema entrasse na agenda prioritária do SUS nacional, mas para que se mantivesse nela ao longo de toda a implementação da RUE:

> *Muitos atores fizeram parte desse movimento... O Ministério da Saúde apresenta-se com sua política afirmativa e condução/orientação de todo processo, com seus dirigentes, apoiadores, presença e até vídeo conferências do Ministro com os Grupos Condutores e técnicos nos estados e municípios... Este movimento valorizou o diagnóstico e o reconhecimento dos territórios como pontos e espaços fundamentais para produção de conhecimento, negociação, formação etc. As Secretarias Estaduais de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde também foram atores fundamentais, presença e valorização dos quadros técnicos das secretarias e envolvimento dos seus dirigentes... Técnicos e coordenadores locais das políticas específicas... As videoconferências inauguradas pelo MS, com a presença do Ministro com os coordenadores dos Grupos Condutores estaduais e participação dos municípios foi algo fundamental, onde os trabalhadores se sentiam escutados, valorizados e partícipes do processo de implantação das redes*. (membro de coordenação estadual e representante pelo estado em Grupo Condutor).

Uma entrevista aponta que o próprio espaço dos GCR-RUE se constituiu em lugar de envolvimento e apoio a implementação entre representantes dos entes federativos:

> *[...] quem fundamentalmente estava na defesa eram os próprios membros do Grupo Condutor, ele que defendia a RUE, os gestores municipais, representantes da gestão estadual e o apoiador do ministério foi muito importante, os membros que estavam lá... o Grupo Condutor não era deliberativo, mas tinha uma relevância*

> (membro da coordenação estadual de urgência e representante pelo estado no Grupo Condutor).

Outra personagem-chave afirma:

> *[...] a defesa era feita por prefeitos e gestores municipais, secretário estadual, governador, sobretudo, por conta dos incentivos financeiro, custeio, investimentos pré-hospitalar, hospitalar, portas estratégicas* (membro da coordenação estadual de urgência e emergência e representante estadual no Grupo Condutor).

Entrevistas de personagens-chave reafirmam esta característica de valorização da Região de Saúde na RUE, chamando a atenção para um ineditismo: *"a portaria da RUE é talvez a primeira inciativa do Ministério da Saúde que realmente valorizava as Regiões de Saúde e a regionalização para buscar os recursos" (membro de coordenação estadual e representante estadual no Grupo Condutor da RUE da RRAS da Cidade de São Paulo)*. Outra entrevista com um membro de coordenação estadual e representante do estado no Grupo Condutor afirma:

> *[...] a implementação da RUE junto com as outras redes temáticas propostas pelo Ministério da Saúde foi um marco na organização da saúde nos municípios e nas Regiões de Saúde, que se articularam com um processo de regionalização da assistência iniciado antes com a organização dos CGR/CIRs. Participei das oficinas de construção das 17 RRAS aqui no estado de São Paulo. A implementação das RUE e das demais Redes Temáticas de Atenção, deram sentido e consistência a esta ação, promovendo conversas e orientando os caminhos, as linhas de cuidado, trazendo também para o campo da organização das políticas públicas de saúde o olhar das melhores evidências técnicas e científicas, além de um grande espaço de negociação com os gestores na perspectiva de bem comum. Pensar na economia de escopo/escala e resolutividade, de ofertar aos usuários o que tínhamos de melhor em nosso sistema de saúde, fortalecendo o SUS de muitas maneiras [...].*

O PAR é o documento formal representativo dos pactos assistenciais e dos gestores, construído pelo GCR da RUE na Região de Saúde. Ele incorpora o diagnóstico pautado na capacidade instalada, nas características epidemiológicas e no dimensionamento da demanda, compreendendo metas, cronograma, mecanismos de regulação, monitoramento, avaliação e responsabilidade financeira dos entes. O PAR tem a Região de Saúde como unidade territorial, sendo construído

pelo Grupo Condutor Regional interfederativo e a pactuação final na CIRs/CGRs da respectiva Região de Saúde e ratificado na CIB do estado. Segundo entrevistas:

> *Os Planos de RUE das RRAS foram muito discutidos no território das RRAS, pelos gestores estaduais e municipais que também instituíram os Grupos Condutores Regionais e contaram com participação de todos os gestores dos municípios envolvidos... Houve uma mobilização muito grande para implantação dos componentes pré-hospitalares fixos... e ampliação do Componente pré-Hospitalar móvel (SAMU 192)* (coordenação estadual de urgência e emergência e representante do estado no grupo Condutor).

A mesma entrevistada reforça:

> *[...] Destacamos no processo de implantação da RUE nas RRAS do Estado de São Paulo, a participação da Secretaria Estadual de Saúde - SES, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo - COSEMS e Ministério da Saúde que, planejadamente articulados e interligados trouxeram a garantia de alcance dos objetivos comuns e/ou complementares nesta construção... Desta maneira conseguimos a articulação de gestores (Municipal e Estadual) no processo de organização e implantação da RUE... Conseguimos estimular a responsabilidade de estados e municípios na operacionalização da qualificação...* (membro da coordenação estadual de urgência e representante pelo estado no grupo Condutor).

Todas as RRAS que compõe a RMSP construíram e tiveram seus PARs aprovados pelos Grupo Condutor Regional e Estadual da RUE em SP, bem como a CIB. Até o final do período estudado, 4 destes PARs já haviam sido ratificados pelo Ministério da Saúde (MS), por portarias específicas: GM/MS 1658/2013 (RRAS 6, Cidade de São Paulo) (316), GM/MS 3057/2013 (RRAS 1, Grande ABC) (325), GM 3057/2013 (RRAS 2 Alto Tietê) (325), GM/MS 1674/2014 (RRAS 4, Mananciais) (326). Duas RRAS tiveram seus PARs ratificados nas esferas estaduais (327) mas ainda aguardavam ratificação pelo Ministério da Saúde, são as RRAS 5 (Bandeirantes) (327) e RRAS 3 (Mantiqueira) (328).

Todos estes PARs foram analisados e revelam que esforços interfederativos previamente realizados, nas Regiões de Saúde analisadas, foram incrementalmente incorporados. A título de exemplo, nos PARs RRAS Grande ABC, sobre o QualiSUS, redes de investimento do Ministério da Saúde permitiram organizar o diagnóstico, e a construção do mapa de saúde para o Contrato

Organizativo de Ação Pública (COAP), previsto no Decreto 7508/2011 (5): diagnóstico de adequação física tecnológica da rede, estratégias qualificação de pessoal, fortalecimento da gestão, incremento da oferta ou mesmo garantia de acesso a insumos e medicamentos. Outros exemplos estão expressos no trabalho acumulado pelo GT Bipartite de Regulação do CGR/CIR da RRAS Rota dos Mananciais.

O quadro 7 sintetiza registros de critérios negociados pelos entes federativos que valorizam singularidades regionais apontadas, evidenciando esta possibilidade no desenho inicial de implementação. Como exemplo, a prioridade definida de universalizar a implementação da RUE nas RMs, e os incentivos financeiros e critérios de adesão que possibilitam o envolvimento de áreas vulneráveis economicamente, de pequenos e médios municípios. Esta incorporação, bem como o aspecto processual das várias etapas de implementação, permitindo estágios diversos entre as Regiões, e a maturação da pactuação nacional das portarias (primeiro geral, depois pontos de atenção, depois linhas de cuidado, depois centros de referência, depois habilitações de acordo com execução de obras ou reformas) são identificados como frutos do processo de pactuação nacional desta política em relatórios de avaliação (321).

O quadro 7 sintetiza, também, o conjunto de instrumentos políticos de implementação financeiros, organizativos, regulatórios e o envolvimento dos entes federativos no seu uso. Também revela que o instrumento financeiro da RUE assume a Região de Saúde, não municípios ou estados isoladamente, como sua unidade territorial de implementação. Este instrumento financeiro está acompanhado dos instrumentos regulatórios, que estabelecem a vinculação deste recurso aos Planos de Ação Regionais (PAR) da RUE, construídos pelo Grupo Condutor interfederativo e pactuados na CIRs/CGRs. As entrevistas reafirmam que o montante dos recursos e a obrigação de construção regional e de apresentação de um conjunto de serviços integrados mobilizam gestores municipais e estaduais, a partir da Região de Saúde:

> *[...] o financiamento foi o principal divisor de águas para o estimulo na RUE para prefeitos e governadores... o financiamento estimulava e sua manutenção que passava a ser condicionada à estruturação; o serviço, os critérios de qualificação eleitos de UTI, não só levava a melhoria condicionada à visita do Grupo Condutor, exigindo protocolos de sepse etc.* (membro da coordenação municipal e

> representante municipal no Grupo Condutor da RRAS da Cidade de São Paulo).

Este valor financeiro também é apontado por membro de coordenação estadual e representante do estado em Grupo Condutor *"Outra questão importante foi o aporte de recursos que vieram para os estados e municípios, em especial a rede de alta complexidade, como os leitos de UTI por exemplo. São Paulo recebeu um incremento financeiro muito significativo".*

Outra entrevista aponta como estes instrumentos financeiro e regulatório, além da adesão regional de estados e municípios à implementação da RUE, estimulava uma integração nos vários Pontos de Atenção: "*[...] uma das coisas importantes é que a Portaria da RUE, além dos recursos financeiros, estabelecia uma obrigação de integração nos serviços em rede, todos os Pontos de Atenção pré-hospitalar até leitos de retaguarda..."* (membro de coordenação estadual e representante estadual no Grupo Condutor).

O quadro 7 mostra estes instrumentos políticos de implementação desenvolvidos pelos entes federativos, inicialmente não previstos como condicionantes ou contrapartidas, reforçando a caracterização da implementação como um processo interfederativo permanente de interação e aprendizado. Como tal, o quadro 2 apresenta instrumentos políticos regulatórios, como a incorporação da RUE nos planos nacional e municipais de saúde, o Decreto Federal 7508/2011 (5) que institucionalizou a Região de Saúde; a nova Grade de Referência local, redefinindo a relação entre os complexos reguladores estadual e municipal, e entre esses e os Pontos de Atenção; a nova modelagem dos contratos de gestão local, com hospitais gerenciados por Organizações Sociais (OSs), incorporando indicadores, dispositivos de gestão da clínica; e a gestão participativa, como apontados nos normativos da RUE.

Destaca-se, como instrumentos políticos organizativos no nível nacional, as novas estruturas de gestão federal, como o Comitê de Mobilização Social e Especialistas (329); as salas de situação e colegiados de gestão da RUE, com a participação da secretaria responsável pela interlocução federativa (SEGEP) (329); e o desenvolvimento de apoio institucional regionalizado. No nível local, a criação dos Fóruns Regionais de Rede (332), com todos os serviços estaduais, municipais e contratados de cada região intramunicipal da RRAS6/ Cidade de São Paulo; e a

criação de uma carreira pública de uma categoria médica exclusiva para os pontos da RUE, com realização de concurso (338).

Chama a atenção, entre os atos institucionais dos entes, a incorporação aos planos nacional e municipais de saúde, os instrumentos organizativos que ultrapassam o tempo de gestão de um governo. A análise dos planos nacional, estadual e municipal de saúde, pré e pós publicação da RUE das esferas envolvidas com a RRAS da Cidade de São Paulo, revela prioridades distintamente assumidas. No caso do Plano Nacional de Saúde, construído e aprovado em 2011, válido para o período 2012-2017, a implementação da RUE se tornou o terceiro dos 12 objetivos prioritários, diferentemente ao Plano Nacional anterior, em que não havia a presença da construção dessa rede como objetivo prioritário (330). No caso do Plano estadual, para o período 2012-2017, não há uma especificidade clara para implementação da RUE (331). Entretanto, observa-se a presença da diretriz 1, “integrar os serviços de ações de saúde do estado de São Paulo em redes regionais de atenção à saúde”, da diretriz 3, “Organizar o acesso as ações de média e alta complexidade por meio de rede regionalizada [...]”, o objetivo, “ integrar em rede os equipamentos pré-hospitalar móvel (SAMU e demais), pré-hospitalar fixo em rede regionalizada, pactuada de urgência emergência”, e o objetivo, “integrar em rede os equipamentos pré-hospitalares móvel, pré-hospitalar fixo, prontos atendimentos, Sala de Estabilização e referências hospitalares”.

No caso do Plano Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, também há uma mudança no sentido da priorização da RUE. No Plano Municipal de Saúde, 2009-2013, há 14 orientações estratégicas, mas nenhuma cita RUE, implementação e outras Redes (332). No caso do Plano Municipal de Saúde, 2013 a 2017 (333), a implementação da RUE passa a fazer parte das Metas Supra Regionais por Categoria Temática. Apresentando, como objetivo geral, ampliar e fortalecer a RUE, e como objetivos específicos, todos relacionados a RUE: adotar as UPAs; avaliar a implementação dos projetos estabelecidos pelo PAR da RUE/RRAS6; acompanhar a capacidade instalada e a produção de assistência as urgências das unidades que compõe a RUE-RRAS6; assegurar pronto atendimento médico de urgência e emergência em grandes eventos; implementar classificação de riscos em eventos de massa; implantar melhorias organizacionais no SAMU; e monitorar a disponibilidade de equipes médicas nos serviços.

Outros instrumentos organizativos de implementação foram desenvolvidos pelos entes. Pelo ente federal, novas estruturas (334) e estratégias de gestão, como salas de situação e colegiados de gestão da RUE, com a participação da secretaria responsável pela interlocução federativa (SEGEP); e o desenvolvimento de apoio institucional regionalizado (329). Um dos instrumentos organizativos de implementação que deve ser ressaltado, é a criação de uma rede de apoiadores federais, para cada Região de Saúde que se envolva na implementação da RUE. No caso de SP, esta rede é potencializada pelo instrumento organizativo, com uma rede de apoiadores do COSEMS/SP e, posteriormente, de apoiadores do município da cidade de São Paulo, como é ressaltado nas entrevistas:

> *[...] o Cosems já tinha apoiadores consolidados para os municípios desde 2008, para um conjunto de políticas e para o desenvolvimento do SUS regional, começamos com o projeto sapador em julho de 2007[...] e aí chegam os apoiadores do Ministério específicos para cada rede temática de atenção, vindo para região de saúde, apoiando, potencializou esta ação da RUE* (apoiadora de município e representante de município em Grupo condutor estadual).

No nível local na cidade de São Paulo, instrumentos organizativos e regulatórios foram implementados, como a nova Grade de Referência, redefinindo a relação entre os complexos reguladores estadual e municipal (335), e entre esses e os pontos de atenção (336); uma nova modelagem dos contratos de gestão com hospitais gerenciados por Organizações Sociais (OSs), incorporando indicadores, dispositivos de gestão da clínica e gestão participativa, apontados nos normativos da RUE (337); a criação dos Fóruns Regionais de Rede, com todos os serviços estaduais, municipais e contratados de cada região inframunicipal da RRAS6/ Cidade de São Paulo (336); e a criação, na carreira pública com concurso municipal, de uma categoria médica exclusiva para os pontos da RUE (338).

Entrevistas apontam o desenvolvimento de tais instrumentos organizativos pelo município, assumido pela esfera estadual e federal:

> *[...] do nosso sistema de gerenciamento de informação, eu falo com orgulho, participei dessa estruturação, pegamos todos os requisitos normativos das portarias da RUE e estruturamos em um quadro, montamos uma metodologia onde se via quantos leitos, qual o financiamento; era uma metodologia de acompanhamento*

> *informatizada... estruturamos uma metodologia informatizada para avaliação de todos os Pontos de Atenção, os critérios quantitativos , qual o território, a população, de acordo com o CNES e mecanismos qualitativos chegar no ponto principal quanto que cada equipamento faria jus... ele pode ser replicado para outras regiões de SP e outros pontos do Brasil. traduzimos os item e requisitos de avaliação... sistema de gerenciamento da RUE era um batizado local* (coordenador municipal de urgência, representante de município no Grupo Condutor).

Como já mencionado, na RRAS6 Cidade de São Paulo, a implementação da RUE desencadeou a pactuação interfederativa de uma nova Grade de Referência para os serviços de urgência e emergência, incluindo os serviços de gestão estadual. Configurou-se como um instrumento organizativo e regulatório construído pelo Grupo Condutor regional GCR_RUE RRAS6, pactuado no CGR específico e na CIB estadual, constituindo-se na Resolução 107 da CIB, publicada pela Secretaria Estadual (339), e na Portaria Municipal SMSG 1658/2016 (335). Esta Portaria Municipal instituiu diretrizes para a regulação da urgência e emergência, e a Grade de Referência. As diretrizes para a regulação da urgência e emergência envolveram a SMS (CRUE SMS) e a SES (CROSS e oferta de serviços de saúde), com a nova grade sendo acompanhada pela SMS (Coordenação Municipal de Urgência, Coordenação Municipal de Regulação Assistencial), pela Secretaria Estadual de Saúde (GT de regulação da coordenadoria de Regiões de Saúde e Central Estadual de Regulação/CROSS), e Grupos Condutores regional e estadual da RUE.

Essa Portaria institucionalizou o módulo único de regulação hospitalar pelo sistema informatizado CROSS da SES-SP, estabelecendo um fluxo de informação sobre RH e infraestrutura dos equipamentos, frisando não se tratar de um instrumento para registrar superlotação, cabendo essa responsabilidade ao diretor técnico do serviço. No fluxo, estabelece que o pré-hospitalar fixo pode demandar direto para hospital e para UTI de acordo com a Grade de Referência, e estabelece fluxos de urgência inter-hospitalar na tentativa de evitar a sobreposição entre duas regulações, municipal e estadual.

Define que todos os casos de urgência e emergência inter-hospitalar da RRAS6, independente da origem, serão regulados pela Central de Regulação de Urgência e Emergênca (CRUE) da SMS, com o seguinte fluxo: primeiro, região intramunicipal, depois demais regiões, e depois leitos exclusivos da CROSS/complexo estadual. A CROSS pode receber demanda de outros municípios

e pode acessar a serviços no MSP, independente da CRUE para os Hospitais de Ensino (HC, Santa Casa, Santa Marcelina, Mandaqui e Hospital São Paulo). Define o fluxo para os pacientes internados em hospitais estaduais acessarem a rede regulada pela CRUE, no caso das linhas de cuidado cardiorrespiratório, trauma-ortopedia, cerebrovascular e da rede oncológica. Define o fluxo de pacientes internados: se estáveis (via CROSS) ou instáveis (via CRUE, fluxo RUE).

Esta Portaria Municipal, chamada Grade de Referência da Urgência, pactuada e um PL enviado à Câmara Municipal (340) são os dois marcos legais da criação deste arranjo de gestão interfederativo da rede de serviços na região intramunicipal de saúde. A única definição anterior da Grade de Referência dos serviços de urgência e emergência no município de São Paulo datava de 2007.

A portaria anterior não apresentava diretrizes para a política de urgência e emergência, não estabelecia definição de Rede Temática de Urgência e Emergência, nem a constituição de um sistema de regulação que, além de ordenar o fluxo de pacientes, contribuía para a avaliação do grau de integração dos serviços e o próprio funcionamento destes. Determinava a grade por especialidade e por região intramunicipal de saúde. Em relação ao fluxo do pré-hospitalar fixo, cita UBS e pré-hospitalar, e não fala de Centro de Atenção Psicosocial, Centro Especializado de Reabilitação, Serviços de Atenção Especializada/IST e outros serviços. Não menciona qualquer relação com a Central de Regulação Estadual, até porque esta não existia. Estabelecia fluxo horizontal (pré-hospitalar) e vertical (PS para Hospital). Além dessas comparações entre as duas portarias, os registros da COMURGE São Paulo registram avanços na relação interfederativa: a grade sob coordenação municipal, os serviços e a regulação estadual estarem mencionados, e o fato de a plataforma CROSS deixar de ser restritiva ao acesso da demanda colhida pelo município, tornando-se a norteadora da tomada de decisão pelo médico regulador.

Uma entrevista com personagem-chave chama a atenção para o legado constituído pela chamada Grade de Referência da Urgência e Emergência, enquanto instrumento organizativo já existente e aprimorado pelos entes federativos ao longo da implementação da RUE. Este instrumento denominado Grade de Regulação é uma síntese do processo de pactuação dos três entes com acompanhamento do Grupo Condutor, o perfil de cada serviço hospitalar e suas responsabilidades, e os fluxos de acesso para a urgência e emergência sob coordenação do Grupo Bipartite de Regulação**:**

> *Esta Grade de Urgência continua vigente e é ferramenta de trabalho da Central de Regulação de Urgências e Emergências inter-hospitalares do Complexo Regulador Municipal (São Paulo) e tem uma parceria com a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) na busca do recurso fora do Município de São Paulo* (representante do munícipio no Grupo Condutor Regional da RUE da Cidade de São Paulo).

5.2.3. Atores federativos e posicionamento

O quadro 8 sintetiza o posicionamento dos atores em relação a RUE ao longo do seu processo de implementação. Buscou-se por registros e pronunciamentos públicos da Presidenta da República e do Ministro de Estado da Saúde à época dos lançamentos públicos do processo de adesão da RUE e de sua ação estratégica SOS Emergências (318). Destaca-se: uma visão de urgência do problema, buscando construir uma forte identificação com as necessidades dos usuários e a realidade cotidiana de assistência e a situação crítica. Há a afirmação de uma aposta na RUE, da necessidade de integrar serviços, de não ser uma aposta fragmentada, superando inclusive o compromisso público, na campanha presidencial, de investimento nas UPAs 24hrs. Neste sentido, o posicionamento evoluiu para a defesa de uma rede integrada a ser expandida, e, sobretudo, para ações conjuntas com gestores e população para a qualificação da gestão da rede existente.

Quadro 8 - Características do discurso dos gestores, trabalhadores e usuários

	Posicionamento	**Motivação**	**Defesa do Conteúdo da RUE**	**Contenciosos e Desafios Apontados**
Federal	Identificação com usuário e situação de desassistência Monitoramento direto, com câmeras e visita	Induzir Redes de Atenção com o recurso disponível	Aposta na integração de serviços em rede e na PNH	Baixa governança regional/local Rotatividade das equipes regionais e locais Regulação assistencial deficiente

				Subfinanciamento Conectividade, prontuário eletrônico, Telessaúde insuficientes
Comum Estados Municípios	Urgência e emergência na agenda cotidiana dos gestores	Possibilidade de Reajuste do Teto financeiro de Média e Alta complexidade	Investimentos em vários serviços integrados em Rede Apoio à regionalização	Subfinanciamento federal Lentidão federal para habilitação Multiplicidade de normas Mais investimentos em Hospitais de Pequeno Porte
Específico Estados	Protagonismo estadual nos CGR/CIR e Grupos Condutores Incorporação das metas da RUE nos Planos estaduais SP: defesa de parceria federal (inflexão em relação aos anos anteriores)	Apoio à regionalização	Regionalização traz estabilidade para RUE RUE apóia regionalização que já vinha sendo conduzida	Tensão com Apoio Institucional do Ministério Cofinanciamento estadual
Específico Municípios	Defesa do Grupo Condutor Tripartite	Integração Hospital ao conjunto da rede	Integração dos serviços, sobretudo hospitalares	Cofinanciamento estadual UPA não desestruturar Atenção Básica
Representantes Trabalhadores	Urgência como área crítica nas condições de trabalho, levando a baixa qualidade da assistência	Defesa vinculada a prioridade local às condições de trabalho e assistência	Expansão da rede	Ampliação da presença das OS Hipervalorização do Modelo de Hospitais Privados/Proadi

				(Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional) Ausência de Carreira Pública Ausência de Política sobre Violência contra os trabalhadores
Representantes Usuários	Crítica à desassistência e à violação de direitos	Expansão do acesso à Rede e Humanização	Humanização	Subfinanciamento federal e ineficiência regional/local

Fonte: Posicionamentos públicos dos atores no Conselho Nacional, Estadual e Municipal de Saúde e em documentos das suas entidades, registros dos Grupos Condutores, CIR e CIB; Relatório CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde) de Avaliação de Implementação.

Na fala pública da Presidenta em rede nacional de TV para anúncio da ação SOS emergências, já referida, há uma expressão de compromisso, de acompanhamento e monitoramento pessoal (318). A própria chefe de governo anunciou a instalação de câmeras no interior dos hospitais da RUE para monitorar a situação de desassistência, sistemas informatizados de acompanhamento das taxas de lotação de leitos e macas nas portas de entrada, visitas aos hospitais considerados prioritários, afirmando uma ideia de envolvimento pessoal da agente política e de uma intervenção conjunta dos entes federados, liderado pelo governo federal e, em certa medida, pela própria chefe de governo.

As falas do Ministro de Estado da Saúde reforçam a aposta no compromisso conjunto dos três entes federados, dos trabalhadores, do apoio técnico de hospitais privados filantrópicos classificados como de excelência dentro do programa PROADI/SUS (341), e das direções dos Hospitais objeto da intervenção da ação SOS emergências da RUE. A mensagem é de uma atitude mais próxima do Ministério aos gestores estaduais e municipais juntos aos serviços da RUE, buscando implementar uma rápida ampliação da rede, sobretudo, na qualificação da gestão, com forte componente das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS (342).

Analisando discursos nos lançamentos públicos, defesas nas instâncias de pactuação e entrevistas com dirigentes do Ministério da Saúde, que compuseram o grupo executivo do Comitê Gestor Nacional da RUE, concedidas em relatório coordenado pelo CONASS (321), observamos um conjunto de aspectos que compõe este posicionamento da esfera federal. Primeiro, a defesa do tema da urgência e emergência como prioritário para o esforço interfederativo e a afirmação do conceito de rede integrada, seja pelas características epidemiológicas, seja pelo esforço de legitimação do SUS. Segundo, a importância de uma mudança do modelo hegemônico da atenção básica, de restrição ou baixa resolutividade no cuidado aos acasos agudos, e da integração das UPAs 24hrs com o conjunto da rede. Terceiro, sobretudo, na fala de dirigentes federais do Ministério da Saúde há uma fala de constatação crítica sobre a baixa governança regional, tanto por parte dos estados, quanto da capacidade dos municípios em interagirem para além do seu território. Também, uma crítica sobre a baixa qualificação dos gestores dos entes estaduais, municipais e das direções hospitalares. Quarto, reforçam a constatação crítica de que poucos municípios possuem carreiras públicas e salários "razoáveis", com baixa estabilidade das equipes que participam dos Grupos Condutores da RUE ou dos dirigentes de unidades de saúde, em especial as hospitalares.

Analisando os discursos de representantes dos gestores estaduais em lançamentos públicos, nos momentos de pactuação nas instâncias tripartites, em registros de posicionamentos e apresentações de representantes da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, e entrevistas no relatório, já referido, coordenado pelo CONASS, identifica-se vários aspectos do posicionamento destes atores. Em primeiro lugar, há uma defesa da proposta da RUE, dos seus aspectos de projetos de investimentos em vários serviços a serem integrados em uma rede, do seu processo nacional de pactuação e do protagonismo dado para a gestão estadual. Este protagonismo é identificado tanto na animação dos CGRs/CIRs, na coordenação do Grupo Condutor estadual e regionais, e de desenvolvimento dos PARs. Nesse sentido, há certa exaltação do protagonismo estadual, relatando a construção de sistemas de avaliação baseados em dados epidemiológicos e indicadores instituídos que contribuíram para subsidiar e reorientar planos estaduais e o desenvolvimento de sistemas de regulação. Afirma-se que vários dos planos estaduais passaram a ter metas para complexos reguladores, incluindo a central do

SAMU e a central de regulação assistencial macrorregional, com protocolos pré-estabelecidos.

Tais posicionamentos também afirmam que os estados têm sido colaboradores no modelo de governança regional, no financiamento compartilhado por microrregiões, no apoio institucional desenvolvido pelo Ministério, na constituição das articulações entre os municípios, desde a implementação da rede até a mediação e acompanhamento. Alguns gestores estaduais afirmam a importância do papel do estado em normalizar consórcios e na criação de programas próprios de apoio a Consórcios, embora raro participarem como membros.

Há nesses posicionamentos, por um lado, a defesa dos critérios e quantidade de hospitais definidos como estratégicos, que potencialmente podem ser apoiados pela RUE. Ao mesmo tempo, há questionamento sobre a pequena quantidade de hospitais que podem ser incluídos nos PAR e sobre critérios em alguns Estados específicos, inclusive no estado de SP, onde está a RUE da RMSP, como já observado. Há uma avaliação sobre graus diferentes de maturidade das instâncias regionalizadas de pactuação e cogestão, os CGRs/CIRs, com a afirmação que nestas o debate sobre a regionalização já existia. Neste caso, aponta-se maior estabilidade para o desenvolvimento da RUE e certa maturidade institucional capaz de melhor desempenho, devido a maturidade das instâncias regionais.

Sob a ótica dos gestores estaduais, há certa avaliação do avanço do processo de regionalização já obtido em alguns estados; também a afirmação de um protagonismo das Secretarias Estaduais à medida que a grande maioria dos hospitais a serem integrados a RUE serem de gestão estadual. Alguns também apontam inclusive para a existência de planos estaduais com metas e ações específicas para urgências e emergência, e grau já instituído de operacionalização das regionais, programas de apoio aos municípios para investimentos em estrutura e custeio ao funcionamento da atenção básica, as UPAs 24hrs e ao SAMU.

Há também, no relatório referido do CONASS e nas entrevistas com gestores estaduais, uma defesa da mudança realizada pela RUE que permitiu investimentos em infraestrutura e custeio de Hospitais de Pequeno Porte (HPPs) ou de serviços de pronto atendimento já existentes, para serem habilitadas e funcionarem como UPAs 24hrs, diferente da versão original das UPAs que gerava aporte apenas para serviços novos (321). Há, entretanto, um pleito de uma proposta mais ampla para os Hospitais de Pequeno Porte (HPPs).

Se por um lado há elogios em relação a estratégia de apoio matricial do Ministério da Saúde aos Grupos Condutores estaduais regionais, há uma fala majoritária, nas entrevistas captadas no relatório realizado pelo CONASS, em questionar a atuação do apoiador do MS. Por vezes, este é considerado como um ator que entra em conflito com o papel do gestor estadual e seus representantes naquele território.

Neste mesmo relatório, há uma defesa majoritária, por parte dos gestores estaduais e municipais, em relação a indução de investimentos, sobretudo de custeio, por parte do Ministério da Saúde para a implementação da RUE. Neste caso, é reforçada a defesa do conjunto dos seus componentes, sobretudo, naqueles que significam qualificação com mais recursos financeiros para serviços já existentes. Entretanto, há críticas quanto a pouca flexibilidade em relação aos critérios, indicando que estariam desrespeitando realidades estaduais e *loco* regionais. Esta opinião aponta que este instrumento financeiro geraria competição de recursos entre os serviços que se caracterizam com os mesmos componentes da RUE ou entre componentes diferentes, mais ou menos apoiados, sobretudo, no custeio.

Há uma queixa majoritária sobre a sucessão de normas e novas portarias ao longo da implementação da RUE, aos passos burocráticos e à lentidão de avaliação pelo gestor federal dos processos de habilitação e qualificação. Apesar do reconhecimento de aportes importantes de recursos de custeio em alguns componentes, em especial, na inovação de recursos específicos para portas de entrada hospitalares, mesmo assim, há uma crítica generalizada sobre a baixa participação federal no montante de recursos aportados no SUS e sobre o subfinanciamento em geral do sistema.

Há apontamentos, por parte dos gestores municipais entrevistados no relatório do CONASS, das dificuldades de gestão interna do orçamento estadual e do subfinanciamento na baixa participação dos gestores estaduais na gestão das UPAs 24hrs ou no cofinanciamento de custeio destes equipamentos com os municípios. Há também, por parte de gestores estaduais, relatos de dificuldade de contratualização com prestadores privados e filantrópicos, seja quanto a aceitação do modelo de contratualização ou em relação ao subfinanciamento.

Especificamente, em relação ao gestor estadual em São Paulo, observa-se nos registros da implementação, primeiro, um desejo importante de realizar

alguma parceria com as políticas federais no campo da saúde, manifestado pelo próprio chefe do governo estadual em ocasiões de reuniões bilaterais ou eventos públicos com a Presidenta da República ou com o Ministro de Estado. Esta era uma inflexão em relação a postura anterior do Governador do Estado de São Paulo que, desde 2003, apresentava uma postura de não compartilhar algumas políticas nacionais, como o SAMU e as UPAs, criando "marcas" próprias no plano estadual. Há um registro do desejo do governo do estado em realizar três parcerias prioritárias com as políticas nacionais: a implementação do Cartão SUS, o desenvolvimento da vacina do HPV no Instituto Butantan, e maior aporte de recursos aos hospitais estaduais, em especial, os universitários. A adesão a RUE é vista como uma possibilidade de estabelecer uma parceria que significasse desenvolver pelo menos uma UPA 24h como marca estadual e aporte de recursos para o teto de média e alta complexidade do estado de São Paulo, sobretudo em relação aos Hospitais Universitários.

Registros e apresentações públicas de representantes da Secretaria Estadual de São Paulo revelam (324) uma visão de adesão a RUE e as outras redes temáticas. Eram identificadas como um apoio aos processos de regionalização e de implementação das Redes Regionais de Atenção à Saúde que já vinha sendo iniciado no estado, com coordenação da Secretaria Estadual. Tais documentos reforçam a visão de que a conformação dessas redes implica na formação de recursos humanos, novas formas de reestruturação e fortalecimento da atenção básica, apresentando um programa de apoio a atenção básica com os municípios, e qualificação dos hospitais públicos, através de um Programa estadual específico. Apresentações da Secretaria Estadual inclusive repetem o conjunto das diretrizes da portaria nacional de redes de atenção.

Também há a afirmação de que a RUE apoiaria um processo já em curso, conduzido pelo GT de regulação estadual, informação presente em alguns PAR regionais. Há um pleito claro de expansão da implementação das RUEs para outras Regiões de Saúde do estado de SP, e não apenas para a região metropolitana, como estabelecido inicialmente nas prioridades do gestor federal, desencadeando a elaboração de PARs para todo o estado. Neste sentido, a Secretaria Estadual defende que 36 Hospitais se encontravam nos critérios de hospital estratégico estabelecido pela política nacional, para além da região metropolitana. Há, inclusive, uma proposta concreta apresentada pelo estado ao Grupo Condutor estadual da

RUE de apoio à qualificação junto a RUE de 1 Hospital por RRAS, como referência regional, independente de RMs ou do volume de atendimento ou indicadores de vulnerabilidade.

Analisando os discursos de representantes dos gestores municipais em lançamentos públicos, durante os momentos da pactuação nas instâncias tripartites, nos registros de posicionamentos e nas apresentações e entrevistas do relatório realizado pelo CONASS, identifica-se uma série de aspectos.

Primeiro, a defesa da proposta da RUE, do seu processo de pactuação e da sua prioridade na agenda nacional do SUS, remetendo, inclusive, às teses e documentos do CONASEMs e a Notas que subsidiam o posicionamento dos representantes na CIT. Segundo, defende os aspectos de projetos de investimento em vários serviços a serem integrados em uma rede, quanto ao processo nacional de pactuação e ao protagonismo dado às gestões municipais no arranjo tripartite regional, responsável pela elaboração e acompanhamento da RUE pelo Grupo Condutor. Terceiro, o discurso de reforço da necessidade de o componente hospitalar estar integrado à Rede, bem como às diretrizes da humanização e alinhado às diretrizes gerais do SUS, na construção da política. Quarto, que a implementação da RUE será uma oferta do gestor federal para animar os processos de regionalização do SUS. Quinto, a incorporação da indução financeira para as portas de entrada dos hospitais e a possibilidade de financiamento de investimento e custeio em serviços já existentes a serem qualificados, como os elogios aos serviços de pronto atendimento e PS em UPAs 24hrs. Ao mesmo tempo, a preocupação quanto ao risco da expansão das UPAs significar uma desestruturação da atenção básica em vários municípios.

Diferentemente do encontrado nas entrevistas dos gestores estaduais, entre os gestores municipais há apenas a defesa da estratégia de apoiadores matriciais do MS nos Grupos Condutores estaduais e regionais da RUE. Há uma crítica majoritária à lentidão e à burocratização dos processos de avaliação e aprovação dos PARs pela CIB e pelo MS. No tocante às características dos critérios para os componentes da RUE, há críticas quanto aos considerados restritivos para o componente hospitalar e aos padrões de funcionamento de carga horária e equipes para as UPAs 24h, gerando dificuldade em completar as equipes. Neste tópico, há uma expressão da dificuldade de contratações de profissionais com formação em urgência e emergência e uma declaração sobre os municípios que desenvolveram

algum grau de parceria, não exclusiva estatal, de que tiveram maior facilidade em compor suas equipes nos serviços de pronto atendimento/UPAs.

Há também posicionamentos regionais ao longo da implementação, reunindo posicionamentos comuns em determinadas Regiões de Saúde. Chama a atenção, por exemplo, o Grupo Condutor da RRAS6/Cidade de São Paulo que se posiciona favorável à construção de uma quarta linha de cuidado prioritária, de cuidados respiratórios, em função das características epidemiológicas da cidade, também observado no PAR Mananciais. Tal pleito não foi atendido, mantidas apenas as três linhas de cuidado prioritárias: Trauma, AVC e cardiopatias.

Buscou-se, nos registros de entidades e nas entrevistas com profissionais de UPAs no relatório do CONASS, o posicionamento de trabalhadores. Para estes, o setor de urgência e emergência é recorrentemente visto como uma área de muita desassistência, desumanização do cuidado e exposição das trabalhadoras e trabalhadores a baixas condições de trabalho, a situações de estresse profissional e a situações de violência. Não identificamos posicionamentos específicos das entidades a aspectos de pactuação da RUE, exceto o posicionamento favorável no conjunto do CNS (344), em que há uma importante bancada de trabalhadores da saúde, ou no anúncio da ação estratégica SOS Emergências, que teve maior visibilidade pública (344). Em ambos os casos, além de um discurso favorável, é reafirmada a preocupação com o setor de urgência e emergência; a representação dos trabalhadores no processo de ampliação da presença de Organizações Sociais (OSs) ou vínculos não estatais nos serviços de urgência e emergência; e a ausência de uma política de prevenção em relação à violência contra os trabalhadores de saúde.

Especificamente, em relação a ação SOS Emergências, há uma crítica específica pelo fato de vários dos Hospitais identificados como as maiores portas, portanto, selecionados para a concentração da ação, serem gerenciados integralmente ou parcialmente por OSs. Também o fato de o anúncio desta ação evidenciar a participação dos chamados Hospitais de excelência filantrópicos, através do programa PROADI-SUS, interpretado, por alguns, como uma exaltação de um certo padrão privado de gerenciamento hospitalar.

Nas falas de médicos e enfermeiros de UPAs 24hrs, através do referido relatório realizado pelo CONASS (321), há queixas em relação ao dia a dia da demanda, do atendimento superior à capacidade das UPAs, e a dificuldade de

contar com profissionais especialistas, sobretudo, médicos, como clínicos, pediatras e ortopedistas. Alguns profissionais, sobretudo não médicos, apontam também certa dificuldade dos profissionais médicos, que atuam nas UPAs, em construir responsabilidade com o território, e a um trabalho em linhas do cuidado e em rede. Uma das perguntas realizadas no relatório do CONASS, para com esses profissionais, remonta a que atores ou instituições mais influenciam nas decisões nos serviços da UPA 24hrs, com a possiblidade de resposta múltipla, apresentando como resultado: 73,3% Secretarias Municipais de Saúde, 21,7% Ministério da Saúde, 41,7% Secretaria Estadual, 30% Conselho Municipal de Saúde, 31,7% usuários, 1,7% políticos, 3,5% a CIB, 1,7% a CIR, e 11,7% outros.

Especificamente, no estado de São Paulo, vale a pena citar dois relatórios realizados pelo CREMESP, que reforçam o posicionamento destas entidades e seus dirigentes. O primeiro deles, apesar de ser realizado na Região de Campinas (345), é um relatório descritivo que buscou analisar situações de infraestrutura e sua adequação com normas da Anvisa, a presença de profissionais e seus vínculos, as taxas de ocupação e origem da demanda atendida, avaliando os quatro maiores PS da cidade de Campinas e quatro serviços de pronto atendimento, no ano de início da elaboração do PAR pelo Grupo Condutor regional da RUE, relatório que subsidiou posicionamentos em todo o estado. O estudo aponta adequações em 75% dos consultórios médicos, pela RDC da ANVISA 50/02; 50% das enfermarias e observação; 87,5% salas de emergência; 50% dos serviços de apoio diagnósticos; e 100% das ambulâncias 24h. Quanto a presença de equipe profissional, pelos critérios adotados, 12,5% dos serviços têm equipe médica completa e 62,5% equipe de enfermagem completa. Quanto aos vínculos profissionais dos trabalhadores, observou que 75% têm vínculo estatutário. A taxa de ocupação dos leitos de observação é maior que 100% em 5/8 dos serviços. Todos os serviços hospitalares e de pronto atendimento afirmaram ter muitas dificuldades de transferência para outros serviços quando necessário, com queixa específica ao fluxo da central de regulação estadual (CROSS) na região. Na Região Metropolitana de Campinas, a RRAS 15, esse relatório serviu para reiterados posicionamentos públicos desta entidade dos profissionais médicos quanto aos serviços da RUE também implementados nesta região (346).

Outro relatório, realizado por dirigentes do CREMESP (347) na cidade de São Paulo, por meio de visitas e reuniões com diretores técnicos de 17 hospitais (1

de gerência federal contratualizado pelo estado; 9 estaduais; 2 filantrópicos-contrato estadual e 5 de gerência municipal) ao longo do ano de 2016, reforçou as críticas de dirigentes do CREMESP à estrutura física, à pressão da demanda e à situação de estresse mental e físico dos trabalhadores, em especial dos médicos. O relatório também apresenta uma sequência de carências e insuficiências, a partir de falas nas reuniões: superlotação dos prontos socorros; falta de vagas nos hospitais secundários; contingenciamento de leitos, insumos e serviços; taxa de ocupação dos PS maior que 100%; pacientes graves, em média, 2 dias no aguardo de leitos de UTI; leitos de observação transformados em leitos de UTI; atendimento de psiquiatria com ocupação maior que 100%; paciente com ventilação mecânica, em média, no PS 2 dias antes de UTI; UTIs adulto com 100% de ocupação; UTI pediatria com taxa de ocupação 70-100%, com PS e enfermarias com dificuldade de encaminhar crianças para UTI.

O relatório trata especificamente das UTIs neonatais, que apresentam problemas de lotação associada a não autorização pelas maternidades. Também chama a atenção o número de urgências indeferidas, maior em casos de fratura, cirurgias abdominais, e atendimentos em oftalmologia e otorrino; para os mandados judiciais de pacientes residentes em hospitais restringindo vagas hospitalares; para a dificuldade de vagas em cirurgias eletivas, ortopedia e politraumatizado; para a dificuldade de leito de oncologia; para as queixas sobre a demora de compra de implantes e órteses para especialidades variadas.

O posicionamento dos dirigentes da entidade, após este relatório, reforça um discurso de crítica à falta de condições de trabalho, aos riscos para a saúde, à atividade profissional dos trabalhadores médicos e para a baixa qualidade do atendimento à população. Há também um intenso debate promovido pelo CREMESP nesse período, que reverbera as tensões no interior dos serviços da Rede de Urgência e Emergência, relacionado aos conceitos de Vaga Zero (348) para as portas de entrada hospitalares, levando, inclusive, a uma resolução específica do CFM a respeito deste tema (293).

Uma combinação de movimentos dos atores federativos produziu uma interação durante a implementação da RUE. Primeiro pela vocalização política do governo federal, iniciada pelo Ministério da Saúde ao transformar a proposta eleitoral de expansão das UPAs 24h em uma proposta de Rede de Atenção Temática. O impulso é dado com a construção da pauta da Comissão Intergestores Tripartite,

com a destinação de recursos, a vinculação à adesão das Redes para reajuste de tetos de média e alta complexidade e a normatização do processo de adesão. Houve avanço para novos arranjos de gestão e sua implementação: a criação de um Departamento de Apoio às Redes de Saúde, o desenvolvimento de uma estratégia de apoio institucional para as Regiões e composição de comitês internos de gestão das redes. Houve reforço público com o lançamento do programa S.O.S Emergências, lançado em cadeia nacional pela Presidenta da República e em agendas regionais de mobilização pelo Ministro de Estado

O segundo movimento federativo resulta da prioridade na agenda dos gestores estaduais e municipais, visto que muitos já estavam publicamente comprometidos com a regionalização do SAMU e das UPA. No caso específico estudado na RMSP, havia uma inflexão na postura de chefes de governo do estado de São Paulo e da cidade de São Paulo, que passam a querer tais parcerias com o governo federal.

O terceiro, representado por este encontro de agendas, nem sempre é presente na história do federalismo brasileiro, combinando algumas características cobre o tema: da preocupação dos chefes de governo e a prioridade dos gestores de saúde, no entendimento de que a implementação da RUE é a principal oportunidade de reequilíbrio dos tetos financeiros de média e alta complexidade de estados e municípios, e, por fim, que a oferta federal aproveita e potencializa os serviços de saúde já existentes nas redes estaduais e municipais.

O quarto movimento é a aprovação nos espaços de controle social do SUS, liderado por representantes de gestores e usuários. Contribuíram nessa coalizão de defesa, segmento do movimento sanitário e das instituições de ensino e pesquisa mobilizados pelas diretrizes relacionadas a Política Nacional de Humanização (PNH) e pela participação em experiências da reforma institucional de hospitais, apoiadas pelo Ministério da Saúde, pelo seu novo corpo dirigente ou apoiadores institucionais.

Neste contexto, é importante salientar que, no posicionamento de representantes dos trabalhadores, a qualificação dos serviços de urgência e emergência passaria, principalmente, pela expansão da oferta, a qualificação estrutural das condições de trabalho para os profissionais e as relações de trabalho, com uma crítica frequente aos modelos das Organizações Sociais (OSs). Observa-se, pelas fontes de registros de instâncias de controle social nacional e relatórios de

implementação, que o envolvimento dos representantes dos trabalhadores na implementação da RUE varia localmente, de acordo com o grau de aposta na expansão de OSs ou outros modelos privados para o conjunto da rede de saúde, e como as intervenções de qualificação da gestão do cuidado nos serviços abrem protagonismo aos trabalhadores e as suas questões

Especificamente, na região estudada, as entrevistas apontam no envolvimento de representantes de usuários em questões relacionadas às portas de entrada: *"[...] não vejo, de representações dos usuários, associações de defesa, como observamos na oncologia ou em outras patologias..."* (membro da coordenação estadual de urgência e emergência, representante do estado no grupo). Outra entrevistada aponta

> *[...] diferente do espaço do Conselho Nacional de Saúde, onde era comum alianças de posicionamento entre os gestores federal, estadual e municipal e os representantes de usuários, isso era bem, mas raro acontecer no Conselho Estadual de Saúde, até por conta das características da relação da gestão estadual com os representantes de usuários e trabalhadores, mas de enfrentamento, Nunca houve aliança entre usuário e gestor no conselho atual... em que pese tudo isso eu vejo a Secretaria Estadual como um ator que apoiou a RUE e os usuários não contestaram representante de municípios no Grupo Conduto Estadual*.

A mesma entrevista aponta uma característica que pode ter limitado a participação de representações dos usuários.

> *[...] eu, na condição de participar da coordenação de urgência de município na implementação da RUE, muitas vezes ficava meio de fora da relação com os movimentos de usuários, de movimentos populares. Mas falando meio de fora, representantes de usuários e movimentos populares, era a discussão de se o Pronto Socorro seria de porta aberta ou porta fechada, se eventualmente uma porta de entrada de algum hospital ou de um Pronto Socorro conhecido pela população seria fechada à demanda espontânea ou não. A própria complexidade de como a RUE é construída, são muitos os serviços, muitas etapas, fica até difícil à participação dos movimentos populares de participar de forma ativa. Quando se discutia que porta seria referenciada, não seria aberta direto para população [...] lembra a situação do Hospital Santa Marcelina na Zona Leste e abertura da UPA próximo a ele. Quando se cria a UPA ali do lado, você possibilita uma nova porta de atendimento 24h para a população e decisão e de que a porta do Hospital Santa Marcelina fica como referência para a região e para a própria UPA. Isso mobiliza a população local, os conselheiros dos conselhos gestores e locais destas unidades e da supervisão. Ficam preocupados como vai ser o*

> *atendimento nesta UPA nova, como será o acesso ao Hospital, se a UPA é da OS e o Hospital é da entidade filantrópica [...]* (membro de coordenação municipal de urgência, apoiadora de municípios e representante de municípios no grupo Condutor).

No nível regional, também é sinalizado pelos entrevistados o envolvimento de dirigentes de Hospitais, independente da natureza jurídica deste, se público, filantrópico ou gerenciado por OS, como afirmado em uma entrevista *"[...] não vejo diferença entre as OSs e hospitais estatais no apoio a defesa da RUE" (*membro de coordenação municipal, apoiadora de município, representante de município em Grupo Condutor). Outra entrevista aponta:

> *[...] os dirigentes de Hospitais apoiavam pelos recursos, com os recursos da porta estratégicos, a diária da UTI, fossem hospitais estatais ou gerenciados pelas OSs. Às vezes tinha uma disputa em especial com a regulação da porta, do acesso à internação ao Hospital, se era ou não referência, mas tinha um alinhamento geral de defesa [...]* (membro de coordenação municipal e urgência, apoiadora de municípios, a representante de municípios no Grupo Condutor).

A mesma entrevista aponta detalhes de maior ou menor resistência "*até hoje há uma disputa... a maior parte dos hospitais de media ou alta complexidade, a Santa Casa, a implantação do NIR era vista como um custo a mais ter um médico só para trabalhar no NIR [...]".*

Neste contexto, é importante salientar que, no posicionamento de representantes dos trabalhadores expressos nos registros de reuniões do Conselho Nacional de Saúde, durante o debate da RUE, a qualificação dos serviços de urgência e emergência passaria principalmente pela expansão da oferta, qualificação estrutural das condições de trabalho para os profissionais e pelas relações de trabalho, com uma crítica frequente aos modelos das Organizações Sociais (OSs). Observa-se que o envolvimento dos trabalhadores na implementação da RUE varia localmente, de acordo com o grau de aposta na expansão de OSs ou outros modelos privados para o conjunto da rede de saúde e como as intervenções de qualificação da gestão do cuidado nos serviços abrem protagonismo aos trabalhadores e às suas questões. Este fato é reforçado nas entrevistas com personagens-chave.

> *[...] existe uma tensão entre representantes dos trabalhadores e as iniciativas que envolvessem as secretarias estaduais pela própria relação da gestão atual com representantes dos trabalhadores da saúde no estado, o que a priori estabelecia para estes trabalhadores como seria as condições trabalho nas portas de entrada, que eram muito sacrificantes, e a expansão das formas de contratação expressas pelas OSs [...]* (apoiadora de municípios e representante de município no Grupo Condutor estadual).

5.2.4. Arranjos Interfederativos

O quadro 9 revela que a implementação da RUE fortaleceu arranjos federativos regionais prévios e criou novos, para além da função de pactuação, com características de cogestão da política de saúde, da rede ou dos serviços.

Quadro 9 - Matriz de caracterização dos arranjos interfederativos na RUE, nas RRAS/RMSP

	Dimensão	**Característica**	**Relação Interfederativa**	**Indicação Membros**	**Ganho de escala Institucionalidade**
Coord. Samu	Gestão de serviços	Cogestão	Intermunicipal horizontal Protagonismo municipal	Indicação Secretário	Integração de serviços, estruturas administrativas, logística Portaria
GT Regulação	Gestão da Rede	Cogestão	Bipartite vertical Protagonismo estadual (gestão de serviços mais complexos)	Indicação Secretário	Integração de serviços e equipes Resolução CIB
Fundações	Gestão de serviços	Cogestão	Intermunicipal horizontal Protagonismo municipal	Indicação Chefes de Governo	Integração de serviços e estruturas administrativas Lei
Consórcio	Gestão de serviços	Cogestão	Intermunicipal horizontal Protagonismo municipal	Indicação Chefes de Governo	Integração de serviços e estruturas administrativas Lei
CIR	Gestão da Política de Saúde	Pactuação	Bipartite horizontal Protagonismo bipartite	Secretários Estaduais e Municipais	Não Lei
Arranjos criados com a implementação da RUE					
Grupo Condutor RUE	Gestão da Rede	Cogestão	Tripartite horizontal Protagonismo variável	Indicação Ministério, Secretários estaduais e municipais	Não Resolução CIB

Fórum de Redes	Gestão da Rede	Cogestão	Bipartite horizontal Protagonismo municipal	Indicação gerentes de Unidades Estaduais, Municipais e OS	Integração de serviços Portaria
Complexos regionais de Regulação	Gestão da Rede	Cogestão	Bipartite horizontal Protagonismo variável	Indicação Secretário	Integração de serviços e equipes Resolução CIB
Conselhos Gestores de Serviços regionais	Gestão do serviço	Cogestão	Bipartite horizontal	Indicação Secretários, Trabalhadores, Usuários e Sociedade	Não Portaria

Fonte: Autoria própria, 2021.

O quadro 9 revela sinteticamente que o processo de implementação da RUE fortaleceu arranjos regionais interfederativos já existentes e criou novos arranjos. Destaca-se, entre os já existentes, as Coordenações Intermunicipais do SAMU, Grupos de Trabalho bipartite de regulação, Fundações Intermunicipais, Consórcios Públicos Intermunicipais e Comissão Intergestora Regional (CDRs/CIRs). Entre os novos arranjos criados no processo de implementação da RUE, destaca-se: o Grupo Condutor da RUE, o Comitê de Mobilização Social e Especialistas da RUE, Complexo de Regulação regionais, o Fórum de Redes, Conselhos Gestores de Serviços regionais.

Os normativos nacionais e os processos regionais de implementação da RUE estabeleceram a criação dos Grupos Condutores Estaduais e Regionais da RUE como instâncias permanentes de pactuação e compartilhamento da gestão do processo implementação da RUE. Este arranjo se concentra na dimensão da gestão da política. O Manual Instrutivo da RUE do Ministério da Saúde estabelece que "um dos desafios dos Grupos Condutores estaduais é exercer seu protagonismo no planejamento, no monitoramento, na avaliação e na tomada de decisão na preparação dos PAR, tornando-os menos burocráticos e mais vivos” (295). Reafirma, como condição importante, sua legitimidade perante os gestores e prestadores.

O normativo nacional da RUE, Portaria 1600/ 2011(251), estabelece que o Grupo Condutor estadual deve ser criado na etapa inicial de implementação da RUE, de adesão e diagnóstico, quando se define a Região de Saúde prioritária para a RUE e se institui o Grupo Condutor da CIB.

O Grupo Condutor Estadual RUE deve ser composto pelo apoiador do Ministério da Saúde, o representante da Secretaria estadual e o representante do COSEMs do estado. No caso de SP, o Grupo Condutor estadual foi constituído pela Resolução CIB 66/2011 (349). Sua composição compreendeu: o apoiador institucional do Ministério da Saúde; os representantes da Secretaria Estadual de Saúde (Assistente de Gabinete do Secretário estadual, Coordenadoria de Regiões de Saúde, Diretora do Departamento de Planejamento da Coordenadoria de Regiões da Saúde, Assistente de Coordenador da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, Assistente Técnica do Coordenador da Coordenadoria de Serviços de Saúde), do COSEMs/SP (2 assessores), dos representante das Secretarias municipais (2 Coordenadores da Regulação em Saúde de Municípios e o Coordenador de Atenção as Urgências e Emergências /COMURGE da Capital).

A adesão e desenho da RUE na RRAS6 Região de Saúde da cidade de São Paulo constituiu como Grupo Condutor Regional da RUE da RRAS6: o apoiador do MS, o representante do COSEMs, o representante do SAMU192 de outros municípios; como representantes do município: o Coordenador da Coordenadoria de Urgências e Emergências/SAMU192 São Paulo, e o representante do Complexo Regulador Municipal e da Autarquia Hospitalar Municipal; pela Secretaria Estadual de Saúde: o representante da Coordenadoria de Regiões de Saúde, o representante da Divisão Regional Administrativa de Saúde, o representante da CARS, o representante da CROSS e do grupo de Regulação da CRS e Pré-hospitalar móvel (GRAU), o representante da CGCSS, da CSS.

Em todas as demais RRAS da Região Metropolitana da Grande São Paulo os Grupos Condutores foram instituídos no momento da adesão, com papel decisivo na elaboração, implementação e avaliação dos PARs. Estes arranjos tiveram uma composição similar ao definido pela RRAS 1, ABC, por exemplo: municípios representados por indicados pelos secretários municipais, variando entre diretores técnicos, coordenadores de urgência, coordenadores de enfermagem e até coordenadores da atenção básica ou os próprios secretários; estado representado pela DRS1 e presença do apoiador do MS.

O Grupo Condutor é avaliado por uma Câmara Técnica do CGR/CIR, indicada por secretários e a DRS1 do estado, que avalia o seu conteúdo, antes do momento de pactuação.

O Grupo Condutor estadual construiu uma matriz interfederativa conjunta de acompanhamento da implementação da RUE, como principal instrumento de acompanhamento, não ficando restrito ao momento de adesão, elaboração e desenho do PAR. Como já destacado, esta matriz do Grupo Condutor estadual decorre do aprendizado construído pelo município da cidade de São Paulo no âmbito do Grupo Condutor da RRAS-6, Cidade de São Paulo.

A característica inovadora de composição tripartite do Grupo Condutor, seja na esfera estadual, seja em cada Região de Saúde é destacada por entrevistas com personagens-chave:

> *[...] foi constituído um Grupo Condutor de Urgências Técnico do Ministério da Saúde, Técnicos da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Técnicos do COSEM, deliberado em CIB e publicado em D.O para a divulgação da Portaria nº 1600, e o Passo a Passo para elaboração dos Planos de Atenção à Rede de Urgência e Emergência nas Redes Regionais de Atenção à Saúde, apontando a importância da integração dos componentes existentes... o que aponto de importante foi o Grupo Condutor com participação dos três níveis [...]* (membro da coordenação estadual de urgência e representante do estado no grupo Condutor).

Isso também era apontado por representante federal e apoiador no grupo Condutor.

> *[...] o arranjo federativo principal que a RUE trouxe foi o surgimento do Grupo Condutor estadual da Rede de Urgência e Emergência que é dessa instancia tripartite, coordenada pelo estado, com o Ministro da Saúde, COSEMS e municipais, e que replicou para os Grupos Condutores regionais nas 17 RRAS... o plano para chegar para a análise estadual ele foi produzido pelo regional da sua RASS... descentralizar, não era apenas no âmbito central... sempre sendo valorizada a composição tripartite de um arranjo no estado e em cada Região de Saúde...O Grupo Condutor em SP incialmente é do estado, os Grupos Condutores regionais, o Ministério tinha apoiadores em cada região, em cada RRAS, acompanhavam a elaboração dos PAR nas RAS... começa o processo tripartite a partir do Grupo Condutor estadual e regional... é a primeira vez que em a participação efetiva do MS junto com os estados e municípios* (membro de coordenação de urgência município, apoiadora de municípios e representante municipal no Grupo Condutor).

O ineditismo do Grupo Condutor enquanto instância tripartite dedicada a urgência e emergência é frisado em outra entrevista:

> *Nacionalmente, antes do Grupo Condutor, existia a Câmara Técnica de Urgência e Emergência na tripartite... no âmbito estadual não tinha um grupo técnico tripartite anterior, tinha um grupo técnico que discutia regulação, como grupo Bipartite... antes do Grupo Condutor, as decisões de fluxo na urgência e emergência estadual não eram pactuadas, não tinha discussão com os municípios, não tinha um arranjo institucional com os municípios... o próprio grupo técnico de regulação no espaço da Secretaria Estadual, os plantões controladores não tinha essa discussão com os municípios,... o grupo técnico de regulação Bipartite, ele é criado em 2009/2010, mesma época da Cross, passa discutir um pouco dos problemas [...] é proposta uma grade de urgência e emergência informada para o Cosme* (Discussão, pactuação mesmo começa a partir de 2011 com os Grupos Condutores da RUE).

Um dos aspectos explorados neste estudo é a relação entre as três esferas de governo no âmbito dos arranjos interfederativos, como aponta o trecho de uma das entrevistas:

> *No caso, se no Grupo Condutor Regional estabelece-se uma relação vertical ou horizontal entre os atores da esfera federal e os demais atores federativos... O Grupo Condutor estadual era coordenado pela Adalgiza que puxava toda a discussão, tínhamos representatividade importante dentro da sua gestão [...] o Grupo Condutor do município de São Paulo era muito recente* (membro do governo federal, apoiador regional da RUE e representante do governo federal no Grupo Condutor).

Uma das entrevistas aponta que esta relação finalmente vai se horizontalizando ao longo da implementação:

> *Quando eu cheguei tinha uma certa verticalidade entre o Grupo Condutor estadual e os regionais, tentamos trabalhar a horizontalidade... se quero um plano de ação que seja pautado nos interesses do território... Eu lembro que quando o plano regional estava pronto o Grupo Condutor regional vinha apresentar, nós tentávamos respeitar, retirávamos apenas aquilo que não estava em conformidade com a norma... dando toda a pró atividade para os municípios, aqui DRS (Divisão Regional de Saúde) e o apoiador do MS no território.... passassem a ser pautadas na horizontalidade.... eu sempre me coloquei para apoiar os grupos regionais, esta horizontalidade como trabalhávamos em rede [...]. A coordenação estadual também sempre me acompanhava, nós íamos juntos MS e estadual para dar empoeiramento àquele Grupo Condutor regional... até 2015 conseguimos trabalhar com uma certa horizontalidade... os Grupos Condutores regionais tinham um papel determinante e um empoderamento... este Grupo Condutor que faria o monitoramento do que foi pactuado... teve um ganho nesta horizontalidade entre grupo estadual e grupos regionais, isso foi um ganho* (membro do

> governo federal, apoiador regional da RUE e representante do governo federal no Grupo Condutor).

A mesma entrevista reforça:

> *[...] um dos grandes ganhos foi à consolidação do Grupo Condutor estadual... A princípio tinha mais cara do estado, com o passar o tempo foi dando mais voz aos municípios, tendo um olhar mais diferenciado para as RAS, depois compondo Grupos Condutores regionais para as 17 RAS... tínhamos uma cautela enquanto Ministério termos uma entrada, para respeitar as especificidades que o estado... em alguns momentos éramos mediadores de ensinamentos que aconteciam com estados e municípios... tentamos priorizar as Regiões que tivesse potencial para montar seus Grupos Condutores, construir o plano de ação... a priorização das Regiões tinham os indicadores, a do Vale do Ribeira pela vulnerabilidade, a de mananciais também... o Grupo Condutores estadual tinha atenção para os grupos mais frágeis, íamos para o território fazer oficinas especificas...* (apoiador pelo Ministério da Saúde e representante federal no Grupo Condutor Estadual e da RRAS 6 da Cidade de São Paulo).

Outra entrevista reforça quanto a questão da horizontalidade ainda era um desafio no Grupo Condutor:

> *Como dificuldades, sempre os mais fortes, municípios maiores regionalmente e estados mais poderosos, conduziam as escolhas nas divisões de orçamento e implantação de leitos de maior complexidade, por exemplo, e prevaleciam muitas vezes em algumas das instâncias. A depender do olhar da política pública, isso funcionava no formato mais democrático proposto, ou não... A manutenção dos Grupos Condutores municipais / regionais / estaduais ajudaram a diminuir essas tensões* (membro de coordenação municipal, representante pelo município do grupo Condutor).

Outra questão presente: se o Grupo Condutor, e em que medida, era ou não permeável à participação dos usuários e as demandas da população. Uma das entrevistas aponta:

> *[...] não identificamos a participação decisiva dos usuários... e não chegavam tão diretamente ao Grupo Condutor, as demandas, a pressão popular... São Paulo teve uma característica, nós só trabalhamos com portas estratégica e toda ação foi de ampliação de portas, a própria ampliação de UPAs eram portas novas, nós não tivemos portas que viraram referenciadas, foram sempre hospitais estratégicos e Hospitais Universitários, todos eles continuariam*

> *atendendo uma parte da demanda espontânea... todos eles tinham um investimento de qualificação das portas, seja Santa Marcelina, Santa Casa, HC e Hospital São Paulo... teve uma tensão envolvendo Hospital dos Servidores Públicos Municipais quando usuários defendiam a abertura da porta de entrada para ao SUS e os trabalhadores não, a região central carecia de uma porta de entrada na região central, tínhamos a Santa Casa em momento de fragilidade financeira, o Hospital dos Servidores Municipal era um alternativa não para porta aberta, mas também acompanhei parte da contratualização para abrir ao SUS somado a um conjunto de procedimentos na regulação* (membro de coordenação municipal de urgência, representante municipal no grupo Condutor).

A RUE também garantiu aos CGR/CIR protagonismo e conteúdo concreto com a elaboração dos planos regionais, o mesmo sendo observado na RMSP. De certa forma, a implementação da RUE, além de ser uma das iniciativas que agregaram sentido concreto à Região de Saúde, ampliou o objeto dos arranjos pré-existentes, tencionando-os e estabelecendo, com os novos arranjos, complementariedades e legitimidade para seus temas.

Os normativos nacionais da RUE e os registros regionais de implementação avaliados revelam que os CGRs/CIRs assumiram um papel central no processo de adesão dos entes federativos à RUE, na caracterização do seu plano de ação, na pactuação e na aprovação dos PARs. Os registros revelam que o processo de mobilização, adesão, desenho do PAR, sua aprovação e posterior acompanhamento tiveram nos CGRs/CIRs a instância fundamental de pactuação. Ao mesmo tempo, a RUE também ocupou uma prioridade nas pautas destas instâncias, exatamente no período inicial de sua consolidação após a criação das RRAS no estado de São Paulo.

Este aspecto da relação entre a implementação da RUE e o arranjo regional interfederativo já existente também é levantado pelas entrevistas. Uma delas aponta que a RUE contribui para os conteúdos de negociação e pactuação da CIB e CGRs/CIRs:

> *[...] a RUE deu peso a CIB... quando vieram as redes para São Paulo já tínhamos os CGRs bem fortalecidos por conta do pacto, os dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde, como o secretário adjunto foram atores importantes em toda a discussão nacional de regionalização do SUS, defendia muito o pacto, ele comprou a ideia dos CGRs, eles já existiam, os colegiados regionais já eram muito fortes, acho que a discussão da RUE contribuiu, mas não que ela tenha sido indutora da criação dos CGRs aqui em SP, certamente foi*

> *em outros estados...* (membro de coordenação municipal de urgência, apoiadora de municípios e representante de municípios no Grupo Condutor Estadual).

Esta questão é reforçada em outra entrevista:

> *A presença de arranjos federativos e regionais já existiam no início da implementação da RUE, que eram os CGRs (depois CIRs), mas foram fortalecidos pela implementação das redes, em especial pela necessária negociação quanto aos recursos, tanto financeiros, materiais, como recursos das tecnologias leves, o conhecimento, informação, que davam respaldo para discussão nos espaços de arranjos regionais, consórcios regionais, municipais, CGR/ CIR, entre outros espaços de tomadas de decisão e de construção de fluxos e investimento de recursos... Os Grupos Condutores estaduais e regionais passaram a fazer parte da pauta constante nas Câmaras Técnicas e CIB, e com a construção dos pactos foram qualificadas e fortalecidas. E construídas de maneira mais horizontais a partir dos muitos olhares e da validação dos processos...* (representante do estado em Grupo Condutor estadual e no Grupo Condutor da RRAS Cidade de São Paulo).

A mesma entrevista aponta para quanto os arranjos interfederativos regionais criados ou fortalecidos na implementação da RUE contribuíram para as discussões de escala regional *"a noção de escopo/escala e a lógica tanto técnica assistencial, como nos caminhos de fortalecimento das redes de um ponto de vista da política, fortalecendo-os, e da economia, economizando recursos"*. Ressalta-se a discussão da organização da rede regional, como também dos aspectos da eficiência econômica da organização do SUS regional. Para essa mesma entrevistada, a implementação da RUE contribui para o início deste desafio, mas este ainda está presente.

> *Em que pese que desde a Constituição brasileira de 1988 e da implementação do SUS, tivemos um conjunto de fundamentos que ajudaram a garantir um olhar regional para o planejamento das políticas de saúde, sabemos que quando estas acontecem de maneira mais direcionada, coordenada e afirmativa, como se deu com a implantação das Redes de Atenção, trazem com elas diversos mecanismos constitucionais que podem apoiar e produzir mais articulação entre os entes federativos e ajudam muito no processo de organização da política pública tanto no planejamento, orçamento e gestão, quanto nos arranjos federativos necessitam de adaptações às questões socioeconômicas e políticas que acontecem num país continental e diverso como o nosso*.

O normativo nacional da RUE, já referido, reconhece os Comitês Gestores de Atenção às Urgências e Emergências, nos locais já presentes e recomenda a sua criação onde ainda não existe. É um espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias, envolvendo atores necessários e a análise de indicadores. Neste caso, recomenda na sua composição a presença da Coordenação Estadual do Sistema de Urgência e Emergência, o representante do COSEMs, os Coordenadores Municipais de Atenção à Urgência e Emergência, a Defesa Civil estadual, a Secretaria Estadual de Segurança Pública, a Polícia Rodoviária, o Conselho Estadual de Saúde, empresas concessionárias de rodovias, e avaliar a presença das Forças Armadas.

Embora os Comitês Gestores de Atenção às Urgências e Emergências tenham sido criados no estado e no município de São Paulo em 2003, no caso estudado, na RMSP, não há registro do funcionamento de qualquer Comitê permanente regional ou estadual de urgência e emergência, nos moldes estabelecidos pela Portaria Nacional da RUE:

> espaço formal de discussão de implementação das correções e aprimoramentos necessários, envolvendo atores necessários, análise de indicadores, tendo como composição recomendada a Coordenação Estadual do Sistema de Atenção a Urgência; Defesa Civil estadual; Bombeiros, Secretaria Estadual de Segurança Pública; Polícia Rodoviária; Conselho Estadual de Saúde; empresas concessionárias de estradas e avaliar forças armadas.

Este fato referente aos aspectos relacionados ao Comitê de Urgência e Emergência criado desde 2003 e o papel assumido pelo Grupo Condutor na RUE é mencionado em entrevistas:

> *O Comitê Gestor de Urgência e Emergência do estado de São Paulo e do município de São Paulo, em 2003, foi instituído. O grande ponto que ficou até hoje sem nenhuma orientação normativa... Teve uma ou duas reuniões apenas... No começo tinha até uma crise de governança sobre quem seria o tomador de decisões sobre A RUE... a criação do Grupo Condutor da RUE veio junto com outras ações e recursos do Plano... O Comitê Gestor da Urgência tinha neste grupo a defesa civil, bombeiros etc. O comitê gestor não se reunia e poderia tratar de questões mais amplas como o transporte e acidentes, a segurança pública... Ele ficava muito restrito a enfrentamento e grandes catástrofes* (membro de coordenação municipal e representante de município no grupo Condutor).

Novos arranjos federativos regionais para a gestão da rede também foram constituídos a partir da implementação da RUE. Chama a atenção, um arranjo interfederativo constituído na RRAS 6 da cidade de São Paulo, a partir do processo de implementação da RUE e das demais redes temáticas de atenção impulsionadas pelo Ministério da Saúde, o Fórum de Redes. Ele está presente em cada um dos territórios das denominadas Coordenações Regional de Saúde da cidade de São Paulo, na divisão administrativa da Secretaria Municipal da prefeitura da cidade de São Paulo: as Coordenações Regionais das regiões Sul, Sudeste, Leste, Norte, Oeste e Centro. Em cada um destes territórios, sob coordenação da coordenação regional da Secretaria Municipal, constitui-se um Fórum de Redes com a participação dos Coordenadores Regionais da Secretaria Municipal de Saúde, os Coordenadores das Divisões de Supervisões de Saúde de cada distrito sanitário de saúde, que compõem cada Região de Saúde, e dos dirigentes dos serviços hospitalares estaduais e municipais, dos serviços pré-hospitalares fixos ou moveis presentes nos respectivo território da Coordenação Regional de Saúde e os Coordenadores de Atenção Básica (350).

O conteúdo deste Fórum, a partir dos registros analisados, aponta para os processos de implementação das redes temáticas de atenção no território, assumindo uma dimensão de gestão de rede em um arranjo bipartite. Entrevistas apontam o significado deste Fórum de Redes:

> *[...] uma característica diferente do Fórum de Redes em relação aos demais arranjos que existiam ou foram criados pela RUE era que ele era composto por gestores da Coordenação Regional ou das Supervisões, ambas da Secretaria do município, mas também por dirigentes de todos os equipamentos de atenção, promovendo uma interação entre gestão e equipamentos assistenciais tanto do município quanto do estado. Na prática, os serviços do estado sabiam de mais detalhes da RUE diretamente por nós que éramos da gestão municipal e nós ficávamos próximos aos problemas dos serviços estaduais também... a outra característica é que ele gerava uma interação entra as outras redes temáticas propostas pelo Ministério da Saúde, a Rede Cegonha, Rede de Saúde Mental depois a Rede Oncológica, a Rede de Pessoas com Deficiência, tudo integra ali [...]. Tínhamos uma pauta mais aberta também, às vezes, o tema era algo das redes que estava com dificuldade de ser implementado, às vezes um tema que trazíamos especialistas, representantes de usuários, de representantes de outras instituições, de ouras secretarias, estabelecíamos novos pactos ali* (membro de coordenação municipal).

A partir da análise dos registros e das entrevistas, observa-se que o aprendizado do Fórum de Redes nas regiões inframunicipais da cidade de São Paulo, com maior ou menor maturidade entre as Regiões, fez-se com a constituição de grupos mais amplos, de acordo com temas suscitados. Considera-se que a possibilidade desta abertura ampliou o processo local de implementação para os mais diversos agenciamentos por parte de gerentes, trabalhadores, usuários, instituições de ensino que o procurava. Forças tarefas de caráter temporário e comitês específicos para questões temáticas buscavam exercitar o mínimo do estabelecido pelas estruturas pré-existentes e o máximo de reorganização para interlocução com novos desafios. Na prática também significou um arranjo que permitiu a participação ativa de pontos de atenção estaduais ou parceiros da Secretaria Estadual na construção dos desafios em saúde da cidade de São Paulo, que provavelmente não seria obtido pelos fluxos hierárquicos usuais ou pelas instâncias de pactuação pré-existentes.

Outra entrevista expressa novas tensões na implementação da RUE, expressas neste Fórum de Redes:

> *[...] o fato de a RUE não ser uma oferta de financiamento e investimentos para toda a Rede de Serviços de Urgência e Emergência que existiam ou estavam sendo expandidas na cidade de São Paulo, nós tínhamos a preocupação do que estava sendo de fato ofertado para o resto da rede e isso aparecia nas pautas da população, e elas apareciam no Fórum de Redes. Os encontros regionais dos Fóruns de Redes sempre eram muito hostis, porque ficava debatendo questões pontuais de um serviço ou outro, e no estruturante investia pouco tempo... foi importante para revermos as Grades de Regulação do território... o grande entrave é que nem sempre os Fóruns e o Grupo Condutor tinham caráter deliberativo, você colhia, apontava e extrapolava a capacidade de governança daquele grupo, quando chegava ao nível mais central nem sempre era levado em conta essa ideia* (membro de coordenação municipal e representante do município no Grupo Condutor Regional da RRAS da Cidade de São Paulo).

Parece-nos, que tais arranjos, como o Fórum de Redes, só não caem na tentação da rotina burocrática de encontros caso os níveis centrais de decisão e gestão os fortaleça, os consulte permanentemente, tenha com o mesmo interlocução permanente. Uma entrevista aponta *"Não foram poucas as críticas corretas quando alguma decisão foi tomada no âmbito da gestão municipal sem prévio debate com*

os serviços, trabalhadores e usuários que frequentavam o Fórum de Redes..." (membro de coordenação municipal).

Um conjunto de arranjos interfederativos regionais já existentes passou a ser mobilizado no contexto da implementação da RUE na Região Metropolitana de São Paulo, podendo ser identificados nos documentos analisados. Observa-se, na análise dos PARs da RMSP, uma série de inciativas interfederativas envolvendo estado ou municípios na gestão de rede e de serviços produzida nas RRAS da RMSP, que foram impulsionadas ao longo do processo de elaboração do PAR e a implementação da RUE. Nestes, identifica-se: Grupos Interfederativos regionais pré-existentes que ganharam relevância e valorização com a adesão à RUE, cuja produção foi valorizada e incorporada pelo Grupo Condutor da RUE. Em alguns PARs são citados: os GTs interfederativos bipartites (estado e município) de Regulação, como, por exemplo, na RRAS Mananciais (326), Guarulhos-Alto Tietê (325) e do Grande ABC (325). Em outras RRAS, como Guarulhos-Alto Tietê e Mananciais frisou-se o papel pré-existente das Coordenações Intermunicipais do SAMU, cuja contribuição foi incorporada ao Grupo Condutor da RUE.

Em todos os casos, a composição foi formada por membros indicados pelos secretários municipais de saúde, com baixa representação política. No caso dos GT Interfederativos de Regulação dos CGRs/CIRs, identifica-se representante do Complexo Regulador da Secretaria Estadual de Saúde, indicado pelo secretário estadual de saúde, em geral, responsável pela CROSS daquela Região de Saúde. Mesmo com a incorporação da elaboração destes grupos aos PARs, eles continuaram coexistindo com os Grupos Condutores da RUE, e em alguns casos com os mesmos representantes.

Um outro exemplo da valorização do arranjo pré-existente é o caso da Fundação Faculdade de Medicina do ABC, no caso da RRAS Grande ABC, uma fundação pública de direito privado presidida de forma colegiada pelos Prefeitos das cidades da RRAS do Grande ABC. Os documentos analisados, como o PAR Regional da RRAS Grande ABC (325), revelam que esta Fundação Municipal expandiu sua presença nas respectivas Redes de Saúde da região, também, especificamente, nos Pontos de Atenção da RUE pactuada e, em um segundo momento, constituiu uma Organização Social que passou a fazer parte dos chamamentos públicos de Redes de Saúde de municípios externos a Região de Saúde do grande ABC.

Embora fossem identificados os preparativos para formação de consórcios públicos intermunicipais, sobretudo para gestão do SAMU nas regiões estudadas, não identificamos a sua real operacionalização nas RRAS da Região Metropolitana de São Paulo. Esse arranjo foi identificado em outras RRAS do estado, criadas ou fortalecidas a partir da adesão a RUE, como o caso da RRAS Campinas (351).

Em todos os registros identificados nos PARs da RRAS da RMSP, identificamos o papel da RUE em aprimorar ou reforçar encaminhamentos de propostas de expansão ou qualificação do SAMU regional que já vinham sendo desenvolvidas pelos Comitês Intermunicipais ou da cidade de São Paulo. Não só pelos recursos adicionais de custeio e investimento no componente do SAMU, permitindo esta expansão, mas também, porque o processo de adesão, elaboração, desenho, montagem do Grupo Condutor Interfederativo da RUE valorizaram os Comitês Intermunicipais de Gestão do SAMU, bem como os critérios e adesão aos componentes hospitalares, UPAs e salas de estabilização e atenção domiciliar, que reforçam a cobertura do SAMU.

Os PARs também apontam que a implementação da RUE construiu novas possibilidades interfederativas para a gestão do fluxo dos pacientes atendidos pelo SAMU. Identificamos arranjos regionais diversos para gestão do SAMU, sendo todos mantidos ou fortalecidos durante o processo de implementação da RUE, desde consórcios públicos intermunicipais que se consolidaram ou se expandiram, até Fundações Públicas de direito privado que apoiaram o processo de gerenciamento e contratação de profissionais, convênios com entidades privadas e contratos de gestão com OSs.

Os registros dos PARs apontam que vários estudos ou negociações de pactuações sobre o rateio financeiro entre os municípios para a gestão do SAMU permaneceram em discussão, pela inclusão de parâmetros de equidade econômica entre os municípios, vulnerabilidade social, dados de produção de atendimentos. Entretanto, nos registros dos documentos, observa-se que em todos os casos se manteve o rateio por tamanho da receita de cada município. No período estudado, não se identifica a participação financeira ou na gestão destes arranjos regionais do governo do estado, mantendo-se os aportes financeiros do governo federal e municipais, seja nos PARs ou nas entrevistas analisadas.

Os dados evidenciados pelos PARs e os registros de acompanhamento pelos Grupos Condutores revelam que a RUE valorizou ou criou dispositivos interfederativos para aprimorar a gestão da relação entre os pontos de atenção dos serviços que aderem a RUE. São eles: novos protocolos de alta e admissão dos leitos crônicos de longa permanência que já estavam disponíveis para as respectivas RRAS, como na Mananciais, ou que surgiram com a implementação da RUE, como no ABC; novos protocolos de saída para atenção domiciliar (Mananciais), grupos federativos para tratar especificamente da baixa resolutividade das portas de entrada (Mananciais), comitês de apoio a linhas temáticas de cuidado (Mananciais, São Paulo), protocolo de transferência regional (ABC) e processo regional implementação de ouvidoria nas portas de entrada (Mananciais, ABC).

Chama a atenção, aqui, as mudanças organizativas nas relações entre as Centrais de Regulação de urgência e Emergência e a Central de Regulação da Atenção à Saúde Estadual (CROSS). Em todos as RRAS o fluxo entre os dois complexos foi redefinido, variando de acordo como os Hospitais estaduais estavam, mais ou menos, presentes como porta aberta na Região de Saúde analisada, e o quanto estes são ou não referência hospitalar para outras RRAS, para além do município ou da RMSP. As novas Grades de Referência para a Urgência e Emergência e sua relação com o conjunto da RUE, e de serviços de saúde, como um todo, apresentaram aprimoramento em todas as RRAS analisadas

Também, chama a atenção nestes registros, o aprimoramento da relação entre uma situação presente em todas as RRAS da RM da Grande São Paulo: a relação entre as Centrais de Regulação do SAMU (inframunicipais) com os Sistemas de Regulação Municipais, seja as Centrais de Regulação da Urgência e Emergência ou às Coordenações de Regulação da Atenção à Saúde nos municípios onde existiam, e a CROSS, representando o complexo de regulação estadual e um sistema informatizado específico. Fica evidente, nos registros dos PARs, que estas relações se encontravam em estágios diferentes, com tensões maiores ou menores entre fluxos mais ou menos bem definidos. Este achado está presente mesmo nos locais que tecnicamente já funcionavam Grupos Interfederativos de Regulação (Mananciais e ABC) ou esforços, independentemente aos de grupos definidos, de aprimoramento das relações CRUE e CROSS (São Paulo, Alto Tietê).

Os registros mostram que o processo de implementação da RUE aprimorou essa relação a partir de dispositivos diferentes dependentes das

especificidades regionais, todas construídas no âmbito do Grupo Condutor, mesmo onde já existiam Grupos de Trabalho prévios. Algumas características destes registros: a) estruturação da Coordenação de Regulação do SAMU, mais evoluída, por recursos, profissionais, sistema de informação instalado previamente ou impulsionado com a RUE (todas RRAS); (b) CRUEs municipais na regulação do encaminhamento para pacientes para pré-hospitalares fixos, PSs ou Hospitais de referência municipais (Mananciais, Alto Tiete), e também para Hospitais estaduais definidos por uma nova Grade de Referência que foi construída no espaço interfederativa do Grupo Condutor regional (São Paulo e ABC); (c) em alguns casos a CRUE se relaciona diretamente com a CROSS, como em São Paulo, a partir da nova Grade de Referência. Em outros, esta relação é feita exclusivamente por Unidades municipais de referência, ou estaduais que recebem o paciente (Mananciais por exemplo).

Especificamente no caso da RRAS-6 Cidade de São Paulo, observamos no PAR e nos registros implementação da RUE um extenso esforço em aprimorar esta relação ocupando parte importante da pauta do Grupo Condutor da RUE. Pelo documento inicial do PAR, apresentado pelo Grupo Condutor, registra-se o objetivo da RUE em definir o portal eletrônico da CROSS (gerenciado pela Secretaria Estadual, com inserção de usuários, perfis e senhas específicas pela Secretaria Municipal de Saúde), como: o sistema de informação para acesso aos leitos regulados; a ferramenta para visualização dos recursos disponíveis nos serviços de urgência e emergência; as portas de entrada hospitalares e não hospitalares para orientação de SAMU; e o complexo regulador.

Ao longo da implementação da RUE definiu-se que a CRUE do Município acolheria a demanda, inclusive inter-hospitalar, e realizaria a interlocução de acesso aos serviços, exceto em situações que o sistema CROSS (estadual) pudesse acessar diretamente alguns determinados Hospitais estaduais: os Hospitais Universitários e de ensino (Complexo HC USP, Hospital São Paulo, Santa Casa, Santa Marcelina e Mandaqui). Pelos registros dos PARs, observa-se que este arranjo foi previamente desenvolvido na RRAS da RM de Campinas com a implementação da RUE. O aprimoramento da relação entre os complexos municipais e estadual está presente ao longo dos registros de implementação de todas as RRAS, com maior ou menor grau de integração. Entretanto, embora em alguns PARs se observe o desejo de construir um complexo regional de regulação (ABC e

também Campinas), não há registros do alcance deste arranjo nos registros de implementação. Para além das dificuldades de regulação dos conjuntos hospitalares que aderiram a RUE, há registros específicos que realçam as dificuldades de regulação dos Hospitais Universitários pelo fluxo de regulação estabelecido, em especial na RRAS São Paulo.

A RRAS6/Cidade de São Paulo também enfrentou um contencioso importante, relacionado à implementação da RUE: a relação do SAMU e serviços hospitalares, tanto municipal e, sobretudo, estadual, com a retenção de macas, como uma medida de restrição de encaminhamentos para determinadas portas de entrada. Nesta situação as portas de entrada ao receberem um paciente trazido pelo SAMU retinham a maca e, consequentemente, a ambulância, impedidndo que novos pacientes fossem tazidos para aquele serviços pela central de regulação do SAMU. Este tema foi objeto da mesma portaria, já citada, que estabeleceu as diretrizes da Rede de Urgência e Emergência e do seu complexo regulador, instituindo o procedimento de transição hospitalar para o serviço pré-hospitalar móvel e o Hospital estabelecido como referência na Grade de Urgência e Emergência. Criou-se o "Termo de Responsabilidade pela Guarda e Uso do Equipamento de Trabalho do SAMU 192", estabelecendo ao diretor técnico a responsabilidade de justificá-la. A mesma portaria estabeleceu a constituição do Núcleo Interno de Regulação (NIRs) e do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQHs) para todas as portas de entrada hospitalares, independente de receberem indução financeira federal, como os Hospitais estratégicos da RUE.

A COMURGE da cidade de São Paulo construiu também um sistema *web* de monitoramento da presença dos profissionais médicos em todos os serviços da RUE, um painel informatizado de acompanhamento da produção em saúde nos hospitais e uma matriz informatizada, adaptada da estabelecida pelo Grupo Condutor Estadual da RUE, de monitoramento da implementação da RUE em todos os serviços de urgência e emergência de gestão municipal. No período estudado estas ferramentas ainda não haviam sido estabelecidas para os Hospitais estaduais.

Como já citado, a RUE fortaleceu arranjos federativos de gestão da rede e serviços já existentes nas Regiões de Saúde analisadas, como os Comitês e/ou Grupos de Regulação, alguns bipartites regionais e as Coordenações Intermunicipais do SAMU. Esses arranjos tiveram papel importante no desenho dos PAR regionais, tornando-se referência em quase todos das RRAS da RMSP. Na

totalidade das situações que fizeram parte formal, ou informal, do Grupo Condutor tripartite da RUE, carregando certa memória da negociação regional bipartite em torno de uma rede ainda muito desintegrada. Destes grupos pré-existentes, fortalecidos pela dinâmica regional aquecida com a implementação da RUE, surgiram novos arranjos em gestação, como os Consórcios Intermunicipais para a gestão do SAMU e a possibilidade da integração dos complexos regionais de regulação. Observa-se que a construção de arranjos institucionais regionais federativos observaram certas referências presentes a arranjos já existentes, com a ampliação dos seus objetos e a superação das suas fragilidades, e dos seus próprios desenhos institucionais.

De certa forma, a implementação da RUE nessas Regiões de Saúde, além de ser uma das iniciativas que conformaram um sentido concreto a essa própria Região, ampliou o objeto dos arranjos pré-existentes, estabelecendo, com os novos arranjos, complementariedades e legitimidade para seus temas, e estimulando o debate sobre novos arranjos.

Do mesmo modo, opera-se em relação aos Grupos de Regulação regionais que buscam constituir um complexo regional de regulação, com sistema de informação único, corpo técnico compartilhado, protocolos comuns de acesso, parcerias comuns com universidades e outras organizações de sistematização de experiências e produção do conhecimento que contribuam para a avaliação do trabalho desenvolvido e da realidade de saúde da rede.

À medida que o objeto se amplia, no caso da regulação, passando a interagir com processos de trabalhos, modos de organização próprios dos Pontos de Atenção, acumulando informações que permitam uma avaliação da qualidade de atenção e do modo de se organizar para oferecer cuidado à saúde dos mesmos, novas necessidades são apontadas. Por vezes, evoluem para outros arranjos ou agregam novos parceiros e conteúdos ao arranjo pré-existente.

No caso específico da RRAS do Grande ABC, a pré-existência de um Consórcio Público Intermunicipal e da Fundação Faculdade de Medicina do ABC produziu características específicas para o fortalecimento dos arranjos regionais pré-existentes com a RUE. Este Consórcio no ABC é uma plataforma importante para a região, por ter um objeto amplo de ações governamentais e longo histórico de atuação, inclusive, no grupo de trabalho da saúde. Constituiu-se como um espaço potencialmente intersetorial prévio, com razoável envolvimento dos chefes de

governo e do conjunto da sociedade com os seus projetos. Neste sentido, os Grupos Intermunicipais pré-existentes, os passos iniciais de elaboração do PAR, a atuação do Grupo Condutor estiveram também lastreados pela mobilização prévia sustentada por este arranjo regional.

Já o caso da Fundação ABC ganhou espaço como alternativa para a gerência de serviços das redes municipais, inclusive de Pontos de Atenção da RUE, expandindo sua atuação simultaneamente com a implementação da RUE nesta RRAS. Embora nessa estrutura também haja um envolvimento importante dos chefes de governo, o fato de ser um espaço acadêmico e o tamanho que adquiriu com essa expansão, produziu característica institucionais próprias, que precisam ser analisadas, bem como os seus aspectos de colaboração com a dinâmica de pactuação regional e a concertação federativa naquela região.

Também é importante observar que parte desses arranjos regionais ganharam a colaboração efetiva de instituições formadoras e de pesquisa, principalmente, dos campos da Saúde Coletiva e da Gestão Hospitalar de instituições formadoras. Para tanto, contribuiu as articulações dos gestores federais e/ou a articulação própria dos municípios ou dos arranjos regionais. O envolvimento dessas instituições, além de agregar tecnicamente na elaboração dos PAR, as envolveu no exercício do apoio institucional ao Grupo Condutor, ao CGR/CIR e/ou a um Ponto de Atenção específico, criando novos objetos de pesquisa, e programas de qualificação profissional e acadêmica para os trabalhadores e gestores das redes. Esta articulação é evidente nas RRAS do ABC, Alto Tietê (principalmente em Guarulhos e Mogi das Cruzes), Mananciais e na cidade de São Paulo. Este envolvimento dá mais sustentação aos projetos desenvolvidos e, em certa medida, ao próprio arranjo regional federativo criado.

Não identificamos nos PAR de nenhuma das RRAS da Região Metropolitana da Grande São Paulo qualquer registro relacionado à articulação intersetorial, comitês de interlocução com outras áreas governamentais ou da sociedade sobre temas e agravos a saúde que impactam sobre a realidade epidemiológica ou os serviços de atenção às urgências e emergências dessa região. Também não foram identificadas menções a esforços com outras áreas de governo para o enfrentamento de temas estruturantes da gestão regional e municipal que pudessem contribuir para o fortalecimento da RUE. Há registros sobre articulação com outros arranjos regionais governamentais, como consórcios públicos

intermunicipais (ABC e Fundação ABC), outras instituições públicas presentes na região (Mananciais e USP; Alto Tietê e ABC e Unifesp), mas restritas ao setor saúde.

Dois temas necessariamente intersetoriais e que impactam fortemente na RUE, como mencionado na Portaria Nacional da RUE, são tratados nos PARs e nos registros de implementação: violência contra mulher e acidentes de trânsito. Mas não há registros da criação ou fortalecimento de arranjos intersetoriais. Em relação à violência contra mulher, além dos esforços de qualificação do setor saúde, tanto na vigilância quanto nos Pontos de Atenção, há menção às articulações com a sociedade para fortalecer o enfrentamento ao tema (Mananciais, São Paulo, Alto Tietê, ABC). Em relação à prevenção de acidentes de trânsito, os principais registros decorrem de ações municipais, em especial, Guarulhos (RRAS Alto Tietê), São Bernardo do Campo (RRAS ABC) e a cidade de São Paulo (RRAS Cidade de São Paulo).

O primeiro desenvolveu projetos de prevenção no âmbito do Viva Trânsito, previsto no componente de promoção e prevenção da portaria nacional da RUE. O terceiro, a cidade de São Paulo, a partir da gestão municipal que tem início em 2013, transformou o tema da proteção à vida na mobilidade urbana como um dos temas políticos centrais da gestão: proteção ao pedestre, ao usuário do transporte coletivo, ao ciclista e o controle de velocidade nas vias. Destaca-se a criação do Observatório Saúde e Mobilidade Urbana por uma Portaria intersetorial, Saúde e Transportes, em 2015 (352).

5.2.5. Desafios e contenciosos federativos

O quadro 10 sintetiza os contenciosos e desafios federativos não superados e registrados a partir da análise dos documentos e das entrevistas. Em relação à gestão da política de saúde: o subfinanciamento federal, o não cofinanciamento estadual, o conflito entre a divisão administrativa estadual e as RRAS, instrumentos cooperativos de gestão com sustentabilidade indefinida e a gestão do trabalho com fragilidade nas carreiras e sem mobilidade regional. Em relação à gestão da rede, há a fragmentação entre as redes temáticas, a desintegração do GRAU, do SAMU e dos Hospitais de referência, levando, inclusive, à ação do Ministério Público (MP), a baixa regulação dos Hospitais Universitários, os

prontuários eletrônicos não interoperáveis e as instabilidades das gerências dos pontos de atenção.

Quadro 10 - Síntese dos contenciosos e desafios interfederativos não superados

	Esfera Federal	Esfera Comum Estados e Municípios	Esfera Específica Estadual
Gestão dos Serviços	Não se aplica ao caso estudado	Rotatividade das equipes assistenciais e gerenciais Conectividade/prontuário eletrônico ausentes	
Gestão da Rede	Fragmentação entre as ofertas das Redes Temáticas de Atenção	Rotatividade das equipes de gestão Baixa governança regional/local Regulação assistencial deficiente, sobretudo, Hospitais Universitários Conectividade/interoperabilidade prontuário eletrônico ausentes ou insuficientes UPA não desestruturar atenção básica Ampliação da presença das OS e baixa gestão pública dos seus serviços Concorrência entre serviços e redes de entes federativos diferentes Desintegração entre serviços hospitalares Disputa entre Samu, Serviço Estadual de Transporte de Urgência (Grau/SP)	

Gestão da Política de Saúde	Subfinanciamento Lentidão e complexidade na habilitação dos serviços e repasse dos recursos Baixo investimento em hospitais de pequeno porte Tensão dos estados com Apoiadores institucionais do Ministério	Subfinanciamento Rotatividade das equipes assistenciais e de gestão Instrumentos de cooperação regional em gestão com sustentabilidade indefinida Ausência de carreiras públicas com mobilidade regional	Ausência de cofinanciamento de serviços municipais pela esfera estadual Conflito entre divisão administrativa estadual e as RRAS

Fonte: Autoria própria

As entrevistas apontam o subfinanciamento federal e estadual como os principais contenciosos anteriores e mantidos ao longo da implementação:

> *O principal contencioso era a questão do financiamento, trazer a RUE não era só mais um mecanismo de financiamento... a gente imaginava a RUE como uma mudança, mas os momentos eram tensos quando aparecia a questão do SAMU e das UPAs sempre aparecia o contenciosos que os estados não financiavam o SAMU e as UPAs e de que os recursos federais eram insuficientes... apesar dos recursos novos do governo federal tinha a tensão de que mais recursos do estado e do governo federal fossem aportados... esse contencioso permanece até hoje...as mesmas queixas permanecem até hoje* (membro da coordenação federal, apoiador regional e representante do governo federal no Grupo Condutor).

Outra entrevista aponta não apenas o montante de recursos, mas também a complexidade do financiamento:

> *[...] não era apenas o volume, mas também tinha a crítica da complexidade do financiamento, de como eram os incentivos... era muito difícil de entender os incentivos, onde achá-los, era muito difícil para os gestores municipais enxergarem os recursos que vinham, os incentivos não apareciam para além do teto Média e Alta Complexidade (MAC) e produção... um exemplo a UTI do PAR recebia o incentivo maior de 800 reais, mas quando eu vejo pela AIH aparecem apenas 400, porque o resto fica pelo incentivo. então o incentivo não aparecia na produção da Santa Casa, era difícil para o gestor e prestador entender... no Ministério quando um gestor ou prestador chegava e reclamava 'a minha produção tá baixa', em geral estava ignorando o incentivo... isso dificultava a relação do gestor com o prestador... tanto na relação entre o gestor e prestador, seja OS, seja Santa Casa, seja hospital próprio... às vezes o Ministério da Saúde habilitava o mesmo leito na Cegonha e na RUE,*

> *seis meses depois descobria e aí desabilitava [...] o mesmo serviço estava em mais de uma rede, isso levava a mais dificuldade na relação com o gestor e um prestador [...] a Rede Cegonha tinha que estar mais integrada com a RUE... ela não ficou tão bem integrada*. (membro de coordenação municipal, apoiadora de munícipio e representante de munícipio no Grupo condutor).

O fato dos investimentos federais da RUE não comportarem os conjuntos da rede existente era questão de contenciosos permanente entre União, estados e municípios. Isso é expresso em uma entrevista:

> *[...] o estado apresentava um rol de hospitais e nem todos eram aceitos... os municípios também apresentavam uma série de hospitais e nem todos eram incluídos[...] o COSEMs teve um papel fundamental de mediar às necessidades da região com aquilo que era solicitado pelos municípios e aquilo que tinha um papel regional ou potencial para participar da Rede de Urgência e Emergência, o COSEMs fazia toda essa articulação para que o hospital tivesse o perfil... foram sendo elaborados os PAR das 17 regionais, as 17 RAS, o desafio era sair de um plano de ação meramente formal e fosse participativo, colegiado, envolvendo todos... o fundamental foi tirar da mão apenas o Ministério ou do estado e passa para as regionais* (membro da coordenação federal, apoiador regional e representante do governo federal no Grupo Condutor Estadual e Regional da RRAS Cidade de São Paulo).

Alguns desafios eram apontados consensualmente pelos atores federativos nos documentos e entrevistas analisadas. Primeiro a necessidade de expansão e qualificação da rede de urgência nos territórios, como aponta entrevistas:

> *[...] era visto como consensual entre os três entes federativos a necessidade de ampliação da capacidade instalada, faltavam leitos operacionais na enfermaria clínica e enfermaria de retaguarda e déficit de UTI... para além da necessidade de expansão precisávamos qualificar o que era existente, as portas de entrada, os leitos de UTI, de retaguarda... conseguir implantar ferramentas de gestão da clínica, os protocolos de gestão da clínica... o acesso é crítico... Passados alguns anos, analisando, eu observo que a ampliação da capacidade instalada foi alcançada de forma insatisfatória, foi bem aquém do que foi pactuado nos planos... na epidemia do COVID tivemos que aumentar muito significativamente... Em relação à qualificação acho que alcançamos de forma satisfatória. Hoje quase todos tem NIR, tem classificação de risco, trabalham com equipe horizontal* (membro da coordenação federal, apoiador regional e representante do governo federal no grupo Condutor).

Outro desafio apontado nas entrevistas era a fragmentação das redes, inclusive entre as ofertas das Redes Temáticas de Atenção:

> *Outro desafio que era muito comum era a fragmentação... são redes temáticas, eram trabalhadas de forma temática, na pratica ela era uma só, mas faltava comunicação entre as redes, o paciente é transversal, permeia todas as redes... um dos pontos que a gente identificava... antes a fragmentação era maior por especialidade, por serviços, por procedimento... vêm as redes e ainda tinha essa fragmentação... arranjos eram diferentes e às vezes faltava comunicação entre ume e outro* (membro da coordenação federal, apoiador regional e representante do governo federal no grupo Condutor).

Este tema é apontado também em um representante de munícipio no Grupo Condutor, ressaltando o papel na implementação da atuação do apoiador neste esforço e o impacto da RUE:

> *[...] o início na primeira fase foi muito conturbada em uma fase inicial na definição e portas estratégicas, tendo aquela disputa entre estado e município, nisso o nosso apoiador do Ministério foi muito importante para fazer essa mediação... aí veio e aos poucos o desafio comum passou a ser de como que articula tudo isso que foi ampliado...* (membro da coordenação do município e representante do município no Grupo Condutor regional da RRAS da Cidade de São Paulo).

Além da questão do subfinanciamento federal e estadual, no caso especifico da RRAS-6 cidade de São Paulo, a questão da não integração entre os serviços de urgência e emergência pré-hospitalares móveis, SAMU e Resgate/Corpo de Bombeiros, permaneceu como contencioso não resolvido, segundo os registros. Entrevistas apontam isso:

> *[...] o grande contencioso que eu vi foi a questão do SAMU e Corpo de Bombeiro, discutindo a questão do financiamento, estratégias de atendimento do pré-hospitalar móvel... o que vinha a público na imprensa era a conta, mas contenciosos extrapola como estabelece não só a gestão de competência, mas a tomada de decisão em um serviço que tem um cliente único, o cidadão... foi pacificado, mas pela ampliação da capacidade de atendimento do munícipio do que o financiamento pelo GRAU e Corpo de Bombeiro... vivi de perto... a situação é de escassez e necessidade de ampliação não só de atendimento e financiamento e o GRAU... pacificação foi iniciando quando se definiu que o GRAU é só trauma e demais ser o SAMU... quem é trauma e clinico, trauma resolve rápido, dá bom resultado,*

> *aparece bem para população, para a mídia; a tipificação da ocorrência é desfavorável... apagão que é feito pela gestão municipal, o que é trauma sobe para o bombeiro e acabam tendo maior respaldo da população, pois é, mas resolutivo e a parte clínica, mais complexa sobra aí aos municípios e sem cofinanciamento* (membro de coordenação municipal e representante do munícipio no Grupo Condutor).

Outra entrevista com representante de município continua "*[...] o desafio é organizar. A maior parte da demanda não deveria para estar lá, a preponderância é do paciente verde e azul"* (apoiadora de município, representante do município no Grupo Condutor Estadual da RUE).

A análise dos contenciosos e desafios não superados na implementação da Rede de Urgência e Emergência revelou que os instrumentos políticos, os processos e arranjos de pactos de gestão criados ou fortalecidos pela RUE foram insuficientes para sua consolidação. Este estudo reforça a compreensão de que a constituição de uma rede de ações e serviços de saúde não ocorre apenas a partir da integração gerencial dos seus Pontos de Atenção, é decorrente também do exercício de repactuação dos atores, que ocupam papéis e espaços de poder diversos nos conjuntos dos Pontos de Atenção, instituições ou estruturas de gestão, que se abrem mais ou menos para a interlocução em rede.

5.2.6. Poder, Sujeitos e Tecnologias de Governo

Neste momento, analisa-se estes resultados, a partir das três categorias já descritas anteriormente: Poder, Sujeitos e Tecnologia de Governo. Considera-se a hipótese de que a implementação da RUE na RMSP, com o envolvimento e posicionamento dos atores federativos, o uso de instrumentos de implementação e os arranjos interefederativos de governança regional, gerou deslocamento de poder, construiu novos sujeitos e tecnologias de governo. Procura-se analisar este impacto e a relação com os arranjos interfederativos regionais de governança da implementação.

5.2.6.1. Deslocamentos de poder

Nessa experiência, a partir dos documentos estudados e das entrevistas de personagens-chave, observa-se que a implementação da RUE e os seus arranjos interfederativos na Região Metropolitana de São Paulo, em especial, na RRAS-6 da Cidade de São Paulo, provocou um deslocamento de poder nas relações entre as esferas federal, estadual e municipal em relação aos investimentos e à definição de diretrizes para os serviços de urgência e emergência. Considera-se que este deslocamento compartilhou poder com o Grupo Condutor Regional e Estadual da RUE e o Colegiado Regional de pactuação, os CGRs/CIRs, fortalecendo o protagonismo da articulação regional de municípios.

Uma das entrevistas traz a dimensão deste deslocamento de poder produzidos pela implementação da RUE e dos arranjos interfederativos regionais por ela construídos, como o Grupo Condutor Regional:

> *[...] sim, ele se torna uma instância, apesar de não ser uma instância formal, ele era um grupo técnico que dá parecer e não deliberar (poder técnico aprovar ou não um plano que consequência era aprovar um incentivo financeiro)... um poder que estava concentrado no Ministério ou na Secretaria Estadual é deslocado para o este Grupo Condutor, com composição tripartite, em cada região de saúde... esse deslocamento de poder, e é maior do governo federal, pois antes a relação entre Ministério e município isolado, ou e mesmo estado isolado, era muito mais desigual... mas como o estado tinha dizer quanto ele colocava de contrapartida dava mais transparência dos recursos estaduais, algo que não era tão transparente para os municípios...* (membro de coordenação municipal, apoiadora de munícipios, representante de município no Grupo Condutor).

Outra entrevista aponta*: "[...] a RUE tira poderes que estavam concentrados no Ministério, na Secretaria Estadual ou dentro do hospital... ela minimamente divide o poder a condução da gestão do local quem tem o controle da vaga e do acesso ele tem um pode intangível..."* (membro de coordenação municipal, representante pelo município de Grupo Condutor). Uma das entrevistas ressalta o fortalecimento dos municípios neste deslocamento:

> *Deu força aos municípios para discussão mais substancial nas negociações, fortalecendo os mesmos, tanto em seus pleitos de referência assistencial, recursos, tetos etc., como na lógica organizacional na micropolítica municipal, quanto as suas necessidades regionais, e os Grupos Condutores regionais e o Grupo Condutor estadual eram os lugares desta participação, dali era*

> *levado para os CIRs, depois sacramentava na CIB [...]* (apoiador do Ministério, membro do Grupo Condutor da RUE estadual e da RRAS Cidade de São Paulo).

Entrevistas apontam também que a necessidade de investimentos e recursos adicionais para os Hospitais estarem vinculados a construção dos PAR, coordenados pelos Grupos Condutores Regionais, pactuado pelos CGRs/CIRs, e referendado pela CIB e Ministério, também deslocavam um poder de grandes Hospitais Universitários na negociação direta com o Ministério:

> *[...] sim, reduz o poder de negociação direta dos grandes Hospitais Universitários com o Ministério... sim se desloca, mas em uma proporção menor, porque esses grandes continuavam negociando direto com o Ministério... o conteúdo desta negociação direta começa a passar pelo Grupo Condutor da RUE, por parte do Ministério* (membro de coordenação municipal, apoiador de município e representante de município no Grupo Condutor).

Este deslocamento de poder dos grandes hospitais de ensino presentes na RRAS da cidade de São Paulo não se restringe à relação direta destes grandes hospitais com os núcleos dirigentes do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde na busca de investimento. Entrevistas apontam também para um deslocamento de poder na relação destes hospitais com os espaços de gestão local, a partir da implementação da RUE e o fortalecimento e criação de arranjos interfederativos pré-existentes. Chamam a atenção, neste caso, os complexos de regulação do acesso da urgência e emergência, em especial, a partir da Grade Interfederativa de referência para Urgência pactuada na RRAS-6, e pela atuação do Grupo Condutor Regional da RUE na RRAS6 da cidade de São Paulo na construção do PAR e no monitoramento da incorporação dos serviços a RUE. Uma entrevista aponta quanto a RUE e a consolidação dos complexos interfederativos de regulação, ao coordenar as centrais municipais e estaduais de regulação, provocaram este deslocamento de poder *"[...] ameaçou e deslocou poder diretamente de hospitais, professores titulares dos cursos, uma vez que instituir um sistema informatizando o papel do sistema de informação controlando as vagas hospitalares..."* (membro de coordenação estadual e representante do estado no Grupo Condutor). A mesma entrevista ainda aponta para os limites observados neste deslocamento: "*[...] todavia a regulação ainda não dispõe do mapa de leitos do hospital e a figura do médico é discutido ainda[...]*". A entrevista chama a atenção

para a centralidade da definição do conceito de Vaga Zero e suas ferramentas de implementação, no qual para um conjunto de condições de saúde definidas pelo arranjo interfederativos da regulação, não pode existir negativa do Hospital em oferecer a vaga para avaliação e internação a um paciente encaminhado pela central de regulação:

> *[...] o que salva é a prerrogativa da Vaga Zero ou vaga conforme a referência mais adequada que se tornou uma arma poderosa muito importante, muitas vezes lançada pelo médico regulador com o objetivo de colocar o paciente certo no serviço adequado em uma janela de oportunidade e tempo oportuna [...].*

Além disso, destaca-se a possiblidade de, a partir dos dados da regulação, haver uma capacidade maior de acompanhar a analisar o que acontece no espaço hospitalar

> *[...] o grande poder que a RUE nos trouxe foi a possibilidade de ser um observatório como ferramenta de gestão, identificar necessidade de novos serviços, o que precisa ser ampliado [...]. O sistema de informação da central de regulação ganha poder de observatório para como pensar a gestão [...]* (membro de coordenação estadual e representante do estado no Grupo Condutor).

Esta disputa e deslocamentos de poder são sintetizados por uma das entrevistas: "*[...] O campo da regulação é o campo da disputa na rede*" *(membro de coordenação municipal, apoiadora de município e representante de município em Grupo Condutor).*

Dispositivos constituídos pela RUE, a serem implementados nos serviços que a esta aderem, estabelecem novas relações de poder nas equipes destes serviços e na relação delas com os níveis de gestão, em especial com o Grupo Condutor Regional da RUE, como aponta uma entrevista:

> *[...] lógico que quando um serviço implantava a ferramental do kan ban e o NIR, entregava para a equipe do NIR uma capacidade de analisar tecnicamente o padrão da ocupação dos leitos e, com isso, a capacidade de cada equipe que envolvia a linha da urgência e emergência no hospital que mudava as relações... o fato de termos acesso aos leitos do hospital pelo sistema informatizado dos leitos que faziam parte da RUE nos permitia ter uma capacidade técnica de observatório do que acontecia naquele hospital* (apoiadora de

> município, representante município em Grupo Condutor da RUE da RRAS da Cidade de São Paulo).

Esta questão do deslocamento de poder entre serviços hospitalares e os arranjos interfederativos que implementam a RUE têm características especificas na relação com as OSs, como apontado por uma entrevista:

> *[...] no início ficou uma dúvida se poderia ou não a participação das OSs nos serviços da RUE, porque elas tinham orçamento pré-definido e indicadores pré-definidos no contrato, foi se alinhando no decorrer. Isso foi possível e conseguimos colocar portas estratégicas e serviços pré-hospitalares fixos em unidades de OSs, com definição das metas de contrato na discussão do Grupo Condutor [...]* (membro da coordenação estadual e representante do estado no Grupo Condutor estadual e Regional da RRAS Cidade de São Paulo).

Outra entrevista aponta:

> *[...] as OSs sinalizam apoio e vontade de participar da RUE por conta dos recursos para o hospital e por terem certa logica racionalizadora, e a RUE vinha com esta lógica, elas buscam otimizar recursos. Muitas vezes muitos dizem que otimizam recursos ao escolher aquilo que é mais custo efetivo para ela quando comandam o território e a porta do hospital... a grande questão é o aprimoramento dos contratos de gestão, seus instrumentos de avaliação... muitas vezes o gestor tem um plano de trabalho que não diz claramente o que precisa ser entregue... plano de trabalho omisso do mau resultado. no seu pedacinho, a RUE e atuação do Grupo Condutor sinalizava a necessidade de aprimoramento de muitos instrumentos de metodologia de acompanhamento dos planos de trabalho, acompanhar, cobrar, fiscalizar não só na questão financeira contábil, mas também assistencial... essa ação dos contratos de gestão foi até paralela... era nítida que alguns hospitais que eram contratualizados apresentavam um padrão de produção de consulta, mas com baixa percepção de atendimento de quem acompanhava a RUE... estava lá no Tab Win e eu não acredito é que atendeu tudo isso. A gente tinha um gráfico que mostrava produção local, a região reclamava que tinha porta fechada e eu me dizia não posso falar que tenha porta fechada, olha o registro de produção. Só auditoria conseguia dizer se estava tendo atendimento ou não... estava sendo implantada a RUE ao mesmo tempo em que havia uma revisão dos contratos de gestão no município... onde as questões da RUE foram levadas para a revisão do contrato de gestão reforçou a capacidade do Grupo Condutor, do Grupo conjunto estado e município de regulação em acompanhar os serviços gerenciados pelas OSs, em serviços pré-hospitalares na cidade e portas hospitalares na Região Metropolitana... em relação às portas estratégicas da RUE, na prática, aqui em São Paulo, elas eram principalmente Hospitais Estaduais Universitários, gerenciados ou pelas próprias autarquias estaduais ou hospitais filantrópicos, como a Santa Casa e o Santa*

> *Marcelina, não tinham OSs [...]* (membro de coordenação municipal e representante de município no Grupo Condutor da RUE RRAS Cidade de São Paulo).

A partir da caracterização do poder nos processos sociais em saúde por Testa (237), já referida, procura-se analisar os poderes técnicos, administrativos e políticos deslocados com a implementação da RUE na RMSP, em especial na RRAS 6 da cidade de São Paulo.

Em relação ao Poder técnico, observa-se a afirmação dos processos de definição para um arranjo interfederativo nacional: o Comitê de Mobilização Social e Especialistas (329) que denominaremos, por analogia ao caso do PIACM/PNCM, de Comitê Técnico Assessor (CTA-RUE), no nível de definições estratégicas nacionais. Este é formado com especialistas convidados pelo Ministério da Saúde e por representantes indicados pelos CONASS e CONASEMS, em geral, membros dos seus grupos técnicos específicos de urgência e emergência.

Nacionalmente, esses processos de definição técnica relacionados aos temas de urgência e emergência eram concentrados no Ministério da Saúde. Seja por sua burocracia técnica permanente, seja por consultas variadas a especialistas por programas específicos, como o SAMU192, ou para decisão de procedimentos ou recomendações técnicas específicas. Com a criação do CTA-RUE se consolidou um arranjo interfederativo de definição dessas diretrizes técnicas.

Não se observa a constituição de CTAs similares no âmbito das Regiões de Saúde, em especial nas RRAS da RMSP, inclusive na RRAS da Cidade de São Paulo. No nível regional, esta referência técnica se mantém no papel técnico das equipes presentes nas gestões municipais e gestão estadual já existentes. A novidade é que regionalmente estas equipes se reúnem com maior intensidade e convergência técnica a partir das diretrizes do CTA nacional da RUE junto aos Grupos Condutores Regionais da RUE em cada RRAS, com acompanhamento permanente pelo Grupo Condutor Estadual e por apoiadores do Ministério da Saúde e do COSEMs.

Neste sentido, no nível regional, o Grupo condutor da RUE se constituiu nesta referência técnica. Inclusive, com a capacidade de mobilizar apoio técnico e especialista para esta reafirmação. Em especial, foram mobilizados especialistas na gestão da clínica, em protocolos de acolhimento de classificação de risco, nas linhas

de cuidado estratégicas como Trauma, AVC e Urgências Cardiológicas, como apontam os registros de relatórios de acompanhamentos e oficinas (321, 353).

Este processo de definição técnica no âmbito do CTA_RUE referenda ou não, a partir deste poder técnico, diretrizes, especificações e parâmetros. Estes influenciam ou definem processos de qualificação, contratação de manuais técnicos, formas de organização de serviços e mecanismos de avaliação. Este poder técnico, deslocado para esse Comitê de Especialistas (CTA-RUE), também instruiu processos de discussão de incorporação de procedimentos, diretrizes terapêuticas, protocolos e medicamento no SUS no âmbito do atendimento na urgência e emergência.

Um dos exemplos é o uso de medicamentos tromboembólicos no serviço pré-hospitalar móvel, como o SAMU, e a expansão do seu uso nas portas de entrada e serviços especializados, instruído no âmbito do CTA-RUE. Posteriormente, neste caso, há posterior aprovação em instância de definição de incorporação tecnológica ao SUS, pela Lei 12401/2011, que cria a Comissão Nacional de incorporação tecnológica no SUS (CONITEC), concomitantemente ao processo de implementação da RUE, que retira dos dirigentes e estruturas do Ministério da Saúde e poder de definição de incorporação de tecnologias, medicamentos e procedimentos no SUS (354).

Esse poder sustentado a partir da afirmação técnica é ressaltado nas entrevistas, como um componente a ser considerado no processo de implementação. Ele é exercido, seja nas definições nacionais que, através dos apoiadores do Ministério da Saúde e dos Grupos Condutores Regionais da RUE, difundiam até os serviços, seja na relação com as equipes locais e dos serviços.

> *[...] tudo na RUE vinha com uma discussão e embasamento técnico muitas vezes inovador para realidade das equipes, dos serviços de boa parte de dirigentes nas Regiões de Saúde... a defesa do acolhimento e classificação de risco nas portas de entrada, acompanhado de uma racionalidade técnica, de protocolos, como o de Manchester, reafirmado por especialistas que o haviam aplicado em municípios ou serviços... as reuniões do Grupo Condutor e as oficinas com as equipes dos serviços tinham muito conteúdo técnico... a RUE trouxe muito conteúdo técnico. A ferramenta, como o kan ban, de novo o protocolo de Manchester, a organização de fluxos nos serviços, acho isso bem-visto pelos gestores, pelos técnicos das equipes das esferas estadual e municipal, pelas corporações que atuam no hospital [...]* (apoiadora de município, representante de município no Grupo Condutores e a atual da RUE).

Aparentemente, entrevistas apontam que este poder técnico, afirmado tanto pelo CTA da RUE nacional, como pelos Grupos Condutores Regionais e os especialistas que estes mobilizavam, não se constituía em objeto teórico de disputa. Entrevista ressalta este fato e compara com a realidade de outras redes temáticas de atenção que eram implementadas concomitantemente a RUE:

> *A RUE tem menos disputa do que saúde mental ou a rede cegonha, por exemplo... nessas você tem sociedade de especialidades que disputam teórico-conceitualmente com a reforma psiquiátrica, com o parto humanizado; no caso da RUE há menos disputa teórica-ideológica, acho que até tem profissionais que estão lá no dia a da urgência e não tem muita disposição para isso. Mas também porque não tem um construto teórico contrário a RUE, não há disputa de visões de como organizar... há disputa, sim, há disputas de resistência ao esforço de convencimento, negociação, tem os quebra mão, os mais ou menos, mas não vejo uma disputa teórica e muito menos teórica ideológica contra [...]* (apoiadora de município, representante de município no Grupo Condutor estadual da RUE).

No nível local, este poder técnico, como observado nas entrevistas, é reafirmado a partir da mobilização de um conjunto de especialistas e instituições, sob a coordenação dos Grupos Condutores regionais da RUE. De alguma forma, reafirma-se as construções técnicas nacionais:

> *[...] Muitas oficinas foram realizadas e quadros técnicos locais foram mobilizados pelo Grupo Condutor no processo. Muitas universidades se uniram na construção dos fluxos e protocolos assistenciais que faziam o caminho do cuidado nas redes e dava suporte aos processos de negociação entre regiões de um mesmo município ou entre municípios diversos, mas que poderiam ter outros como referência para cada questão específica...* (membro de coordenação estadual, representante pelo estado em Grupo Condutor).

Outra entrevista aponta:

> *[...] nós, membros o Grupo Condutor, tentávamos enriquecer o debate de forma muito técnica, por exemplo, o número inicial de portas estratégicas era muito aquém para realidade de São Paulo e a gente conseguiu discutir, redefinir no Grupo Condutor, justificar a questão técnica do que precisa ser revisto e conseguimos a revisão pelo Ministério a partir da nossa definição* (membro da coordenação municipal, representante do município no Grupo Condutor da RRAS cidade de São Paulo).

Ressalve-se que, embora esteja nítida esta afirmação de um poder técnico, seja do CTA-RUE nacional, seja dos Grupos Condutores Regionais, a partir da análise das fontes estudadas, esses arranjos interfederativos mantiveram seu caráter consultivo, durante todo o processo de implementação. Isto significa que, embora os novos arranjos compartilhem o poder antes concentrado nas estruturas federais e estaduais, as instâncias ocupadas exclusivamente pelos gestores CGRs/CIRS, CIB e CIT permaneceram providas do poder de decisão.

Os Grupos Condutores, estadual e regional, também assumiram um poder técnico no nível de escolha de ferramentas a serem utilizadas. Percebe-se isso na aplicação dos parâmetros para ampliação ou incorporação de serviços, e na incorporação ou desenvolvimento de ferramentas de gestão da implementação da RUE. Isso já foi descrito em relação a um sistema informatizado de gerenciamento da implementação da RUE, grade de regulação e seus parâmetros técnicos.

No nível micro da implementação da RUE, nas redes e serviços, também se observa o deslocamento do poder técnico, antes quase exclusivo das direções ou das equipes dos serviços que compunham a Rede de Urgência e Emergência. Esta referência técnica passou a ser compartilhada com os arranjos interfederativos fortalecidos ou criados pela RUE, e os especialistas por estes mobilizados. Destaca-se o Grupo Condutor Regional da RUE e os arranjos interfederativos de regulação. Estes passaram a interagir tecnicamente com dirigentes e as equipes dos serviços de saúde incorporados a RUE. Uma entrevista reafirma isso:

> *[...] quando a gente, no espaço do grupo Condutor da RUE, na nossa região de saúde, junto com o grupo de regulação da urgência e emergência, criamos metodologias de avaliação da ocupação de leito e do uso do leito, não apenas de regulação da vaga, o que está sendo feito, passamos debater tecnicamente com os dirigentes e equipes dos hospitais, foram estabelecendo vários indicadores, como as da própria classificação de risco, que te ajuda a mostrar que as equipes estão atendendo não de forma cronológica, os demais indicadores do resultado assistencial, são ferramentas que fomos incorporando ou criando... a discussão técnica, a disponibilização de ferramentas de gestão da clínica, conhecer a realidade de um hospital era fundamental para entramos no espaço do hospital e sermos ouvidos pelas equipes* (membro da coordenação municipal e representante do município no grupo Condutor da RRAS).

Entrevistas chamam a atenção para a ampliação da capacidade técnica dos Grupos Condutores Regionais e dos arranjos interfederativos de Regulação em

avaliar os serviços e influenciar na própria reorganização dos seus fluxos. Esta ampliação decorre tanto da ampliação da capacidade de mobilizar especialistas, mas também da maior disponibilização de dados advindos de novos processos e protocolos implementados com a RUE, como os protocolos de classificação de risco:

> *A turma da classificação de risco, a busca pela padronização também é estratégico. Quando é publicitado o protocolo de Manchester como a nossa referência, foi extremamente relevante... tão relevante que o sistema de gerenciamento de rede, hoje ele é disparado a partir dos dados agregados dos resultados da classificação de risco de Manchester, capacitamos todo mundo de uma grande amostragem das portas de urgência. Este resultados está hoje nos sistema de gerenciamento da rede... parte antes dos sistemas eles eram avaliados a partir da internação, hoje conseguimos avaliar a partir dos dados da classificação de risco, identificamos quais são os pacientes que não deveriam estar na porta de urgência, deveria estar na atenção primária... isso virou uma onda tão grande que hoje pelo o que eu sei o grupo brasileiro está com um estado atual de não ter mais espaço para novos instrutores, estamos investindo em capacitar auditores [...]* (membro da coordenação municipal, representante do município no Grupo Condutor da RUE na RRAS da Cidade de São Paulo).

Os normativos de adesão a RUE, já referidos, induziram à formação de equipes horizontais nas portas de entrada dos hospitais incluídos. Compreende-se como equipes horizontais, profissionais que permaneçam de forma longitudinal ao longo da semana nas denominadas Grades de Plantões dos serviços de urgência e emergência. Esta reorganização permitiu um acompanhamento mais continuo do que acontecia no dia a dia com os pacientes e serviços. Isso mudou uma forma majoritária de organização das equipes muito calcada em plantões diários, alternados ao longo dos dias, perdendo continuidade. Este dispositivo gerava um deslocamento de poder técnico aos profissionais horizontais, como afirma uma entrevista:

> *[...] pelo menos naquilo que fazíamos, visitas as unidades, acompanhamento dos dados, discussão com as equipes, era nítido para nós, como médicos, que enfermeiros que assumiam a condução horizontal das portas de entrada, das enfermarias, das UTIs passavam a ser as lideranças técnicas na condução do dia a dia dos casos e em todas as decisões das equipes... quando isso acontecia em hospitais de ensino, isso ficava ainda mais intenso, porque eles eram respaldados pelas referências técnicas das equipes de enfermagem, das equipes medicas, das direções clínicas formadas*

> *por professores titulados [...]* (apoiador do Ministério, membro do Grupo Condutor Regional da RUE da RRAS Cidade de São Paulo).

Em relação ao Poder administrativo, também há um deslocamento da quase exclusividade, ou centralidade, das decisões de recursos anteriormente estabelecias nas relações diretas entre Ministério com estado ou munícipios, e, às vezes, com grandes hospitais, para os Grupos Condutores regionais e os CGRs/CIRs. Há um montante de recursos financeiros, decisão de expansão de serviços, de interação com prestadores de serviços estatais ou privados que passam a ser coordenados pelo Grupo Condutor Regional da RUE, aprovado ou não pelo CGR/CIR, em geral, com referendo final da CIB.

Não se observa, no caso estudado, situações em que o apresentado pelo Grupo Condutor Regional da RUE, acompanhado pelo grupo Condutor Estadual da RUE, não tenha sido referendado pela CIB. As Comissões Intergestores Regionais (CGRs/CIRs), enquanto um dos arranjos interfederativos de pactuação, passaram a ter poder administrativo de aprovação dos PAR da RUE. Construídos pelo Grupo Condutor Regional, contém o diagnóstico da RUE no território, a proposta de qualificação financeira e técnica de serviços já existentes, e a proposta de expansão dos serviços.

Outra questão apontada em entrevistas, foram os instrumentos organizativos e regulatórios que a RUE estabelece, fortalecendo os arranjos interfederativos de regulação da urgência e emergência. Eles permitem a estes arranjos maior controle do acesso e do padrão de ocupação da permanência dos leitos que aderiram a RUE.

> *[...] os mecanismos da Vaga Zero, que nos dava o poder de não permitir negativa da vaga pelo hospital para a central de regulação, ou o mecanismo de termos acesso ao mapa dos leitos, através do sistema informatizado implantado, mudou a relação entre a coordenação de regulação, o Grupo Condutor e os hospitais* (membro da coordenação e estadual representante do estado no grupo Condutor da RUE).

Quanto ao poder político, há um deslocamento fruto do envolvimento dos chefes de governo e, sobretudo, dos gestores da saúde nas três esferas na implementação da RUE. No caso estudado, na RRAS 6 Cidade de São Paulo, não se observa nas fontes estudadas outros atores políticos institucionais, como

parlamentares ou outros poderes, ou de entidades da sociedade civil que venham a assumir protagonismo ou ingerência na implementação. Ressalta-se que as entrevistas apontam para este fato em outras Regiões de Saúde do estado de São Paulo, acompanhadas pelo mesmo Grupo Condutor estadual ou por apoiadores do Ministério da Saúde, que acompanhavam outras regiões além da RRAS da cidade de São Paulo:

> *[...] no caso da RRAS da Cidade de São Paulo, por mais que observamos um envolvimento muito grande do Prefeito e do Governo do estado, sobre tudo na novidade das UPAs 24hrs que seriam abertas, não nos deparamos com outras pressões políticas de vereadores, deputados ou mesmo o prefeito, talvez porque a dimensão da expansão de novos serviços foi limitada no início, era muito mais expansão ou qualificação de uns serviços hospitalar ou do SAMU já existentes... já em cidades médias e menores que acompanhei, em outras regiões saúde da Região Metropolitana ou do interior, a nossa presença como apoiador do ministério ajudava mediar, inclusive, com deputados, vereadores que queriam interferir na inclusão de uma porta de entrada, de um serviço de UTI. O fato de representarmos o governo federal. não abrimos mão de um parâmetro... ajudava estados e munícipios a resistirem a esta pressão... era comum a interferência destes atores políticos nas direções de Pontos de Atenção, gerando certa instabilidade* (apoiador do Ministério da Saúde, representante federal no Grupo Condutor Estadual da RUE).

O deslocamento do poder político na decisão de recursos de expansão destes serviços, antes mais concentrado no ente federal, para os arranjos interfederativos tripartites regionais, também abriu a possiblidade de uma maior influência política por parte dos gestores e chefes de governo municipais. Outra entrevista aponta a influência dos chefes de governo para acelerar determinadas ações da implementação da RUE:

> *[...] o que existia era um acompanhamento e envolvimento direto do prefeito no monitoramento de algumas das ações da RUE, por exemplo, a expansão dos novos serviços, as novas UPAs, que eram uma novidade na cidade, como ficaria a relação dos novos hospitais construídos com a RUE, dos ajustes no SAMU, gerando certa priorização para os dirigentes municipais [...]* (membro de coordenação municipal, representante de munícipio no Grupo Condutor da RRAS da Cidade de São Paulo).

Mesmo com este deslocamento de poder político para estados e municípios, visto que é fruto de um exercício de cooperação e envolvimento dos

chefes de governo na defesa e cobrança das parcerias com o governo federal, ainda assim permanece um poder maior de negociação por parte do governo federal. Observa-se que os representantes do governo federal ainda têm um peso preponderante nos processos de decisão, tendo como argumento que o que está em pactuação são basicamente recursos federais. Muitas vezes, esta mediação é feita pelo próprio apoiador enquanto representante federal no grupo Condutor Regional da RRAS da Cidade de São Paulo, como revela uma entrevista:

> *[...] a mediação pelo representante do governo federal no Grupo Condutor sempre era decisiva para definição de alguns recursos, por exemplo, Na nossa RRAS cidade de São Paulo, no início, tinha uma disputa se as portas de entradas que receberiam recursos do governo federal pela RUE seriam de Hospitais gerenciados pelo estado ou pelos munícipios. Foram feitos desenhos variados por região de saúde, por fluxos, sempre levando a um impasse no desenho final entre estados e município... foi quando o apoiador federal bateu o martelo, serão 10 do município, 10 do estado, mas do que isso coloque recursos de vocês [...]* (membro da coordenação municipal, representante de município no Grupo Condutor regional).

Outra característica, no caso especifico da RRAS-6 da Cidade de São Paulo, ressaltada é o fato de o Grupo Condutor da RUE e os dirigentes da maioria dos Hospitais de referência ser composto por equipes técnicas que ultrapassavam governos. No caso dos Hospitais Universitários e Hospitais filantrópicos, havia mecanismos próprios de suas equipes dirigentes. Talvez, o poder político concentrado nos chefes de governo e seus indicados das estruturas estaduais e municipais fossem maiores à medida que as estruturas constituídas nas esferas estadual e municipal e os processos de administração dos recursos e fundos fossem instáveis, como revelam entrevistas:

> *[...] a atuação do Grupo Condutor regional da nossas região de saúde era muito técnico, muitos que estavam ali estavam há anos na história da construção das políticas de urgência e emergência nas nossas Regiões de Saúde, seja na rede municipal, seja na coordenação estadual... muitos vinham de governos anteriores e continuamos independentes da mudança de governos... as equipes dirigentes nos hospitais também, muitos eram grandes hospitais escola, cuja direção era composta por professores ou seus processos internos de indicação, outros eram grandes hospitais filantrópicos, escola também, com uma história de composição das direções a partir das instituições de formação, as quais estavam ligadas. Então, não tinha muito como o poder político de prefeito, governadores, deputados ou outros interferir tanto nestes*

> *processos... isso era mais comum na pressão por definição de criação de novos serviços, mas não nos existentes* (membro de coordenação municipal, representante do município no Grupo condutor da RRAS Cidade de São Paulo).

Este processo contribuiu para a formação de um Grupo condutor regional, no caso da RRAS-6 Cidade de São Paulo, que, segundo entrevistas, permaneceu para além do tempo estudado como "*mediador das complexidades, das tensões, da cooperação até hoje*" (membro de coordenação estadual e representante do estado em grupo Condutor da RRAS-6). Entretanto, entrevistas apontam para o desmonte da participação do governo federal na construção dos Grupos Condutores Regionais a partir de mudança da coalizão política do Governo Federal em 2016:

> *[...] com a mudança do governo federal em 2016, já no final de 2017, e 2018 foi desmontada a rede de apoiadores e a presença do apoiador ou do membro federal no grupo Condutor da RUE, como também os investimentos federais na política das redes de atenção, em espacial a RUE, foram interrompidos a partir de 2019... ou seja, os Grupos Condutores continuaram como um exercício consolidado pelos munícipios e pelo representante do governo do estado, como continuou na RRAS da Cidade de São Paulo. Mesmo com a saída do governo federal e a interrupção de novos investimentos o Grupo Condutor teve continuidade acompanhando aquilo que já vinha sendo implementado [...]* (apoiadora de município, representante de município em Grupo Condutor da Região Cidade São Paulo).

O arranjo interfederativo regional sobreviveu na RRAS da Cidade de São Paulo, mesmo com a decisão advinda do poder político de saída do governo federal. Deu permanência ao arranjo, mesmo após o fim da participação federal.

Foi possível observar, em especial na RRAS da Cidade de São Paulo, que o processo de implementação da RUE na RMSP promoveu novas relações de poder. Isso aconteceu especialmente pelo fortalecimento dos arranjos interfederativos pré-existentes, como o CGRs/CIRs, ou pela criação e manutenção do Grupo Condutor Regional da RUE da RRAS-6 com a coordenação conjunta de regulação da urgência e emergência, sobretudo, a partir da Grade de Referência da Urgência e Emergência pactuada. Essas novas relações de poder também potencializaram inciativas e instrumentos de implementação da RUE e contribuíram para o exercício de resiliência, quando das ações federais de desmonte da participação federal, como já descritas acima em relatos das entrevistas.

Considera-se que estas novas relações de poder se estabeleceram ou se potencializaram pelo fato de novas ferramentas de implementação e novos atores terem entrado em cena no processo de implementação, a partir da criação, aprimoramento, ampliação e da consolidação dos arranjos institucionais interfederativos, já listados, na RRAS da Cidade de São Paulo. Entre as novas ferramentas se destacam a nova Grade de Referência para a Urgência Pactuada na RRAS-6 da Cidade de São Paulo (335), já descrita; o sistema comum informatizado de regulação do acesso e ocupação dos leitos; os NIRs; os protocolos de acolhimento. Como novos atores, destaca-se as equipes dos Grupos Condutores e dos arranjos interfederativos de regulação. Tais arranjos se configuram no *lócus* de coexistência destes novos atores e das novas ferramentas de implementação, estabelecendo novas relações de poder.

Observa-se também, a partir das entrevistas, novas relações de poder entre as equipes que compõe os arranjos de gestão da política, das redes e dos serviços e das equipes de atenção à saúde nos equipamentos que compõe a rede de atenção da RUE, ao longo da implementação da RUE. Não foi possível explorar, neste estudo, quanto que tais relações se consolidaram ou sobrevivem após o período estudado, apenas registra-se expresso, nas entrevistas, as mudanças provocadas pelo uso da ferramenta da Vaga Zero, do sistema informatizado de mapa de leitos regulados pela RUE e do uso dos protocolos de classificação de risco, como já mencionado pelas entrevistas.

Pelos dados analisados, há, com a implementação da RUE e seus arranjos institucionais interfederativos, novas composições de autoridades e redes de força, com a capacidade de mobilizar pessoas, procedimentos, recursos, artefatos e dispositivos. É observado um deslocamento da autoridade federal e de especialistas por ela mobilizados, para um conjunto de arranjos interfederativos regionais. Não apenas um deslocamento, mas também emergem autoridades em estruturas de gestão, os Grupos Condutores Regionais da RUE, e os arranjos interfederativos e suas ferramentas de regulação que passam a ter uma incidência maior no interior dos serviços hospitalares ou pré-hospitalares fixos que compõe a RUE, algo que não se estabelecia por qualquer autoridade ou rede de força externa a estes serviços. Na RRAS-6 da Cidade de São Paulo, estes arranjos sobreviveram ao desmonte federal, iniciado após o período estudado, como ressaltado em entrevistas já expressas. Destaca-se entre eles a Grade de Referência em Urgência

pactuada e o arranjo interfederativo que coordena a atuação da CRUE-RMs e da CROSS da Secretaria Estadual.

Além deste deslocamento, entre esferas de diferentes entes federativos, entram como componentes de autoridade e redes de força de poder especialistas de instituições de formação e pesquisa e pesquisadores. Algumas a partir das instituições formadoras e Hospitais Universitários que estabelecem parcerias com os Grupos Condutores Regionais, como já descritos nos PAR. Outras, a partir dos projetos trienais autorizados pelo Ministério da Saúde e executados pelos Hospitais do PROADI e sua rede de consultores treinados, a partir das demandas do governo federal.

Estes atores se apropriam e reproduzem o conjunto do arsenal teórico e técnico já descrito, perpetuando-se em especialistas mobilizados por Grupos Condutores Regionais da RUE ou diretamente pelos serviços de urgência emergência. Esta rede de especialistas, consultores e oficinas desenvolvidos pelos projetos do PROADI ocupa espaço ainda maior a partir da desativação da rede de apoiadores institucionais regionais do Ministério da Saúde, a partir de 2018, como já referido em entrevistas. Os arranjos institucionais interfederativos fortalecidos ou constituídos, em especial, os arranjos interfederativos de regulação e os Grupos Condutores Regionais, em especial na RRAS da Cidade de São Paulo, continuam como o lócus de mobilização destas autoridades técnicas e novas redes de força.

5.2.6.2. Fortalecimento e construção de sujeitos

Uma perspectiva adicional, trazida por Campos (101), é que a gestão em saúde, além dos aspectos administrativos e financeiros de uma organização, deve considerar aspectos políticos, pedagógicos e subjetivos que perpassam o trabalho das equipes, a produção de saúde, a distribuição de poder, a circulação de saberes e objetos de investimento dos profissionais, seus valores e a cultura. Implementar uma nova política de saúde também significa constituir novos sujeitos e demanda novos arranjos de gestão. Portanto, parece importante que tais arranjos sejam capazes de envolver e articular nessa ação comunicativa todos aqueles com exercício variado de poder nos Pontos de Atenção e espaços de gestão, constituindo-se em novos sujeitos da implementação de determinada política ou mudança.

Observa-se, a partir das fontes analisadas, que o processo de implementação da RUE na RMSP, em especial na RRAS da Cidade de São Paulo, fortaleceu ou produziu novos sujeitos, entendendo-os como indivíduos e grupos sociais que interagem, ampliam sua visão do objeto, negociam, aprendem e se constituem ao longo do processo de implementação. A implementação amplia suas capacidades de análise e de intervenção, sendo que os arranjos interfederativos fortalecidos ou os novos, construídos a partir da implementação da RUE, contribuem para o envolvimento e a articulação destes sujeitos que emergem, ou se fortalecem, ou se reconstroem.

Um desses sujeitos surge da construção dos Grupos Condutores regionais. Foi possível, nas fontes analisadas, observá-los, em especial, no Grupo Condutor da RRAS-6, Cidade de São Paulo, e no Grupo Condutor Estadual. São gestores, dirigentes, e técnicos que compõe as estruturas de gestão da política e que passam a compor estes Grupos Condutores, a partir da nomeação pelos secretários estaduais, secretários municipais e o Ministério da Saúde, no caso dos apoiadores regionais vinculadas ao Ministério da Saúde. Estes trabalhadores interagem com os processos de qualificação desencadeados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual. No caso estudado, foi possível observar, no munícipio de São Paulo, pela própria secretaria municipal. Partes das ofertas de qualificação do Ministério da Saúde foram realizadas em conjunto com os Hospitais Privados do Projeto PROADI, que envolveu especialistas ligados a instituições formadoras ou a Hospitais públicos e privados de excelência, com toda a carga simbólica de excelência que carregam reproduzida por estes membros dos CGRs/RUE.

Uma das entrevistas reforça a constituição de identidades do Grupo Condutor:

> *[...] o destaque são os membros e atores do COSEMS SP no Grupo Condutor, com seus apoiadores e junto com os apoiadores do Ministério da Saúde e dos técnicos da Secretaria Estadual, viam a RUE não só como uma fonte para aportar recursos novos, mas também uma forma de reorganizar o modelo assistencial... em um segundo momento os técnicos da DRS, (Diretoria Regionais de Saúde da Secretaria Estadual) que participavam dos Grupos Condutores regionais passaram a ter um protagonismo importante na secretaria do estado além de participarem ativamente, eles trouxeram os prestadores de serviços para RUE [...]* (membro de

> coordenação federal, representante federal no grupo Condutor Estadual da RUE).

As entrevistas ressaltam que o processo de implementação da RUE e seus Grupos Condutores regionais variados, propiciam uma interação permanente entre os seus mesmos, contribuindo para constituir uma identidade comum:

> *[...] não foi apenas responsabilidade, mas um certo poder que vai se construindo com todos os Grupos Condutores, além do estadual e de todas as RRAS do estado de São Paulo, são 17 ao todo em todo o estado, mais do que responsabilidade há um certo poder, repito, constituiu-se certa identidade entre os seus membros [...]* (apoiador regional de municípios do Ministério da Saúde, representante federal no Grupo Condutor Estadual e no Grupo Condutor da RRAS da Cidade de São Paulo).

As entrevistas também afirmam o caráter técnico na construção desta identidade dos membros dos Grupos Condutores:

> *[...] nós membros do Grupo Condutor tentávamos enriquecer o debate de forma muito técnica, por exemplo, o número inicial de portas estratégicas era muito aquém para realidade de São Paulo e a gente conseguiu discutir, redefinir no Grupo Condutor, justificar a questão técnica do que era preciso ser revista e conseguimos a revisão pelo Ministério a partir da nossa definição* (membro de coordenação municipal, representante do município no Grupo Condutor da RRAS Cidade de São Paulo).

A mesma entrevista reafirma esta identidade "*[...] o grupo vai se entendendo porque ele é técnico, nós somos sempre técnicos, o meu perfil é técnico, não é partidário, sou extremamente politizado mais não partidário [...]*" (membro de coordenação municipal e representante de municio no Grupo Condutor). Outra entrevista reafirma um sentimento de construção coletiva entre os vários CGRs/RUE que se consolidaram no estado de SP:

> *[...] o Grupo Condutor estadual, o Grupo Condutor da região de saúde da capital e das RRAS de todo estado, em todos eles o que houve de extremante potente foi à construção conjunta, coletiva da construção da política de implementação das redes de atenção à saúde. A horizontalização das decisões e a lógica das escolhas, que contemplassem todos os envolvidos* (Membro de coordenação estadual representante do estado em Grupo condutor).

Os coordenadores, dirigentes e trabalhadores que desenvolveram os CGRs/RUE e o Grupo Condutor Estadual da RUE passaram a desenvolver um vocabulário e um conjunto de conhecimentos próprios, advindos de etapas de qualificação ou da própria experiência que os colocou em processos específicos, como ressalta a entrevista:

> *[...] no começo, tivemos um alinhamento teórico conceitual muito forte entre a rede de apoiadores do Ministério da Saúde, que iria cuidar de cada Grupo condutor regional, e o dia a dia daquele contato com aqueles territórios, os territórios vivos, os serviços, a realidade de cada região, os especialistas [...] depois vamos se apropriando das ferramentas de gestão da clínica, das ferramentas de regulação, integração dos serviços e isso vai se reproduzindo e crescendo em cada reunião dos Grupos Condutores, vai crescendo a cada Grupo Condutor regional e vai sendo criado, vamos aprimorando como fazer o diagnóstico dos serviços potenciais da RUE, dos desafios da assistência da urgência e emergência, dos dados, a gente vai crescendo, a ponto de convivermos direto entre nós, seja do Ministério da Saúde, seja do estado, seja do município, seja do COSEMS [...]* (apoiador federal, representante federal no Grupo Condutor estadual e Grupo Condutor da RRAS da Cidade de São Paulo).

Está caraterística é reforçada em relação aos apoiadores que compunham os Grupos Condutores:

> *Dentre os membros que compunham o Grupo Condutor, os apoiadores tiveram um papel importante [...] os apoiadores passam a ter discursos próprios, rede de contatos próprios, vocabulários próprios ... em SP além dos apoiadores federais, aqui já tínhamos os apoiadores do COSEMs SP que apoiavam os municípios e os colegiados regionais na implementação de várias políticas nacionais ou inciativas do próprio COSEMs, ou seja eles já tinham uma função antes da RUE e das redes, já tinham um olhar... mas eles ganham mais espaço, faz parte dos Grupos Condutores regionais... ampliam o seu olhar e sua atuação, passam a ter apoio dos apoiadores do Ministério da Saúde [...] e junta-se a isso a criação dos Grupos Condutores regionais possibilitou que as pessoas que cuidavam destas áreas nos municípios passaram a se encontrar e trocar experiências, os técnicos passam a ter um protagonismo não só no município mas para além do município, passa a pensar e se articular a região de saúde, os demais serviços espalhados naquela região [...]* (membro da coordenação municipal, apoiadora do município, representante de município no Grupo Condutor estadual da RUE).

Entre os membros dos Grupos Condutores Regionais tais olhares e conteúdos vão se ampliando ao longo dos processos complexos que assumem.

Primeiro, as etapas de construção do PAR em cada Região de Saúde, o diagnóstico epidemiológico, do potencial de serviços e suas necessidades em cada Região de Saúde. Isso provoca um olhar regional para os seus membros, ampliando a visão tanto daqueles que já tinham uma experiência restrita a cada município, seja aqueles que já tinham uma experiência estadual ou federal que se aprofundam ao conhecerem territórios regionais com suas diversidades.

Segundo, a fase de construção de um plano negociado confrontado com parâmetros técnicos, com as necessidades de negociação e pactuação entre os entes, e o acompanhamento de seu processo de aprovação no âmbito da CGRs/CIR. Terceiro, todo o processo de acompanhamento da implementação deste plano, das suas negociações entre entes, entre arranjos interfederativos regionais, como centrais de regulação já consolidadas ou incipientes, e com os dirigentes e equipes que atuam nos serviços incorporados ou abertos pela RUE. Por fim, o uso dos instrumentos de avaliação das ações executadas, de acompanhamento dos processos junto com outros arranjos, com as coordenações e as centrais de regulação, e dos NIRs que se instalam nos serviços hospitalares.

Entrevistas apontam para características especificas da rede de apoiadores construída pelo COSEMs/SP, iniciada em 2007, que passam a compor os Grupos Condutores Regionais, como os membros dos munícipios ou como apoiadores de outros municípios representados:

> *[...] Especialmente em São Paulo, emergiu com grande força o COSEMS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde), não apenas enquanto entidade representativa, mas também seus apoiadores que atuavam nos territórios, nas Regiões de Saúde, nos Grupos Condutores regionais para fazer o contraponto nas disputas e apostas de construção das redes [...]* (membro de coordenação municipal, representante de município no Grupo Condutor da RRAS da Cidade de São Paulo).

Os Grupos Condutores também deram espaço e envolveram um conjunto de técnicos do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios, como afirmado na entrevista:

> *Mas foram também sujeitos fundamentais que emergiram com força e importantes no processo, os muitos técnicos envolvidos, tanto das secretarias estaduais de saúde e como dos municípios do estado de São Paulo, o que fez diferença na implementação das redes por aqui*

> (apoiador de municípios, representante de municípios no Grupo Condutor Estadual).

A construção destes membros dos Grupos Condutores da RUE em um sujeito coletivo, que emergiu da implementação da RUE como vivência, nos vários processos já descritos, e em várias Regiões de Saúde do estado, também provoca mudanças nas relações entre membros de esferas de governo diferentes. Nas entrevistas é afirmada a evolução das relações entre Ministério da Saúde e as demais esferas:

> *[...] no começo a relação do Ministério da Saúde com o estado, até aquele momento, tinha melindres com o estado e vice versa... nosso esforço era trazer para um momento de pactuação do desenho da rede do estado de São Paulo que fosse construída pelos três entes... a rede deveria passar a ser totalmente redesenhada e reconstruída pelos três entes... o maior desafio que cada um dos entes tinha era que deixássemos de pensar em quem nós representávamos, mas que trabalhássemos de uma forma unificada de mãos dadas... embora tivesse no início aquele receio, ah!, o Ministério da Saúde tá aqui para me auditar e me avaliar, o estado também está aqui para me monitorar, cobrar e avaliar... era um desafio que esses três entes federados trabalhassem de forma sinérgica e deixando todas as questões ideológicas ou políticas de lado, esquecendo quem a gente representava... tenho uma ótima lembrança do tempo que fui apoiador da RUE... com o passar do tempo, eu como Ministério da Saúde tinha uma livre passagem no estado e municípios, e fui torando aquele gelo de que o ministério vem para fiscalizar, vem para auditar, vem para tirar dinheiro... a gente criou mesmo... era um momento satisfatório a discussão sobre redes de urgência tanto a nível central quanto regional... e que pudemos inclusive do ponto de vista de política de saúde estabelecer uma ampla articulação regional... discussões que fossem além da RUE, como a RAPS e Rede Cegonha, a intersetorialidade de redes temáticas, na verdade chamávamos de redes temáticas, mas as redes eram uma só, como na relação com a Rede Cegonha [...]* (membro de coordenação federal, apoiador regional, representante federal no Grupo Condutor).

Se os gestores, dirigentes e trabalhadores que passaram a constituir os Grupos Condutores Regionais da RUE pudessem ser denominados novos sujeitos que emergiram com o processo de implementação da RUE, as entrevistas analisadas também sinalizam para um conjunto de dirigentes e trabalhadores já existentes nos territórios da RRAS da Cidade de São Paulo, que ampliaram sua atuação, visão e protagonismo ao longo da implementação da RUE. Eles são os dirigentes e trabalhadores membros dos arranjos interfederativos de regulação, os trabalhadores do SAMU e os trabalhadores que atuam permanentemente, ou em

apoio técnico, nos setores de urgência e emergência nos serviços, sobretudo, hospitalares que compõe a RUE.

Os registros dos PAR analisados e as entrevistas revelam que a constituição das coordenações ou centrais de regulação era algo pré-existente no território da RMSP e, em especial, na RRAS 6 da Cidade de São Paulo. Vários membros das equipes técnicas que dirigiam a coordenação de regulação estadual e municipal, bem como os representantes no Grupo Condutor da RUE na RRAS 6 carregam esta história, como fazem questão de ser ressaltadas nas entrevistas de personagens-chave:

> *[...] a regulação da urgência e emergência em São Paulo não começa com a RUE e nossas equipes do estado viviam esta história...permita-me registrar que no Estado de São Paulo o processo regulatório ocorre desde 1990, inicialmente nas áreas de urgência e emergência,... na verdade desde a década de 80 vem organizando a assistência as Urgências e Emergência quando um grupo de médicos que prestavam serviço no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas, da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo, e, Hospital Heliópolis, e da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, realizaram debate sobre a melhor forma de atendimento às ocorrências em via pública e da necessidade de organização de um sistema de referência hospitalar para encaminhamento dos pacientes acidentados, evitando que as ambulâncias permanecessem em fila em frente ao Hospital das Clínicas ... aí em 1990 deu-se início ao Projeto Resgate... que dispõe sobre atuação conjunta em situação de emergência, entre a Secretaria Estadual de Saúde – SES e a Secretaria de Segurança Pública – SSP por meio do Corpo de Bombeiros - CB e da Policia Militar de São Paulo – PMSP... Assim, em 1992, foi implantado, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, um plantão de escuta médica 24h das urgências, denominado Plantão Controlador Metropolitano - PCM, com objetivo principal foi ordenar o fluxo de pacientes graves entre os hospitais da Região Metropolitana de São Paulo... em 1996, a estrutura do PCM é incorporada à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para realizar a regulação de pacientes inter-hospitalares nas urgências no âmbito da região da Grande São Paulo... participei da implantação do PCM ... E da implantação dos Plantões Controladores Regionais em hospitais estrategicamente situados... e o plantão controlador universitário no Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de São Paulo, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, o Hospital São Paulo, a Casa de Saúde Santa Marcelina e um plantão controlador localizado no Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros... para urgências obstétricas...com o início do SAMU Nacional passamos a ter o Complexo Regulador do Município de São Paulo, integrante da Secretaria Municipal de Saúde... enfatizo a importância de registrar este histórico, pois foi um grande facilitador no processo de construção da Rede de Urgência e Emergência a partir da Portaria*

> *GM/MS 1600 de 2011 [...]* (membro de coordenação estadual e representante do estado no Grupo Condutor da RUE).

Outra entrevista resgata esta recuperação histórica do ponto de vista das equipes que compõe o Grupo Condutor da RUE pelo município e as coordenações e centrais de regulação:

> [*...] entrei em 2003 na prefeitura exatamente para trabalhar na central e regulação a urgência e a emergência... havia o mote de tentar transformar aquilo que era uma central de vagas para a central de regulação... o conceito de regular, entender quem mais precisa colocar no local certo e no tempo adequado... assumi a central de regulação de urgência e emergência, e ajudei formar a estrutura do complexo regulador do município, com ideia de avançar para além da regulação da porta de urgência na discussão dos critérios para a regulação do atendimento ambulatorial e internações eletivas... na época a central de vagas da urgência e emergência era apartada de toda a estrutura da regulação... sempre buscamos provocar esta interação, porque a urgência não resolve sozinha. Em muitas vezes, a situação da urgência é decorrência de falhas no acesso regulada e outros momentos... ajudamos a montar a central do conjunto das redes, central de diálise, central de vagas... ajudei a estruturar o complexo de regulação do município... depois fui para a central de regulação. Havia uma separação entre as estruturas de autarquias hospitalares... depois foi montada a central de regulação do SAMU com os demais pré-hospitalares isso em 2007... aí tinha a antiga grade de urgência, estavam todas defasadas em 20007 e não estavam formalizadas em nenhum local... depois a regulação foi sendo estruturada no atendimento feito pelo SAMU ou a regulação geral de ambulatório e internação de eletiva, mas sem uma regulação integrada da urgência... Fui pra lá junto com uma equipe que tinha experiência na regulação do SAMU e na central de vagas para fazer esta junção. Coincidiu com a publicação da RUE... Juntamos tudo a central de regulação estava apartada, a coordenação da urgência e emergência passou a ser a coordenação da urgência, do SAMU e da central de regulação da urgência e coordenadoria geral de regulação e aí quando vem à adesão do município a RUE toda esta turma da regulação ganha este impulso para ajustar tudo... desde que eu entrei na prefeitura penso em regulação todo dia...teve muito estímulo do Ministério mesmo antes da RUE para formar os complexos reguladores... É difícil que não tenha alguém contemporâneo nosso que não conheça o caso de cor e salteado da dona Maria, um caso que sempre foi retomado em ações de formação em escala, para a regulação, todo mundo que é da minha geração que entrou comigo na prefeitura para o complexo regulador em situação pública passou por esta formação, fomos todos identificados com a urgência e regulação... Até hoje aonde eu vou e encontro as pessoas, elas falam 'oi fulano da urgência, oi fulano da regulação'... é sempre uma identidade muito técnica, nós trabalhamos em todas as gestões independentes da característica partidária, fomos continuando enquanto o grupo de reguladores [...]*

> (membro da coordenação municipal, representante do munícipio no grupo Condutor da RUE).

Como já descrito pela análise dos documentos e das entrevistas, o processo de implementação da RUE buscou expandir a função da regulação do acesso à urgência e emergência, e o papel dos arranjos interfederativos de regulação da atenção à saúde. Esta expansão ganha dimensão e complexidade, à medida que os serviços que são contratualizados com a RUE, listados nos PAR, comprometem-se em permitir que todos os leitos, portas de entrada, serviços pré-hospitalares fixos sejam regulados no acesso e no seu padrão de ocupação pelos arranjos interfederativos de regulação. Esta função ganha força e, como já descrito nas entrevistas, fortalece-se com o uso de sistemas informatizados de acompanhamento dos leitos ofertados para a RUE e qualificados financeiramente.

Com isso, há um envolvimento de um universo de trabalhadores de nível superior que assume os processos de mapeamento de serviços, caracterização e dimensionamento das suas potencialidades, definição de critérios técnicos de acesso, estabelecimento de classificação de risco e vulnerabilidade, desenho de fluxos de interação e controle com os serviços, diálogo diário com equipes tratando de conteúdos que vão da gestão da clínica, aprimoramento de sistemas informatizados e mecanismos de avaliação. Soma-se a isso, as experiências de interação com os serviços que foram incorporados a RUE e as suas equipes, e as negociações com as centrais de regulação de outras esferas de governo ou de outros munícipios e Regiões de Saúde. Esta interação ganha outra intensidade à medida que os serviços hospitalares constituem os NIRs, inclusive com o apoio destes arranjos interfederativos de regulação do Grupo Condutor regional da RUE.

Este universo de trabalhadores assume posições especificas na estrutura de gestão das redes e serviços na RRAS da Cidade de São Paulo. Com isso, amplia-se suas identidades e histórias, bem como postos de controle e de poder. Eles exercitam e vivenciam todas as dificuldades e necessidades de negociação, da relação dos processos de regulação com as estruturas de poder dos serviços da RUE, sobretudo, os hospitalares, já descritas a partir de documentos e entrevistas,

Chama a atenção, também, o papel assumido pelos trabalhadores do SAMU, tanto os que atuam nas centrais de regulação, que coordenam a operação dos equipamentos e móveis, e estabelecem a interação com as portas de entrada,

serviços de urgência pré-hospitalares fixos e móveis, e serviços hospitalares; seja os que atuam nos equipamentos móveis. Nas entrevistas ressalta-se como o processo de implementação da RUE trouxe mais evidência ao SAMU, e em muitos munícipios, como a primeira experiência de regulação de acesso a serviços hospitalares.

Tudo isso reforça o protagonismo e a identidade destes trabalhadores contratados pelos municípios, presentes desde o início da RUE em todas as cidades da RMSP, muito deles desde o início das ações nacionais do SAMU em 2004. As entrevistas ressaltam, inclusive, uma identidade de corpo própria: "*... são os Samuzeiros*", membros da coordenação municipal e representantes do município em Grupo Condutor. Outra entrevista aponta: *"[...] é quase um sindicato... tem um protagonismo exagerado... o risco do SAMU era até se distanciar da rede... tem a marca, tem o uniforme, tem a formação técnica, os simbolismos de lidar com a vida e a morte, são muito respeitados nas cidades [...]*" (membro de coordenação municipal, apoiadora de munícipio, representante de município no Grupo Condutor).

Além dos trabalhadores do SAMU, foi criada a Força Nacional do SUS, com a implementação da RUE, como já citado. Ela é composta por vários profissionais do SAMU, além de outros profissionais com vínculos nas redes municipais e estaduais, como também hospitais de referência da RUE. Estes profissionais passam por um processo de qualificação própria relacionado à situação de catástrofes, crises sanitárias e assistenciais, e passam a compor este novo corpo nacional convocado eventualmente em grandes catástrofes e grandes eventos nacionais e internacionais. Nas entrevistas, este novo corpo nacional surge como novos elementos de identidade.

> *[...] a Força Nacional, o bonezinho azul, tem até hoje... relação com a ONU, grandes eventos como a copa e olimpíadas, ela teve um papel de relevância na gestão da Copa e da Olimpíada... o chapéu azul é simbólico, na mesma forma do pessoal da ONU valoriza o chapéu azul... além disso, ela teve tecnicidade, teve treinamento, teve plano de ação, teve missão real [...]* (membro de coordenação municipal e representantes do município no Grupo Condutor Regional da RRAS da Cidade de São Paulo).

Outro sujeito se trata de um conjunto de trabalhadores que atuam diretamente nos serviços incorporados a RUE. Estes vivenciam a reorganização do seu processo trabalho interno nos seus serviços. É formado tanto por trabalhadores que atuam dentro dos serviços, mas também de um universo de trabalhadores que

agrega papéis de apoio às mudanças dos processos em outros serviços que não necessariamente atuam. Aqui se compreende trabalhadores e apoiadores que atuam nos NIRs, nas mudanças de organização do serviço das portas de entrada estratégicas, nos membros das equipes que implantam os protocolos de classificação de risco, nos trabalhadores que horizontalizam a sua atuação nos serviços e urgência.

Além de vivenciarem e atuar em processo permanente de mudanças, as entrevistas chamam a atenção para o fato de que a RUE desperta nos hospitais e nas suas direções a importância para uma revisão de processos de trabalho, ambiência e divulgação de resultados das portas de entrada e demais serviços da urgência e emergência, espaços que geralmente eram marginalizados ou tinham um lugar secundário na estrutura hospitalar: *"o olhar para a urgência hospitalar, para as portas do hospital, acho que foi a RUE que trouxe. Ela tem um funcionamento próprio que é muito diferente da enfermaria pra dentro, do ambulatório [...]"* (membro de coordenação municipal, apoiador de município e representante de município no Grupo condutor Estadual da RUE).

Ressalta-se entre estes trabalhadores e especialistas os que se apropriaram dos novos dispositivos técnicos em implementação, como destaca uma entrevista:

> *[...] tem a turma da classificação de risco, a busca pela padronização também é estratégico, quando foi publicitado que o protocolo de Manchester como a nossa referência foi extremamente relevante... tanto relevante que os sistemas de gerenciamento de rede hoje, ele é disparado a partir dos dados agregados dos resultados da classificação de risco de Manchester, capacitamos todo mundo de uma grande amostra das portas de urgência, este resultados está hoje nos sistema de gerenciamento da rede... parte antes dos sistemas era avaliada a partir da internação, hoje conseguimos avaliar a partir dos dados da classificação de risco, identificamos quais são os pacientes que não deveriam estar na porta de urgência, deveria estar na atenção primária [...]* (membro da coordenação municipal e representante do município no Grupo Condutor da RUE RRASS).

Entrevistas apontam uma relação de uma oferta de educação permanente entre os trabalhadores envolvidos na implementação da RUE como uma ação-chave que acolhe e mobiliza a possibilidade de constituição de novos sujeitos e suas potencialidades: "*Também propunha um movimento de Educação Permanente em*

saúde, onde o encontro entre trabalhadores, usuários e gestores, além da participação das universidades foi fundamental" (membro de coordenação estadual, representante do estado em Grupo Condutor). Outras entrevistas apontam que este movimento envolveu atores diferentes na cidade de São Paulo, a partir de oferta organizada pela realidade da gestão municipal:

> *Esse movimento de discussão permanente, de discussão do significado da RUE de outras redes temáticas que vinham sendo implementadas, envolvia trabalhadores que ocupavam espaços em vários níveis de gestão nas esferas federal, estadual e municipal, como membros dos Grupos Condutores, grupos das centrais de regulação, coordenadores e apoiadores; trabalhadores que ocupavam níveis variados de gestão nos serviços, desde gerentes de UPAs e do SAMU, a gerentes e dirigentes dos Hospitais e portas de entrada estratégicas; e, por fim, trabalhadores dedicados exclusivamente à assistência, como o processo de qualificação das classificações de risco para trabalhadores das portas de entrada, as ferramentas de gestão da clínica em lugares diferentes dos Hospitais e Pronto socorros.* (membro de coordenação municipal, representante do munícipio em Grupo Condutor da RUE da RRAS Cidade de São Paulo).

Uma das questões a ser observada, a partir das fontes analisadas, é em que medida os arranjos institucionais interfederativos fortalecidos ou criados pela RUE estão permeáveis e abertos a estes novos sujeitos, que emergiram ou se consolidaram com o processo de implementação. Em relação aos membros dos Grupos Condutores, por óbvio, isto está presente nos GCRs/RUE. E, aparentemente, pelos dados levantados, percebe-se uma atuação próxima do Grupo Condutor Regional com os CGRs/CIRs, instância primeira de pactuação com atuação dos dirigentes das secretarias municipais e estadual. O mesmo pode-se falar em relação aos trabalhadores que atuam nos processos e arranjos interfederativos de regulação, em especial, no caso da RRAS da Cidade de São Paulo, onde o complexo regulador de urgência e emergência interage com estes trabalhadores. Mesmo neste caso, a interação do conjunto dos trabalhadores que atuam na regulação com o Grupo Condutor Regional da RUE é mediada pelas suas coordenações de regulação.

Entretanto, observa-se que os demais sujeitos, como os trabalhadores do SAMU e da Força Nacional do SUS, os trabalhadores que compõe o NIR e as equipes de apoio ou que atuam nos serviços hospitalares da RUE, não se

encontram em nenhum dos demais arranjos interfederativos regionais de governança na dimensão da política ou da rede. Uma exceção a isso, no caso da RRAS-6 da Cidade de São Paulo, é o Fórum de Redes, criado a partir de uma decisão do ente municipal, onde todos estes trabalhadores, arranjos e serviços interagem.

5.2.6.3. Produção de novas tecnologias de governo

A partir das fontes analisadas, observa-se que a implementação da RUE afirma certa racionalidade, um determinado programa e governo a ser alcançado, e um conjunto de dispositivos que tornam esta racionalidade operável, constituindo-se assim em uma nova Tecnologia de governo.

A afirmação da conformação de Redes de Atenção e não de investimentos fragmentados para todos os serviços, é um dos primeiros elementos desta racionalidade. O conjunto normativo da RUE reafirma as diretrizes originais do SUS e as diretrizes fundamentais da Portaria Ministerial de Redes de Atenção (312): (a) ampliação do acesso e acolhimento; (b) humanização; (c) modelos atenção multiprofissional; (d) práticas clínicas cuidadores e gestão das linhas de cuidado; (e) articulação e integração de serviços e equipamentos, constituindo Redes de Saúde com conectividade entre os diferentes Pontos de Atenção; (f) atuação territorial; (g) organização das redes a partir dos seus riscos e vulnerabilidades; (h) atuação profissional e gestora buscando qualidade, integralidade e longitudinalidade das ações; (i) monitoramento com indicadores de desempenho; (j) articulação interfederativa; (k) participação e controle social; (l) projeto estratégico de atendimento durante catástrofes e calamidades; (m) regulação com garantia de integralidade e equidade; (f) educação permanente.

O conjunto dos seus marcos normativos e manual instrutivo (295) revela ser a RUE a primeira política pactuada nacionalmente com a oferta concreta de recursos do Ministério da Saúde para um conjunto de postos de atenção integrados em rede e componentes articulados, e não oferta de recursos para serviços ou programas setoriais isolados ou fragmentados. O mesmo marco normativo nacional reforça a necessidade de “articular e integrar todos os componentes”, e a intenção de universalizá-la não como projeto piloto que se implementa “gradativamente em todo território nacional”. Além de induzir para a apresentação de um projeto por

parte dos entes federativos, envolvendo o conjunto de componentes integrados e não o financiamento de serviços isolados, a pesquisa dos documentos normativos e registros de implementação revelam que a RUE incorpora um conjunto de estratégias essenciais para a conformação das redes de atenção à saúde: o fortalecimento da atenção básica de saúde, o apoio aos complexos e às organizações de regulação dos Pontos de Atenção, a indução para informatização do atendimento, dos diagnósticos e o apoio ao transporte sanitário, uma educação permanente dos gestores e trabalhadores. Reforça-se, nestes elementos, o conceito do conjunto dos serviços de uma rede de saúde ter responsabilidade integrada em relação ao acolhimento da urgência e emergência como está bem expresso no PAR da RUE da RRAS1 do Grande ABC (327*)*:

> [...] considera-se como o conceito estruturante da nova política de urgência e emergência que está subsidiado no entendimento de que o atendimento dos quadros agudos deve ser prestado por todas a porta de entrada do SUS, possibilitando a resolução do problema ou transportando-o para um serviço de maior complexidade, em sistema hierarquizado e regulado, conforme institui a política nacional de urgência e emergência, organizando-a em redes regionais de urgência e emergência.

Um segundo elemento desta racionalidade, observado a partir dos documentos analisados, é a afirmação de um conjunto de diretrizes que remontam a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH). Encontra-se o acolhimento e a responsabilidade sanitária com casos agudos, como diretriz obrigatória, inclusive para receber indução financeira para todos os Pontos de Atenção que buscam integrar-se a RUE. Além disso, nos marcos normativos, já referidos, das Redes de Atenção, nos quais se baseia a RUE, encontram-se as seguintes diretrizes recuperadas da Portaria de Redes do Ministério da Saúde (312), que dialogam com a PNH (251): (a) ampliação do acesso e acolhimento; (b) humanização; (c) modelos atenção multiprofissional; (d) práticas clínicas cuidadores e gestão das linhas de cuidado; (e) articulação e integração de serviços e equipamentos, constituindo Redes de Saúde com conectividade entre a diferentes Pontos de Atenção; (f) atuação territorial; (g) organização das redes a partir dos seus riscos e vulnerabilidades; (h) atuação profissional e gestora buscando qualidade, integralidade, longitudinalidade das ações. A diretriz de defesa dos Direitos dos Usuários também está presente no conjunto de normativos nacionais da RUE e se

identifica, em especial, uma priorização das estratégias indutoras do Ministério da Saúde para o fortalecimento das ouvidorias e campanhas de promoção da segurança do paciente, elementos presentes nas políticas da PNH.

Tais caraterísticas, presentes nos dois elementos, são ressaltadas em entrevistas: "*[...] para além de recursos, a RUE vinha com uma integração dos serviços, uma importância da urgência emergência, a humanização para enfrentar o caos que era a porta de entrada, preocupação com o paciente [...]*" (membro de coordenação municipal e representante de município no Grupo Condutor Regional da RUE da RRAS Cidade de São Paulo). Outra entrevista afirma:

> *Sim, a implementação da política se caracteriza como desenvolvimento de novas tecnologias de governo, mais participativas, mais atuantes e que tenham em conta a singularização dos territórios..., a partir do olhar de que precisamos organizar os serviços de saúde e a oferta de políticas públicas de saúde, com base nos sujeitos, sua cultura, histórias de vida e produções nos territórios... ao implementar as redes em territórios específicos ,como aqui no município de São Paulo, levando em conta a grande diversidade de necessidades de saúde, a produção de linhas de cuidado e da articulação dos diversos Pontos de Atenção, unidos em busca de objetivos comuns [...]* (membro de coordenação municipal e representante do munícipio em Grupo Condutor).

Outra entrevista chama a atenção para uma narrativa calcada nas evidências cientificas "*[...] O fortalecimento das evidências e do melhor caminho do cuidado produzidos nesses espaços fez sair do 'empirismo' de cada gestão e construir caminhos mais legítimos, validados por políticas públicas adequadas e inclusivas [...]*". (membro de coordenação estadual e representante de estado em Grupo Condutor).

Um terceiro elemento desta racionalidade reafirma as relações e a construção interfederativa da RUE como elemento mobilizado para a mudança do modelo assistencial. Como se identifica no seu manual instrutivo:

> [...] a implementação da RUE deve ser de forma pactuada entre as três esferas de gestão, permitindo melhor organização da assistência, articulando os diversos Pontos de Atenção, definindo os fluxos e referências adequados, buscando alterar o atual modelo hegemônico, fragmentado e desarticulado, além do dimensionamento pautado pela oferta de serviços.

A RUE se caracteriza como oferta integrada do Ministério da Saúde a ser assumida de forma tripartite em cada Região de Saúde para um conjunto de componentes e estratégias prioritárias, com níveis diversos de complexidade e adensamento tecnológico: (a) promoção e prevenção à saúde; (b) atenção básica; (c) pré-hospitalar fixo: salas de estabilização e Unidades de pronto Atendimento (UPAs); (d) pré-hospitalar móvel, SAMU190; (e) Qualificação da Atenção Hospitalar: portas de entrada de hospitais estratégicos, enfermarias/leitos de retaguarda de curta duração, enfermarias/leitos de longa permanência, enfermarias/leitos de Terapia Intensiva; (f) Atenção domiciliar; (g) Linhas de cuidado prioritárias: cerebrovascular, cardiovascular e traumatológica; (h) Força Nacional do SUS e preparação para desastres, catástrofes e grandes eventos. Este é o conjunto do programa entregue na sua implementação, sendo expresso para Região de Saúde naquilo que é detalhado pelos PAR de cada uma das Regiões de Saúde da RMSP. Além da indução para a qualificação de serviços e Pontos de Atenção da RUE, seus instrumentos normativos e instrutivos revelam uma ênfase nas ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde. Assim, são critério de elegibilidade obrigatória, a implementação da notificação da violência doméstica pelos serviços de saúde e a vigilância de violência por acidentes de transporte (251).

Como parte destes elementos de racionalidade, uma série de dispositivos, que discutiremos melhor na análise dos dispositivos e tecnologias operáveis, afirmados pela PNH: apoio integrado, apoio matricial, ferramentas de gestão da clínica, qualificação da ambiência arquitetônica, estratégias de desospitalização, ouvidoria ativa.

A partir desta racionalidade, a RUE fortalece ou desenvolve um conjunto de tecnologias, dispositivos e ferramentas que buscam por operacionalidade. Para melhor descrição de tais ferramentas, segmentamo-las em 4 grupos: a) mobilizar os entes federativos para a cooperação; b) apoiar as equipes para a implementação de mudanças; c) induzir a integração de equipes e serviços; d) reorganizar os processos de trabalho das equipes e dos serviços.

No primeiro grupo, que mobiliza os entes federativos para a cooperação, destacam-se os arranjos interfederativos fortalecidos ou criados pela RUE, já descritos neste capítulo: CGRs/CIRs; Grupo Condutor Regional e estadual, arranjos interfederativos do complexo regulador, consórcios públicos e fundações públicas intermunicipais.

No segundo grupo, destaque para a ferramenta do apoio institucional, como mais uma estratégia de cogestão da implementação da política. Ela passa a ser integralmente assumida pelo Ministério da Saúde na implementação da RUE, constituindo-se em um Departamento de Apoio às Redes de Atenção (334) e pela presença de apoiadores do Ministério em todas as Regiões de Saúde que aderem a RUE, fazendo parte do Grupo Condutor interfederativos da RUE em cada região de saúde. O documento do Grupo Condutor estadual da RUE em São Paulo ressalta a importância dos apoiadores institucionais do Ministério da Saúde na construção e acompanhamento dos PAR, como também ressalta, em relatório coordenado pelo CONASS sobre a implementação da RUE, a presença do apoio institucional junto aos gestores estaduais e municipais (321).

O apoio institucional também está presente na ação SOS Emergências, que acelera a mudança de modelo de atenção e reforma institucional de um conjunto de Hospitais de referência aderidos a RUE. Como já descrito neste capitulo, constituiu uma rede de apoiadores do Ministério da Saúde, garantindo que cada região de saúde tivesse pelo menos um apoiador. No caso do estado de SP e também para a RRAS9 da Cidade de São Paulo foi constituído uma rede de apoiadores por parte do COSEMs SP, como já descrito. Para o município de São Paulo, no âmbito da RRAS6 Cidade de São Paulo, também se desenvolveu uma estratégia de formação e atuação de apoiadores para os serviços e distritos dentro do município, ampliando esta ferramenta a partir da RUE.

Entrevistas ressaltam a rede de apoiadores constituída a partir da RUE:

> *[...] a perspectiva do apoio integrado, saindo do Ministério da Saúde e vindo aos territórios, tinha todo um alinhamento conceitual das diretrizes da RUE e do papel do apoiador, como um ator para construir junto com o território, ficando responsável por um plano vivo para o território, usar toda a capacidade e potencial instalado... trabalhar de forma articulada com o estado o município, prestadores [...]* (apoiador do Ministério da Saúde, representante do governo federal no Grupo Condutor Regional da RUE RRAS da Cidade de São Paulo).

A questão dos apoiadores do COSEMs SP é ressaltada em entrevistas:

> *[...] além da representatividade política que o COSEM significava para os municípios, sobretudo junto ao estado, o fato de termos construído o projeto de apoiadores do COSEMS SP junto aso*

> *territórios na regionalização e outras políticas contribui muito para a implementação da RUE em toda as regiões e na cidade de São Paulo* (membro de coordenação municipal, apoiadora de municípios, representante do munícipio em Grupo Condutor).

O fato de a estratégia de apoiadores estar sendo implementada na cidade de São Paulo, como inciativa do governo municipal, contemporânea a implementação da RUE é relatada:

> *[...] a partir de um certo momento havíamos implementando no município um processo de educação permanente com os gestores s trabalhadores, logo depois isso é cruzado com a experiência dos apoiadores por território, como mesmo conceito e apoio, chamando inclusive dirigentes que estavam no nível central da secretaria para participar de projetos de apoio a supervisões locais, serviços, pareciam movimentos combinados [...]* (membro de coordenação municipal, representante do munícipio em Grupo Condutor).

O terceiro grupo é formado pelas tecnologias que buscam induzir à integração de equipes e serviços, destacando a função da regulação da atenção saúde, e dos seus dispositivos e ferramentas: o complexo regulador, a grade de regulação, seus parâmetros e critérios e o sistema informatizado de acesso e controle dos leitos hospitalares. Uma das entrevistas aponta:

> *[...] como um dispositivo potente de rediscussão conjunta interfederativa de toda a rede, inclusive pela questão de regulação dos leitos existentes, de sua potencialização, que trouxe a possibilidade de revisão de vários parâmetros, tanto financeiros como de pactos e fluxos assistenciais potentes e resolutivos. Foi uma espécie de marco disparador para revisar desenhos, repensar e renegociar nas Cibas os leitos disponíveis, os recursos alocados por municípios, tetos etc. [...]* (membro de coordenação estadual, representante pelo estado em Grupo Condutor).

Estes processos de regulação são afirmados como um legado importante, segundo uma entrevista: "*passados mais de 10 anos o grande legado foi o acolhimento com classificação de risco nas portas de entrada... a implantação dos NIRs e o fortalecimento da regulação inter-hospitalar*" (membro de coordenação estadual e representante do governo estadual no grupo Condutor da RUE). Essa mesma entrevista ressalta a ferramenta tecnológica: "*o sistema informatizado, o Cross informatizado, o modelo de urgência compartilhado com o município de São*

Paulo desde 2016 [...]". Este processo de informatização é reafirmado em entrevista com um membro de coordenação municipal*:*

> *[...] antigamente a gente tratava a situação das portas com fax, ia lá chefe de plantão com carimbo e dizia não tem a vaga, não tem, não tem vaga... nunca ninguém tem vaga, era engraçado. Eu fazia as visitas de avaliação da RUE, chegava lá e encontrava tudo tranquilo, tinha vaga na UTI, no Cross, a comitiva do Grupo Condutor da RUE chega e resolvia tudo [...]* (membro de coordenação municipal, representante do munícipio no Grupo Condutor da RRAS Cidade de São Paulo).

O NIR e a regulação intra-hospitalar também são apontados em outras entrevistas, entretanto ainda como um desafio e não como um legado consolidado ao final do período estudado: "*os NIRs ainda são um desafio, temos escassos modelos de implementação da forma como teria que ser feito, implementar não significa que ele está adequado, os instrumentos que o NIR gerencia tiram o poder da mão do professor titular, de quem chefia a ala*".

Por fim, um conjunto de tecnologias e dispositivos que provocam mudanças de conduta no interior do sentido de reorganização dos processos de trabalho das equipes e serviços que aderem a RUE. Chama a atenção, as diretrizes e ferramentas de construção de uma clínica ampliada em todos os Pontos de Atenção e da gestão da clínica na atenção hospitalar, presentes nos documentos normativos e instrutivos da RUE nacional Entre elas, a exigência de equipe interdisciplinar e atuação multiprofissional (atenção básica, salas de estabilização, atenção domiciliar); parte da equipe obrigatoriamente horizontal na atenção hospitalar; constituição de equipe de referência para os casos e gestão de leitos nos componentes hospitalares (UCOs, Centros de AVC, Centros de Trauma, Enfermaria/Leitos de Curta e Longa Permanência e UTIs); ferramentas de alta responsável; incorporação de Projetos Terapêuticos singulares (Hospitais/Enfermarias de Longa Permanência); estratégias de educação permanente (todos os componentes); Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar (Hospitais estratégicos); Núcleo Interno de Regulação; adoção de protocolos de acolhimento e classificação de risco; medidas de segurança do paciente. Um conjunto de dispositivos é relembrado nas entrevistas: "*quando formos acompanhar a grade de regulação... ajudamos a implantar ferramentas novas como kan ban, NIRs a discussão de linha de cuidado... provocavam trabalho conjunto em rede e*

não em Pontos de Atenção isolados" (membro de coordenação federal, apoiador regional e representante federal no Grupo Condutor). Outra entrevista aponta como tais tecnologias induziram mudança no interior do hospital:

> *[...] Kan ban, protocolo de Manchester, sistema de informação induziram mudanças no hospital... Lá no começo o financiamento... se tem umas coisas que influência é o dinheiro ...a informatização é fundamental mesmo os modelos de kan ban, gestão dos leitos, gestão do cuidada o , quando você informatiza você induz a atuação das equipe ...hoje a classificação risco é feita em 2 a 3 min por conta dos sistema informatizado ...hoje o maior problema na porta é porque o sistema tá ágil, a classificação é feita rápido e leva a demanda para o atendimento do médico, antes a demanda fica na ponta , era um filtro , hoje vai para o médico ... e o desafio era estabelecer um padrão, inclusive como atender de forma equânime os mais necessitados... algo que foi muito bom foi introdução do procedimento de classificação de risco como registro de produção, vinculado à própria RUE, com a certeza de quem precisa primeiro será atendido primeiro, é classificação de risco, como você vai garantir que quem foi classificado foi atendido no local certo, é a integração da rede [...]* (membro coordenação municipal e representante de município no grupo Condutor).

Como parte de dispositivos que buscam mudar a realidade do modelo assistencial se encontram as estratégias de desespiralização valorizadas nos normativos nacionais. As portarias da RUE apresentam como exigência no mínimo 50% de cobertura da atenção básica para os municípios que buscam habilitar componentes de pronto atendimento; atenção hospitalar, com a exigência de ferramentas de monitoramento das taxas de ocupação e permanência nos leitos hospitalares dos componentes de atenção hospitalar; e, sobretudo, a uma indução financeira pelo gestor federal para a implementação de equipes de atenção domiciliar, que significam um forte estímulo para sua expansão, presente em todos os PAR analisados na RMSP.

Percorrendo o conjunto de eixos e variáveis de análise, e a discussão a partir das três categorias de analíticas utilizadas, na síntese dos achados se percebe que a implementação da RUE na RMSP teve o protagonismo dos atores federativos em vários dos processos descritos; dialogou com singularidades regionais; valorizou a região de saúde como unidade territorial; desenvolveu instrumentos políticos de implementação, alguns deles frutos de aprendizados na negociação com os atores federativos que assumiram a Região de Saúde como unidade territorial e induziram ao surgimento arranjos interfederativos regionais ou fortaleceram pré-existentes.

Registra-se que o envolvimento ativo dos atores federativos nos instrumentos e arranjos foram desenvolvidos apesar de revistos no desenho de implementação. Do ponto de vista das categorias analíticas poder, sujeitos e tecnologias de governo, registra-se que a implementação da RUE na RMSP deslocou o poder, constituiu ou fortaleceu sujeitos e produziu novas tecnologias de governo, a partir das afirmações uma nova racionalidade de política nacionalmente pactuada de induções, as Redes regionais de Saúde.

Apesar destes achados, a de se registrar que os desafios e os contenciosos não foram superados ao final do período estudado, em especial, quanto às características da governança regional do SUS, mesmo em um contexto mais evoluído, e quanto ao desenvolvimento de regionalização do SUS.

6. DISCUSSÃO

6.1. Confrontando os achados dos 2 casos entre si e com o desenvolvimento teórico dos desafios atuais da regionalização e governança regional e federativa no SUS

Nos capítulos anteriores, foram descritos e analisados os processos de implementação de duas políticas nacionais em dois recortes regionais, o Plano de Intensificação das Ações de Controle a Malária/ (PIACM/PNCM) na Amazônia Legal, e a Rede de Urgência e Emergência na região metropolitana de São Paulo, em cortes temporais específicos. Procurou-se compreender em que medida o processo de implementação destas duas políticas e os arranjos interfederativos regionais, por elas fortalecidos ou construídos, interagem com os deslocamentos de poder, fortalecimento ou construção de novos sujeitos e constituição de novas tecnologias de governo, contribuindo para os mecanismos de governança regional do SUS.

Como já descrito, no capítulo da abordagem metodológica (246), trata-se de um estudo de múltiplos casos, com eixos de análise imbricados. Este método contribui para a compreensão de fenômenos sociais complexos, ajudando a esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões, quais os atores e os indivíduos envolvidos, o motivo pelo qual foi tomada, que organizações, processos, programas decorrentes da sua implementação e com quais resultados obtidos. Também permite a valorização do contexto em que se desenvolveu o objeto de estudo, com a utilização de várias fontes de evidências.

Procura-se, neste capitulo, avançar no que é característico a uma metodológica de estudo de múltiplos casos, que seria propiciar um desenvolvimento teórico a partir da generalização analítica dos seus achados. Retomando o que já foi discutido no capitulo da abordagem metodológica, procura-se identificar a recorrência ou não dos achados em ambos os casos, considerando-se contextos distintos. Procura-se, também, identificar a existência ou não de achados teóricos concorrentes, como também apresentar a hipótese pré-estabelecida em diferentes contextos. Busca-se explorar estes aspectos em relação aos desafios e perspectivas dos mecanismos de governança regional no SUS.

Relembrando que se procurou descrever e analisar os dois casos a partir de quatro eixos de análise e suas variáveis: o envolvimento dos atores federativos e

a valorização da região de saúde no desenho de implementação; o posicionamento dos atores federativos ao longo da implementação com caracterização ou não de coalizões de defesa; os arranjos interfederativos fortalecidos ou construídos ao longo da implementação; a manutenção de desafios comuns e contenciosos não superados ao longo da implementação. Procurou-se dar uma dimensão analítica a estes eixos, a partir das três categorias descritas: poder, sujeitos e tecnologia do governo, compreendendo a implementação de uma política e os seus arranjos interfederativos regionais como um processo que produz deslocamento de poder, criação de sujeitos e produção de novas tecnologias de governo.

Assim, neste capítulo se apresenta o que se considera um exercício de generalização analítica, a partir de cada um dos eixos, em função dos achados analisados nos dois casos estudados, já descritos nos capítulos anteriores. Posteriormente, confrontam-se estes achados com a análise do processo de regionalização do SUS, apresentado no capitulo de regionalização, buscando uma apreciação especial sobre os arranjos interfederativos construídos e analisados nos dois casos.

6.1.1. Protagonismo dos atores federativos na definição da agenda e fluxos de aprendizado

Na primeira variável do eixo denominado desenho de implementação analisada nos dois casos, buscou-se caracterizar a participação dos atores federativos na definição da agenda e nos processos de aprendizado ao longo da implementação. Fica evidente, a partir das fontes analisadas, que o envolvimento e protagonismo dos entes federativos parecem ser decisivos em estabelecer prioridade na agenda de ambos os casos, o controle da malária e o tema da urgência e emergência. Também fica evidente que os atores federativos participam ativamente do fluxo de aprendizado, também a partir do que é pautado pelos entes federativos, ao longo da implementação. Os dois casos confirmam o fato de o envolvimento e a mobilização partirem e darem protagonismo para os chefes de governo e demais agentes políticos dos entes federativos. Os achados identificam também que ao envolvê-los, eles passam a ser mobilizadores das estruturas e das decisões de gestão, do debate público, do cotidiano de trabalho das equipes de saúde e de segmentos da sociedade e das comunidades diretamente impactadas.

No analisado, em ambos os casos, a mobilização e o protagonismo dos entes federativos estão presentes na convocatória pública pelo chefe do governo federal nos momentos da construção e anúncio da implementação; nos documentos normativos e orientadores; nos arranjos interfederativos de gestão induzidos e na permanência da mobilização inicial. Além deste protagonismo inicial, mantém-se o fluxo permanente de aprendizado, a partir dos interesses e das pautas destes atores federativos que negociam o aprimoramento da política nacional durante sua implementação ou constroem-se inciativas próprias dos entes federativos para enfrentar problemas identificados.

No caso PIACM/PNCM a convocatória e o anúncio se deu a partir de um encontro do Presidente da República e seus Ministros com os governadores de todos os Estados da Amazônia Legal, registrado como algo inédito no controle de endemias. No caso da RUE, a convocatória pública ocorreu, também, diretamente pela Presidenta da República, em evento público com governadores e representantes de prefeitos; pela mobilização feita pelo Ministro da Saúde, em torno da iniciativa do SOS Emergências e do anuncio da execução das ações nos estados, com a presença pública do Ministério ou da chefe de governo federal.

Nos documentos normativos, no caso PIACM/PNCM, o enfrentamento à malária é registrado explicitamente como um problema apontado e a ser assumido pelos governos federal, estadual e municipal, sendo valorizada “a mobilização política, institucional e comunitária das três esferas de governo federal estaduais e municipais e a sustentabilidade política por estes atores das ações” (268). No caso da RUE o seu próprio manual instrutivo descreve:

> [...] a implementação da RUE deve ser de forma pactuada entre as três esferas de gestão, permitindo melhor organização da assistência, articulando os diversos Pontos de Atenção, definindo os fluxos e referências adequados, buscando alterar o atual modelo hegemônico, fragmentado e desarticulado, além do dimensionamento pautado pela oferta de serviços (295).

A mobilização política inicial permanece gerando fluxo de aprendizado. No caso do PIACM/PNCM, manteve-se os encontros entre os chefes de governo dos estados e Ministros com regularidade, sendo agregados representantes de prefeitos. No caso da RUE na RMSP os encontros entre os chefes de governo,

Ministros e secretários permaneceram ao longo dos eventos públicos de anúncio e acompanhamento de execução das ações no território, bem como nos arranjos tripartites regionais e nacionais. Isso contribuiu para que o PIACM/PNCM e a RUE fossem mantidos como prioridades na agenda dos governantes, desenvolvendo a implementação e alimentando processos de aprendizado.

Em ambos os casos, o fluxo de aprendizado com mecanismos de envolvimento, tensionamento e negociação pelos atores federativos construiu aprimoramentos ao longo da implementação. No caso PIACM/PNCM uma série destes aprimoramentos foram observados: resoluções da CIT com mudanças no financiamento da atenção básica e da revisão dos parâmetros de cobertura dos ACS na zona rural dos municípios da Amazônia Legal; programação de formação de multiplicadores municipais e a elaboração de programas estaduais e municipais de malária; incorporação das Coordenações Estaduais de Malária e representantes de municípios no CTA-PIACM/PNCM; a constituição de arranjos interfederativos com as três esferas de governo nas divisas entre estados; a participação tripartite no Conselho Nacional do Meio Ambiente constituindo uma resolução intersetorial para assentamentos rurais; a constituição de uma Comissão Tripartite de Descentralização que gerenciou a descentralização de recursos humanos e estruturas federais, em cada estado da Amazônia Legal.

No caso da RUE da RMSP, também se identificou aprendizados e aprimoramentos fruto deste fluxo com participação ativa dos entes federativos. Entre eles, a reformulação da oferta federal para os HPPs; a ampliação das possibilidades de recursos de investimento para além das RMs; a inclusão de novas possibilidades de expansão do SAMU; a criação de novos instrumentos organizativos, regulatórios e financeiros pelos três entes. Observa-se que o estímulo à adesão dos entes federativos e a sua ação colaborativa com a iniciativa federal da RUE passou pela incorporação, na oferta federal, de questões trazidas pelos entes federativos, ao longo de um processo sempre negociado de implementação.

A análise, em ambos os casos, revela que os chefes de governo e demais atores federativos foram mobilizados e se mobilizaram para além da temática especifica do enfrentamento à malária e do cuidado à urgência e emergência. No caso do PIACM/PNCM, a preocupação com a situação sanitária da malária também impactava nas perspectivas de desenvolvimento econômico da Amazônia. No caso da RUE na RMSP, a questão da visibilidade na mídia dos casos de desassistência e

sofrimento nas portas de entrada, mobilizava os chefes de governo. Não à toa, o tema da Rede de Urgência e Emergência está explícito na pauta prioritária e nas teses de congressos das entidades nacionais CONASS e CONASEMs. Além disso, no caso específico da RUE na RMSP, o posicionamento favorável do governo do estado e dos municípios também aconteceu por interpretarem a sua implementação como uma oportunidade de ampliação permanente dos seus tetos financeiros de média e alta complexidade, com alguns dos seus componentes sem a necessidade de ampliação, mas de apenas habilitar e/ou qualificar serviços já existentes.

Identifica-se, em ambos os casos, um ambiente de cooperação entre os chefes de governo. No caso do PIACM/PNCM, a proximidade entre os governadores da Amazônia e o Presidente da República, a preocupação destes tanto com a questão sanitária, quanto a econômica são ressaltadas pelas entrevistas de personagens-chave. No caso da RUE na RMSP, a disposição de cooperação entre os entes com os projetos federais na saúde, é declarada pelo Governador e pelo Secretário de saúde do estado de São Paulo, no início da gestão, em 2011. Ambos expressam o interesse em realizar parcerias com o governo federal no campo da saúde, entre elas, a ampliação de recursos de custeio para os Hospitais de referência para as RRAS no estado.

6.1.2. Região de Saúde como unidade territorial

A segunda variável busca identificar se o desenho de implementação valorizava ou não a região de saúde, como unidade territorial prioritária, e a relação desta valorização com o desenvolvimento de arranjos regionais de governança. No caso da RUE da RMSP, os documentos normativos e o resultado final do processo de adesão por estados e municípios revelam que o processo de mobilização e pactuação interfederativa da RUE tiveram a região de saúde como sua unidade territorial definida, reafirmando que a RUE se constituiu em política indutora das Redes Regionalizadas de Atenção. No caso do PIACM/PNCM, em nenhum dos documentos, instrumentos de implementação e estratégias de execução, a região de saúde constitui-se como unidade territorial.

Importante reconhecer que os dois casos aconteceram em contextos diversos em relação ao processo de regionalização do SUS. Se no caso do PIACM/PNCM aconteceu no início dos desenhos de regionalização do SUS, quando

o foco parecia ser a descentralização de estruturas e capacidades para estados e municípios, a RUE se desenvolve em um contexto posterior à criação dos CGRs/CIRs, com o início de sua implementação coincidindo com os marcos legais das Regiões de Saúde, como o Decreto 7508/201 (5), que define o conceito de Regiões de Saúde e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e as lei 12466/2011 (284) que institucionalizou as Comissões Intergestoras Regionais (CIRs). A partir dos dados analisados, em ambos os casos, confirma-se que tiveram contribuição para as apostas de regionalização do SUS no contexto e nos momentos em que foram implementadas: a descentralização e a ampliação da capacidade institucional de estados e municípios, no caso do PIACM/PNCM, e a valorização da Região de Saúde como unidade territorial, no caso da RUE.

Para além do contexto, deve-se observar que o próprio desenho da implementação da RUE tem elementos de valorização da Região de Saúde inexistentes no caso do PIACM/PNCM. No PIACM/PNCM a não valorização da Região de Saúde como unidade territorial é um limitador, visto que o enfrentamento da malária requer ações articuladas que ultrapassem os limites de um município. Observa-se, na análise deste caso, que os próprios atores interfederativos construíram arranjos incipientes para dar conta de necessidades que ultrapassavam os limites e divisas entre municípios e estados. Isso aconteceu com o controle da malária entre divisas estaduais e fronteiras ou programações que envolviam equipes, cuja logística de deslocamento ultrapassava os limites de um município. A partir das fontes analisadas, a ausência de pactos regionais e de arranjos intermunicipais regionais, e com ela a reduzida corresponsabilidade para além dos limites de um município ou estado, pode ter contribuído para a fragilidade de mecanismos de resistência ao desmonte de ações por decisão de um ente municipal ou estadual.

De certa forma, os limites observados no PIACM/PNCM e as tentativas de superação pelos próprios entes federativos, contextualizados ao momento histórico de desenvolvimento da regionalização do SUS, no qual foi implementado, apontam para a compreensão da importância de pactos e arranjos interfederativos no âmbito das Regiões de Saúde. Somados a outras dinâmicas e processos, tais percepções e aprendizados contribuem para o desenvolvimento de outro desenho institucional de regionalização do SUS, contemporâneo ao desenho de implementação da RUE.

6.1.3. Instrumentos políticos de implementação

Ambos os casos, a partir das fontes consultadas, confirmam que os instrumentos financeiros são indutores federais importantes para a implementação das políticas no SUS. No caso do PIACM/PNCM, dois grupos de instrumentos financeiros são identificados. Um, repasses fundo a fundo, através do inovador teto de endemias (TEFDC), que ficam incorporados definitivamente aos munícipios ou estados que continuem certificados para o controle de endemias e dos repasses para o PACS/PSF. Ambos com parâmetros populacionais, de extensão rural e vulnerabilidade epidemiológica. No segundo, a descentralização federal aos estados e municípios de recursos humanos, infraestrutura logística e equipamentos. No caso da RUE, repasses financeiros fundo a fundo, que passam a ser incorporados definitivamente ao teto de média e alta complexidade dos municípios e estados. Estes são vinculados a um PAR, construído e pactuado regionalmente, que estimula o mapeamento de Pontos de Atenção integrados e o fortalecimento de uma visão regional.

Para além da indução financeira, em ambos os casos, identifica-se instrumentos regulatórios construídos em meio ao processo de implementação. No caso do PIACM, dividem-se em dois grupos. O primeiro, de instrumentos regulatórios específicos da gestão do SUS, no contexto do seu processo de descentralização e regionalização. O segundo, de instrumentos regulatórios intersetoriais que buscam dar conta de outras dimensões que impactam na dinâmica da endemia malária, em particular no contexto da Amazônia Legal.

No caso PIACM/PNCM, os instrumentos regulatórios normativos que buscam aprimorar a gestão do SUS são: a definição de competências das três esferas de governo no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental; a definição de responsabilidade e competência federal sobre o cuidado à saúde nas terras indígenas; a definição das regras do processo de certificação de estados e municípios para a gestão das ações de epidemiologia e controle de doenças; a definição das regras dos processos de programação das ações de vigilância em saúde entre os entes federados, através da Programação Pactuada Integrada-Endemias/Controle de Doenças (PPI-ECD). Entre o conjunto de instrumentos regulatórios que impactam na dinâmica da malária, em especial no

contexto da Amazônia Legal, destaca-se a introdução de regras de licenciamento sanitário-ambiental para projetos de assentamento da reforma agrária.

No caso da RUE, o instrumento regulatório busca gerar maior capacidade para as estruturas de gestão incidirem sobre os serviços hospitalares e a integração entre os serviços. Destacam-se as regras de inclusão e certificação dos serviços da RUE e as regras relacionadas à regulação do acesso e ocupação dos serviços que compõe a RUE; a Grade de Referência da Urgência Pactuada e o conceito de Vaga Zero, que impede a negativa de vaga por um serviço por condições de saúde pré-estabelecidas.

Um conjunto de instrumentos organizativos foi adotado em ambos os casos. Alguns incialmente previstos e outros desenvolvidos ao longo da implementação, por iniciativas dos entes federativos, constituíram-se em aprendizados da implementação. Dividem-se entre iniciativas para ampliar a capacidade federal, estadual e municipal de coordenação e mudanças para intensificar a implementação das ações.

No caso PIACM/PNCM, instituiu-se uma série de instrumentos organizativos: nova coordenação federal, a partir da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde; um novo sistema de informação (SIVEP-Malária); a integração intersetorial de sistemas com INCRA, IBAMA e estruturas de vigilância da Amazônia; estruturas estaduais e municipais de controle de endemias; parcerias com instituições de pesquisa; estruturas de coordenação e mobilização da atenção básica nos municípios.

No caso da RUE na RMSP foi identificado o desenvolvimento de novas estruturas de gestão federal, como salas de situação e colegiados de secretarias ministeriais de gestão da RUE; o desenvolvimento de uma rede apoio institucional regionalizado federal, amplificada por redes de apoiadores pelos COSEMS/SP e os Fóruns Regionais de Rede. Entre estes, destacam-se: os instrumentos organizativos que ultrapassaram os ciclos de um governo, como a criação de novas carreiras públicas para profissionais de saúde nos Pontos de Atenção da RUE, no nível local da RRAS da Cidade de São Paulo; incorporação aos planos nacional e municipais de saúde e nova modelagem dos contratos de gestão com hospitais gerenciados por Organizações Sociais (OSs), incorporando indicadores, dispositivos de gestão da clínica e gestão participativa apontados nos normativos da RUE.

6.1.4. Posicionamento dos atores federativos

Movimentos similares, quanto ao posicionamento dos atores, foram identificados na análise de ambos os casos. Primeiro, identificou-se um encontro de agendas comuns entre os entes federativos. No caso do PIACM/PNCM, de um lado, o enfrentamento da endemia, do outro, o impulsionamento de um processo em curso de descentralização da gestão das endemias e controle de doenças combinados com o fortalecimento da atenção básica na Amazônia Legal. Especificamente, em relação aos atores federativos da Amazônia Legal, chama a atenção a singularidade da região para os dois processos: a regionalização e o fortalecimento da atenção básica. Na mensagem pública para os fóruns de negociação isso se traduz na exigência de reconhecimento do chamado fator amazônico, que significou, segundo estes, a necessidade de recursos diferenciados para uma região excluída e com aspectos geográficos que dificultavam o trabalho logístico das equipes de saúde.

No caso da RUE, as agendas se encontram no sentido de um lado enfrentar a demanda e precariedade assistencial no ambiente da urgência e emergência, e sua realidade epidemiológica e, ao mesmo tempo, contribuir para o processo de indução das Redes Regionais de Saúde que, no caso estudado da RMSP, vinham em processo de desenvolvimento pelos estados e municípios. Os investimentos da RUE foram enxergados como uma oportunidade de reequilíbrio dos tetos financeiros de média e alta complexidade de estados e municípios na RMSP.

Este encontro e os movimentos confirmam que a convocatória pública inicial dos entes federativos e a sua mobilização permanente nos fluxos de aprendizado constituíram uma coalizão de defesa em ambos os casos, envolvendo, fundamentalmente, as três esferas de governo. Esta coalizão de defesa sustenta a implementação das duas políticas.

6.1.5. Arranjos interfederativos regionais

Novos arranjos interfederativos regionais e o fortalecimento de arranjos pré-existentes foram confirmados em ambos os casos. No caso do PIACM/PNCM identifica-se como arranjos pré-existentes a CIT e CIBs, com características de pactuação do processo de implementação. Estas são responsáveis pelas portarias

nacionais que normatizam os instrumentos de implementação. No nível regional, as CIBs são responsáveis por um instrumento de programação de recursos e metas entre os entes federativos, a PPI-ECD, e um papel certificador da capacidade de um ente em assumir a gestão do controle de endemias para munícipios e estados. Elas têm como objeto a pactuação da gestão da política e dos seus instrumentos de implementação. Sua institucionalidade advém de marcos legais que ultrapassam o ciclo de governos federais, estaduais e municipais. Seus membros são diretamente indicados pelos chefes de governo, nos casos das esferas federal e estaduais, ou indicados por secretários municipais de saúde, no caso das representações do CONASEMs.

Ainda na análise dos dados do PIACM/PNCM, uma série de arranjos colegiados, que não estavam pré-definidos, constituíram-se em aprendizados durante a implementação. Todo este arranjo se caracterizou como de cogestão interfederativa da implementação da política de saúde. São eles, as coordenações estaduais do PIACM/PNCM, os Grupos de Trabalho das Cartas de Compromissos de atuação nas divisas estaduais, com característica regional, envolvendo governo federal, dois estados e municípios da divisa interestadual, e as Comissões Tripartites de Descentralização. Também são identificados arranjos de composição tripartite, com a participação de outros atores que não apenas os entes federativos. São os CTA-PIACM/PNCM nacional e CTAs-PIACM/PNCM estaduais, com a composição por técnicos de instituições de formação e pesquisa e sociedades de especialidades médicas, e os Grupos de Trabalho ou Forças Tarefas locais formadas por MS, INCRA, IBAMA somadas a representantes de estados e municípios.

No caso dos arranjos interfederativos citados, o processo de indicação e institucionalidade são dependentes de cada ciclo de governo das três esferas. Sua existência é determinada por portarias, resoluções ou despachos administrativos de órgãos federais, e seus membros indicados por determinação do Ministério, ou de Secretarias estaduais e municipais. Considera-se que os arranjos interfederativos observados se concentram na dimensão de gestão da política. Há duas exceções entre as listadas acima, quando o objeto principal é a gestão da rede e de serviços: as Comissões Tripartites de Descentralização e os Comitês intersetoriais de coordenação de ações nos assentamentos rurais.

No caso da RUE se destacam entre os arranjos interfederativos regionais já existentes e valorizados: as Coordenações Intermunicipais do SAMU; Grupos de

Trabalho Bipartite e outros arranjos de coordenação das centrais de regulação; fundações públicas intermunicipais, consórcios públicos intermunicipais, Comissão Intergestora Regional (CGRs/CIRs) e os Comitês Gestores de Atenção as Urgências e Emergências. Entre os novos arranjos criados no processo de implementação da RUE se destacam: o Grupo Condutor da RUE, Complexo de Regulação regional e aqueles de inciativas dos entres federativos locais, como o Fórum de Redes da RRAS da Cidade de São Paulo e Conselhos Gestores de serviços de referência regionais. Em todos os casos, a composição é formada por membros indicados pelos Secretários de saúde, com baixa representação política. Consequentemente, são dependentes dos ciclos de governo de cada uma das esferas federal, estadual municipal.

Um destaque especial aos Grupos Condutores Estaduais e Regionais da RUE, como instâncias permanentes de compartilhamento da gestão do processo implementação da RUE. A composição tripartite, para arranjos regionais no interior de um mesmo estado, foi considerada inovadora para aquele momento de desenvolvimento da regionalização do SUS. Seus membros são indicados pelos dirigentes de Ministério e secretarias, referendado em resolução da CIB. A RUE também garante aos CGR/CIR protagonismo e conteúdo concreto com a elaboração dos planos regionais, especialmente observado na RMSP. No caso estudado, foi relatado o abandono pelo governo federal destes arranjos após o período estudado. Mesmo assim, os CGRs e Grupo Condutor estadual da RUE permaneceram como um mediador permanente do desenvolvimento da política no território, com uma composição bipartite. Reconhece-se que a sua atuação passa a ser mais limitada, em função da interrupção de demais instrumentos federais de implementação, sobretudo pela ausência de novos aportes financeiros e de apoio técnico institucional.

Assim como a intersetorialidade está presente na análise do PIACM/PNCM, dois temas necessariamente intersetoriais e que impactam fortemente na RUE são observados nos PAR das RRAS da RMSP: violência contra a mulher e acidentes de trânsito. Mas não foram observados registros de criação ou fortalecimento de arranjos interfederativos regionais intersetoriais, em relação aos dois temas. Em relação à violência contra a mulher, além dos esforços de qualificação do setor saúde, tanto na vigilância quanto nos Pontos de Atenção, há menção as articulações com a sociedade para fortalecer o enfrentamento ao tema

nos PAR (Mananciais, São Paulo, Alto Tietê, ABC). Em relação à prevenção de acidentes de trânsito os principais registros decorrem de ações municipais, em especial Guarulhos (RRAS Alto Tietê), São Bernardo do Campo (RRAS ABC) e a cidade de São Paulo (RRAS Cidade de São Paulo), em torno do projeto Viva Trânsito (295).

6.1.6. Desafios e contenciosos federativos

A questão do financiamento, seja em relação aos recursos federais para estados e municípios, seja de estaduais para municípios, aparece como um contencioso não superado ao longo da implementação de ambos os casos. Este contencioso, a respeito do financiamento, é descrito tanto em relação ao volume de recursos, subfinanciamento, quanto à complexidade da sua distribuição e acesso.

No PIACM/PNCM, além do montante do volume total de recursos empregados na Programação Pactuada Integrada para Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), manteve-se, como contencioso ao final do período estudado, a necessidade de revisão dos parâmetros de cobertura populacional por equipe do PACS e PSF para a Região Amazônica e a necessidade do estabelecimento de um teto financeiro variável para os municípios com situação de populações flutuantes, principalmente àqueles que detêm assentamentos rurais.

Além das questões relacionadas ao financiamento, outros contenciosos persistiram ao longo da implementação, e ao final do período estudado do PIACM/PNCM. Destaca-se, como primeiro deles, a questão de recursos humanos e outros recursos federais descentralizados. Enquanto estados e municípios questionavam a redução da participação da força de trabalho do Ministério da Saúde, o governo federal questionava o sucateamento e desvio de finalidade, no uso de bens móveis cedidos pela Funasa/governo federal. Em segundo, a desmobilização das ações municipais em decorrência da redução no número de casos de malária no munícipio, após a implementação do PIACM/PNCM.

No caso do PIACM/PNCM alguns desafios consensualmente apontados pelos entes federativos foram identificados. Primeiro, a necessidade de consolidação de todo o processo técnico e político já desenhado para as ações conjuntas entre MS, IBAMA e INCRA nos assentamentos federais, bem como estendê-los para as estruturas responsáveis quanto aos assentamentos em terras estaduais, O segundo,

o controle da malária em áreas de divisas entre estados e fronteiras entre países. Terceiro, a garantia de que os estados pudessem ter acesso às informações de estados vizinhos; bem como munícipios entre divisas e estados diferentes. Quarto, ampliar a articulação intersetorial envolvendo escolas, creches e universidades, a partir das coordenações estaduais do PIACM/PNCM. Quinto, o aprimoramento das ações de controle vetorial por meio de ações de manejo ambiental, em especial para as realidades da malária urbana. Sexto, a necessidade de garantir um serviço de diagnose rápida para os casos de malária em comunidades mais suscetíveis e de difícil acesso. Sétimo, a fragmentação entre muitos dos serviços de diagnóstico, vigilância e o conjunto da rede de saúde do município, em especial à atenção primária de saúde. Oitavo, o melhor acompanhamento da questão da aderência aos esquemas de tratamento empregados e a possíveis falhas terapêuticas.

No caso da RUE, uma série de contenciosos e desafios federativos foram observados. Em relação à gestão da política de saúde, são eles: o subfinanciamento federal, o não cofinanciamento estadual, o conflito entre a divisão administrativa estadual e as RRAS, instrumentos cooperativos de gestão com sustentabilidade indefinida, a gestão do trabalho com fragilidade nas carreiras e a falta de mobilidade regional. Em relação à gestão da rede, a fragmentação entre as redes temáticas, desintegração do GRAU, SAMU e Hospitais de referência, levando, inclusive, a ação do Ministério Público (MP) no questionamento sobre a disputa entre serviços pré-hospitalares móveis. Também se registra a baixa regulação dos Hospitais Universitários, prontuários eletrônicos não interoperáveis e a instabilidade das gerências dos Pontos de Atenção.

6.1.7. Deslocamento de poder

A implementação PIACM/PNCM e da RUE na RMSP geraram deslocamentos de poder. Este dado é confirmado em ambos os casos estudados. Esse deslocamento de poder foi provocado e sustentado pelos instrumentos de implementação tensionados e negociados pelos entes federativos. Identificou-se, na análise dos casos estudados, que os arranjos institucionais interfederativos regionais, fortalecidos ou construídos ao longo da implementação, foram *lócus* de interação, contribuindo para os deslocamentos de poder.

Em ambos os casos, confirma-se que os deslocamentos geraram um maior compartilhamento do poder político, administrativo e técnico. Também que, mesmo sob este efeito, não se superou a fragilidade da sustentabilidade das ações diante de quem detém o poder político sobre os instrumentos de implementação e sua capacidade de interromper ou ampliar um conjunto de ações. No caso do PIACM/PNCM, isto se mostrou evidente nos relatos sobre as decisões decorrentes de alternâncias, sobretudo de governos municipais, mas também registrados nos estaduais, com o desmonte de equipes, de estruturas, de arranjos de governança e de ações. No caso da RUE na RMSP, registra-se decisões do governo federal, após o final do período estudado, em interromper os instrumentos organizativos e financeiros, bem como abandonar os arranjos interfederativos regionais. Ao mesmo tempo, em ambos os casos, os registros observados apontam para o poder político com uma capacidade de acelerar a execução das ações, mobilizar equipes, instituições, estruturas, sociedade e comunidade para implementar as políticas. Em ambos os casos houve a valorização do envolvimento e mobilização do poder político, visto como um elemento decisivo para a sua sustentabilidade.

Os registros analisados, em ambos os casos, revelam deslocamentos de poder provocados por arranjos interfederativos. Eles aconteceram, desde a dimensão da gestão da política de saúde até no nível da reorganização dos processos de trabalho das equipes, nos Pontos de Atenção e nas ações de vigilância. Em relação à gestão da política de saúde se destacam os deslocamentos de poder do nível federal, quase absoluto no início da implementação da PIACM/PNCM no controle da malária na Amazônia Legal, e seu compartilhamento com os demais entes federativos até o fortalecimento de arranjos interfederativos no nível de Regiões de Saúde, como na RUE da RMSP.

Em relação ao poder técnico, no nível de definições estratégicas, observa-se um deslocamento dos processos de definição técnicas para um arranjo interfederativo nacional em ambos os casos: o Comitê Técnico Assessor (CTA-PIACM/PNCM) e o Comitê de Mobilização Social e Especialistas da RUE (CTA-RUE). Se de um lado, este arranjo deslocou o poder técnico de uma burocracia técnica federal e suas relações estabelecidas com especialistas e instituições, ao mesmo tempo, reforçou a legitimidade do exercício do poder técnico destes arranjos e seus membros. Isto aconteceu à medida que a formalização da criação deste arranjo, com a incorporação dos entes federativos e o convite às instituições de

pesquisa e sociedades de especialidades, provocou a institucionalização dos seus processos, a ampliação da transparência dos mesmos e a capacidade de interlocução e influência com outras redes de construção de diretrizes técnicas sobre os temas, em especial, com as instituições de pesquisa e sociedades de especialidades. No caso PIACM/PNCM se observa a criação destes CTAS-PIACM/PNCM nos estados em formatos tripartites. O mesmo não é observado na RUE na RMSP, com o poder técnico deslocando-se para o Grupo Condutor da RUE estadual e regionais, e seus membros e equipes. Registra-se que os GCRs da RUE passaram a ter a capacidade de mobilizar especialistas que compõe o CTA da RUE ou indicados, a partir da presença do Ministério da Saúde e da Secretaria estadual de SP nestes arranjos tripartites.

Como já afirmado, a reorganização dos processos internos dos serviços de saúde promove o deslocamento do poder técnico para novos atores profissionais. Em ambos os casos, estes atores assumem protagonismo nas novas modelagens organizacionais dos Pontos de Atenção e no planejamento da execução de ações de vigilância. Isso acontece a respeito dos profissionais que interagem nas ações de diagnóstico, tratamento e análise epidemiológica no PIACM/PNCM, seja com os localizados nos serviços de atenção, seja nos fluxos de planejamento, controle de qualidade e avaliação da rede. Na RUE da RMSP, este poder é deslocado para os trabalhadores que assumem uma inserção horizontal de trabalho na grade de divisão de plantões no ponto de Atenção, para aqueles que se apropriam da difusão das ferramentas de gestão da clínica ou que assumem os postos de regulação interna dos serviços, nos NIRs, ou na regulação do acesso à rede, nos complexos reguladores e demais arranjos interfederativos de regulação do acesso e da ocupação dos serviços da RUE.

O deslocamento do poder administrativo, na análise de ambos os casos, reúne um número significativo de evidências do fortalecimento dos arranjos interfederativos constituídos ou valorizados. No caso PIACM/PNCM, destacam-se as novas coordenações estaduais e municipais de vigilância e controle de endemias, que passam ter poder de emitir normas, contratar recursos, e mediar ações, antes quase exclusivas das estruturas federais; as Comissões Intergestores bipartites (CIBs) que passaram a ter poder administrativo na construção e aprovação da PPI-ENDEMIAS, e na certificação de entes federativos para receber e operar recursos; as Comissões Tripartites de Descentralização, que assumem o destino e

gerenciamento de recursos antes uma ação exclusiva federal. No caso da RUE da RMSP, destacam-se os Grupos Condutores Regionais e os CGRs/CIRs ao assumirem o poder de aprovar serviços a serem incluídos nos PAR e nas etapas de certificação, influenciando nos recursos mobilizados. Outro destaque são os arranjos interfederativos regionais de regulação do acesso e da ocupação dos Pontos de Atenção vinculados a RUE, a partir de instrumentos regulatórios, como a Grade de Referência Pactuada na RRAS da Cidade de São Paulo e o conceito de Vaga Zero, e de instrumentos organizativos, como o sistema informatizado de regulação de leitos e de portas de acesso aos serviços vinculados a RUE.

Novas relações de poder, não somente deslocamentos, foram promovidas na implementação de ambos os casos. Considera-se que estas novas relações de poder se estabeleceram ou potencializaram-se pelo fato de novos atores, processos e etapas de implementação terem entrado em cena. Foram provocadas, seja pelos novos arranjos interfederativos fortalecidos ou criados junto com os instrumentos de implementação, seja pela reorganização dos processos de trabalho das equipes. Uma, entre várias evidências já descritas dessas novas relações, no caso do PIACM/PNCM, está nas novas relações estabelecidas entre estruturas federais do INCRA, MMA e Ministério da Saúde, as coordenações estaduais e municipais da saúde e os atores comunitários locais nos territórios de assentamento rural, a partir de comitês de ações intersetoriais nos assentamentos e das novas regras de licenciamento sanitário e ambiental. No caso da RUE na RMSP, as relações entre os arranjos interfederativos dos complexos regulatórios e as direções e equipes dos serviços regulados, a partir da nova Grade de Referência pactuada, da concertação entre serviços pré-hospitalares móveis, do conceito de Vaga Zero e do sistema informatizado. Soma-se a isso, o fato do Grupo Condutor Regional Tripartite, e não mais o Ministério da Saúde e a Secretaria estadual, ter um papel em etapas da definição das destinações recursos para grandes hospitais de referência, como os Hospitais Universitários.

Além de deslocamentos e novas relações, uma nova composição de autoridades e redes de força, com a capacidade de mobilizar pessoas, procedimentos, recursos e dispositivos se constituíram em ambos os casos, como já descrito. Em ambos os casos, é observado um deslocamento da autoridade federal e central para um conjunto de autoridades estaduais e municipais a partir dos seus lugares nos arranjos interfederativos de gestão da política e das redes. São chefes

de governo, secretários, membros dos arranjos interfederativos regionais. Destaca-se, em ambos os casos, um fortalecimento da relação com instituições de pesquisa, sociedade de especialidades, pesquisadores e especialistas a partir dos CTAs já listados, estabelecendo uma relação de fortalecimento mútuo entre produção da política e produção de conhecimento, ciência e formação de profissionais.

Como observado em ambos os casos, muitas vezes hospitais públicos e privados de excelência, como os universitários ou hospitais ligados ao PROADI, e os serviços de referência técnica, como centros de controle de qualidade de diagnósticos para malária, afirmam-se como novas autoridades técnicas, constituindo novas redes de força em torno das suas relações.

Esta multiplicidade de autoridades parece contribuir para potencializar o alcance da implementação e, ao mesmo tempo, para produzir exercícios de resistência e contrapesos às operações de desmonte, sobretudo no território. Mesmo com a supremacia do poder político para decisões que podem estabelecer obstáculos, desmonte, interrupção de ações, os arranjos interfederativos regionais que interagem com mais intensidade com esta multiplicidade de autoridades parecem ser os mais resilientes, segundo os registros observados nas fontes analisadas de ambos os casos. Ao mesmo tempo, observou-se, a partir da análise dos dados de ambos os casos, a capacidade do poder político em interagir positivamente com esta multiplicidade de autoridades, no sentido de acelerar a ações e compromissos, amplificando a capacidade de implementação.

6.1.8. Sujeitos que emergem

O fortalecimento e a emergência de novos sujeitos ao longo da implementação da política foi observado na análise de ambos os casos. Em ambos, os novos sujeitos surgem entre os membros dos novos arranjos interfederativos, pela reorganização dos processos de trabalho nos serviços e dos Pontos de Atenção, e pelo lugar que ocupam com os espaços de implementação e fluxo de aprendizado da política. No caso do PIACM/PNCM os dirigentes e profissionais nas estruturas estaduais e municipais de vigilância e controle endemias; os trabalhadores das endemias, em especial os oriundos das estruturas verticais da SUCAM, Fundação SESP, FNS, FUNASA; os profissionais de saúde que assumem os papéis-chave na centralidade da estratégia do diagnóstico e tratamento precoces,

como microscopistas, analistas de sistema de informação; os pesquisadores e instituições de pesquisa em malária na região; e os trabalhadores da atenção primária e saúde. No caso da RUE na RMSP, os membros dos Grupos Condutores da RUE; os apoiadores institucionais do Ministério da Saúde, do COSEMS-SP e na prefeitura de São Paulo; os dirigentes e os trabalhadores membros dos arranjos interfederativos de regulação; os trabalhadores do SAMU e os trabalhadores que atuam permanentemente ou no apoio técnico nos setores de urgência e emergência, ou nos serviços, sobretudo, hospitalares, que compõe a RUE.

Em comum, são indivíduos e coletivos que interagem no plano concreto, nas relações de poder e no plano simbólico; que ampliam sua visão do objeto, constroem ou solidificam novos conhecimentos, os traduzem para vocabulários próprios, negociam, aprendem e se constituem ao longo do processo de implementação. A implementação amplia suas capacidades de análise e de intervenção, sendo que, os arranjos interfederativos fortalecidos ou os novos construídos, contribuem para o envolvimento e a articulação destes sujeitos que emergem ou se fortalecem. Muitas vezes, os arranjos interfederativos regionais são o *lócus* onde se constituem ou interagem. Ao mesmo tempo, registra-se baixa permeabilidade destes arranjos aos vários sujeitos que emergem ou são valorizados, em ambos os casos. Considera-se que este pode ser um dos limites destes arranjos, em expandir e sustentar suas ações e poderes deslocados, aumentando a dependência em relação ao poder político exercido por chefes de governo ou pela necessidade de marcos legais ou estruturas administrativas permanentes.

6.1.9. Tecnologias de Governo produzidas

Novas racionalidades para uma política e tecnologias de governo que as tornam operáveis foram produzidas na implementação, confirmando esta hipótese, em ambos os casos estudados. No caso do PIACM/PNCM uma nova racionalidade no enfrentamento da malária se afirmou. Esta racionalidade tem como base alguns elementos: a) a mobilização política dos atores interfederativos e das comunidades; b) uma ação multisetorial impactando sobre as determinantes sociais de saúde; c) a centralidade no cuidado ao ser humano. No caso da RUE, inovou-se com a primeira oferta concreta que buscou induzir as Redes Regionais Temáticas de Atenção à

Saúde, tendo como elementos de racionalidade: a) a compreensão de redes integradas de serviços, a partir de uma atenção básica fortalecida b) a afirmação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, c) a construção interfederativa.

Identifica-se, na análise de ambos os casos estudados, que tais racionalidades produzem ou mobilizam um conjunto de dispositivos que se tornam operáveis na indução de condutas sobre os indivíduos, coletivos e instituições. No caso do PIACM/PNCM, buscou-se organizá-las nos grupos que dialogam com as racionalidades e o programa de governo já descritos. Um primeiro grupo de dispositivos/tecnologias relacionava-se com a integração intersetorial, entre eles, os atos normativos e dispositivos associados que buscavam pela integração na atuação do Ministério da Saúde (MS), Ministério Desenvolvimento Agrário (MDA) e Ministério do Meio Ambiente (MMA) nos territórios de assentamento rural em terras federais e nas áreas de proteção ambiental em terras federais; entre eles, a emissão do Atestado de Aptidão Sanitária para as áreas de novos assentamentos. Em um segundo grupo, engloba a condução da descentralização e da regionalização das ações de controle de endemias, com: a) a normatização da Gestão de Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, e a Programação Pactuada Integrada PPI-ECD, b) o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFEC. Um terceiro grupo de dispositivos/tecnologias buscou induzir a implementação do diagnóstico e tratamento precoce, e a sua integração com a atenção básica: a) diagnóstico e tratamento precoce de base comunitária com a instalação de ponto de diagnóstico utilizando-se de estruturas comunitárias pré-existentes b) o CTA-PIACM/PNCM unindo gestores interfederativos e ciência. C) regras de expansão do PACS/PSF depois ESF, na Amazônia Legal.

No caso da RUE, divide-se em quatro grupos. O primeiro buscou mobilizar os entes federativos para a cooperação: CGRs/CIRs; Grupo Condutor Regional e estadual, arranjos interfederativos do complexo regulador, consórcios públicos e fundações públicas intermunicipais. O segundo, apoiar as equipes para a implementação de mudanças: ferramenta do apoio institucional, como mais uma estratégia de cogestão da implementação da política. O terceiro, induzir à integração de equipes e serviços pela regulação das assistências e de seus dispositivos, o complexo regulador, a grade de regulação, seus parâmetros e critérios; pelo sistema informatizado de acesso e controle dos leitos hospitalares, o NIR; e pela regulação intra-hospitalar. O quarto grupo, um conjunto de tecnologias e dispositivos que

provocaram mudanças de conduta no interior dos serviços, reorganizando os processos de trabalho das equipes e serviços que aderiram a RUE, por meio de diretrizes e ferramentas de construção da clínica ampliada em todos os Pontos de Atenção, e da gestão da clínica na atenção hospitalar; pela exigência de equipe interdisciplinar e atuação multiprofissional (atenção básica, salas de estabilização, atenção domiciliar); pela obrigatoriedade de equipe horizontal na atenção hospitalar; pela constituição de equipe de referência para os casos e gestão de leitos nos componentes hospitalares (UCOs, Centros de AVC, Centros de Trauma, Enfermaria/Leitos de Curta e Longa Permanência e UTIs); pelas ferramentas de alta responsável; pela incorporação de Projetos Terapêuticos singulares (Hospitais/Enfermarias de Longa Permanência); pelas estratégias de educação permanente (todos os componentes): Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar (Hospitais estratégicos); pelo Núcleo Interno de Regulação, com a adoção de protocolos de acolhimento e classificação de risco: medidas de segurança para o paciente; pelas estratégias de desospitalização com percentual mínimo de cobertura da atenção básica e financiamento para as equipes de acompanhamento da internação domiciliar.

Chama a atenção, no caso da RUE, o fato de que muitas tecnologias de governos, sobretudo as que se tornaram operáveis na dimensão da reorganização dos serviços, serem apropriadas e reproduzidas por atores privados que compõe ou interagem com a rede de atenção à saúde e seus gestores. Isso aconteceu com os Hospitais privados considerados de excelência e parte do Projeto PROADI/SUS, que interagiram e se apropriaram dos processos de qualificação e apoio técnico a gestores e equipes dos Pontos de Atenção que compõe a RUE, por meio de oficinas, formação de multiplicadores, sistematização de manuais técnicos e experiências. Tais hospitais interagem com uma rede de serviços, equipes e gestores com capilaridade não só na RMSP estudada, mas em todo o país. A sistematização da metodologia de reorganização do modelo nas urgências e emergências reaparece posteriormente, como oferta aos SUS com o selo destes hospitais e sob a coordenação do Ministério da Saúde, como no Projeto LIM das Urgências e Emergências, com uma metodologia ofertada pelos Hospitais do PROADI/SUS (356). Outra tecnologia apropriada e reproduzida por um ator privado, o protocolo Manchester de acolhimento e classificação de risco (357-358), cujo uso, cursos e oficinas de qualificação e certificação de monitores e multiplicadores,

também foi apropriado por um coletivo privado no Brasil, cobrando dos serviços públicos e privados para a sua implantação.

Um terceiro movimento de apropriação e reprodução de tecnologias de governo por entidades privadas se trata de uma maior agilidade dos serviços gerenciados por OSs na RMSP em contratar e qualificar equipes para a reorganização dos modos de organização assistencial nos serviços de urgência, com isso, apropriando-se mais agilmente de algumas tecnologias de governo, como a horizontalização das Grades de Plantões, a composição dos NIRs, a abertura para funcionamento das UPAs 24hrs e leitos de UTI, retaguarda e longa permanência.

Ao mesmo tempo essas entidades privadas desenvolveram uma política própria de recursos humanos com o conjunto de trabalhadores que gerenciam e em relação às urgências e emergências. Este movimento não aconteceu apenas na RUE, ele está presente na implementação de outras redes temáticas (122). Na RRAS Cidade de São Paulo isso é registrado (359), por exemplo, na contratação de profissionais médicos, enfermagem e obstetrizes para apoiar a mudança assistencial do parto humanizado em diversos serviços que compunham a denominada Rede Cegonha, na abertura e contratação de unidades de residência terapêutica e leitos de enfermaria na Rede de Atenção Psicossocial, na abertura dos Centros especializados de Reabilitação na Rede de Pessoas com Deficiência e na recomposição de equipes de unidades especializadas e Atenção domiciliar interligadas com a Rede de Cuidados a Pessoas com Câncer.

Este fato, em primeiro lugar, contrasta com os achados analisados no caso PIACM/PNCM. Neste, as tecnologias de governo identificadas foram produzidas ou apropriadas por entidades públicas, seja por estruturas dos governos federal, estadual e municipal, seja por instituições de pesquisa ou centros de referência de atenção à saúde ou centros de controle de qualidade do diagnóstico público. No caso da RUE, esta apropriação ou reprodução privada abriu a possibilidade de três fenômenos que merecem ser estudados mais detalhadamente. No primeiro, o quanto isso está relacionado ou aprofunda o esvaziamento das estruturas públicas de gestão do SUS, que não só parecem ter uma capacidade instalada e uma legitimidade insuficientes para produzirem e reproduzirem determinadas tecnologias de governo, mas, como também este ciclo parece ser retroalimentado à medida que estas novas tecnologias são produzidas ou reproduzidas pelos entes privados.

Segundo, de forma contraditória, certa resiliência destas tecnologias independente da alternância de governos. Aquilo que foi observado, no caso PIACM/PNCM, em relação à interação de instituições de pesquisa com a resiliência de algumas diretrizes, ações e tecnologia no combate à malária, independente da alternância de governos. Aqui, no caso da RUE, há uma participação adicional de entidades privadas. E terceiro, o processo de mercantilização das tecnologias produzidas que se perpetua mediante contratos de consultoria, compras do poder público e privado de pacotes de manuais e formação que passam a fazer parte dos portfólios de apresentação de OSs e Hospitais Filantrópicos PROADI/SUS na busca por novos contratos junto aos setores públicos e privado. Certamente este fenômeno pode significar mais um componente de complexidades para a governança regional do SUS. A breve análise feita no capítulo anterior, dos processos de regionalização nos Sistema Nacionais Públicos Europeus contemporâneos ao surgimento do SUS, traz uma boa perspectiva comparativa de como a gestão pública interage com este processo de produção, apropriação e reprodução por agentes privados de tecnologias de governo, um aspecto a ser aprofundado em outros estudos.

Os aspectos analisados em relação aos dois casos, a partir das categorias poder, sujeitos e tecnologias de governo, reforçam a compreensão de que a implementação de políticas no campo da Vigilância e Controle de uma endemia ou na constituição de Redes de Atenção não ocorre apenas pelo seu desenho e instrumentos de implementação escolhidos. São exercícios permanentes de repactuação de poder construídos por atores que se reconstituem, ou não, em sujeitos coletivos, que ocupam papéis e espaços de poder diversos no conjunto dos Pontos de Atenção, instituições ou estruturas de gestão, que se abrem mais ou menos para o compartilhamento de poder e a interlocução em rede.

A partir da análise das evidências presentes nos dois casos estudados, considera-se que os arranjos regionais interfederativos serão cada vez mais produtivos e sustentáveis se forem capazes de envolver e articular todos aqueles que se abrem a esse compartilhamento e ação comunicativa. É fundamental que estes tenham mecanismos de permeabilidade à rede de saúde, aos serviços, aos usuários e aos trabalhadores, constituindo-se novos sujeitos ao longo da implementação das políticas. Para além disso, os arranjos regionais interfederativos devem ser, sobretudo, permeáveis às novas autoridades que se constituem com o processo implementação e as redes de força, que surgem em torno delas. Esta

possibilidade parece contribuir para sustentar os deslocamentos de poder e reduzir sua dependência em relação ao poder político que emana dos chefes de governo eleitos, que se alternam nos ciclos de governo nas esferas federal, estadual municipais.

Neste sentido, os arranjos não devem se limitar à representação hierárquica das estruturas administrativas das esferas de governo e dos serviços, embora deva considerar o fator de representação política-administrativa na sua composição. Deve-se priorizar o estabelecimento de compromissos e contratos, temporários ou permanentes com as autoridades e redes de força que se constituem e com os atores que tenham convívio concreto com o processo de trabalho das equipes nos Pontos de Atenção e na execução das ações de vigilância. Para isso, é necessário que outros atores, além daqueles estabelecidos pelas Coordenações Estaduais do PIACM/PNCM, pelas CIBs, CIRs/CGRs ou pelos Grupos Condutores Regionais da RUE, participem da mesa. O aprendizado do CTA tripartite do PIACM/PNCM, dos Comitês intersetoriais dos assentamentos rurais e o Fórum de Redes nas regiões inframunicipais da cidade de São Paulo, com maior ou menor maturidade entre cada um deles, produziu a constituição de grupos mais amplos, alguns de acordo com temas suscitados.

O fato dos arranjos interfederativos regionais não se limitarem à dimensão da gestão da política, mas também se constituírem a partir do desenho inicial ou dos aprendizados tensionados pelos entes federativos na gestão das redes e dos serviços contribuem para esta interação. Ao se construírem nestas dimensões, aproximam-se e tornam-se mais permeáveis aos sujeitos, as demais autoridades de poder e as redes de força que se constituem ao longo da implementação.

No caso dos arranjos do PIACM/PNCM citados, abre-se a possibilidade de interação regional com redes de pesquisadores, visões intersetoriais, atores privados e comunitários não acessados pelos arranjos restritos aos gestores. No arranjo da RUE na RMSP também se permitiu a participação ativa de interlocutores de Pontos de Atenção estaduais que, provavelmente, não seria obtida pelos fluxos hierárquicos usuais ou pelo Grupo Condutor da RUE. Quanto mais aberto, melhor para os diversos agenciamentos produzidos por parte de gerentes, trabalhadores, usuários, e instituições de ensino interessadas em participar, constituindo forças-tarefas de caráter temporário e/ou comitês específicos para questões temáticas,

como observado, de forma diversa, entre os estados da Amazônia Legal e em outras RRAS da RMSP.

O enfrentamento a uma endemia com forte impacto na vida e no desenvolvimento econômico-social regional; questões relacionadas à urgência e emergência; a precariedade dos serviços de assistência; ou questões relacionadas à ocupação urbana, violência na segurança pública, no trânsito, e contra a mulher; são temas que geram debates de alta repercussão pública junto à sociedade. Ao mesmo tempo, esses temas exigem uma repactuação de poder entre atores e instituições. Considera-se que o PIACM/PNCM e a RUE não se consolidaram sem debate público, sem novas interações entre o agir do governo e os espaços onde se constroem as percepções sobre os riscos e as vulnerabilidades que interagem com a saúde na sociedade. Esta é questão importante para conquistar parcelas cada vez maiores da sociedade para a defesa do direito à saúde e, em certa medida, para a defesa do SUS. Também é um ponto fundamental para a ação dos governos hoje, sobre uma sociedade que constrói seus valores, consensos, maioria e hegemonia em uma intensa disputa de posições nas esferas públicas, entrecortadas por instituições, redes sociais de difusão das informações, meios de comunicação e diversos modos de interação.

Apesar de tanto o PIACM/PNCM e a RUE terem iniciado com sinais de forte convocação política e pública de gestores das três esferas de governo e sobre temas de alta repercussão no dia a dia das percepções, pela sociedade, do que é o SUS, a partir das evidências analisadas, observa-se que os processos de implementação não mantiveram a mesma intensidade de interação e agir comunicativo. Seja com usuários e trabalhadores, com setores que constroem opinião sobre o SUS, com os atores que constroem opinião sobre as questões sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais que impactam tanto na dinâmica da malária na Amazônia Legal, como com os atores que impactam nas condições intersetoriais que contribuem para a demanda da urgência e emergência. Aos poucos, a implementação da RUE foi se reduzindo àquilo já alertado por Labra (360): o SUS e seus processos de construção política se transformaram em um conjunto de redes políticas próprias, em uma comunidade política cada vez mais restritiva e especializada.

O mesmo pode-se afirmar em relação ao PIACM/PNCM, embora durante o período estudado tenha se afirmado na manutenção de um grau de mobilização

política nacional pelos chefes de governo das três esferas, na perda de potência no nível local. Aparentemente a ausência de arranjos regionais intermunicipais, que construam um olhar para além do munícipio e um ambiente de cooperação e colaboração regional, contribui para este esvaziamento.

Como já discutido, em ambos os casos ocorreram em momentos históricos diversos do processo de regionalização do SUS, um dos motivos para a escolha para estudo. O caso do PIACM/PNCM se iniciou no primeiro ciclo de arcabouço normativo de regionalização do SUS. A RUE, no último, a partir da institucionalização das Regiões de Saúde e o investimento nas Redes Regionais de Atenção, com todos os aprendizados. Neste sentido, a partir do analisado, no caso da RUE na RMSP, há o risco de reproduzir-se, no processo histórico de regionalização do SUS, a existência de um arsenal normativo, mas com pouca densidade de ação política real (32). Ou, como já citado, um processo de regionalização burocrática, insuficiente para complexidade das interações (31). A manutenção ou expansão do SUS, como se encontra hoje, é contra hegemônica em relação à agenda que dirige as iniciativas dos governos e parlamentos no Brasil e no mundo. A consolidação do controle de endemias, lastreada em ações intersetoriais para os determinantes sociais em saúde, a integração com o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, e a construção das Redes de Atenção e de cuidado não fragmentado são contra hegemônicas em relação ao SUS existente. Portanto, não será possível consolidá-las, caso a sua própria implementação não provoque um debate público de maior intensidade com atores políticos e sociais e com os meios de interação onde as escolhas estão sendo realizadas, superando a conformação de uma comunidade política restrita.

Novos pactos e arranjos regionais não podem incorrer no equívoco de se tornarem *lócus* exclusivo de certa burocracia estatal, formalmente indicada pelo gestor, mas que pouco interage com os reais processos decisórios da política de saúde. Também não devem ficar distante de outros setores governamentais ou da sociedade, que impactam na realidade da saúde, e nem das arenas públicas, onde se consolidam as percepções da sociedade sobre a saúde.

Elementos disso são observados nos casos estudados. No PIACM/PNCM, a fragilidade da sustentabilidade das ações de acordo com a alternância de governos municipais e das decisões locais de responsáveis de órgãos intersetoriais. No caso da RUE, a ausência de protagonismo ou funcionamento

regular do Comitê de Urgência e Emergência e a não interação, dos arranjos constituídos pela RUE, nos debates públicos ocorridos com o perfil do atendimento na urgência e emergência. No caso da RUE, citamos aqui três exemplos registrados, relativos ao período estudado, sem registro de participação dos seus arranjos: (a) o Decreto do Governo do Estado que passou ao SAMU a responsabilidade de atendimento e remoção de vítimas de homicídios em ocorrências policiais, envolvendo o debate sobre violência policial e direitos humanos; (b) a discussão na sociedade e os desencontros entre instâncias estaduais e municipais de governo sobre os limites de controle da velocidade nas vias, os seus impactos sobre os serviços de urgência e emergência, e a saúde pública; (c) ausência nas articulações intersetoriais sobre o enfrentamento da violência contra a mulher, incluída a expansão da notificação obrigatória da violência sexual pelas portas de entrada dos serviços de urgência e emergência.

6.2. Os achados nos dois casos e os desafios do fortalecimento da regionalização e da governança regional do SUS

Em capitulo anterior, aspectos do processo de regionalização no SUS, suas complexidades inerentes ao nosso sistema nacional de saúde e desafios, foram analisados. Busca-se correlacionar esta análise com os achados identificados em ambos os casos estudados, confirmando-se ou não este desenvolvimento teórico prévio.

Um primeiro eixo desta análise trata das características do desenho institucional da governança regional no SUS e sua evolução histórica. Chama a atenção, que nos dois casos estudados, como já destacado, ocorreram em momentos históricos diversos da evolução do desenho institucional da regionalização do SUS. Não à toa, no caso do PIACM/PNCM, observa-se a ausência da Região de Saúde como unidade territorial do conjunto dos instrumentos de implementação e arranjos interfederativos. Não há também menção a arranjos interfederativos de base regional pré-existentes.

Ao mesmo tempo, a própria necessidade desenvolvida pela atuação dos entes federativos, ao longo da implementação, acaba por desenvolver arranjos que ultrapassam a unidade territorial do município. Um dos exemplos são os arranjos interfederativos regionais para enfrentamento da malária em divisas de estados. Além disso, observa-se a interação entre estruturas estaduais de regionalização e um processo de coordenação de ações que ultrapassam os limites municipais, inclusive motivadas por questões logísticas, fluxo de transporte em áreas rurais e ribeirinhas ou epidemiológicas percebidas pelos atores dos entes federativos. Mesmo inexistindo uma instância regional de negociação e pactuação naquele corte histórico, há relatos de uma construção regional da PPI, nos casos estudados, embora ainda utilizando o município como unidade territorial para estabelecer metas e divisão de recursos.

O caso da RUE acontece no contexto pós Pacto pela Saúde (24) e concomitante ao Decreto 7508/2011 (5), que estabeleceu os conceitos de Região de Saúde. Nas fontes analisadas foi observada como a primeira oferta federal estruturada de indução da formação de Redes Regionais de Atenção. Por isso, o processo de implementação da RUE se depara com um conjunto de arranjos interfederativos regionais já existentes, fortalece-os e traz novos conteúdos aos

CGRs/CIRs, contribuindo para a sua consolidação. Também instituiu a inovação do Grupo Condutor Regional tripartite (federal, estadual e municipal) e, ao longo da sua implementação, novos arranjos interfederativos regionais são desenvolvidos, a partir de necessidades e decisões apontadas pelos entes federativos regionais. Como registrado, vários deles surgem, inclusive a partir dos CGRs/CIRs ou Grupo Condutor Regional. Como já descrito, o fato de o instrumento financeiro induzir um pacto no âmbito da região de saúde, através da elaboração do PAR, sua pactuação, e aprovação, no âmbito do CGRs/CIRs, e sua gestão e acompanhamento pelo GCR da RUE, arranjo interfederativo tripartite regional, contribuiu para a valorização da Região de Saúde como unidade territorial e dos arranjos que nela surgem.

Os achados identificados em ambos os casos confirmam a análise de como o desenho institucional da regionalização, em determinado momento histórico do desenvolvimento do SUS, influenciou as características dos arranjos regionais interfederativos. Entretanto, as tensões desenvolvidas pelos entes federativos, a partir das suas necessidades, ampliam as possibilidades e limitações deste próprio desenho institucional. Uma delas é o surgimento de arranjos regionais, no caso do PIACM/PNCM, quando a Região de Saúde ainda não era adotada como unidade territorial pelos vários instrumentos de implementação. Outra, a ampliação em relação ao desenho administrativo da RRAS e aquilo que é assumido como arranjo regional, como é o caso das várias RRAS que compõe a RMSP e os arranjos que surgem para coordenar ações entre elas. Por fim, o surgimento de arranjos interfederativos que superam a dimensão apenas da pactuação e gestão da política, avançando para a gestão da rede e dos serviços, indo além do desenho institucional da governança regional do SUS estabelecida naquele momento.

A análise de ambos os casos confirma que, para além das características e insuficiências do desenho institucional de regionalização, um conjunto de complexidades no âmbito do SUS impõe limites ao processo de regionalização e fortalecimento da governança regional no SUS. Apontamos, em capitulo anterior, como tais aspectos impactam na regionalização do SUS. O primeiro aspecto, a caracterização dos fluxos de pacientes e das populações no interior das Regiões de Saúde. Seus trajetos de busca de serviços de saúde, a incompatibilidade ou não dos seus horários e horários de funcionamento dos serviços. Ambos influenciados pelas dinâmicas de ocupação territorial pela população e sua mobilidade no território, que trazem complexidades tanto para as ações de prevenção, vigilância, diagnóstico e

tratamento precoce, no caso do PIACM/PNCM Amazônia Legal, quanto ao acesso e cuidado continuado, na RUE na RMSP.

Segundo aspecto, a necessidade de caracterização multiescalar dos territórios. Elas são determinadas pelas caraterísticas sociais, econômicas, políticas, culturais e da própria organização das redes e das divisões administrativas do SUS. Destaca-se aqui, a interação das divisões administrativas do SUS com suas divisões, outras políticas públicas no mesmo território e as relações com os arranjos de governança regional.

No caso do PIACM/PNCM Amazônia Legal fica evidente que há um conjunto de escalas territoriais que nem sempre coincidem com as divisões administrativas regionais existentes naquele momento ou mesmo com as que surgiram posteriormente. Evidenciou-se quanto a limitação de coordenações estaduais e municipais, por mais que fosse um avanço para aquele momento histórico de concentração da coordenação das ações pelo ente federal, eram insuficientes para a coordenação de dinâmicas regionais e supramunicipais. Outra questão, referente ao próprio território na necessidade de constituição de novos arranjos, tem a ver com as áreas de fronteiras entre países, de divisas entre estados, de limites entre municípios, faz com que os entes federativos do território construam novos arranjos.

Outro exemplo são as dinâmicas de transmissão e evolução regionais da endemia, influenciada por atividades econômicas, deslocamentos populacionais, padrões sociais e culturais de ocupação do território, ou recortes a partir da dinâmica logística com suas ações redesenhadas, superando munícipios ou estados como unidades territoriais: a organização de equipes por rios, estradas, pelo desafio de controle da endemia em uma determinada região, ultrapassando estas unidades territoriais. Sem contar o fato de processos e dinâmicas que ultrapassam a divisão das Regiões de Saúde, dos estados, no caso da Amazônia, gerando dinâmicas entre os próprios países que compõe a Amazônia Sul-Americana, e exigindo arranjos interfederativos e intersetoriais nacionais, bem como articulações internacionais.

Outras escalas territoriais são estabelecidas a partir de temas que ultrapassam a saúde e o SUS, como a questão intersetorial de ocupação de assentamentos e áreas de proteção ambiental ou as atividades econômicas, legais e ilegais, da Amazônia Sul-Americana que impactam na ocupação do território e do

controle da endemia. Disto surgem arranjos intersetoriais com o IBAMA, o INCRA, o Ministério da Saúde; o Fórum permanente de diálogo entre Presidente, Governadores e Prefeitos e as cooperações internacionais, neste caso no âmbito do Roll Back Malária (262) e projeto Ravreda (263) em interação com a OPAS.

O mesmo é observado no caso da RUE da RMSP, onde as necessidades de arranjos e coordenações superam as divisões administrativas da Região de Saúde pré-estabelecida. *A priori*, tal necessidade já emerge com a divisão da RMSP em várias RRAS, sendo a cidade de São Paulo uma RRAS própria. Ao longo da implementação da RUE, surgem arranjos que superam as divisões das RRAS no contexto da RMSP, como as citadas coordenações entre centrais do SAMU, relação entre GT bipartites de regulação, Hospitais de referência, cuja exigência estabelecida pelas normas da RUE é ter, pelo menos, 10% dos atendidos originais de outros municípios. Reforça-se, como descrito, que outras dinâmicas ultrapassam a escala territorial das RRAS da cidade de São Paulo e da própria RMSP. Elas impactam o quadro epidemiológico da Urgência e Emergência, como o tema da violência urbana e no trânsito, a poluição ambiental, deslocamentos populacionais em toda a RMSP e o seu entorno, e a geografia da demanda de encaminhamento para hospitais de referência estaduais e nacionais presentes na RMSP.

Em dimensão inversa, há também dinâmicas próprias em escalas inframunicipais, como as regiões inframunicipais na RRAS da Cidade de São Paulo e a constituição de arranjos em Regiões de Saúde inframunicipais, como é o caso do Fórum de Redes, arranjo bipartite, cujas características foram destacadas nos dados pesquisados. O que se observa em ambos os casos, à medida que os entes federativos assumem esta necessidade e vão construindo outras escalas de articulação territorial e regional, é que novos arranjos interfederativos são constituídos, podendo contribuir positivamente para o enfrentamento dos problemas de saúde e sua governança regional.

O terceiro aspecto dessas complexidades é a diversidade, inclusive de natureza jurídica, das modalidades de gerenciamentos daquelas instituições que prestam serviço de saúde ao SUS, de cada determinada região. Em ambos os casos, PIACM/PNCM e RUE RMSP, observa-se a existência de instituições, atores e prestadores de natureza jurídica diversa com os quais se deparam os arranjos regionais de gestão. Esta diversidade é maior quando se lida com campos diversos da saúde pública, como nos casos de vigilância e controle de endemias, e das redes

de atenção à saúde. Mais uma vez, em ambos os casos, ao longo da implementação, arranjos interfederativos, não previstos inicialmente no desenho de implementação, foram se constituindo a partir da dinâmica dos atores federativos.

Aqui se destaca dois destes arranjos. No caso PIACM/PNCM, a Comissão Tripartite de Descentralização buscou coordenar de forma tripartite os processos envolvidos com a diversidade de vínculos profissionais e responsáveis por estruturas logísticas que passaram a ser exigidas com a descentralização de recursos, antes gerenciados exclusivamente por estruturas federais. No caso da RUE RMSP, mais uma vez o Fórum de Redes, uma iniciativa restrita a RRAS da Cidade de São Paulo, que buscou estabelecer uma interação direta em um determinado território com prestadores diversos, hospitais estaduais, municipais, filantrópicos, Organizações Sociais e empresas privadas que assumiam serviços de apoio ou contratação de profissionais aos Pontos de Atenção. Além disso, a interação dos membros do GCR da RUE da RRAS Cidade de São Paulo e membros do Fórum de Redes promoveu a revisão dos contratos de gestão entre município e OSs, que incorporaram diretrizes e indicadores da RUE na relação com os serviços de urgência e emergência (337, 340).

Destaca-se que, nos dois casos, tais arranjos surgiram ao longo da implementação, a partir da dinâmica dos atores federativos, revelando que os desenhos iniciais de implementação não consideravam tais necessidades. Embora não tenha sido possível identificar evidências mais robustas nas fontes analisadas quanto à presença de OSs na gestão de serviços da RUE da RMSP, há a complexidade para a sua implementação. Acreditamos que este seja um tema importante a ser aprofundado. Chama a atenção não apenas de OSs, mas de outros mecanismos privados de operação dos serviços: contratos de terceirização de serviços de diagnóstico, transporte inter-hospitalar e cuidado em Hospitais, empresas de contratação de recursos humanos, cooperativas de profissionais (361, 362). Mais recentemente, estudos mencionam a disponibilização de profissionais para plantão, através de contratos operados por aplicativos, sem período e rendimento pré-fixado (363, 364).

O quarto aspecto desta complexidade está relacionado ao modelo de organização, cobertura e qualidade da Atenção Primária em Saúde; a consolidação das estruturas de vigilância e as questões relacionadas à formação, provimento e fixação de profissionais de saúde. Estes foram detalhados no capítulo anterior, em

que as complexidades apontadas também são confirmadas em ambos os casos estudados.

A questão do grau de consolidação da organização da vigilância em saúde está no cerne do caso do PIACM/PNCM que, a partir das fontes analisadas, reconhece-se como indutor da descentralização e regionalização da organização da vigilância e controle de endemias na Amazônia Legal. A diversidade de desenvolvimento, maturação e consolidação da capacidade instalada para as ações de vigilância são observadas a partir das fontes analisadas. Com destaque, a fragilidade de permanência das estruturas e capacidades municipais, em função da alternância de governos, da ausência de arranjos interfederativos regionais de gestão da política e, no contexto estudado, da dependência do processo de descentralização das estruturas logísticas, dos recursos financeiros federais e de recursos humanos. Chama a atenção, o fato que tais recursos descentralizados eram ofertas vinculadas às ações do plano e não garantias permanentes para as novas estruturas estaduais e municipais de vigilância e controle de endemias que surgem. Em relação à Atenção Primária em Saúde, os dados analisados reforçam de um lado a evidência de que o processo de implementação do PIACM/PNCM interagiu diretamente com a expansão e reorganização pela Estratégia de Saúde da Família da atenção básica na Amazônia Legal. Do outro, que a qualidade desta expansão teve impacto nas próprias ações de controle da malária naquele contexto. Por fim, o tema da formação, provimento e fixação de profissionais de saúde aparece no caso estudado como uma questão recorrente para o desenvolvimento do SUS na região, com especificidades para as regiões rurais e remotas, com impacto direto no desenvolvimento do PIACM/PNCM.

No caso da RUE na RMSP, também se confirma o quanto os aspectos relacionados à organização da vigilância em saúde, da atenção primária e os mecanismos de formação, provimento e fixação de profissionais trazem complexidade para o processo de regionalização. O grau de organização da vigilância aparece na necessidade de fortalecer a capacidade das estruturas da Região de Saúde em analisar dados e desenvolver medidas de prevenção em relação à segurança pública, acidentes de trânsito, violência doméstica, violência sexual, além do desenvolvimento de inteligência sobre como reduzir o risco de catástrofes, acidentes urbanos e poluição ambiental. Destaca-se, no caso da RRAS da cidade de São Paulo, os temas da notificação da violência sexual nos serviços de

urgência e emergência, e a produção de dados e inteligência sobre violência no trânsito, estão explicitados no capitulo de análise deste caso.

A organização da cobertura da atenção primária e, sobretudo, das questões relacionadas à formação, provimento e fixação de profissionais são desafios destacados nos dados analisados, e trazem complexidade para o desenvolvimento da RRAS na RMSP. Em relação à questão dos recursos humanos e gestão do trabalho em saúde tais complexidades são explicitadas na RMSP. A RMSP é uma região que reúne grandes centros de formação profissional na área da saúde, e espaços de atração e disputa entre o setor público e o setor privado (365). As possibilidades de vários arranjos de contratação público e privado, que se ampliam e se diversificam, também influenciados pela logística de mobilidade urbana intra e entre os munícipios (364), características demográficas, de gênero, de regimes de trabalho e cargas horárias, tornando mais necessárias e complexas a estabilidade e a inserção horizontal dos profissionais nas grades de divisão de turnos de trabalho nos serviços da RUE (363). E por fim, as características de vulnerabilidades sociais e econômicas e a desigualdade entre os vários territórios da RMSP, impactando nas estruturas de formação e nas possiblidades de provimento e fixação de profissionais (366).

Neste sentido, a análise dos dois casos reforça aquilo que já foi afirmado neste estudo, a partir do afirmado por autoras (47), que a necessidade de um novo ciclo político de organização do SUS requer uma agenda e instrumentos que não fizeram parte do arcabouço teórico de propostas dos ciclos precedentes: entre eles, a) maior entendimento das redes e da complexidade da ocupação territorial, urbana ou rural, intermunicipais e interestaduais; (b) definição dos padrões de contratualização entre público e privado; (c) um novo paradigma tecnológico; (d) novos e complexos contornos da regulação, não só a clássica regulação do acesso, mas a regulação de profissionais e prestadores (serviços) e a regulação da qualidade e segurança da assistência. Acrescenta-se a isso uma agenda consistente e duradoura de enfrentamento das desigualdades, intrínsecas e extrínsecas ao SUS, em suas escalas diversas e de fortalecimento das capacidades públicas, dos mecanismos públicos da governança regional do SUS e de ação intersetorial a impactar nos determinantes sociais de saúde.

Este estudo reforça a importância de consolidarmos o conceito de Região de Saúde como a unidade territorial central do SUS. Este é um exercício complexo

pelas características do federalismo brasileiro ou mesmo daquilo cunhado como federalismo sanitário brasileiro (367) Não é simples fortalecer e integrar aquilo que nunca existiu, aquilo que foi fracionado por fragmentação de ofertas federais e esvaziamento e omissão estadual (145), ou por disputa de protagonismo entre municípios, e entre municípios e estado, como confirmado na análise dos dois casos estudados. No caso do PIACM/PNCM se observa: a não valorização da Região de Saúde, a ausência de arranjos e cooperação intermunicipais não dependentes da ação estadual, disputa ente as competências e, estados e municípios na execução das ações. No caso da RUE na RMSP são observados: insuficiência da capacidade de coordenação do governo do estado; convivência conflituosa entre as redes municipais e estadual; disputa de protagonismo entre o governo municipal e estadual; relações heterogêneas das cidades da RMSP com maior ou menor adesão às ofertas federais e um processo de conturbação produzindo um fluxo permanente próprio dos usuários na RMSP. A RMSP se quer tem um colegiado regular que reúna as seis RRAS. Ou seja, para além de instâncias e planos entre os entes, outros esforços são necessários para concretizar a Região de Saúde como unidade territorial do SUS.

Para tanto, chamamos a atenção para a estrutura de financiamento das políticas de saúde pelos entes federal e estadual, ou os mecanismos de partilhas pelos entes municipais. A necessária constituição de fundos regionais de saúde, associados a instrumentos que ultrapassem as limitações da PPI de endemias, no caso estudado PIACM/PNCM, fragmentadas em município como unidade territorial, ou dos PAR da RUE, fragmentados enquanto lista de Pontos de Atenção de uma rede temática. Neste sentido, o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) se apresenta com uma visão mais ampla, com parcela dos orçamentos dos entes em investimentos específicos a serem aportados para a unidade territorial regional e não apenas para cada ente, ação ou rede isolada. Pela complexidade do conjunto das responsabilidades, estruturas e ações que abarcam o SUS, pactos nacionais e regionais tripartites poderiam constituir-se paulatinamente, com escopos diversos de compromissos com financiamento regional compartilhado. Considera-se como uma possibilidade alguns compromissos nacionais, agregados a outros compromissos regionais definidos no arranjo interfederativo regional de pactuação e acompanhados pelos arranjos interfederativos regionais que assumem as dimensões de gestão da política, de rede e de serviços. Neste caminho, mobiliza-se

de forma compartilhada recursos, estruturas, atores diversos de acordo com o construído pela realidade daquele território.

A constituição de fundos regionais, obrigatoriamente vinculados a investimentos, pactos, redes de atenção, ações e cogestão interfederativa, em uma determinada região de saúde, propiciaria a incorporação permanente a “limites ou tetos financeiros regionais”, similares aos limites financeiros de média e alta complexidade ou ao piso de atenção básica regido pela Portaria GM/MS nº 3992/2017 (368). A possibilidade desta incorporação permanente parece ser importante para a mobilização e desenvolvimento de estruturas e arranjos interfederativos regionais, que demandam tempo de maturação, muitos deles em períodos que ultrapassam ciclos de governo.

A possibilidade de um dispositivo próprio de gestão deste fundo regional pode significar ganho de escala, com ganhos de eficiência em contratações de serviços e insumos. Pode significar também um mecanismo potente para contribuir com a relação e a negociação com os Pontos de Atenção, em particular na contratualização com a atenção hospitalar e facilitar a transparência no uso dos recursos. As experiências de consórcios públicos reforçam isso, seja na gestão de serviços ou redes, seja na experiência inovadora do Consórcio de Governadores do Nordeste envolvendo uma macrorregião significativa do país, com ganhos de escala administrativos e acúmulo de poder técnico, administrativo e político que deve ser considerado (108).

Pela situação atual da composição tripartite do financiamento do SUS, com maior comprometimento dos municípios, estes fundos regionais têm que ser substanciados por recursos federais, com complementação estadual incorporadas permanentemente, quase similares a limites financeiros ou tetos regionais. Nos dois casos estudados, os recursos federais disponibilizados foram insuficientes, limitadores e canalizavam energia para um contencioso federativo. No caso PIACM/PNCM eram recursos federais descentralizados ou repasses fundos a fundo para estados e municípios. No caso da RUE eram repasses fundo a fundo de incentivos regionais para as Redes, de acordo com os PAR. Acrescente-se a isso a insuficiência ou ausência de novos recursos estaduais. Esta limitação foi o componente que interferiu na intensidade da expansão e na sustentabilidade das ações de controle de endemias, no caso do PIACM/PNCM; e da consolidação da RUE na RMSP, limitando a contratualização dos Pontos de Atenção incorporados

aos respectivos PAR, sobretudo nos componentes de atenção hospitalar e atenção pré-hospitalar fixo ou móvel. Também é fundamental que os parâmetros para este fundo sejam a combinação de características demográficas e epidemiológicas da população adstrita e critérios de vulnerabilidade, e não apenas os indicadores epidemiológicos daquela endemia ou a produção atual de procedimentos da atenção à saúde. Acredita-se que tais critérios contribuem para o fortalecimento da responsabilidade sanitária com determinada população, das ações de vigilância e promoção à saúde, da atenção básica, do atendimento não hospitalar e da integração das redes sejam estimulados.

Nos casos do PIACM/PNCM não se encontrou estudos ou execução de parâmetro de distribuição de recursos para além daqueles descritos em relação ao tamanho populacional, critérios de extensão rural e prioridade em função da realidade epidemiológica da endemia. No caso da RUE na RMSP, além dos incentivos regionais vinculados aos PAR, foram observadas iniciativas ainda incipientes de regionalização dos recursos municipais da cidade de São Paulo nas suas regiões inframunicipais, a partir de parâmetros populacionais. Estes definiriam parâmetros orçamentários para o processo de territorialização dos contratos de gestão dos serviços de atenção básica e média complexidade, mas ainda sem incluir a alta complexidade e os equipamentos estaduais da região.

Nos dois casos estudados, confirma-se a necessidade de constituição de arranjos e dispositivos interfederativos regionais de cogestão das políticas de saúde e das redes, não apenas para a pactuação das mesmas. O processo de regionalização do SUS teve com um dos seus elementos constitutivos a construção e pactuações regionais das PPIs e Planos a partir dos municípios como unidades territoriais, incialmente pactuadas nas CIBs e posteriormente nos CGRs/CIRS com a sua criação. Após a análise dos dois casos, destaca-se a criação do Grupo Condutor Regional Tripartite da RUE, previsto desde o desenho inicial de implementação, e arranjos interfederativos para gestão da política e das redes que foram se construindo a partir de inciativas dos entes federativos estudados. Entre eles, as Comissões Estaduais Tripartites de Descentralização e os Comitês regionais tripartites de condução das ações de fronteiras e divisas interestaduais e das ações intersetoriais em assentamentos no caso do PIACN/PNCM. Na RUE da RMSP os arranjos interfederativos de coordenação da regulação, Fundações Públicas

intermunicipais, Consórcios Públicos e o Fórum de Redes na RRAS Cidade de São Paulo.

Considera-se que tais arranjos de gestão compartilhada da política e de redes devem estar inseridos, desde o início, nos instrumentos de pacto regional, como seriam o COAP da Região de Saúde ou mesmo o PAR da Rede Temática de Atenção. Também pré-definirem um conjunto de funções e estruturas com característica regional e não o somatório de contribuições de entes da qual participam. São exemplos: planejamento logístico das ações de controle de endemias, ações e arranjos intersetoriais que impactem em determinantes da saúde; diretrizes, fluxos e processos regionais comuns de controle de qualidade de laboratório diagnóstico, os complexos reguladores regionais (diretrizes e protocolos, equipe e sistema de informação comum); dispositivos de gestão de pessoas e apoio institucional, jurídico e financeiro como ou similares aos Consórcios e Fundações regionais; coordenação de logística, insumos, transporte e comunicação com ganho de escala; diretrizes e equipe de apoio institucional; sistema de prestação de contas e transparência dos recursos aplicados na rede e política comum de gestão do trabalho, formação, provimento e fixação de profissionais e educação em saúde.

Considera-se ainda ser necessário abrir para toda Região de Saúde a gestão dos Pontos de Atenção de referência regional. Nos dois casos, por exemplo, observa-se a rede regional de pontos de diagnóstico de malária e controle de qualidade, estruturas móveis intermunicipais de atenção e ações, e vigilância; unidades básicas, de média complexidade e pré-hospitalares fixos que estão localizados em limites entre municípios ou até em divisas interestaduais e, sobretudo, hospitais e serviços de referência regionais. Estes têm que ser do conjunto da Região de Saúde a que estão inseridos, tê-la como objeto permanente de reflexão, independente da natureza administrativa ou do ente federativo ao qual é subordinado. Do contrário, correm o risco de serem autorreferenciados, com olhar restrito ao trajeto do usuário dentro de si mesmo, e não na rede regionalizada. Deve-se considerar que adotem processos regionais de escolha dos seus dirigentes e equipes, Conselhos de Gestão com representantes da CIR, dos municípios, de instituições de ensino e pesquisa regionais, de entidades da sociedade de representação regional, e não apenas local. Que estes Conselhos e serviços estejam presentes nas instâncias regionais federativas de pactuação ou gestão de políticas, como algumas CIRs que convocam consórcios e serviços de referência

regional ou como o Fórum de Redes da Cidade de São Paulo. É necessário reinventar os arranjos internos na produção do cuidado em saúde. Dependendo da realidade de cada serviço, ter equipes ou unidades de produção vinculada a arranjos assistenciais regionais com os demais pontos da rede, ter vínculo com os territórios que encaminham os casos, seus interlocutores, muitas vezes redes de voluntários. Constituírem fóruns regionais de diretrizes terapêuticas e condução de casos, reunindo cuidadores, especialistas e instituições de pesquisa e ensino da região, com meios regionais de divulgação.

Ainda são insuficientes as experiências sobre como induzir e sobre quais modelos administrativos que podem concretizar a Região de Saúde como unidade territorial do SUS. Os mais recentes processos foram estabelecidos a partir do Decreto 7508/2011 e a implementação das Redes de Atenção, aprofundando a necessidade de uma organização política administrativa das Regiões de Saúde. Os exemplos que temos em experimentação, trazem resultados e aprendizados importantes, mas, em geral, estão no campo da gestão de serviços de abrangência regional: consórcios públicos, fundações públicas ou privadas e até OSs para gerenciamento de serviços regionais ou recursos humanos.

Neste debate, é fundamental considerar-se os marcos legais da nossa federação trina e a diversidade de contextos regionais em uma federação tão assimétrica e um país tão desigual. Recentemente, Santos et al. (145), em artigo já citado, defendeu a constituição de uma nova institucionalidade para gestão regional e, em uma perspectiva administrativa-jurídica, uma autarquia interfederativa de apoio ao COAP regional, fruto de um desenho regional comum. Outros autores, como Mendes e Louvison, em artigo já referido (32), apontam para os riscos de uma nova institucionalidade regional administrativa ser instrumento de centralização ou de interesses individuais/ específicos.

A experiência estudada nos remete a duas necessidades fundamentais, e a construção entre elas nos parece o caminho para investirmos em novos arranjos administrativos e de governança para as Regiões de Saúde. De um lado, a necessidade de estruturas administrativas públicas regionais mais potentes e estáveis, que tenham a Região de Saúde como objeto prioritário da sua própria existência, que possam inclusive corresponder a ganhos fiscais em escala, um planejamento de mais longo prazo e profissionais com vínculo específico para a Região de Saúde. Ao mesmo tempo, temos a compreensão da necessidade de uma

governança menos pautada em estruturas institucionais rígidas e mais em jogos e combinações entre agências públicas diversas e atores não-governamentais. É necessário que o modo de agir dos governos amplie cada vez mais os agentes diversos, de maneira a se associarem e se motivarem para resolver problemas comuns.

Defende-se que tal concertação tenha o apoio permanente e estável de uma ou mais de uma institucionalidade administrativa, que tenha a Região de Saúde como seu objeto de investimento e existência institucional. Isso significará ganhos de escala, pertencimento e mobilidade no interior da Região, além de possível maior transparência. A figura de uma autarquia interfederativa tripartite nos moldes do marco legal do Consórcio Público pode assumir características adequadas para este objeto. Arranjos administrativos estaduais, como fundações públicas, desde que permeáveis na sua constituição administrativa à cogestão federativa tripartite, também podem ser adaptadas a este objeto. Entretanto, é necessário avançarmos para um modelo administrativo-jurídico próprio, para um SUS de base regional e com competências não estanques entre os entes, mantendo a autonomia e os orçamentos específicos dos municípios, mas vinculado a um fundo financeiro regional específico, parametrizado pela população e por indicadores de vulnerabilidade, com mecanismos de transparência e controle regional.

6.3. Os aprendizados dos dois casos e o aprofundamento da fragilidade da governança regional do SUS, em meio à crise da pandemia COVID-19

Em artigo publicado, já foram discutidos os impactos da crise econômica, política e institucional na frágil governança regional do SUS, que se instalou no país após o período estudado, interrompendo uma agenda de indução da regionalização do SUS (80). Esta interrupção se ampliou e se aprofundou no contexto da pandemia da COVID 19 (110, 111). Embora não estivesse no escopo inicial deste estudo, destaca-se aqui aspectos relacionados à Resposta Nacional à COVID19 e seus impactos na governança regional no SUS, no sentido de contribuir com essa discussão da generalização dos achados nos dois casos estudados. Acredita-se que, ao contrastar este cenário atual que impacta nos desafios da governança regional do SUS com os achados analisados nos dois casos, evidencia-se o

processo que se desenvolvia na implementação dos dois casos estudados, PIACM/PNCM e RUE RMSP, contribuindo para a confirmação dos seus achados.

Ao se destacar tais aspectos da Resposta Nacional à COVID19, a partir dos mesmos eixos de análise e categorias utilizados para o estudo de múltiplos casos aqui apresentado, espera-se contribuir para uma melhor compreensão das fragilidades na governança regional, mas também da capacidade de resiliência dos mecanismos de governança regional desencadeados pelos dois casos estudados no contexto dos momentos históricos diversos do desenvolvimento da regionalização do SUS, buscando compreender as capacidades de resiliência do SUS (50, 369, 370). Os aspectos aqui expressos também foram obtidos a partir da análise de documentos, normas e pronunciamentos públicos emitidos nos anos de 2020 e 2021, pelas iniciativas nacionais da resposta à COVID19.

Um primeiro contraste é o caráter de conflito federativo da resposta brasileira à COVID 19 (103), seja pelo posicionamento público dos atores federativos, em especial, o governo federal, seja em relação aos mecanismos de cooperação interfederativa. Na prática, a Resposta Nacional à COVID19 não pode ser analisada apenas a partir das políticas nacionais ou iniciativas federais pactuadas com os demais entes federativos e a sociedade, como nos casos analisados da PIACM/PNCM na AL e RUE na RMSP.

Autores apontam para quanto as inciativas do governo federal são centralmente conflitivas (111), fazendo com a que Resposta Nacional à COVID19 se caracterize pela síntese de um exercício permanente de disputa entres entes federativos, muitas vezes com iniciativas e contenciosos de conflito institucional e público, com a criação de obstáculos pelo governo federal às ações dos entes federativos (112), mesmo em um contexto de ampla necessidade de ampliação da capacidade de atenção (371, 372). Já foi referido em capítulos anteriores, em particular nas considerações metodológicas deste estudo, ser a implementação de uma política pública necessariamente conflituosa e se apostar na existência e na expressividade do conflito, não em escondê-los, sobretudo, para os estudos de implementação de terceira geração. A caracterização das Resposta Nacional à COVID 19 é mais do que fruto de aprendizados na negociação da implementação da política federal: é a síntese de um conflito entre atores federativos (373), entre a ciência e o negacionismo, entre movimentos políticos, culturais e econômicos (374). Um conflito federativo que ultrapassa os contenciosos relativos às inciativas e

respostas no âmbito do SUS e que amplificaram o cenário de crise política e institucional brasileira, com impactos sanitários, econômicos, sociais e institucionais (104).

A entrada na agenda prioritária do SUS e a necessidade de construção de uma Resposta Nacional à COVID19 também compreendeu a ativa participação dos atores federativos. Entretanto, diferentemente daquilo confirmado pelos dois casos analisados, há a ausência de mecanismos de escuta, participação ou pactuação entre estes atores no desenho da implementação da Resposta Nacional, como também já observado por outro autor (375). Não há registro de convocatória para uma mobilização conjunta por parte do governo federal e seu chefe de governo aos demais atores federativos, nem a proposição de instâncias tripartite de pactuação ou de gestão compartilhada da política federal. Recuperando os registros da Comissão Interinstitucional Tripartite do SUS, não há nenhuma resolução pactuada e publicada em relação às diretrizes e instrumentos da Resposta à COVID19, ao longo de todo o ano 2000, embora suas reuniões tenham ocorrido regularmente. Há, em todo este período uma nota conjunta de Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMs, na ocasião de publicação de uma portaria do Ministério da Saúde, referente ao instrumento financeiro de implementação (376). Mesmo nesta ocasião, não existiu uma resolução conjunta pactuada na CIT.

Também não há registro de reunião dos chefes de governo das três esferas, seja no início da construção da Resposta Nacional à COVID19, seja regularmente ao longo da implementação nos anos 2020 e 2021. Há registro de duas reuniões (377, 378) ao longo dos anos 2020 e 2021, e ambas aconteceram em conflito e não pactuação, sem convite a representante de chefes de governo da esfera municipal.

Os documentos públicos analisados, seja pronunciamentos oficiais públicos, notas ou cartas, revelam a participação ativa dos atores federativos na definição da agenda, trazendo o tema do enfrentamento da pandemia e as demandas de estados e municípios para o centro da agenda do SUS, para além da situação internacional crítica da pandemia. Uma primeira *"Carta dos governadores ao governo federal por medidas emergenciais ante a crise sanitária e econômica"* (379) revela este protagonismo em contribuir para que o tema e a necessidade de que uma resposta mais ampla pelo governo federal fosse desenvolvida. Esta carta

demanda medidas emergenciais pelo Governo Federal para conter os efeitos do coronavírus (COVID-19), entre elas:

> [...] seis grupos de reinvindicações que compreendem: recursos para custeio de ações de média e alta complexidade, na razão de R$ 4,50 per capita, a serem repassados aos Entes Federados emergências hospitalares, a aquisição de 'kits coronavírus' e equipamentos, criação de novos leitos e conclusão de obras da saúde; revisão de dívida dos estados com governo federal, abertura de credito para entes federados e pequenos microempresas e revisão da situação fiscal dos estados e pronta aplicação da Lei nº 10.835, de 8 de janeiro de 2004, que institui a renda básica de cidadania.

Além da manifestação inicial dos governadores, os secretários estaduais e a representação dos secretários municipais de saúde também solicitaram o aporte financeiro na primeira reunião da Comissão Tripartite, antes mesmo da declaração da pandemia pela OMS (380).

A atuação dos chefes de governo e demais atores de estados e municípios junto aos demais poderes da União, Congresso Nacional e Judiciário, ao longo da implementação da Resposta Nacional à COVID19, pressionava por um conjunto de novas ações e instrumentos implementação. Entre elas, há aprovação de emenda constitucional EC 106/2020 que flexibilizou as regras fiscais do orçamento federal, criando o chamado "Orçamento de Guerra", na prática eliminando transitoriamente o denominado teto fiscal de 20 anos, permitindo o aumento emergencial do orçamento para o governo federal e margens fiscais a estados e munícipios em 2020 (381), a Lei Complementar 173/2020 (382) e a Lei Complementar 178/2021(383), que estabeleceram novas regras para a renegociação das dívidas estaduais e municipais e flexibilizou outras regras fiscais. Outra emenda constitucional, EC 109/2021, ampliou a flexibilidade fiscal para o governo federal, estados e munícipios (384).

Outro exemplo é a mobilização de governadores, prefeitos e demais representantes dos atores federativos para o desenvolvimento e a garantia de contratação de vacinas (385), bem como a aprovação de Lei garantindo possiblidade de compra direta de vacinas e a possiblidade de importação pelos estados e municípios, incialmente vetada pelo presidente da república, 14121/2021 (386), e posteriormente sancionada, após conflito e negociação entre os entes federativos e o Congresso Nacional, Lei 14124/2021 (387). Destaca-se também as ações junto ao

Poder Judiciário, por governadores e prefeitos, para garantir a autonomia dos entes federativos para inciativas de prevenção e de bloqueio da dinâmica de transmissão da COVID19, e o questionamento de medidas do governo federal (121).

Embora ocorresse em um momento de desenvolvimento do SUS posterior a criação dos CGRs/CIRs, das Redes de Atenção à Saúde, como a RUE, e do Decreto 7508/2011, a Região de Saúde não aparece como unidade territorial para a definição das ações e repostas federais à COVID19 em nenhum dos normativos que estabeleceram seus instrumentos de implementação. Também não há nada a respeito sobre nenhuma das singularidades regionais, não se identificando nenhum critério, seja para a oferta federal de recursos financeiros, técnicos, logísticos. Também não se observa nenhuma menção a RUE, seus PAR e demais mecanismos e arranjos interfederativos regionais para as etapas de proposição ou de aprovação dos recursos federais ou da gestão dos mesmos, por mais que um dos componentes dos instrumentos financeiros federais na COVID estivessem relacionados ao conjunto de serviços que compõe a RUE.

Singularidades regionais também não foram identificadas nos conteúdos da modelagem dos instrumentos financeiros de implementação (388). Lista-se uma série de Portarias do Ministério da Saúde e Leis que se constituíram em instrumentos financeiros federais, desenvolvidos ao longo de 2020, para a Resposta Nacional à COVID-19: incentivo custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) (389); recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Médias e Altas Complexidade-MAC (390); recursos orientados para procedimentos e para autorização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto e Pediátrico COVID-19, em caráter excepcional e temporário (391); alteração normativa legal que permite o emprego de recurso não utilizado por estados e municípios no ano de 2019 para ações de resposta à COVID19 em 2020, (392); recursos financeiros ao custeio das ações e serviços de saúde, podendo abranger a atenção primária e especializada, a vigilância em saúde, a assistência farmacêutica, a aquisição de suprimentos, insumos e produtos hospitalares, o custeio do procedimento de tratamento de infecção pelo novo coronavírus - COVID 19 (393); permissão de redirecionamento de emendas parlamentares para Tetos de Média e Alta Complexidade e Piso de Atenção Básica – PAB; financiamento do

transporte de pacientes no âmbito do SAMU 192 e do transporte sanitário (394); lei que estabelece a flexibilização das metas contratuais do SUS com instituições filantrópicas (395); lei que estabelece os repasses federais ao custeio de equipamentos da saúde ou de áreas da proteção social que dialogam com o esforço de cuidado às populações sobre maior vulnerabilidade à COVID, em especial Instituições de Longa Permanência ILPIs/SUAS (396). Em nenhum destes, a Região de Saúde foi mencionada como unidade territorial e os PAR da RUE ou outros instrumentos e instâncias regionais, como os CGRs/CIRs são mencionados.

Tanto esses recursos financeiros para a atenção básica, quanto para a média e alta complexidade citados, foram incrementados por novas emendas de inciativa parlamentar que adicionaram recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios (396). Estes recursos significativos de emendas parlamentares não foram submetidos a qualquer critério prévio de singularidade regional, de equidade ou adoção da Região de Saúde como unidade territorial, seguindo principalmente uma lógica de interesses eleitorais locais ou temáticos dos parlamentares autores destas emendas. No documento de regramento destes recursos há apenas uma menção ao estabelecido pela Lei Complementar 141/2012: “recursos para ações inseridos em políticas estaduais, municipais e do Distrito Federal de sistemas de transporte em saúde e previstos no planejamento regional integrado, conforme estabelecido no art. 30 da Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012”.

Tais contrastes, em relação aos dois casos estudados, também são identificados quanto aos instrumentos organizativos criados pelo governo federal para implementação da Resposta à COVID19. Foi criada uma estrutura de coordenação federal das ações, sem a participação de estados e munícipios, denominado Grupo Executivo interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI- ESPII), através do Decreto 10221/2020, coordenado incialmente pela Casa Civil e pelo Ministério da Saúde, e posteriormente apenas com a Casa Civil na sua coordenação (397). Houve a reorganização da estrutura administrativa do Ministério da Saúde (398), com a criação do Departamento de Saúde Digital; Superintendências Estaduais, sem menção a alguma articulação e/ou cooperação com estados e munícipios, mencionando apenas uma articulação direta com os serviços saúde nos estados. Também, como

instrumento organizativo federal, criou-se o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV), como mecanismo nacional da gestão sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (399), e um Cadastro Nacional de Profissionais Voluntários (CNPV). compartilhado com os conselhos profissionais (400).

Na esfera federal, os demais poderes também desenvolveram instrumentos organizativos próprios, tanto para acompanhamento quanto para a execução de medidas, relação à Resposta Nacional à COVID 19. O Congresso Nacional constituiu uma Comissão Mista da Câmara e do Senado, de acompanhamento da execução do orçamento transitório de 2020, criado a partir da EC 106/2020 (381). A Câmara dos Deputados constituiu uma Comissão Externa de Acompanhamento das Ações da COVID19 (401), e o Senado Federal criou uma Comissão Parlamentar de Inquérito da COVID19 (402). O Supremo Tribunal Federal constituiu um novo Modelo de Gestão do Trabalho e de acompanhamento das ações relacionadas à COVID19 (403). A Procuradoria Geral da República (PGR) criou o Gabinete Integrado de Acompanhamento a Epidemia da COVID19 / GIAC-COVID19 (404); O Tribunal de Contas da União (TCU) também constituiu o Plano de Acompanhamento das Ações de Combate à COVID-19 (405). Destaca-se estas iniciativas, pois todas foram acionadas por entes federativos diante dos conflitos federativos que se intensificaram ao longo da Resposta Nacional à COVID19

Destaca-se, como instrumento organizativo implementado pelos entes federativos, seja pelo seu fortalecimento, seja pela sua criação, a utilização dos consórcios públicos no esforço de aquisição, ganho de escala e articulação técnica no enfrentamento à COVID19. Um exemplo, o Consorcio do Nordeste (406) que se estabeleceu para a realização de compras conjuntas, centralizadas ou compartilhadas, de bens e serviços voltados à estruturação da Rede de Urgência e Emergência do sistema de saúde dos estados consorciados para o combate à pandemia do novo coronavírus (Covid-19), permitindo cooperação técnica nas aquisições centralizadas ou compartilhadas de bens e serviços, com vistas à promoção, prevenção e garantia de assistência à saúde para as pessoas em decorrência da pandemia (406).

Há uma série de instrumentos regulatórios desenvolvidos e fruto do ambiente de intensa negociação e conflito interfederativo, e das necessidades da excepcionalidade da situação de saúde pública (407). Constituem-se em mudanças

de marcos regulatórios, de resoluções e emendas constitucionais que estabelecem uma série de conceitos e medidas de vigilância, de mudanças nas regras fiscais e orçamentárias, na gestão de recursos humanos e nos contratos com prestadores do SUS, e na importação, registro sanitário e aquisição de insumos e tecnologias para a saúde, inclusive específicas sobre vacinas. Lista-se abaixo as principais.

Em relação a conceitos e medidas de vigilância, os primeiros marcos legais são os Decretos e Portarias que "Declaram Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus" (397, 408), como também o Decreto 1012/2021 de incorporação das diretrizes do Regulamento Sanitário Internacional (409). Uma nova lei, 13979/2020 (410), estabeleceu regras sobre os conceitos de isolamento, quarentena, compulsoriedade e requisição de bens privados em ações da autoridade sanitária de vigilância.

De forma subsequente, um conjunto de mudanças legais promovidas no âmbito do Congresso Nacional, a partir de demandas variadas de segmentos econômicos, sociais e federativos, ampliou ou aprimorou tais regras e ações das autoridades sanitárias quanto às medidas de restrição de circulação de pessoas, transporte, bens e mercadorias (410). Uma série de demandas relacionadas a grupos e a população especifica foram acrescentadas ao marco sanitário inicial, correspondendo a demandas de defensores de pessoas com deficiência, do atendimento às mulheres em situação de violência doméstica e familiar, de crianças, de adolescentes, de pessoas idosas e de pessoas com deficiência vítimas de violência. Questões pautadas por representantes de profissões da área de saúde também estabeleceram novos mecanismos regulatórios, como a regulamentação da telemedicina, em especial, as entidades médicas (411), e a proteção e a compensação financeira aos trabalhadores do SUS e do SUAS sob risco da COVID19, através da Lei 14128/2021 (412). É nítido um caráter incremental fruto de negociação e pressão da sociedade, dos entes federativos e demais atores institucionais em relação aos instrumentos regulatórios iniciais.

Um exemplo deste conflito interfederativo na produção de instrumentos regulatórios para a resposta federal, trata-se da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça que buscou regulamentar e tornar práticas as ações relacionadas ao uso obrigatório de máscaras, às medidas de distanciamento social e às medidas compulsórias, tanto de isolamento e quarentena individuais,

quanto da requisição de bens e serviços relacionados às questões compulsórias (413). Esta portaria buscou estabelecer, inclusive, o emprego das forças de agentes de segurança para fazer cumprir medidas compulsórias de distanciamento físico e social, e de isolamento, quarentena individuais e coletivas, a partir de determinação regulamentada pelo órgão federal da saúde, algo que já vinha sendo aplicado por entes federativos nos seus territórios. Esta foi totalmente revogada pela Portaria Interministerial 9/2020 (414), explicitando a tensão presente no conjunto da sociedade e também no interior do governo, relacionada ao direito de circulação, de um ir e vir de indivíduos em isolamento ou quarentena, e da requisição de bens e serviços provados pelo Estado. Este conflito esteve presente entre os entes federativos e também no interior do próprio executivo federal.

Um marco importante entre os instrumentos regulatórios é a resolução, pela Suprema Corte Brasileira, o STF, que considera as competências de União, estados e municípios em relação às medidas de enfrentamento à COVID19, em especial na determinação de medidas de restrição à circulação de pessoas (121). Esta resolução é um marco balizador fundamental do conflito interfederativo instalado naquele momento e balizou um conjunto de decisões posteriores, tanto por parte dos entes federativos, União, estados e municípios, como do conjunto de poderes em cada esfera da federação. Procurou garantir graus de competência e autonomia dos entes federativos para o estabelecimento de medidas de proteção sanitária frente à pandemia (113). É um marco regulatório importante para garantir uma Resposta Nacional à COVID 19, diferente da resposta federal, sendo uma resultante do conflito federativo.

Observa-se um conjunto de instrumentos regulatórios que impactam nas regras de gestão do trabalho da União, estados e munícipios, como: a autorização da prorrogação de contratos de profissionais por tempo determinado no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, Lei 14072/2020 (415), que teve sua reprodução em um conjunto de estados e munícipios, a partir das regras fiscais e orçamentarias estabelecidas na Emenda Constitucional 106/2020 (381); bem como a proibição de concursos, reajuste salarial e promoções de carreira pela Lei Complementar 173/2020 (382), e a vedação à aplicação de recursos oriundos de emendas individuais no pagamento de despesas com pessoal e encargos sociais. relativas à nativos e à inativos, como pensionistas, e com encargos referentes ao serviço da dívida através da portaria GM/Saúde 488/2020 (394).

Um conjunto de instrumentos regulatórios criou novas regras para a relação dos gestores do SUS e dos serviços que compõe sua rede própria ou contratada, tanto no âmbito federal, quanto nos estados e municípios: a suspensão temporária da obrigatoriedade de manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei nº 13.992/2020 (395), renovada pela Lei 14123/2020 (395); regras para estabelecer um registro obrigatório de internações hospitalares, Portaria GM/MS 758/2020 (417); regras para acelerar a habilitação de leitos para UTI exclusivos para a COVID 19, Portaria 568/2020 (391); regras para habilitar leitos de hospitais de pequeno porte para cuidados prolongados ou acolhimento para a COVID19, Portaria 561/2020 (418); regras de habilitação para receber recursos do incentivo financeiro federal excepcional para apoiar o horário estendido das Unidades Básicas de Saúde, Portaria 430/2020 (389). Em contraste com os achados nos dois casos, observa-se mais uma vez que nenhum destes marcos legais menciona as RUE e seus mecanismos para a aprovação e gestão de recursos, ou a Regiões de Saúde como unidade territorial. Também não mencionam, nem criam arranjos interfederativos regionais de acompanhamento.

A Resposta Nacional conflituosa à COVID19 ensejou também, como instrumento regulatório, um conjunto de mudanças, regras ou medidas excepcionais relativas à aquisição de vacinas e de insumos, e à contratação de bens e serviços de logística e de tecnologia da informação. Um novo marco legal, a Lei 14124/2021 (387), foi estabelecido para sustentar reguladoramente o denominado Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, autorizando a dispensa de licitação e de pagamento antecipado para aquisição de vacinas; a possibilidade de estados e munícipios serem autorizados a adquirir, distribuir e aplicar as vacinas contra a COVID-19 registradas e autorizadas para uso emergencial ou autorizadas excepcionalmente para importação, caso a União não realizasse as aquisições e a distribuição necessária tempestiva de doses suficientes; a possibilidade da incorporação, ao programa de vacinação brasileiro, de vacinas autorizadas por autoridades sanitárias internacionais, mediante a apresentação de relatório do órgão regulatório e parecer de autorização excepcional pela ANVISA.

Em contraste com os dois casos estudados, a característica do ambiente de conflito interfederativo ficou ainda mais explicito nos posicionamentos dos atores

federativos, a partir dos pronunciamentos e notas públicas de chefes de governo, secretários de saúde e demais atores federativos.

É possível identificar o posicionamento do governo federal, e sua evolução ao longo da implementação, a partir dos pronunciamentos oficiais à nação feitos pelo chefe de governo federal. Não são considerados aqui uma série de outros pronunciamentos públicos, entrevistas, declarações à imprensa ou no ambiente das redes sociais feitas pelo chefe de governo, não apenas pela sua profusão, mas por considerarmos que os pronunciamentos oficiais proferidos, desde o início da pandemia, têm a força de serem textos pré-elaborados. Neste sentido, embutem uma elaboração coletiva e estratégica da equipe de assessoramento direto do chefe de governo, não podendo ser caracterizados como espontaneísmo do chefe de governo.

Na análise dos pronunciamentos, referentes ao período de 6 de março de 2020 até a 31 de dezembro de 2021, é possível identificar uma evolução, ao longo da implementação da pandemia, no posicionamento do chefe de governo em relação aos entes federativos. Abaixo se apresenta esta evolução em relação a alguns eixos.

O primeiro, em relação à caracterização da relação do governo federal com os estados e municípios, iniciando-se sempre por um chamado pela união, como no dia 6 de março 2020:

> O momento é de união e, no dia 31 de Março de 2020, de construção de um pacto, reafirmo a importância da colaboração e a necessária união de todos num grande pacto pela preservação da vida e dos empregos: parlamento, judiciário, governadores, prefeitos e sociedade (419).

Adicional a este posicionamento, identifica-se, no dia 6 de março de 2020, uma postura do governo federal que considerava o seu papel na relação com governos estaduais e municipais: "*transmitimos informações diárias, transparentes a todos os estados e municípios para que cada um organize... o atendimento à população. O Governo Federal vem prestando orientações técnicas a todos os estados* [...]" (419). No dia 24 de março de 2020, a disposição de dialogar com os secretários estaduais, sem citar os secretários municipais*,* "*nosso ministro da Saúde reuniu-se com quase todos os secretários de Saúde dos estados*" (420), e o apoio ao aumento da capacidade dos estados, sempre delimitando a competência de

cuidado e ações aos estados através do Ministério da Saúde "*determinei ao nosso Ministro da Saúde que não poupasse esforços, apoiando através do SUS todos os estados, aumentando a capacidade da rede de saúde*", não citando os municípios (420).

Ao longo da implementação da resposta federal à covid19, explicitou-se um posicionamento de crítica e conflito com os governadores, em especial, mas também com os prefeitos genericamente. Iniciou-se com críticas às medidas restritivas no dia 24 de março de 2020: "*decisões sobre proibição de transportes, o fechamento de comércio e o confinamento em massa*" (420), e, posteriormente, com críticas aos impactos sobre a economia e a vida que tais medidas supostamente geram, como em 8 de abril de 2020: "[...] *a autonomia dos governadores e prefeitos. Muitas medidas, de forma restritiva ou não, são de responsabilidade exclusiva dos mesmos. O Governo Federal não foi consultado sobre sua amplitude ou duração*" (421), ou questionando os custos para o governo federal de tais medidas, como em 16 de abril de *2020*:

> O governo não é uma fonte de socorro eterna. Em nenhum momento eu fui consultado sobre medidas adotadas por grande parte dos governadores e prefeitos... O preço vai ser alto... não bote essa conta, não no Governo Federal, não bote essa conta, mais essa conta, nas costas do nosso sofrido povo brasileiro (421).

Amplia-se com ataques a relação de medidas restritivas de circulação na pandemia e a crise econômica, como em 31 de dezembro de 2021: "[...] *muitos governadores e prefeitos de fechar comércios, decretar lockdown e toques de recolher, a quebradeira econômica só não se tornou uma realidade porque nós criamos* [...]" (423).

A crítica, por parte do governo federal, à postura dos governos estaduais e municipais em relação às medidas de restrição de circulação para garantir o isolamento social ou as restrições a aglomerações evolui, ao longo da implementação, para um posicionamento em defesa dos direitos individuais de ir e vir, com a afirmação de um certo papel do Presidente e com a ampliação de críticas aos governadores, prefeitos e poder judiciário, na figura do STF, como em 16 de abril de 2020:

> Os excessos que alguns cometeram [...] Jamais eu mandaria as minhas Forças Armadas prender quem quer que seja que estivesse nas ruas. Jamais eu, como chefe do Executivo, vou retirar o direito constitucional de ir e vir [...] Quem tem poder de decretar estado de Defesa ou de Sítio, depois de uma decisão, obviamente, do Parlamento brasileiro, é o Presidente da República, e não prefeito ou governador (422).

O posicionamento dos atores dos governos estaduais e municipais reforçou a caracterização do ambiente de conflito federativo, em contraste com os dois casos estudados. Ao identificá-los, seguindo um critério similar aos posicionamentos do chefe de governo federal, e também a partir de notas oficiais conjuntas dos governadores, do consórcio dos governos estaduais do Nordeste, do CONASS e CONASEMs, é possível dividi-los em algumas caracterizações evolutivas ao longo da implementação.

Uma característica do posicionamento dos estados e municípios remete à importância da união, da cooperação interfederativa das três esferas de governo e do papel do SUS nas respostas à covid19: "*Temos, juntamente com o Ministério da Saúde, os municípios e a própria sociedade brasileira, empreendido* [...]" (380). Há um reforço no envolvimento do governo federal para as medidas de isolamento social*:* "*conclamamos o Ministério da Saúde a se juntar a Estados e municípios no esforço para que a população fique em casa*" (380).

À medida que se intensifica o conflito entre os governos federal, estaduais e municipais, os representantes das esferas estaduais e municipais reforçam a necessidade de repactuação:

> Entendemos que o conjunto de medidas propostas somente poderá ser executado pelos governadores e prefeito se for estabelecido no Brasil um 'Pacto Nacional pela Vida' que reúna todos os poderes, a sociedade civil, representantes da indústria e do comércio, das grandes instituições religiosas e acadêmicas do País, mediante explícita autorização e determinação legislativa do Congresso Nacional [...] e na reconstrução da lógica de cooperação: [...] é hora de reforçar a cooperação solidária e colegiada entre Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais do SUS e a sociedade (424).

Os representantes dos entes estaduais e municipais também assumem como características permanentes de cobrança por mais recursos, estrutura e insumos para o enfrentamento da COVID19. Observa-se a preocupação com a demora na entrega de materiais essenciais para o tratamento de pacientes com o

coronavírus e de equipamentos de proteção individuais (EPI) usados por profissionais de saúde, a habilitação de leitos de UTI e o acesso a testes de identificação do novo coronavírus (380). Também se destaca a necessidade da criação de mecanismos para permitir o pagamento de leitos de terapia intensiva instalados em hospitais de campanha (425).

Além disso, reivindicou-se o reconhecimento legal do estado de emergência sanitária, a adequação legislativa das condições contratuais que permitam a compra de todas as vacinas eficazes e seguras disponíveis no mercado mundial (426); a aprovação de um Plano Nacional de Recuperação Econômica, com o retorno imediato do auxílio-emergencial (427), e maior velocidade na aquisição vacinas, "*aquisição da maior quantidade possível destas vacinas deve gerar uma economia de dezenas a centenas de bilhões de reais aos cofres públicos, permitindo inclusive uma retomada mais célere da economia*" (428).

Os governadores assumem a defesa de possiblidade de adquirir vacinas por conta própria a fim de acelerar a cobertura vacinal na *Carta ao Presidente da República Federativa do Brasil, de 4 março de 2021*: "*Solicitam ao Presidente da República Federativa do Brasil viabilizar a obtenção – junto a entidades estrangeiras e organismos internacionais – de novas doses de imunizantes contra a Covid19*" (385). Os representantes de estados e munícipios, juntos na Nota Conjunta CONASS e CONASEMs 2021 (429), também pautam a necessidade da retomada da ampliação do financiamento da saúde para além da pandemia: "*debate adequado sobre o orçamento da saúde para 2022. Estão previstos para o enfrentamento da pandemia no ano vindouro apenas 15% dos recursos federais que foram autorizados em 2021*".

Um terceiro aspecto é a crítica direta à postura do chefe do governo federal, que chega a momentos de intenso conflito ao longo da implementação. Esta crítica está presente em reações às atitudes ou declarações do chefe do governo federal em relação às medidas dos estados e munícipios: "*Pronunciamentos e orientações conflitantes das autoridades sobre medidas restritivas adotadas no enfrentamento do coronavírus geram intranquilidade e insegurança*" (430). Está presente, repetidas vezes, nas cartas a partir das marcas simbólicas do número de óbitos provocados pela pandemia, como na carta dos 500 mil óbitos (431): "*Já são 500 mil vítimas... Contra a lógica e a ciência, alguns governantes questionam a dimensão da tragédia... e desdenham da vacina. Temos, portanto, duas crises: a do*

vírus e a da ignorância...". Os posicionamentos continuam com o repúdio e o enfrentamento em relação às medidas judiciais do Presidente da República que busca impedir a ação de governos estaduais em relação à restrição de circulação de pessoas*:*

> [...] Com muita surpresa, recebemos a notícia de que o presidente da República propôs ação judicial contra as medidas preventivas decretadas por três governadores [...]. As medidas visam evitar colapso do sistema hospitalar e foram editadas com amparo no artigo 23 da Constituição Federal, conforme jurisprudência do STF... reiteramos que só existe uma formar de proteger a economia e os empregos: enfrentar e vencer a pandemia. Fizemos a proposta de um Pacto Nacional pela Vida e pela Saúde e continuamos aguardando a resposta do presidente da República (432).

Há também uma intensa disputa sobre a versão de comunicação apresentada pelo governo federal sobre os recursos para estados munícipios na "*Nota Pública dos Governadores*", assinada por 16 governadores de todos os partidos e regiões dos pais:

> Os Governadores dos Estados abaixo assinados manifestam preocupação em face da utilização, pelo Governo Federal, de instrumentos de comunicação oficial, custeados por dinheiro público, a fim de produzir informação distorcida, gerar interpretações equivocadas e atacar governos locais [...] promoção do conflito entre os governantes em nada combaterá a pandemia, e muito menos permitirá um caminho de progresso para o País (433).

Tais posicionamentos também são reforçados por posicionamentos públicos da Frente Nacional dos Prefeitos: "*Os sucessivos equívocos do governo federal na coordenação do enfrentamento à COVID-19, e também na condução do Plano Nacional de Imunizações* [..]." (434), como também no enfrentamento às medidas dos munícipios de restrição da circulação, "*declarações do Presidente da República. evidenciam a ineficaz coordenação nacional no enfrentamento à pandemia e ratificam a desconexão com a realidade, falta de compromisso com a Constituição Federal e com a vida*" (434).

> O conflito com o Ministério da Saúde exacerba-se quando há uma mudança, por parte da autoridade federal do SUS, em relação à questão do isolamento social, como a nota conjunta de CONASS e CONASEMs 13 de maio 2020: "O Conselho Nacional de Secretários

> de Saúde (Contas) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMs) entendem como inoportuna..., A mensagem sobre o Isolamento Social deve ser clara e objetiva... Gerar dúvidas na sociedade sobre sua importância ou mesmo relativiza-la nos parece inadequado (435).

A crítica eleva-se a partir do documento federal de orientação terapêutica:

> [...] com respeito ao documento Orientações do Ministério da Saúde para tratamento medicamentoso precoce de pacientes... sem participação técnica e pactuação tripartite... reafirmamos a sua posição de pautar-se, sempre, pelo respeito às melhores evidências científicas... tais orientações são de única responsabilidade do Ministério da Saúde (436).

Este posicionamento reafirma a necessidade de retomada de um Plano para o enfrentamento da COVID19:

> Por que estamos debatendo a Cloroquina e não a logística de distanciamento social? Por que estamos debatendo a Cloroquina ao invés de pensar um plano integrado de ampliação da capacidade de resposta do Ministério da Saúde para ajudar os estados em emergência (436).

O enfrentamento por parte dos estados e munícipios se ampliou com a acusação feita por dirigentes do Ministério da Saúde sobre a adulteração dos dados da COVID10 por gestores estaduais e municipais: "*Ao afirmar que Secretários de Saúde falseiam dados sobre óbitos decorrentes da Covid-19 em busca de mais 'orçamento', o secretário insulta a memória de todas aquelas vítimas indefesas desta terrível pandemia e suas famílias*" (437), como em relação à interrupção dos estudos para o desenvolvimento da vacina para a COVID19 (438), ou o posterior anúncio de tratativas do governo federal com empresas privadas para aquisição de vacinas para um programa exclusivo de vacinação.

> É com surpresa que o CONASS recebe a informação de que o governo federal concordou com a compra, por empresas privadas, de 33 milhões de doses da vacina contra Covid-19... A imunização, no entanto, deve seguir critérios técnicos e não o poder de compra... Se a farmacêutica tem 33 milhões de doses disponíveis, por que o governo federal não se dispõe a comprá-las em sua totalidade e, com isso, providenciar a proteção para os que mais precisam?... Permitir a vacinação de trabalhadores ligados a um grupo de empresas específicas é romper com esse princípio. É concorrer

> passivamente para a criação de categorias de brasileiros de primeira e de segunda classe (426).

Novos questionamentos se sucedem nesta relação, como na mudança do fluxo de registro de casos de COVID19, na interrupção da vacinação de adolescentes (439), e na suspensão de pagamentos de créditos extraordinários de repasse do governo federal para estados e municípios (429). O tema da vacinação de crianças entre 5 e 11 anos também foi tema de disputa, com posicionamento por "Nota Conjunta – CONASS / CONASEMS":

> O CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) manifesta apoio à decisão técnica da ANVISA em aprovar a indicação da vacina desenvolvida pela Pfizer/Wyeth para crianças da faixa etária de 05 a 11 anos... Aguardamos também, com expectativa, o processo de avaliação da vacina CoronaVac, do Instituto Butantan, para a vacinação de crianças e adolescentes de 03 a 17 anos (440).

Reafirmando este posicionamento sobre a defesa da agilização da vacinação para crianças e questionando a postura de retardamento, por parte do Ministério da Saúde, ou a criação de obstáculos, como a exigência de prescrição médica e termo de consentimento para a vacinação desta faixa etária, o CONASS publica um comunicado natalino para as crianças brasileiras, "Carta das Crianças" (441):

> [...] eu sei que ninguém gosta de agulhas, vocês não precisam ter medo os cientistas do mundo inteiro apontam a segurança e eficácia e segurança das vacinas comas crianças... infelizmente há quem ache normal perder a vida de vocês pequeninhos para o coronavírus... por isso no lugar de dificultar a gente procura facilitar a vacinação de brasileirinhos e brasileirinhos... quando iniciarmos a vacinação de nossas crianças avisem aso seus pais e mamães: não necessitaram de nenhum documento de médicos recomendando que tome a vacina. A ciência vencerá. A fraternidade vencerá. A medicina vencerá e vocês serão protegidos.

Tal posição é reforçada pelo Comitê Cientifico do Consórcio do Nordeste que rechaça a proposta de consulta pública feita pelo Ministério da Saúde que retardava o início da vacinação para esta faixa etária, através da "Nota do Comitê Científico de Combate ao Coronavírus do Consórcio Nordeste em relação à nova recomendação do Ministério da Saúde para suspender a vacinação de adolescentes sem comorbidades Nordeste" (442).

O desenho de implementação da resposta federal à COVID19 não induziu a construção de arranjos interfederativos regionais de gestão, seja na dimensão da política de saúde, ou da rede e dos serviços. Pelo contrário, há uma cobrança recorrente, como observado nos posicionamentos de atores dos governos estaduais e municipais, da necessidade da constituição de um Comitê Tripartite de enfrentamento à COVID19 (443). Também não buscou fortalecer arranjos pré-existentes. Os CGRs/CIRs, por exemplo, não estão listados entre os arranjos que deveriam discutir, negociar, repactuar os recursos a serem transferidos pelo governo federal, nas portarias listadas, e que normatizam os instrumentos financeiros de implementação.

O mesmo pode-se falar em relação aos Grupos Condutores Regionais da RUE, ou aos PAR, apesar dos serviços de urgências e emergências, muitos deles constituídos a partir destes PAR na RMSP, como as UPAs 24hrs, qualificação e abertura de leitos de UTI serem os focos principais de investimento dos recursos de atenção à saúde. Relembrando, a participação do governo federal nos GCR da RUE da RMSP estudada foi interrompida em 2018, não sendo retomada durante a implementação da Resposta Nacional à COVID19. Também não há qualquer menção às coordenações estaduais de endemias, no caso da Amazônia Legal, constituídas ao longo da implementação do PIACM/PNCM, nem dos arranjos interfederativos regionais de regulação constituídos ou fortalecidos ao longo da RUE. Se existiu um ambiente de conflito permanente entre os chefes de governo e dirigentes de estruturas dos entes federativos, também tais arranjos interfederativos regionais não foram valorizados pelo desenho de implementação da resposta federal à COVID19.

A resposta federal à COVID19 também não constituiu arranjos tripartites em interação com pesquisadores e sociedades de especialidades, como iniciado pelo PIACM/PNCM no controle de endemias com o CTA-PIACM, e também com o Comitê de Mobilização Social e Especialistas da RUE, denominado aqui CTA-RUE. Entretanto, registram-se inciativas de estados e municípios em constituir seus Comitês Científicos, ou similares, chamando a atenção, aqui, para os Comitês Científicos de todos os estados da Amazônia Legal, como o do estado do Pará (444), o Centro de Contingência de São Paulo (445) e o Comitê Cientifico da Cidade de São Paulo (446), para citarmos mesmos territórios dos dois casos estudados. Neste sentido, são arranjos que recorrem àquilo estabelecido na implementação do

PIACM/PNCM na Amazônia Legal, que teve características inovadoras, segundo os achados já relatados.

Nos dois casos analisados, PIACM/PNCM e RUE na RMSP, foram observados desafios e contenciosos federativos. Alguns foram superados, outros permaneceram ao longo da implementação, confirmando a insuficiência dos instrumentos de implementação nacionalmente construídos, pela pactuação entre os entes federativos, em superá-los. No caso da COVID19, em contraste, os contenciosos entre os entes federativos além de não superados, ampliaram-se ao longo da implementação. Lista-se, a partir das declarações públicas e documentos dos atores federativos já referidos, os principais contenciosos.

São questões relacionadas ao financiamento das ações, como o aporte de recursos a serem repassados, como o perdão e o alongamento de dívidas, limite de operações de crédito, adoção de auxilio emergencial; às decisões sobre a proibição de transportes, o fechamento de comércio e medidas restritivas adotadas pelos governadores e prefeitos; às propostas de adoção de terapias sem eficácia e posicionamentos sobre a adoção de vacinas; à ausência de uma coordenação nacional tripartite; ao estimulo ao relaxamento das medidas de distanciamento físico por parte do governo federal e dos seu chefe de governo; à suspensão do auxílio emergencial; às mudanças no sistema e na alimentação de dados de notificação; às ações judiciais do governo federal contra as medidas de governos estaduais; à disputa no STF; e à suspensão de créditos extraordinários para estados e munícipios.

Diferentemente à cooperação federativa, à integração de serviços de saúde, à compreensão de que o enfrentamento a uma endemia, como a malária, contribuíram para o desenvolvimento econômico da Amazônia Legal, como no PIACM/PNCM, e que o compromisso com salvar vidas está no centro das ações de promoção à vida no trânsito, na RUE na RMSP, a resposta federal à COVID19 se sustenta sobre outra racionalidade.

Um primeiro aspecto da racionalidade da resposta federal à COVID-19 foi minimizar a dimensão do problema no Brasil, apontando-a como um problema mundial, mesmo os países apresentando características demográficas diversas, como em um pronunciamento do chefe de governo: "*A questão do coronavírus se abate sobre todo o mundo, e cada país tem as suas especificidades, como bem disse o chefe da OMS. No Brasil não é diferente*" (447); ou como um problema

amplificado pela imprensa: "*Espalharam exatamente a sensação de pavor, tendo como carro-chefe o anúncio do grande número de vítimas na Itália. Um país com grande número de idosos e com um clima totalmente diferente do nosso*" (447).

Um segundo aspecto foi estabelecer uma dicotomia entre saúde e economia, preservação de vidas e de empregos:

> Temos uma missão: salvar vidas, sem deixar para trás os empregos... temos que ter cautela e precaução..., principalmente junto aos mais idosos e portadores de doenças preexistentes. Por outro, temos que combater o desemprego, que cresce rapidamente, em especial entre os mais pobres. Minha preocupação sempre foi salvar vidas, tanto as que perderemos pela pandemia quanto aquelas que serão atingidas pelo desemprego, violência e fome... Repito: o efeito colateral das medidas de combate ao coronavírus não pode ser pior do que a própria doença (448).

Reafirmando, neste mesmo pronunciamento de 31 de março de 2020: "*As consequências do tratamento não podem ser mais danosas que a própria doença. O desemprego também leva à pobreza, à fome, à miséria, enfim, à própria morte*". Visão reafirmada no pronunciamento de 16 de abril de 2020:

> Quando se fala em saúde, fala-se em vida, a gente não pode deixar de falar em emprego. Junto com o vírus veio uma verdadeira máquina de moer empregos... Então, não é aquilo que a gente gostaria de fazer, é aquilo que pode ser feito. Nós não poderemos prejudicar os mais necessitados. Eles não têm como ficar em casa por muito tempo, sem buscar seu alimento... Gradativamente, nós temos que abrir o emprego no Brasil. Essa grande massa de humildes não tem como ficar presa dentro de casa. E, o que é pior, quando voltar não ter emprego (422).

Um terceiro aspecto desta racionalidade, está na nomeação de inimigos e especialistas/autoridades de referência a serem seguidas. Entre os inimigos, são nomeados a imprensa, como no pronunciamento do dia 24 de março de 2020: "*Grande parte dos meios de comunicação foram na contramão*" (420); chefes de governo dos demais entes federativos, presente neste mesmo pronunciamento: "*Algumas poucas autoridades estaduais e municipais devem abandonar o conceito de terra arrasada, a proibição de transportes, o fechamento de comércio e o confinamento em massa*"; jogando sobre estes a responsabilidade dos impactos, como no pronunciamento de 16 de abril de 2020: "*Em nenhum momento eu fui consultado sobre medidas adotadas por grande parte dos governadores e*

prefeitos... O preço vai ser alto... Se, porventura, exageraram não bote essa conta, não no Governo Federal". Outros inimigos nomeados, são a indústria farmacêutica, produtora de vacinas: "[...] *não flexibilizariam os protocolos da ANVISA para satisfazer o poderoso lobby das indústrias farmacêuticas, promovendo as controversas vacinas experimentais*" (422).

Na nomeação de governos estaduais e municipais como inimigos, o governo federal também se afirma como o zelador do dinheiro público, com a ampliação de investimentos na saúde sempre em contraponto à questão dos desvios e corrupção: "*O povo está atento e exige de nós respeito à Constituição e zelo pelo dinheiro público*" (449), algo reafirmado no documento do grupo denominado "Médicos pela Vida", que apoia o chefe de governo federal na sua defesa da estratégia do tratamento precoce, com medicamentos não comprovados e de questionamento das ***vacinas:***

> [...] vultosas quantias de dinheiro público foram transferidas para Estados e Municípios, cuja fiscalização e auditoria do uso dos recursos precisa ser objeto de ampla e independente investigação [...] que os abusos cometidos, como também a corrupção, se tornem públicos (450).

Novos atores, como autoridades técnicas e especialistas se afirmam a partir dos pronunciamentos oficiais, já referidos, do chefe de governo federal, como o Ministério da Defesa, das Relações Exteriores e das Forças Armadas: "[...] *nossa missão para trazer brasileiros que estavam na China, coordenada pelos ministérios da Defesa e Relações Exteriores...*" (420); ou:

> [...] determinei o emprego das Forças Armadas no combate ao coronavírus. O Ministério da Defesa realizou o resgate de brasileiros na China... Realizam ações que vão desde a montagem de postos de triagem de pacientes, apoio a campanhas informativas e campanhas de vacinação, logística e transporte de medicamentos. Os Laboratórios Químicos- Farmacêuticos Militares entraram com força total e, em 12 dias, serão produzidos um milhão de comprimidos de Cloroquina [...] (448)

Ou, "*Hoje temos um governo que acredita em Deus, respeita seus militares*" (423).

Médicos especialistas e experiências internacionais, de forma genérica, são apontados como autoridades técnicas para sustentar a estratégia de uso precoce de medicamentos sem eficácia comprovada:

> [...] solicitamos que o Ministério da Saúde, com o apoio do Ministério das Relações Exteriores, confirme junto às representações diplomáticas brasileiras quais protocolos e medicamentos estão sendo empregados nos países com melhores resultados. Que o Ministério da Saúde acompanhe mais de perto os exemplos exitosos dos municípios brasileiros e passe a divulgar essa linha terapêutica de modo estruturado. E, ainda, que seja estabelecido um plano que, em determinado prazo, defina o tratamento imediato como política de saúde pública nacional... Médicos e especialistas de diversas áreas, competentes em vários países, estão fortemente empenhados em se fazer ouvir, em se aliar e em enfrentar a narrativa única da mídia e as medidas coercitivas impostas por alguns governantes, bem como nos fóruns científicos e legais, restabelecendo um equilíbrio em favor da ética, da verdade e da liberdade [...] (450).

O Conselho Federal de Medicina também é nominado por ter um parecer sobre o uso de cloroquina para o tratamento precoce da COVID19 (451), sustentando-se no valor da liberdade e da autônima do médico:

> O Conselho Federal de Medicina [...] tem a competência legal de autorizar qual o tratamento que pode ou não ser feito no País... As autonomias do médico e do paciente devem ser respeitadas, conforme previsto na Constituição Federal e na Declaração Universal dos Direitos do Homem... previsto no Parecer número 04 de 2020. (450).

A defesa da liberdade individual, como parte desta racionalidade, também norteia o cancelamento da portaria comum do Ministério da Saúde e da Justiça já citada (Portaria Interministerial MJSP/MS nº 05, de 17 de março de 2020)(413). Como afirmado em pronunciamento pelo chefe de governo federal: "*Todos os nossos 22 ministros consideram o bem maior de nosso povo a sua liberdade*" (423).

Em relação ao papel da Atenção Primária em Saúde, tão reafirmada nos dois casos estudados PIACM/PNCM e RUE na RMSP, a portaria 430/2020, do Ministério da Saúde, é afirmada como o primeiro Ponto de Atenção e porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, capaz de exercer a contenção da transmissibilidade do coronavírus (COVID19), ao reduzir a ida de pessoas com sintomas leves aos serviços de urgências ou hospitais, de identificar precocemente

casos graves, e de realizar o adequado manejo das pessoas com síndrome gripal (389). Não se encontra, neste documento, aspectos da atuação territorial, comunitária, multiprofissional e a integração da atenção básica a RUE.

Enquanto tais aspectos expressam a racionalidade da resposta federal, os posicionamentos expressos pelos governos estaduais e municipais, junto aos posicionamentos públicos já referidos, afirmam outros aspectos: não aceitar a dicotomia entre saúde e economia, entre defesa da vida e dos empregos; a necessidade da cooperação federativa; o respeito às orientações da OMS e dos organismos multilaterais; a defesa da ciência e das descobertas pelos pesquisadores, como as vacinas; a defesa da ampliação dos recursos da saúde e a proteção coletiva a partir de um pacto coletivo que se inicia com o respeito pelos indivíduos, das determinações e das orientações sanitárias; e a indissociabilidade entre a defesa da vida e da economia.

Os aspectos desta racionalidade, em contraposição à resposta federal a COVID-19 pelos entes estaduais e municipais, reforça que estamos diante de um contexto diverso do evidenciado nos dois casos estudados, com outra dimensão do conflito na implementação da política. Se nos casos do PIACM/PNCM e da RUE na RMSP há disputas, negociações, desafios e até contenciosos federativos em torno de instrumentos de implementação, características dos desenhos, posicionamentos, valorização de singularidades e construção de arranjos, no caso da COVID 19, o conflito federativo parte de racionalidades conflitantes, que produzirão tecnologias de governo conflitantes para enfrentar o problema, entre o governo federal e os entes federativos, em contraposição desde o início da pandemia. Não à toa, no caso da COVID19, os contenciosos se ampliam ao longo da sua implementação, em contraste com os dois casos estudados. Neste sentido, o contraste dos dois casos estudados com contexto atual dos conflitos interfederativo e a fragilização dos mecanismos de governança regional do SUS reafirmam os achados obtidos.

6.4. Os achados no PIACM/PNCM e RUE e os desafios da governança regional que vão além do SUS

Como já apontado, aspectos que vão além das estruturas do SUS são definidores do processo de regionalização. De um lado, aspectos do contexto sócio, político e econômico que envolvem as decisões de descentralização de estruturas e

de investimentos federais e estaduais para os municípios, a redução da esfera estatal-pública e a ampliação da participação privada no setor de saúde brasileiro. De outro, limites relacionados à própria estrutura federativa brasileira e a seus marcos legais. Ambos os casos estudados confirmam a relação destes aspectos com os limites para o processo de regionalização e fortalecimento da governança regional do SUS.

No caso do PIACM/PNCM, um conjunto de contenciosos e desafios que se mantêm, após a implementação, foram apontados na análise dos dados já apresentados, em capítulo anterior. Entre os desafios comuns apontados pelos entes federativos: avançar no diagnóstico e tratamento em áreas vulneráveis; controlar a malária em fronteiras, divisas interestaduais e limites intermunicipais; integração na atuação do IBAMA, MDA, MS em assentamentos e áreas federais de proteção ambiental; precariedade e escassez de rede de diagnóstico e tratamento. Entre os contenciosos, foram apontados: redução da participação federal na força de trabalho; descentralização da força de trabalho; descentralização de recursos logísticos para estados e municípios; rotatividade das equipes de gestão estadual e municipal; baixa governança regional/local e os principais subfinanciamento para estados e municípios; competências em disputa com municípios; e a disputa sobre descentralização de recursos humanos e logísticos.

No caso PIACM/PNCM, de um lado, os contenciosos e os desafios interagem com o fato da construção do SUS coincidir cronologicamente com uma agenda de redução dos investimentos do Estado brasileiro, com a redução proporcional da participação federal nas estruturas e custeio do SUS, e suas insuficiências para enfrentar o subfinanciamento das ações e serviços de saúde, em especial, da vigilância e controle de endemias.

De outro, os limites da estrutura federativa brasileira, que tem na Amazônia aspectos importantes já relatados: a fragilidade da estrutura estadual de antigos territórios que se constituíram em estados; a fragilidade de munícipios com extensões territoriais e fragilidades institucionais para assumir um conjunto de competências e responsabilidades descentralizadas aos munícipios; a ausência de mecanismos mais sólidos de cooperação interfederativa e de coordenação regional para fortalecer a governança em extensos vazios assistenciais e em regiões com dinâmicas geográficas, econômicas e sociais próprias da Amazônia Legal (452, 453).

A análise do caso da RUE na RMSP confirmou os achados identificados no caso PIACM/PNCM, identificando que os desafios e contenciosos permanecem no período de implementação estudado. Eles são impactados pelos limites produzidos por aspectos sócios-econômicos-políticos e pelo desenho da estrutura federativa brasileira, que interferem na consolidação do fortalecimento da governança regional do SUS. Entre os desafios identificados como comuns aos entes federativos, destaca-se: a ampliação da presença das OS e a baixa gestão pública dos seus serviços; a concorrência entre serviços e redes de entes federativos diferentes; a rotatividade das equipes assistenciais e de gestão; os instrumentos de cooperação regional, em gestão com sustentabilidade indefinida; e a ausência de carreiras públicas com mobilidade regional.

Entre os contenciosos, foram apontados: o subfinanciamento; a tensão dos estados com os apoiadores institucionais do Ministério; a disputa entre Samu e o Serviço Estadual de Transporte de Urgência (Grau/SP); a ausência de cofinanciamento de serviços municipais pela esfera estadual; o conflito entre a divisão administrativa estadual e as RRAS; a rotatividade das equipes assistenciais e de gestão; os instrumentos de cooperação regional em gestão com sustentabilidade indefinida; a ausência de carreiras públicas com mobilidade regional; e a baixa governança regional/local.

De forma similar, a agenda de redução de investimentos públicos impacta nos contenciosos apontados na RUE, com a redução proporcional da participação federal, em relação aos municípios, e a ausência de cofinanciamento estadual em uma série de inciativas sustentadas exclusivamente pelo governo federal e pelos municípios. Esta agenda de redução de investimentos impacta também na necessidade de expansão da rede. No caso da RUE da RMSP, o crescimento da participação privada no setor da saúde é ainda mais presente, e apontada, nas entrevistas das personagens-chave e nos relatórios de avaliação da execução, como um desafio comum aos entes. Ela trouxe ganhos de complexidade para a governança regional e para a gestão de recursos humanos, como já citado. Além disso, a gestão de políticas públicas, e não apenas na saúde, nas regiões metropolitanas é uma questão recorrente para identificar os limites da estrutura federativa brasileira (454).

Tais aspectos levantados anteriormente, quando tratamos do processo de regionalização do SUS, foram confirmados pela análise de dados realizada nos dois

casos. Esta confirmação reforça que a complexidade para o desenvolvimento da regionalização do SUS e dos seus arranjos de governança regional não se resumem ao desenho institucional deste processo ou às características de sua normatização. Há a necessidade de medidas mais efetivas que apontem para a superação da escassez de estruturas e recursos, da desigualdade regional, nos aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais; como também para medidas internas a capacidade instalada do SUS; para uma diversidade entre as características institucionais e de participação de atores, públicos e privados, no campo da atenção à saúde, do planejamento, da vigilância e da gestão em trabalho em saúde.

É possível que tais complexidades contribuam para a emergência ou manutenção de conflitos, tensões ou mesmo para a redução da energia de cooperação entre os gestores, serviços e trabalhadores no nível regional. Isso exige políticas nacionalmente pactuadas, construídas a partir da compreensão de escalas regionais e territoriais diversas; bem como à participação de contribuições em diretrizes e recursos de atores federativos estaduais e regionais, que lidam com essas complexidades.

Os dois casos confirmam que os esforços e a consolidação de uma governança regional do SUS enfrentam complexidades de dimensões diversas do que outras experiências internacionais. Este achado, de um lado, reforça a importância da compreensão das reformas desenvolvidas em outros sistemas nacionais de saúde e das experiências brasileiras, sobretudo, a necessidade de ampliar-se e aprofundar-se os estudos comparativos a partir de experiências desenvolvidas que enfrentaram o grau de desigualdade e de complexidade federativa similar à brasileira.

7. CONCLUSÕES

Este estudo analisou os processos de implementação de duas políticas do SUS, o Programa de Intensificação as Ações de Controle da Malária (PIACM/PNCM) na região da Amazônia Legal e a Rede de Urgência e Emergência na Região Metropolitana de São Paulo. Concentrou-se na análise dos mecanismos de governança regional desenvolvidos nos processos de implementação. Parte-se da compreensão de que a implementação é um processo permanente de negociação e conflito, em que os atores da implementação, a partir dos seus posicionamentos, interesses e capacidade de intervenção, interagem ativamente com as diretrizes, as variáveis e os instrumentos de implementação.

Identificou-se que, em ambas as políticas, o processo de implementação fortaleceu os arranjos regionais interfederativos existentes e criou novos, gerou deslocamentos de poder, fortaleceu e produziu sujeitos e novas tecnologias de governo. Apesar do desenvolvimento de novos arranjos de governança, um conjunto de desafios e contenciosos permaneceu ao final do período estudado, revelando que as duas políticas foram insuficientes para superar um conjunto de complexidades do processo de fortalecimento da regionalização do SUS, com as quais os achados deste estudo são confrontados.

Chama a atenção as caraterísticas diversas dos contextos do desenvolvimento da regionalização do SUS, dos campos da saúde pública e dos territórios de desenvolvimento entre os dois processos de implementação analisados. No caso PIACM/PNCM, o contexto de desenvolvimento da regionalização do SUS era regido pelas NOB/SUS/01/96 e a NOAS/SUS/01/01 (285). Estas estabeleciam políticas nacionais indutoras da descentralização das ações de vigilância e controle de endemias, regidas a partir de normas nacionais designadoras de competências e responsabilidades para cada esfera federativa de governo e de mecanismos de certificação das competências de gestão e instrumentos de pactuação de metas e recursos.

No caso da RUE da RMSP, o contexto se deu em um estágio posterior de desenvolvimento da governança regional do SUS, construída a partir de marcos normativos, Decreto 7508/2011(5), que definem o que é uma Região de Saúde e as Redes Regionais de Atenção à Saúde (312) combinados com pactos regionais

construídos em colegiados interfederativos regionais bipartites, CGRs/CIRs induzidos por diretrizes, instrumentos e metas nacionalmente pactuadas (24).

Além disso, são políticas cujos objetos centrais são de campos de saúde pública diversos, a vigilância e controle de endemias, no caso do PIACM/PNCM, e as redes de atenção à saúde, no caso da RUE na RMSP. Tal diversidade é acrescida pelo fato dos casos estudados se desenvolverem em regiões com características geografias, econômicas políticas, sociais e culturais diversas, a Amazônia Legal e a Região Metropolitana de São Paulo. Considera-se que a metodologia de estudo de múltiplos casos permitiu analisar estes fenômenos complexos e valorizar os contextos em que aconteceram, bem como permitiu uma análise da generalização dos seus achados convergentes e divergentes, na análise comum de ambos.

Os dois casos foram descritos e analisados a partir de ferramentas dos estudos de implementação de políticas públicas que permitiram identificar e descrever um conjunto de aspectos referentes aos dois subsistemas de políticas caracterizados pela implementação do PIACM/PNCM e da RUE. Primeiro, o posicionamento e o envolvimento como protagonistas dos atores federativos, componente intrínseco para o entendimento da implementação de um processo de negociação e aprendizado a partir de posicionamentos, interesses, conflitos e necessidades apontadas pelos atores federativos em contextos diferentes. Revela-se como este protagonismo definiu a entrada das duas políticas na agenda prioritária do SUS à época, participando no fluxo permanente de aprendizado durante a implementação da política e na constituição de coalizões de defesas da sua implementação.

Segundo, a descrição e análise dos instrumentos de implementação, classificados em financeiros, organizativos e regulatórios, permitindo a ampliação do entendimento sobre as políticas e sua indução durante a implementação. Em particular, quanto à caracterização dos instrumentos de implementação, seja financeiros, organizativos e regulatórios, foi possível identificar sua capacidade de indução no fortalecimento ou constituição de arranjos regionais interfederativos. No caso da RUE, a adoção da Região de Saúde como unidade territorial, o que não foi observado no PIACM/PNCM. Outro aspecto foi a identificação de um conjunto de instrumentos de implementação construídos a partir do tensionamento pelos atores federativos ou desenvolvidos pelos próprios, a partir da identificação de suas

necessidades. Ao identificá-las, compreende-se melhor os fluxos e processos de aprendizado que ocorreram na implementação dos dois casos.

Neste sentido, os resultados obtidos, a partir destas ferramentas dos estudos de implementação, confirmam características dos denominados estudos de terceira geração, que valorizam a compreensão dos processos de negociação e conflitos em um determinado subsistema de política.

Foram estabelecidos quatro eixos de análise, e suas variáveis, para estudar os dois casos. Primeiro, se a identificação do desenho de implementação de ambas as políticas valorizou a Região de Saúde como unidade territorial de desenvolvimento e em que medida foram valorizadas as singularidades regionais. Observa-se que enquanto singularidades regionais foram valorizadas em ambas as políticas, apenas na implementação da RUE se adotou a Região de Saúde como unidade territorial, considerando-se o seu contexto de desenvolvimento. Entretanto, no PIACM/PNCM, os próprios entes federativos, a partir das suas necessidades de implementação, constituíram arranjos regionais que superaram os limites municipais, como no caso dos Grupos de Trabalho para controle da malária em divisas e fronteiras. Este achado só reforçou a necessidade do SUS em adotar a Região de Saúde como unidade territorial para os pactos regionais e planos de investimentos.

Segundo aspecto, a descrição dos arranjos interfederativos fortalecidos ou constituídos, compreendendo um conjunto de variáveis de caraterização. Foi possível caracterizar que as políticas estudadas fortaleceram ou criaram novos arranjos regionais interfederativos, em sua maioria com uma fragilidade institucional dependente dos chefes de governo e dirigentes de cada esfera da federação, que se alterna a cada ciclo de governo. Tais arranjos não se restringem a gestão da política, identificando-se arranjos responsáveis pela gestão de redes e de serviços, com características diversas quanto à horizontalidade ou verticalidade na relação entre os seus membros.

Conclui-se que estes novos ou fortalecidos arranjos regionais interfederativos interagem permanentemente com os deslocamentos de poder, criação ou fortalecimento de sujeitos e novas tecnologias de governo produzidas. Sua permanência, sustentabilidade e resiliência, quando submetidas a desmontes das políticas, parecem estar diretamente relacionadas à ampliação de suas dimensões. Aparentemente, há maior resiliência à medida que os arranjos regionais interfederativos estejam para além da gestão da política, sejam mais permeáveis as

novas autoridades e as redes de força e aos sujeitos que se constituem durante a implementação, e tenham, na sua institucionalidade de criação e indicação, membros e mecanismos que ultrapassem os ciclos de governo.

Terceiro aspecto, a caracterização dos desafios e contenciosos não superados que reafirmam a dimensão de negociação, conflitos e insuficiências das políticas. Estes também foram classificados de acordo com as dimensões de gestão da política, da rede e dos serviços. Os achados identificados em ambas as políticas permitiram caracterizar as insuficiências dos seus arranjos interfederativos regionais em superar o conjunto de desafios para o fortalecimento da governança regional do SUS, apontados no desenvolvimento teórico sobre os desafios da regionalização do SUS. Foram insuficientes para superar as complexidades de aspectos inerentes ao desenvolvimento do SUS, apontadas em capítulo próprio, a saber: limites do desenho institucional da governança regional, caracterização dos aspectos dos fluxos de acesso pelos usuários e padrões de deslocamento populacional na Região de Saúde, caracterizações multiescalares do território, diversidade na natureza jurídica dos prestadores de serviços e características do desenvolvimento da atenção primária, da vigilância e da gestão da formação, provimento e fixação de profissionais de saúde na região. Também foram insuficientes para superar complexidades de um contexto que ultrapassa o próprio desenvolvimento do SUS, a saber: os limites da estrutura da federação brasileira e as escolhas sócio, econômicas e políticas que influenciam no volume de investimentos púbico, redução da capacidade de gestão pública, ampliação da variedade da participação privada e descentralização do Estado brasileiro.

Acrescentou-se aos eixos de análise, com um papel descritivo dos processos e implementação de ambas as políticas, três categorias que permitiram a ampliação da capacidade analítica no desenho realizado: poder, sujeito e tecnologia de governo.

Alguns aspectos se destacam em relação aos deslocamentos de poder produzidos em ambos os casos. Primeiro, o acúmulo de evidências que revelam o quanto os arranjos interfederativos deslocam o poder administrativo, assumindo um conjunto de competências e responsabilidades antes concentradas na esfera federal, estadual, e isoladamente em alguns municípios ou grandes serviços de saúde.

Segundo, o observado quanto aos deslocamentos do poder técnico e a afirmação de novas relações de poder, autoridades e redes de força. Estes são identificados, seja nos espaços de gestão da política de saúde, seja na dimensão da atuação das equipes de saúde junto aos usuários. Na dimensão de gestão da política, a partir da constituição de um arranjo interfederativo tripartite com especialistas e instituições de pesquisa, os CTAs para ambos os casos. Na dimensão do trabalho das equipes que interagem com os usuários, os deslocamentos aconteceram a partir da reorganização dos processos de trabalho, emergindo novas referências, autoridades técnicas e redes de força constituídas que os apoiam, selecionam, qualificam e remuneram.

Terceiro aspecto, em relação aos deslocamentos do poder político. Por um lado, evidenciou-se quanto o poder político, em especial o advindo dos chefes de governo das três esferas federativas, parece ser decisivo para a mobilização dos atores institucionais, da sociedade e comunidades locais. Esta mobilização articula atores intersetoriais, agiliza processos de execução das ações e a reorganização das equipes, bem como contribuem, ou não, para a sustentabilidade das políticas. Ao mesmo tempo, ficou evidente quanto a concentração deste poder político nos chefes de governo ou de atores do poder legislativo ou judiciário, seja na esfera federal, seja na esfera municipal ou estadual isoladas, coloca em risco a sustentabilidade da implementação da política. Neste sentido, a criação de arranjos interfederativos de governança, ao envolverem chefes de governo e dirigentes de mais de um ente federativo, autoridades e redes de força variadas, como representantes de instituições de pesquisa e sociedades de especialidades, permitem pesos e contrapesos entre os chefes de governo e seus dirigentes nas decisões políticas, contribuindo para a sustentabilidade ou, pelo menos, a resiliência das estruturas e ações. Isto ficou evidente no caso dos CTAs nacional e estaduais no PIACM/PNCM, que influenciam na existência de comitês técnicos científicos, até hoje, para o enfrentamento ao controle de endemias. O mesmo se observa quanto aos Grupos Condutores regionais e nos CGRs/CIRs, no caso da RUE.

Ainda na dimensão do poder político, o envolvimento e o protagonismo dos atores federativos, além de provocar mobilização, publicidade, e constituir fluxos de aprendizado, criam um ambiente de cooperação. Os contrastes evidenciados em relação a resposta federal a COVID19, reforçam essa necessidade, sobretudo, em uma federação tão desigual e assimétrica, e com tempos de governo diversos. Há

um salto quando este ambiente de cooperação é constituído no âmbito da região de saúde, propiciando pesos e contrapesos comuns, ampliação da capacidade de olhares para além da visão restrita ao município ou da visão distante das especificidades regionais, quando se fala dos agentes políticos no nível estadual e federal.

Outra questão, em relação ao poder político, está em que medida os instrumentos de implementação dos próprios arranjos sobrevivem por serem constituídos de institucionalidades que ultrapassam governos. Isso aconteceu, por exemplo, com as carreiras públicas tanto no PIACM/PNCM, quanto na RUE na RRAS da cidade de São Paulo. Também na incorporação permanente aos tetos financeiros dos repasses federais, na incorporação aos Planos municipais, estaduais e nacionais de saúde e nos contratos de gestão plurianuais com prestadores de serviços públicos e privados OS, como na RUE. No caso PIACM/PNCM, isso aconteceu em parcerias estáveis com instituições de pesquisas ou nos arranjos interfederativos regionais estabelecidos por marcos legais que ultrapassam os governos. São assim no CGRs/CIRs, Consórcios Públicos intermunicipais e Fundação estadual de endemias no caso do Amazonas.

Outro destaque está relacionado à produção de novas tecnologias de governo, algo captado em ambos os casos, o que reforça o ganho analítico com o uso desta categoria. Chama a atenção, que em ambos os casos, de certa forma, inauguram-se novas racionalidades quanto às políticas públicas de saúde no SUS em relação aos campos de saúde pública a que estão inseridos: vigilância e controle de endemias, e atenção à saúde. Mais do que isso, a relação entre saúde e desenvolvimento econômico, urbano e ambiental, a mobilização e cooperação federativa, e a compreensão da importância de valorizar singularidades regionais estão presentes como elementos de ambas as racionalidades. Entretanto, a Região de Saúde, tanto como elemento da racionalidade, quanto na identificação de dispositivos e tecnologias que a tornam operáveis, só está presente na análise da implementação da RUE.

Em uma comparação realizada com os aspectos atuais da Resposta Nacional de enfrentamento à COVID19, percebe-se que, se nos dois casos estudados houve tensionamentos e negociações entre os entes federativos, a partir de uma mesma racionalidade da política pública, no caso atual da COVID19 há um confronto de racionalidades na construção das repostas entre a esfera federal e os

entes estaduais e municipais. Não à toa, enquanto se identifica que a insuficiência das políticas estudadas não resolveu o conjunto de desafios e contenciosos federativos apontados, no caso da COVID 19 a implementação da resposta federal não apenas não supera, mas amplia os contenciosos interfederativos ao longo da implementação Estes aspectos reforçam o uso desta categoria de análise.

Há limitações no estudo desenvolvido que devem ser consideradas na avaliação dos achados que estão sendo afirmados, bem como na necessidade de ampliar-se e aprofundar-se os estudos relacionados aos objetos estudados. Primeira, a própria implicação do seu autor, sujeito implicado com o desenvolvimento e implementação de ambos os casos, estando em locais diversos ao longo da sua implementação. No caso do PIACM/PNCM presente, incialmente, junto às equipes profissionais, a partir da ligação com uma instituição pesquisa que compõe o CTA PIACM/PNCM e posteriormente, ainda no período estudado, em posto de direção federal. No caso da RUE, implicado ao estar incialmente em posto de direção federal da política e posteriormente na gestão municipal, ainda no período estudado. Em ambas as situações, o autor não fez parte dos arranjos interfederativos estudados.

Segunda limitação, se por um lado a concentração nos aspectos relacionados ao processo de implementação e aos arranjos de governança regional permitiram um detalhamento descritivo e analítico deste processo, o fato de não terem sido abordados os resultados sanitários e assistenciais das políticas traz limites para a compreensão do seu significado e do grau de implementação.

Terceiro, o período estudado nos permite avaliar os processos de implementação, entretanto não nos permite avaliar com mais detalhe a sustentabilidade da política e dos próprios arranjos interfederativos fortalecidos ou criados, um aspecto importante à medida que o próprio estudo realizado ter apontado interrupção das ações por responsabilidade dos governos.

Um conjunto de desafios e contenciosos federativos são apontados ao final do período estudado. Continuar avaliando a sua superação também permitiria melhor compreensão do fenômeno estudado. Por fim, optou-se por restringir as entrevistas a membros dos arranjos interfederativos, obtendo-se uma variedade interessante de membros, de lugares diferentes quanto aos arranjos e inserções diferentes nos arranjos do próprio tempo histórico das políticas. Entretanto, o próprio estudo explicitou o surgimento ou fortalecimento de novos sujeitos, autoridades,

redes de força, e de atores públicos e privados. A possibilidade de entrevistar o conjunto destes novos sujeitos poderia ter trazido novos elementos para analisar os acasos estudados, em particular, os aspectos relacionados à governança regional e seus arranjos interfederativos.

Acredita-se que há uma agenda de pesquisas que precisa ser colocada em prática para aprofundar os entendimentos dos aspectos apresentados por este estudo. Primeiro, expandir a utilização dos ferramentais dos estudos de implementação de políticas públicas no campo da saúde pública, no contexto do SUS. Há um arcabouço metodológico que busca abordar aspectos diversos da implementação de uma política pública que precisa ser explorado. Em especial, compreender melhor os processos de implementação, compreendendo que, entre as diretrizes e os instrumentos indutores afirmados e os resultados finais, há um conjunto de processos de negociação, conflitos, mediações e aprendizados que, além do contexto, precisam ser apreendidos para além dos resultados. Acredita-se que eles agregam poder descritivos e analítico aos estudos de implementação no campo da saúde pública e no contexto do SUS.

Segundo, multiplicar possibilidades de interação entre as ferramentas dos estudos de implementação em políticas públicas e das novas categorias analíticas utilizadas em saúde coletiva.

Terceiro, caracterizar os aspectos do momento atual de desenvolvimento do SUS, a partir da agenda implementada após a crise política institucional econômica de 2015 em diante (80) e o período da crise sanitária, política, institucional e econômica desencadeada pela COVID19 (111). Seria importante compreender melhor os impactos deste contexto nas complexidades a serem superadas para o fortalecimento da governança regional do SUS apontados neste estudo, seja elas intrínsecas ao SUS ou que ultrapassem os seus limites.

Quarto, a possiblidade de estudos comparativos com outras experiências internacionais, tanto quanto aos processos de regionalização em contexto mais ou menos similares ao SUS brasileiro: iniquidades regionais, estrutura federativa, agenda de restrição fiscal, relação com mecanismos privados de organização dos serviços.

Quinto, alguns aspectos sobre a resposta a COVID19 foram identificados neste estudo, embora não fosse seu objeto. Considera-se importante a ampliação da análise do impacto da reposta nacional a COVID19 no processo de fortalecimento

da governança regional do SUS. Importante considerar seus conflitos federativos, a ampliação das iniquidades regionais e intrarregionais, represamento de problemas de saúde, desorganização dos fluxos assistenciais, deslocamentos de poderes para o parlamento e judiciário, e os mecanismos de resiliência expressos pelo SUS;

Por fim, considera-se que os estudos realizados e as possiblidades de generalização, a partir da confirmação do desenvolvimento teórico, trazem elementos significativos para a construção política de uma agenda de superação das fragilidades da governança regional do SUS. Acredita-se que o estudo traz alguns elementos que precisam ser considerados na construção desta agenda de superação.

Primeiro, a mobilização e protagonismo político dos agentes políticos, em particular dos chefes de governo e seus dirigentes das três esferas de governo, bem como os atores políticos dos demais poderes. Esta mobilização parece ser fundamental para agilizar o processo de decisão, envolvimento de equipes, debate público junto à sociedade e às comunidades, e a promoção da intersetorialidade necessária para o enfrentamento de temas complexos da saúde pública.

Segundo, a promoção permanente do debate público, mantendo-se um nível de mobilização política, social e cultural que propicie mudanças em todas as dimensões, nos níveis de definição de gestão de políticas, até no nível de produção do cuidado nos serviços pelas equipes. Neste sentido, parece-nos fundamental a necessidade de os arranjos interfederativos regionais estejam mais permeáveis aos sujeitos, às autoridades de poder e às redes de força que se reconstituem ao longo da implementação, terem marcos institucionais que ultrapassam os ciclos de governo e não serem restritos a dimensão da negociação e da pactuação das políticas, assumindo a dimensão da gestão de redes e de serviços.

Terceiro, construir e mobilizar um conjunto de instrumentos de implementação que busquem enfrentar o conjunto das complexidades apontadas nos processos de fortalecimento da governança regional do SUS, seja aqueles inerentes aos próprios sistemas de saúde, seja aqueles que vão além do SUS, como já descritos.

Quarto, assumir a Região de Saúde e seus arranjos regionais como unidade territorial de desenvolvimento do SUS, implicando que atores federativos e estruturas institucionais de gestão da política, redes e serviços a assumam como suas unidades territoriais.

Quinto, aprimorar a organização administrativa de gestão da saúde no âmbito da região de saúde. Se as evidências deste estudo, de um lado, não apontam para uma estrutura administrativa rígida única, ao mesmo tempo revelam a necessidade de estruturas estáveis, que ultrapassem os ciclos de governo, de constituição interfederativa, idealmente tripartite. A estrutura administrativa tripartite deve assumir desafios comuns, como gestão da formação, provimento e fixação de profissionais de saúde, gestão de serviços de referência regional, gestão de redes e da sua integração, planejamento e execução comum de ações de vigilância e controle de endemias, compartilhamento de funções administrativas.

Sexto, que o tema do subfinanciamento seja enfrentado, não apenas em relação ao volume de recursos, mas também na sua distribuição equitativa e por processos mais transparente e ágeis para acesso a estes recursos. Nesse sentido, defende-se a constituição de fundos regionais de saúde que ultrapassem a fragmentação do financiamento de cada esfera de governo ou dos prestadores e serviços, como novos aportes de recursos federais e estaduais.

REFERÊNCIAS

1 Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Cadernos de Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [cited 2021 Dez 19]; 16(6):2753-2762. Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/Nr8zSpfMvdVMzZdb7DFXNSv/?format=pdf&lang=pt.

2 Teixeira SMF, organizador. Municipalização da saúde e poder local no Brasil: relatório de pesquisa. RAP: Revista de Administração Pública [Internet] 1997 [cited 2021 Dez 19]; 31(3):195-298. Available from: https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7922/660

3 Fleury S, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.

4 Silva SF, Dobashi BF. Pacto pela Saúde/2006: uma nova etapa na construção do SUS. In: Cerci Neto A, organizador. Asma em saúde pública. Barueri: Manole, 2007.

5 Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2009 [cited 2021 Nov 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

6 Menecucci T. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. DADOS: Revista de Ciências Sociais [Internet] 2016 [cited 2021 Dez 19]; 59(3): 823-865. Available from: https://www.scielo.br/j/dados/a/pFMXHMxY6y6KvgDbgKK3k9g/?format=pdf&lang=pt

7 Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 31, 2015. Dossiê. Revista CONASEMS nº 62 Set-Out 2015. Brasília, DF: CONASS; 2020 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2016/12/revista_conasems_edicao62_tela.pdf

8 Santos L, Andrade LOM. Rede interfederativa de Saúde. In: Silva SF, organizador. Redes de atenção à saúde no SUS. Campinas: Idisa, Conasems; 2008.

9 Magalhães HM Junior. O desafio de construir e regulares redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado dependentes: a experiência de Belo Horizonte [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2006.

10 Padilha ARS. Mais Saúde é mais desenvolvimento e mais direitos. In: Sader E. O Brasil que queremos. Rio de Janeiro: UERJ; 2016.

11 Abrucio FL, Couto CG. A redefinição do papel do Estado no âmbito local. São Paulo em Perspectiva. 1996; 10(3):40-7.

12 Rezende F. Em busca de um novo modelo de financiamento metropolitano. In: Magalhães F. editor. Regiões metropolitanas no Brasil: um paradoxo de desafios e oportunidades [E-book on the Internet]. New York: Inter American Development Bank; 2010 [cited 2021 Mar 7]. Available from: https://publications.iadb.org/publications/portuguese/document/Regi%C3%B5es-metropolitanas-no-Brasil-Um-paradoxo-de-desafios-e-oportunidades.pdf

13 Abrucio FL. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: Fleury S, organizator. Democracia, descentralização e desenvolvimento. São Paulo: FGV Editora; 2005. p.77-125.

14 Losada PR. Potencialidades da cooperação Intergovernamental para a gestão das regiões metropolitanas do Brasil. In: Magalhães F. Regiões metropolitanas no Brasil: um paradoxo de desafios e oportunidades [E-book on the Internet]. New York: Inter American Development Bank; 2010 [cited 2019 Mar 7]. Available from: https://publications.iadb.org/publications/portuguese/document/Regi%C3%B5es-metropolitanas-no-Brasil-Um-paradoxo-de-desafios-e-oportunidades.pdf

15 Lefevre C, Paris ET. Les grands agglomeration ocidentales: comparision des modeles the governance. Mairie de Paris; 2004.

16 Klink JJ. Construção de novas governanças para áreas metropolitanas, o cenário brasileiro. In: Magalhães F. Regiões metropolitanas no Brasil: um paradoxo de desafios e oportunidades. Nova Iorque: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2010.

17 Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet [Internet] 2011 May 21 [cited 2021 Dez 19]; 377:1778-97. Available from: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext

18 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1990. [cited 2021 Dez 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

19 LIMA, Luciana Dias de. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 573-598, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300010&lng=pt&nrm=iso

20 Pereira FHLC da S. Um olhar crítico à descentralização de serviços públicos de saúde em atenção hospitalar. R. Dir. sanit. [Internet]. 20 de dezembro de 2020 [citado 22 de abril de 2022];20(3):247-39. Available from: https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/180248

21 Lima LL. A implementação da regulação dos prestadores privados no sistema municipal de saúde: os casos de Belo Horizonte e Porto Alegre. In: Faria CAP,

organizator. Implementação de políticas públicas: teoria e prática. Belo Horizonte: PUC Minas; 2012.

22 Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. Ciênc Saúde Colet. [Internet] 2017; 22(4):1055-64. Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/mnpHNBCXdptWTzt64rx5GSn/abstract/?lang=pt

23 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

24 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet] 2006 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

25 De Lima LD, Queiroz LFN. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do pacto pela saúde. In: Machado CV, Baptista TW, De Lima LD, organizators. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

26 Trevas V, organizator. Consórcios públicos e agendas do estado brasileiro. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2013.

27 Padilha A, Amaral MA, Oliveira D, Campos GWS. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana Saúde Debate [Internet] 2018 jul-set [cited 2021 dez 19]; 42(18):579-593. Available from: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VSm7zn7r5nYbPWNzWj9kGdk/?format=pdf&lang=pt

28 Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros Ciênc. saúde colet. 22 (4). Abr 2017. https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03002017 Available em: https://www.scielo.br/j/csc/a/yPgCpmw8dfRm3h93mFSzhxP/?lang=pt#:~:text=ARTIGO%20%E2%80%A2%20Ci%C3%AAnc.%20sa%C3%BAde,Marcelo%20Rasga%20Moreira

29 Losada PR. Consórcio público: o instrumento de realização de um federalismo cooperativo e democrático no Brasil [Dissertação]. Brasíia, DF: Universidade de Brasília; 2008.

30 Mapelli Junior R. Direito sanitário. São Paulo: Ministério Público, Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Justiça Civel e de Tutela Coletiva; 2012.

31 Goya N, Andrade LOM, Pontes RJS, Tajra FS Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no

trânsito de institucionalidades / Regionalization in healthcare: (in)visibility and (im)materiality of the universal access and comprehensiveness in health in changing institutionalities. Saúde Soc [Internet] 2016 [cited 2021 Dez 19] 25(4):902-919. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-962492

32 Mendes A Louvison M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. Saúde Soc [Internet] 2015 [cited 2021 Dez 19]; 24(2):339-402. Available from: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wkyDHgx7QC7qNhGV78LSdRr/?format=pdf&lang=pt

33 Xavier DR, De Oliveira RAD, Barcellos C, Saldanha RF, Ramalho WM, Laguarda J, et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo internações: método para apoio na regionalização de saúde. Cad. Saúde Pública [Internet] 2019 [cited 2021 Dez 19]; 35 (Sup2):e00076118. Available from: https://www.scielo.br/j/csp/a/WrQKVdTbbJ8NfBvvYhkfn6d/?format=pdf&lang=pt

34 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 [Internet] 2015 [cited 2021 Dez 19]; 31(6):3163-3177. Available from: https://www.scielo.br/j/csp/a/FGVz3pwQ7gGjDr4d5TKCLZf/?format=pdf&lang=pt

35 Lima LD, Viana ALA, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. Ciênc Saúde Colet [Internet] 2012 [cited 2021 Dez 19]; 17(11):2881-92. Available from: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/03/Regionalizac%CC%A7a%CC%83o-e-acesso-a%CC%80-sau%CC%81de-nos-estados-brasileiros-condicionantes-histo%CC%81ricos-e-poli%CC%81tico-institucionais.pdf

36 Menecucci TMG. Regionalização no federalismo brasileiro. Cad. Saúde Pública [Internet] 2019 [cited 2021 Dez 19]; 35(2): e00078419. Available from: https://www.scielo.br/j/csp/a/ZPp57S6ghXqmBxzXndp8Y8b/?format=pdf&lang=pt

37 Machado CSR, Lima ACC. Distribuição espacial do SUS e determinantes das despesas municipais em saúde. Rev. Econ. NE, Fortaleza, v. 52, n. 4, p. 121-145, out./dez., 2021 Available em: https://www.bnb.gov.br/revista/index.php/ren/article/download/1305/911

38 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. Cadernos de Saúde Pública [Internet] 2019 [cited 2021 Dez 19]; 35(Supl.2):1-17. Available from: https://www.scielo.br/j/csp/a/Hgmr8CynXVf6f8J5PBs3XFs/?format=pdf&lang=pt

39 Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina GM, Martins CL, Almeida PF et al. A atenção primária em Regiões de Saúde: política, estrutura e organização. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 9]; 35(2): Sup 2:e00099118e.

Available from:
https://www.scielo.br/j/csp/a/pv3MZr9z77kkRmC4ZPnDGrk/?format=pdf&lang=pt

40 Albuquerque AC, Cesse EAP, Felisberto E, Samico IC, Frias PG. Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras. Cad. Saúde Públ. [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 9]; 35 (Sup 2):e00065218. Available from:
https://www.scielo.br/j/csp/a/pFVmfPCFTYY8FsJRRXKfkGs/?format=pdf&lang=pt

41 Van Stralen ACS, Massote AW, Carvalho CL, Girardi SN. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet] 2017 [cited 2021 Dez 19]. 27(1):147-172. Available from:
https://www.scielo.br/j/physis/a/f6GHFLTtPjsk8RJHShKGTFw/?format=pdf&lang=pt

42 Magnago C, Pierantoni CR, Carvalho CL, Girardi SN. Nurse training in health in different regions in Brazil. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet] 2017 [cited 2021 Dez 19]; 17 Suppl 1:219-28. Available from:
https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/PjNRtMcwPM6JyCZzRLgV4HL/?lang=en

43 Pierantoni CR, Magnago C, Vieira SP, Ney MS, Miranda RG, Girardi SN. Graduação em saúde: oferta e estratégias para o fortalecimento da regionalização do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Púb [Internet] 2019 [cited 2021 Dez 19]; 35(Supl2):15-28. Available from:
https://www.scielo.br/j/csp/a/RfPmxsmgFWq8bbRHgMrqykn/?format=pdf&lang=pt

44 Seixas PHD, Ibañez N, Da Silva JA, Bueno ACV, Lima S. A circularidade dos médicos em cinco regiões de São Paulo, Brasil: padrões e fatores intervenientes. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited 2021 Dez 19]. 35(Sup2): e00135018. Available from:
https://www.scielo.br/j/csp/a/prB4M7hnzC4tcbP9BCGzDDg/?format=pdf&lang=pt

45 Oliveira APC, Gabriel M, Poz MRD, Dussault G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva [Internet] 2017 [cited 2021 Dez 19]; 22(4):1165-1180. Available from:
https://www.scielo.br/j/csc/a/X7GmB9B7T3hbXmzqgCXZgKs/?format=pdf&lang=pt

46 Viana ALD, Bousqyat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, De Albuquerque MV, Mota PHM, et al. Tipologia das Regiões de Saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. Saúde Soc [Internet] 2015 Abr-Jun [cited 2021 Dez 19]; 24(2):413-422. Available from:
https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5zVsFNHY6HFYBrc9KfPDJzg/?format=pdf&lang=pt

47-Viana ALD, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil Cad. Saúde Pública [Internet] 2019 [cited 2021 Dez 19]; 35(Suppl2):1-12. Available from:
https://www.scielo.br/j/csp/a/Q3YCmVdQG83vHbHSKSxDPXp/?format=pdf&lang=pt

48 Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cad Saúde Pública [Internet] 2017 [cited 2021 Dez 19]; 33(Suppl 2):e00129616. Available from: https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJHKCCZW8qQdvz/?format=pdf&lang=pt

49 Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. Ver Saúde Pública [Internet] 2014 [cited 2021 Dez 19]; 48(4):622-631. Available from: https://www.scielo.br/j/rsp/a/fPbZYg5dFrmkHdLTDgrbpzm/?lang=pt&format=pdf

50 Abimbola S, Baatiema L, Bigdeli M. The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence. Health Polic. Plan. 2019; 34(8):605-17.

51 Teixeira CF. Por uma análise política dos impasses da regionalização do SUS Cad. Saúde Pública [Internet] 2019 [cited 2021 Dez 19]; 35(Supl.2):e00077019. Available from: https://www.scielo.br/j/csp/a/tPbM4mr9jFjr6JzmFqLMT6M/?format=pdf&lang=pt

52 Fagnani E. Equidade e regionalização da saúde na contracorrente. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited 2021 Dez 19]; 35(Sup 2):e00120819. Available from: https://www.scielo.br/j/csp/a/PmY4NYDmM5GpXL5KcgmYFTM/?format=pdf&lang=pt

53 World Health Organization. Critical preparedness, readiness and response actions for Covid-19: interim guidance [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. [cited 2021 dez 19]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19

54 Croda J, Oliveira WKD, Frutuoso RL, Mandetta LH, Baia-da-Silva, DC, Brito-Souza JD, et al. Covid-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [Internet]. 2020 [cited 2021 Dez 19]; 53:e20200167. Available from: https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/bwLKCs6ZfGhyFn3mp4RDhdQ/?format=pdf&lang=en

55 Ahmed, F, Ahmed, NE, Pissarides, C, Stiglitz, J. Why inequality could spread Covid-19. *The Lancet Public. Health*. 2020; 5(5): e240.

56 Ali S, Asaria M, Stranges S. COVID-19 and inequality: are we all in this together? Can J Public Health. [Internet]. 2020 Jun. [cited 2021 Dez 11]; 111(3):415-416. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7310590/

57 Yin XC, Pang M, Law MP, Guerra F, O'Sullivan T, Laxer RE, Schwartz B, Khan Y. Rising through the pandemic: a scoping review of quality improvement in public health during the COVID-19 pandemic. BMC Public Health [Internet]. 2022 Feb 7 [cited 2021 Dez 19]: 220-248. Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-022-12631-0.pdf

58 Almeida C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. Cad. Saúde Públ. [Internet]. 2017. [cited 2019 Nov 27]; 33 (Sup 2):e00065218. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001403002

59 Almeida C. Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato VCL, Noronha JC, Carvalho AI, organizators. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 759-801.

60 López-Arellano O, Jarillo-Sot EC. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. Cad. Saúde Pública [Internet] 2017 [cited 2021 Dez 19]; 33(Suppl 2):1-13. Available from: https://www.scielo.br/j/csp/a/b95pV6Yzp3Jh3NQ7bPmVrJJ/?lang=es&format=pdf

61 Conill EM, Xavier DR, Piola SF, Silva SF, Barros HS, Báscolo E. Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. Ciência & Saúde Coletiva [Internet] 2018 [cited 2021 Dez 19]; 23(7):2171-2185. Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/nN38ZyBxdX8v56qCwqDYydL/?format=pdf&lang=pt

62 Portugal. Constituição da República Portuguesa. Lisboa: Parlamento; 1976.

63 Portugal. História do SNS: saiba como nasceu o Serviço Nacional de Saúde e quais os desenvolvimentos dos últimos 35 anos [Internet]. 2014 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.sns.gov.pt/sns/serviconacional-de-saude/historia-do-sns/

64 Delboni MCC, Areosa SVC, Remoaldo PCA, Oliveira MCC. A Regionalização da Saúde e as suas singularidades em Braga (Portugal) e em Santa Maria (Brasil). RepsositiUM Universidade do Minho Centro de estudos Humanisticos da Universidade do Minho Set 2017

65 Araujo GBF, Miranda LO, Nolêto IRSG, Aguiar WJL, Freitas DRJ. Comparação entre o sistema de saúde brasileiro e o sistema de saúde português: análise geral. SANARE [Internet] 2017 Jul-Dez [cited 2021 Dez 16];16(2):14-21. Available from: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1173

66 España. Constituição Espanhola. Aprovada pelas Cortes em 31 de outubro de 1978. Ratificada pelo povo espanhol em 06 de dezembro de 1978. Sancionada pelo Rei em 27 de dezembro de 1978. [cited 2021 Dez 19]. Available from: http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/79FF2885-8DFA-4348-8450-04610A9267F0/0/Constitucion_es.pdf.

67 España. Ley 14/1986 de 25 de abril. General de Sanidad. [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con

68 España. Real Decreto 1989 para garantizar a Atención Universal de la Salud. 1989.

69 Pereira AMM, De Lima LD, Machado CV, Freire JM. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. Saúde Debate. [Internet] 2015 Dez [cited 2021 Dez 19]; 39:15-28. Available from: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GcXYcxMGdXLQvmSG7CLVKVh/?format=pdf&lang=pt

70 Freire JM. El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones. Texto de trabajo. 2008. Available from: http://portal.ugt.org/claridad/numero7/freire.pdf

71 España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet] 2003 Mai 29 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con

72 Espanha. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Jefatura del Estado [Internet] 2012 Abr 24 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/04/20/16/con

73 Berlinguer, G; Teixeira, S.M.F; Santos, G. A Reforma Sanitária Itália e Brasil, São Paulo, CEBES – HUCITEC, 1988

74 Organização Pan-Americana de Saúde. Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate [E-book on the Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [cited 2019 mar 7]. 126 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_regionalizacao_saude_brasil_italia_licoes_aprendidas.pdf

75 Organização Pan-Americana da Saúde. Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate [Internet] Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. [cited 2021 Dez 19]. (Navegadorsus, 4). Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18464/9788579670725_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

76 Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde Debate [Internet] 2020 Jun 19 [cited 2021 Dez 19]; 43 (spe5):15-28. Available from: https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5

77 Duarte LS, Mendes AN, Louvison MCP. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do Estado de São Paulo (2009-2014). Saúde Debate. 2018; 42(116):25-37. Available from: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gcPyhjjWdrqZcG9V4nYhPBd/?format=pdf&lang=pt

78 Fleury S, Ouverney ASM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2010; 28(6):446–55.

79 Fleury S. Democracia e inovação na gestão local da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2014.

80 Padilha A, Oliveira DC, Alves TA, Campos GWS. Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. Ciência & Saúde Coletiva [Internet] 2019 [cited 2021 Dez 19]; 24(12):4509-4518. Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/T3JpwPgbLb7CtQbN9z9Y7Yh/?format=pdf&lang=pt

81 Casanova AO, Giovanella L, Cruz MM, Ferreira MFDC. Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas Regiões de Saúde da Amazônia Legal. Ciência & Saúde Coletiva [Internet] 2018 [cited 2021 Dez 19]; 23(10):3163-3177. Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/3BfTbkNCNfBxLLzwjsYJGvH/?format=pdf&lang=pt

82 Castells M. Ruptura: a crise da democracia liberal. São Paulo: Zahar; 2018.

83 Souza C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988". Revista de Sociologia e Política [Internet] 2005 [cited 2021 Dez 19]. (24):105-122. Available from: https://www.scielo.br/j/rsocp/a/w75TqBF3yjv4JHqyV65vcjb/?format=pdf&lang=pt

84 Linhares PTF, Mendes CC, Lassance MA, organizators. Federalismo à Brasileira questões para discussão [E-book on the Internet]. Brasília: Ipea; 2012 [cited 2019 Mar 7]. (Diálogos para o Desenvolvimento, v. 8). Available from: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_federalismoabrasileira_v08.pdf

85 Fortes FBCTP. Inovação institucional no contexto do federalismo brasileiro pós-1988: a emenda constitucional 29 de 2000 e os governos estaduais [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2008 [cited 2021 Dez 19]. 197 f. Available from: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BIRC-88VHSJ/1/tese_fatima_fortes.pdf

86 Arretche M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo em Perspectiva [Internet] 2004 [cited 2021 Dez 17]; 18(2):17-26. Available from: https://www.scielo.br/j/spp/a/yrdb5VzhMD8wyrZDDS6WvvP/?format=pdf&lang=pt

87 Brandão, Carlos Antonio. Desigualdades múltiplas na saúde e sua regionalização Cadernos de Saúde Pública, Volume: 35 Suplemento 2, Publicado: 2019 Disponível em: https://scielosp.org/article/csp/2019.v35suppl2/e00079819/pt/

88 Teixeira CF, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. Saúde Debate [Internet] 2018 [cited 2021 Dez 19]; 42(spe): 11-21. Available from: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9rS4Mf7fFSFsYvxWjwZFd9h/?format=pdf&lang=pt

89 Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.496, de 11 de setembro de 1997, que instituiu o Programa de Apoio à Reestruturação e ao Ajuste Fiscal dos Estados. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9496.htm

90 Brasil. Presidência da República. Lei Complementar n 1010 de 4 de maio de 2000 . estabelece normas de finanças públicas voltadas pra responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm#:~:text=Lcp101&text=Estabelece%20normas%20de%20finan%C3%A7as%20p%C3%BAblicas,fiscal%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias.&text=Art.,do%20T%C3%ADtulo%20VI%20da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o.

91 Janin W, Wegrich K. Theorieis of the police cycle. In: Fischer F, Miller G, Sidney M, editors. Handbool of public policy analysis. New York: CRC Press; 2007.

92 Abrucio FL; Sano H. A experiência de cooperação interestadual no Brasil: formas de atuação e seus desafios. São Paulo. Cadernos Adenauer. 2012.

93 Pochmann M. A crise capitalista e os desafios dos trabalhadores. Cadernos do CEAS, Salvador [Internet] 2017 [cited 2021 Dez 19]. 239:698-712. Available from: https://vlex.com.br/vid/crise-capitalista-desafios-dos-788790761

94 Pinto E, Pinto JPG, Saludjian A, Nogueira I, Balanco P, Schonerwald C, Baruco G. A guerra de todos contra todos: a crise brasileira [Internet]. 2017 [cited 2021 Dez 19]. Available from: http://www.ie.ufrj.br/index.php/index-publicacoes/textos-para-discussão.

95 Souza J. A elite do atraso: da escravidão à Lava-Jato Rio de Janeiro: Leya; 2017.

96 Bourdieu P. Uma revolução conservadora. Política & Sociedade Florianópolis. [Internet]. 2018 Mai-Ago [cited 2021 Nov 9]; 22(4):1055-64. Available from: https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/21757984.2017v17n39p198/37845

97 Confederação Nacional de Instituições Financeiras. O Brasil está em recessão desde o início da pandemia afirma FGV. 2002 Dez 3. [cited 2021 Dez 19] Available from: https://cnf.org.br/brasil-esta-em-recessao-desde-o-inicio-da-pandemia-afirma-fgv/

98 Singer A. O lulismo em crise. Companhia das Letras, São Paulo; 2017.

99 Sabatier PA, Jenkins-Smith HC. The Advocacy Coalition Framework: An Assessment", In: Sabatier PA, editors. Theories of the policy process. Boulder: Westview; 1999.

100 Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Medicas; 1992.

101 Campos GW, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais técnico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência e Saúde Coletiva. [Internet] 2007 Jul-Ago [cited 2021 Dez 19]; 12(4). Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/NmPK5MRmgpvw6zwzQ865pBS/?format=pdf&lang=pt

102 Organização Pan Americana de Saúde. Histórico da pandemia de COVID-19 [Internet] 2020 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19

103 Chioro Arthur, Padilha A, Temporão JG, Costa H. Covid-19 in Brazil: three dimensions to understand our tragedy. Int J Health Plann Manage [Internet] 2021 May [cited 2021 Dez 19]; 36(3):992-994. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33394519/

104 Abrucio FL, Grin, EJ, Franzese, C, Segatto, CI, Couto, CG. Combate à Covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. Revista de Administração Pública. 2020; 54(4):663-677.

105 Fleury S. Políticas de isolamento na pandemia: confrontação federativa, disputas discursivas e consequências político-sanitárias. In: Santo AOS, Lopes LT, organizators. Principais elementos. Brasília, DF: CONASS; 2021. (Coleção Covid-19, v. 1).

106 Melo TM. Consórcio nordeste: atuação na cooperação dos estados consorciados no manejo coordenado da pandemia frente à omissão do poder público federal: *democracia na pós-pandemia*. In: Santano AC, Dotta AG, Oliveira VQ, organizators. Caderno de comunicados científicos do II Encontro Internacional [Internet]. São Paulo: Editora GRD; 2021. [cited 2019 Mar 7]: 113-116. Available from: https://journal.nuped.com.br/index.php/teleitoral/article/view/227

107 Fernandez M, Pinto HA. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros; o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19 [Internet] 2020 [cited 2021 Dez 19]; 2(Supl. 2):7-21. Available from: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3150/0

108 Rossi RC, Da Silva AS. O Consórcio do Nordeste e o federalismo brasileiro em tempos de Covid-19», Espaço e Economia Planning [Internet] 2020 Abr 22 [cited 2021 Dez 17] 18. Available from: http://journals.openedition.org/espacoeconomia/13776

109 Perez OC, Santana L. Ações do consórcio nordeste no combate à pandemia de Covi-19. Salvador: NAU Social; 2020

110 Shimizu HE, De Lima LD, De Carvalho ALB, Carvalho BG, Viana ALD. Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas. Saúde Debate [Internet]. 2021 Out-Dez [cited 2021 Dez 19]; 45 (131):945-957. Available from: Dec 2021 https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MQQH8WkzCtYBqXsVcFs4dZc/?format=pdf&lang=en

111 Vieira FS, Servo LMS. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. Saúde Debate [Internet] 2020 Dez [cited 2021 Dez 19]; 44(spe4):100-113. Available from: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/44SVpkjDHB6QcR5x4NtTNwf/?format=pdf&lang=pt

112 Ventura D, Aith F, Reis R. et al. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da Covid-19. São Paulo: CEPEDISA/USP; 2021.

113 Bucci MPD. As competências federativas no sistema de saúde brasileiro em face das decisões do STF durante a pandemia de Covid-19. In: Santo AO, Lopes LT, organizators. Principais elementos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); 2021. (Coleção Covid-19, v. 1).

114 Oliveira VE. Caminhos Da Judicialização Do Direito à Saúde. In: Oliveira VE, organizator. Judicialização de políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2019. p. 117-200. Available from: http://www.jstor.org/stable/10.7476/9786557080733.10.

115 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Dilemas do fenômeno da judicialização da saúde. Brasília, DF: CONASS; 2018. (Coletânea Direito à Saúde, v. 1; v. 2)

116 Couto CG, Arantes RB. Constituição, governo e democracia no Brasil. In: Oliveira VE, organizator. Judicialização de políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2019. p. 43–78. Available from: http://www.jstor.org/stable/10.7476/9786557080733.5

117 Wang DWL, Vasconcellos NP, Oliveira VE, Terrazas FV. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. Rev. Adm. Pública [Internet] 2014 Sep-Oct [cited 2021 Dez 19]; 48(5): 1191-1206. Available from: https://www.scielo.br/j/rap/a/5YcctKRJTVmQnp5mRHkBBcj/?format=pdf&lang=pt

118 Avritzer L, Marona MC. Judicialização da política no Brasil: ver além do constitucionalismo liberal para ver melhor. Rev. Bras. Ciênc. Polít. (15), Sep.-Dec 2014. Available from: https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/nVfCQd8qFdNGB6KDJpbYdFp/?lang=pt#:~:text=Artigos%20%E2%80%A2%20Rev.%20Bras,Marjorie%20Corr%C3%AAa%20Marona

119 Mendes CH. O Supremo Tribunal Federal e a judicialização de políticas públicas. In: De Oliveira VE. Judicialização de Políticas Públicas no Brasil [E-book on the Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019 [cited 2019 Mar 7]. 332 p. Available from: https://books.scielo.org/id/fx5jk

120 Ribeiro AP. O Judiciário como poder político no século XXI. Estudos Avançados [Internet] 2000 Abr [cited 2021 Mar 7] 14(38):291-306. Available from: https://www.scielo.br/j/ea/a/qLJD59DBkgxqxrV7yH39hgr/?format=pdf&lang=pt

121 Supremo Tribunal Federal (Brasil). STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19 [internet]. Brasília, DF: STF; 2020. [cited 2021 dez 18]. Available from: http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1

122 Magalhães HM Junior. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. Divulg. Saúde Debate [Internet] 2014 Out [cited 2021 Dez 19]; 52:15-37. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774066

123 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de atenção às urgências e emergências: implantação e desempenho das unidades de pronto atendimento (UPAs). [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2015 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf

124 Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, De Negri A Filho, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2018 [cited 2021 Dez 19]; 23(6): 1791-1798. Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/hy8xWrRVWXQkbZdY8BVt6tf/?format=pdf&lang=pt

125 Artmann E. Regionalização e desigualdades na saúde: aposta na capacidade articuladora da linguagem. Cad. Saúde Pública [Internet] 2019 [cited 2021 Dez 17]. 35 Sup 2:e00087619. Available from: https://www.scielo.br/j/csp/a/XTPpZDpR9fDFjkqzwbXYPBN/?format=pdf&lang=pt

126 Ocké-Reis CO. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet] 2018 Jun [cited 2021 Dez 19]; 23(6):2035-2042. Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/fpzPVyhXgvk9SpDLSRxmYqh/?format=pdf&lang=pt

127 Albuquerque MV, Lima LD, Oliveira RAD, Scatena JHG, Martinelli NL, Pereira AMM. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. Ciênc Saúde Colet. 2018; 23(10):3151-61.

128 Marques E. Public policies, power and social networks in Brazilian urbanpolicies. Lat Am Res Ver. 2012; 47:24-50.

129 Brenner N. A globalização como reterritorialização: o reescalonamento da governança urbana na União Europeia. Cadernos Metrópole. 2010; 12:535-64.

130 Marques E. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. Brazilian Political Science Review [Internet] 2013 [cited 2021 Dez 19]; 7(3):8-35. Available from: https://www.scielo.br/j/bpsr/a/ddTch5DSsbHSxgWZxsNYvQS/?format=pdf&lang=en

131 Melo RS, Batista PCS, Macedo ACM, Costa RBL. Governança corporativa, criação de valor e desempenho econômico-financeiro: evidências do mercado brasileiro com dados em painel, 2005-2011. REGE [Internet] 2013 Jan-Mar [cited 2021 Dez 19]; 20(1):79-92. Available from: http://www.spell.org.br/documentos/ver/36082/governanca-corporativa--criacao-de-valor-e-desempenho-economico-financeiro--evidencias-do-mercado-brasileiro-com-dados-em-painel--2005-2011

132 Santos MHC. Governabilidade, governança e democracia: criação da capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-constituinte.

Revista de Ciências Sociais [Internet] 1997 [cited 2021 Dez 19]; 40(3):335-376. Available from: https://www.scielo.br/j/dados/a/Tg5ZpD4bVvfjFLg87yZB5gg/?lang=pt#

133 Klijn EH, Koppenjan J. Governance networks in the public sector. London: Routledge; 2016.

134 Weiss L, editors. States in the global economy: bringing domestic institutions back in. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.

135 Castells M. The rise of the network society. Oxford: Blackwell; 1996.

136 Howlett M. Designing public policies: principles and instruments. Oxon: Routledge; 2011.

137 DINIZ Eli. Governabilidade, democracia e reforma do estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil dos anos 90. Revista de Ciências Sociais. 1995; 38(3):385-415.

138 World Bank. Governance and development. Washington: The World Bank; 1992.

139 Considine M, Lewis JM. Bureaucracy, network, or enterprise? comparing models of governance in Australia, Britain, the Netherlands, and New Zealand. Public Administration Review, 2003; 63(2):131-140.

140 Di Giovanni G. Dilemas da implementação de políticas públicas. [Slides]. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP). Unicamp; 2005. [cited 2020 Dez 19] Available from: http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fDilemas_implementacao_politicas_publicas.pdf.

141 Silva PLB, Melo, MAB. O processo de implementação de políticas públicas no brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos [Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP; 2000. (caderno n. 48). [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.nepp.unicamp.br/biblioteca/periodicos/issue/view/143/CadPesqNepp48

142 Urani A. O papel do setor privado e da sociedade civil nas novas governanças metropolitanas brasileiras. In: Magalhães F, editor. Regiões metropolitanas no Brasil: um paradoxo de desafios e oportunidades [E-book on the Internet]. New York: Inter American Development Bank; 2010 [cited 2021 Mar 7]. Available from: https://publications.iadb.org/publications/portuguese/document/Regi%C3%B5es-metropolitanas-no-Brasil-Um-paradoxo-de-desafios-e-oportunidades.pdf

143 Heinelt H, Kübler D. An analytical framework for democratic metropolitan governance. In: Workshop no 12 The Politics of Metropolitan Governance / 30th ECPR Joint Sessions of Workshop, Turin, March 2002.

144 Regionalização é o futuro do SUS. Entrevistado: Gastão Wagner. Plataforma Região e Redes [Internet]. [updated 2014 Jun 16; cited 2021 Dez 15] Available from: http://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/

145 Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Saúde Soc [Internet] 2015 [cited 2021 Dez 19]; 24(2):438-446. Available from: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V4TTj93jqVrPzDzfnyCNndj/?format=pdf&lang=pt

146 Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo, Hucitec; 2000.

147 Dye TR. Understanding public policy. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1972.

148 Guareschi N. Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência. In: Strey M, organizator. Violência, gênero e políticas públicas. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004.

149 Boneti LW. Políticas Públicas por Dentro. Ijuí: Editora Unijuí, 2006.

150 Vasconcelos KEL, Schmaller VPV, Da Silva MC. (Re)visitando gramsci: considerações sobre o Estado e o Poder. R. Katál [Internet] 2013 Jan-Jun [cited 2021 Dez 19]; 16(1):82-90. Available from: https://www.scielo.br/j/rk/a/GMXXSyvYSWPVQ4xkgwcwTdL/?format=pdf&lang=pt

151 Laswell HD. Politics: who gets what, when, how. Cleveland: Meridian Books; 1958.

152 Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias [Internet] 2006 [cited 2021 Dez 19]. 8(16):20-45. Available from: https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=p

153 Souza C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. Revista Sociologia: Porto Alegre, ano 8, nº16 dez 2006. p. 20-45

154 Brynard P. Policy implementation. In: Cloete F, Wissink H, editors. Improving public policy. Pretoria: Van Schaik; 2000.

155 Kingdon J. Agendas, alternatives, and public policies. Boston: Little Brown; 1995.

156 Viana AL. Abordagens metodológicas em políticas públicas. Revista de Administração Pública. 1996; 30(2):5-43.

157 Viana AL. Abordagens metodológicas em políticas públicas. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP; 1988 (caderno n. 5).

158 Walt G. Health policy: an introduction to process and power. London: Zed Books; 1996.

159 Lotta GS. Burocracia e implementação de políticas de saúde: os agentes comunitários na estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

160 Barrett SM. Implementation studies: time for a revival? personal reflections on 20 years of implementation studies. Public Administration. 82(2): 249–262.

161 John SD, Brian R. The ambitions of policy design. Policy Studies Review. 1998; 7(4):705-719.

162 Linder SH, Peters, G. Instrumentos de gobierno: percepciones y contextos. Gestión y Política Pública. 1989; 2(1):5-34.

163 Frey K. 2000. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas [Internet] 2000 Jun [cited 2021 Dez 19]; 21:211-259. Available from: http://www.ipea.gov.br/ppp/ index.php/PPP/article/viewFile/89/158.

164 Howlett M, Ramesh M, Perl A. Política pública: seus ciclos e subsistemas – uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

165 Howlett, Michael. Designing public policies: principles and instruments. London: Routledge, 2011.

166 Hartz ZMA, Da Silva LMV, organizators. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: Edufba/Editora Fiocruz; 2005.

167 Viana, ALD, Baptista TWF. Análise de políticas de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, De Noronha JC, De Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

168 Mazmanian D, Sabatier P. A Framework for Implementation Analysis. In: Mazmanian D, Sabatier PA, organizators. Implementation and Public Policy. Lanham: University Press; 1989.

169 Saravia E, Ferrarezi E, organizators. Políticas públicas: coletânea. Rio de Janeiro: ENAP; 2006. (v. 2).

170 Najan A. Learnin from the literature on policy implementation: a synthesis perspective [working papers on Internet]. Laxenburg: International Institute for Applied Systems Analysis; 1995. [cited 2021 Dez 19]. Available from: http://pure.iiasa.ac.at/id/eprint/4532/1/WP-95-061.pdf

171 Silva EG. Desempenho institucional: a política de qualificação dos docentes da UESB [Dissertação]. Salvador: Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências Humanas; 2009.

173 Pressmann JL, Wildasky A. Implementation. 3rd ed. Berkeley: University of California; 1984.

174 Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, et al. A análise da implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contadriopoulos AP, et al, organizators. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011: p. 217-238.

175 Cline KD. Defining the implementation problem: organizational management versus cooperation. Journal of Public Administration Research and Theory [Internet]

176 Elmore RF. Backward mapping: implementation research and policy decisions. In: Williams W. et al. editors. Studying implementation. New York: Chatham House; 1980.

177 Sabatier P, Mazmanian D. The conditions of effective implementation: a guide to accomplishing policy objectives. policy analysis [Internet] 1979 [cited 2021 Dez 19]; 5(4):481-504. Available from: https://www.jstor.org/stable/42783358

178 Van Meter DS, Von Horn CE. The policy implementation process: a conceptual framework. Administration and Society. 1975; 6(4):445-88.

179 Van Meter DS, Van Horn CE, Rein M, Rabinovitz FF, Elmore R, editors. La implementación de las políticas. México: Miguel Angel Porrua; 1996.

180 Sabatier PA, Mazmanian DA. La implementácion de la política pública: un marco de análisis. In: Van Meter DS, Van Horn CE, Rein M, Rabinovitz FF, Elmore R, organizators. La implementación de las políticas. México: Miguel Angel Porrua; 1996.

181 Lester JP, Ann OMB, Goggin ML, O´Toole LJ. Public policy implementation: evolution of the field and agenda for future research. Policy Studies Review. 1987; 7(1):200- 216.

182 Hill M. Implementação: uma visão geral. In: Sara V, Ferrarezi E, organizators. Políticas públicas. Brasília: ENAP; 2007.

183 Hill M, Hupe P. Implementing public policy. London: SAGE; 2010.

184 Elmore RF. 1996. Diseño retrospectivo: la investigácion de la implementación y las decisiones políticas. In: Van Meter DS, Van Horn CE, Rein M, Rabinovitz FF, Elmore RF, editors. La implementación de las políticas. Ciudad México: Miguel Angel Porrua. 1996.

185 Oliveira JAP. (2006) Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. Revista de Administração Pública [Internet] 2006 Mar-Abr [cited 2021 Dez 19]; 40(1):273-88. Available from: https://www.scielo.br/j/rap/a/nJqFsXyTfDk8W8SVRRVFfgw/?format=pdf&lang=p

186 Mazmanian D, Sabatier P, editors. Effective policy implementation. Chicago: Lexington Books. 1981.

187 Elmore RF. Backward mapping: implementation research and policy decisions. Political Science Quaterly. 1979; 94(4):601-616.

188 Lipsky M. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. New York: Russel Sage; 1980.

190 Hjern B, Hull C. Implementation research as empirical constitutionalism. European Journal of Political Research. 1982; 10(2):105-115.

191 Kiviniemi M. Public policies and their targets: typology of the concept of implementation. International Social Science Journal. 1986; 38(2): 251-65.

192 Evans T, Harris J. Street-Level bureaucracy, social work and the (exxagerated death) of discretion. The British Journal of Social Work [Internet] 2004 [cited 2021 Dez 19]; 34(6):871-895. Available from: https://academic.oup.com/bjsw/article-abstract/34/6/871/1714656?redirectedFrom=fulltext&login=false

192 Maynard MS, Musheno M. Cops, teachers, counselors: stories from the front lines of public service. Michigan: University of Michigan Press; 2003.

193 Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema Ciênc. Saúde Coletiva [Internet] 2017 Abr [cited 2021 Dez 19]; 22(4). Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/X5tq3bQgN8XkGkths95ctkz/?format=pdf&lang=pt

193 Mackey ER. Street-level bureaucrats and the shaping of university housing policy. Fayetteville, Arkansas: University of Arkansas Press; 2008.

194 Sabatier PA. 1986. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. Journal of Public Policy [Internet] 1986 Jan [cited 2021 Dez 19]; 1(6):21-48. Available from:

195 Berman P. The study of macro- and micro-implementation. Public Policy. 1978; 26:157-84.

197 Matland RE, Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. Journal of Public Administration Research and Theory. 1995 Apr; 5(2):145-174.

198 Cotta TC. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e impacto. Revista do Serviço Público. 1998; 49(2):103-124.

199 O'toole L Junior. Research on Policy Implementation: Assessment and Prospects". Journal of Public Administration Research and Theory. 2000; 10(2):263-88.

200 [cited 2021 Dez 19]; 10(3):551-571. Available from: https://academic.oup.com/jpart/article/10/3/551/945558?login=false

201 Grindle, MS, Thomas JW. Public choices and policy change: the political economy of reform in developing countries. London: Johns Hopkins University Press; 1991.

202 Kliksberg B. O desafio da exclusão para uma gestão social eficiente. São Paulo: FUNDAP; 1997.

203 D'ascenzi L, Lima LL. 2011. Avaliação da implementação da política nacional de educação profissional e tecnológica. Revista Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, v. 1, n. 7, p. 41-51, jan.-jun.

204 D'ascenzi L. Cultura e mudança em organizações: análise etnográfica e dialógica da reestruturação promovida pelo método da roda nos centros de saúde de Campinas/SP [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.

205 Barrett SM, Fudge C. editors. Understanding the policy-action relationship. In: Barrett SM, Fudge C. editors. Performance and conformance: some implications for studying the policy-action relationship. Paper presented to the ECPR Lancaster Joint Sessions, Planning Session, University of Lancaster. 1981.

206 Klijn EH, Koppenjan JFM, Termeer CJAM. Managing networks in the public sector. Public Administration [Internet]. 1995 [cited 2021 Dez 19] 74(3): 437-454. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-9299.1995.tb00837.x

207 Schneider AL, Ingram H. Policy design for democracy. Lawrence: University Press of Kansas; 1997.

208 Linder SH, Peters BG. A design perspective on policy implementation: the fallacies of misplaced prescription. Policy Studies Review, Arizona. 1987; 6(3): 459-476.

209 Elmore RF. Forward and backward mapping. In: Hanf K, Toonen T, editors. Policy implementation in federal and unitary. Dordrecht: Martinus Nijhoff; 1985. p. 33-70.

210 Denis JL, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA, organizator. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro, Fiocruz; 1997.

211 Richard L, Lehoux P. implementing the ecological approach in tobacco control programs: results of a case study. Evaluation and Program Planning [Internet] 2004 Nov [cited 2021 Dez 7] 27(4):409-21. Available from: https://www.sciencedirect.com/409cience/article/abs/pii/S0149718904000564

212 Medina AVA. Modelos e lentes: uma discussão sobre a análise da implementação de políticas públicas. Revista de Análise e Conjuntura. 1987; 2(1): 40-55.

213 Hjern B, Porter D. Implementation structures: a new approach of administrative analysis. In: Ham C, Hill M, editors. The policy process in the modern capitalist state. New York: The New Yorker Harvest; 1993.

214 Milward HB, Wamsley G. Policy subsystems, networks, and the tools of public management. In: Eyestone R, editor. Public policy formation and implementation. Boston: JAI Press; 1984.

215 Ostrom V. A method of institutional analysis. In: Kaufman FX, Majone G, Ostrom V, editors. Guidance and control in the public sector: the bielefeld 1nterdisciplinary Project. Berlin/New York: Walter de Gruyter; 1986.

216 Heclo H. Modern social politics in britain and sweden: from relief to income maintenance. New Haven: Yale University Press; 1974.

217 Hogwood B. Gunn L. Policy analysis for the real world. Oxford: Oxford University Press; 1984.

218 Hinckley B. Coalitions and politics. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich; 1981.

219 Nunes ED. História e paradigmas da saúde coletiva: registro de uma experiência de ensino. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet] 2011 Abr [cited 2021 Dez 19]; 16(4):2239-2243. Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/hnLtTMTqWkbV7L5xg9JZzmf/?format=pdf&lang=pt

220 Amaral MA. O método apoio como instrumento de mudanças no hospital público [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2012.

221 De Oliveira VE. Saúde pública e políticas públicas: campos próximos, porém distantes. Saúde Soc [Internet] 2016 [cited 2021 Dez 19]; 25(4):880-894. Available from: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/P5QhLTrKxx7MZNH9scfcTDh

222 De Minayo MCS. A Produção de Conhecimentos na Interface entre as Ciências Sociais e Humanas e a Saúde Coletiva. Saúde Soc [Internet] 2013 [cited 2021 Dez 19]; 22(1): 21-31. Available from: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/TfTkvt9jf8MZcRTr8BbQXNm/?format=pdf&lang=pt

223 Fagnani E. A multidisciplinaridade no estudo das políticas públicas. In: Marques E, Faria CAP. A política pública como campo multidisciplinar. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 11-21.

224 Minayo MCS, De Assis SG, Deslandes SF, De Souza ER. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. Ciência & Saúde Coletiva [Internet] 2003 [cited 2021 Dez 19]; 8(1):97-103. Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/Xgv8wzTBjFt5JYhVwf4mCKx/?format=pdf&lang=pt

225 Fagnani E. A política da avaliação de políticas públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais. 2005; 20(59):97-109.

226 Brousselle A, Champagne F. How was the unaids drug initiative implemented in Chile? Evaluation and Programm Planning. 2007; 30(1):94-104.

227 Denis, JL; Champagne, F. (1997), “Análise da implantação”, in Z. M. A. Hartz (org.), Avaliação em saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas, Rio de Janeiro, Fiocruz

228 Contrandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, organizators. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 19-40.

229 Hartz Zet. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais no nordeste do Brasil. In: Hartz Z. organizators. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais as práticas na análise de implantação programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.

230 Souza C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. Revista Sociologia: Porto Alegre, ano 8, nº 16 dez 2006. p. 20-45
231 Bucci MPD. Teoria do Estado: sentidos contemporâneos. São Paulo: Saraiva; 2018.

232 Bercovici G, Massonetto LF. A constituição dirigente invertida: a blindagem da constituição financeira e a agonia da constituição econômica. Boletim de Ciências Econômicas. 2006; 49:57-77.

233 Mazzucato M. The entrepreneurial state: debunking public vs. private sector myths. The entrepreneurial state: debunking public vs. private sector myths. London: Anthem Press; 2015.

234 Friedman M. The role of government in education. In: Solo RA, editors. Economics and the public interest. New Brunswick: Rutgers University Press; 1955.

235 Bucci MPD. Método e aplicações da abordagem direito e políticas públicas (DPP). Revista Estudos Institucionais. [Internet] 2019 [cited 2021 Dez 19]; 5(3):791-832. Available from: https://estudosinstitucionais.com/REI/article/view/430/447.

236 Ribeiro IC. Políticas públicas e teorias do estado: o papel das teorias de médio alcance. Revista Estudos Institucionais [Internet] 2019 Set-Dez [cited 2021 Mar 7] 5(3):856-877. Available from: https://estudosinstitucionais.com/REI/article/view/432/419

237 Testa M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud — parte I. Cuadernos Médico Sociales. 1987; (38)4: 24.

238 Giovanella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. Cad. Saúde Pública. 1990; 6(2):129-153.

239 Poulantzas, N. O estado, o poder e o socialismo. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

240 Foucault M. Vigiar e punir. Petrópolis: Vozes; 1977.

241 Foucault M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: Foucault M. Ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.

242 Latour B. The powers of association. In: Law J, editors. Power, action, belief, sociological review monograph; b. latour, science in action. Milton Keynes: Open University Press; 1987.

243 Latour B. Se falássemos um pouco de política? Revista Política & Sociedade [Internet] 2004 [cited 2021 Dez 19]; 3(4):11-40. Available from: https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2000/1747

244 Castro E. El vocabulario de Michel Foucault: un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores. São Paulo: Autêntica; 2004.

245 Carvalho SR. Governamentalidade, 'Sociedade Liberal Avançada' e Saúde: diálogos com Nikolas Rose (Parte 1) [Entrevista]. Interface: comunicação, saúde e educação [Internet] 2015 [cited 2021 Dez 19]; 19(54):647-58. Available from: https://www.scielo.br/j/icse/a/bs7sSbbsDnrJNCwrdv7CpZt/?format=pdf&lang=pt

246 Yin RK. Estudo de casos: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

247 Platt J. "Case study" in American methodological thought. Current Sociology. 1992; 40:17-48.

248 Schramm W. Notes on case studies of instructional media projects. [working paper] Washington, DC: The Academy for Educational Development; 1971.
Secchi, L. 2010. Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning.

249 Lévy-Strauss C. Aula inaugural: desvendando máscaras sociais. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves; 1975.

250 Ladislau JLB, Leal MC, Tauil PL. Avaliação do plano de intensificação das acões de controle da malária na região da Amazônia Legal, Brasil, no contexto da descentralização. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet] 2006 Jun [cited 2021 Dez 19]; 15(2):9-20. Available from: http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n2/v15n2a03.pdf.

251 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Biblioteca Virtual em Saúde [Internet] 2011 [cited 2021 Nov 18]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

253 Minayo MCS. O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1993.

255 Bennett CJ, Howlett M. The lessons of learning: reconciling theories of policy learning and policy change. Policy Sci. 1992; 25:275-294.

256 Lazin F. Politics and policy implementation: project renewal in Israel. New York: State University of New York Press; 1994.

257 World Health Organization. World Malária Report 2020: 20 years of global progress and challenges [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. [cited 2021 Dez 19]; Available from: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1321872/retrieve

258 Tauil PL. Comments on the epidemiology and control of malária in Brazil. Mem. Inst. Oswaldo Cruz. 1986; 81(suppl 2):39-41.

259 Brasil. Lei n.4.709, de 28 de junho de 1965. Altera a Lei n.2.743, de 6 de março de 1956, e cria a Campanha de Erradicação da Malária. Brasília, DF: Presidência da República. [Internet] 1995 [cited 2021 Nov 16]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l4709.htm

260 Loilola CCP, Da Silva M, Tauil PL. Controle da malária no Brasil: 1965 a 2001. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2002; 11(4).

261 Akavan D. Estudo de projeção da malária na Amazônia Legal. Brasília, DF: Opas; 2000.

262 Pan American Health Organization. Regional overview of malaria control in the Americas: implementation of Global Malária Control Strategy: roll back malaria in the Americas [Internet] 1988 [cited 2021 Dez 17]. Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/48994

263 Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório final da reunião realizada em Brasília — DF, para discutir a iniciativa de Roll Back Malária. Brasília: OPAS; 1999.

264 Silveira AC, De Rezende DF. Avaliação da estratégia global de controle integrado da malária no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001 [cited 2021 Dez 19]. 120 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aval_malaria.pdf

265 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Saúde). Legislação estruturante do SUS. Brasília, DF: CONASS; 2007.

266 Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Avaliação do custo efetividade do Plano de Intensificação das ações de controle da malária na Amazônia Legal. Brasília, DF: Funasa; 2002.

267 Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária PNCM. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003; 132 p.

268 Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Malária.

Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal (PIACM) período julho de 2000 a dezembro de 2002: relatório executivo. 2. ed. rev. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

269 Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Relatório da 9.ª reunião técnica sobre malária. Macapá: Funasa; set. 2002.

270 Ladislau JLB. Avaliação do plano de intensificação das ações de controle da malária no contexto da descentralização [Dissertação] Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2005.

271Tauil PL. Avaliação de uma nova estratégia de controle da malária na Amazônia Brasileira [tese]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2002.

272 Tribunal de Contas da União (Brasil). Secretaria de Controle Externo. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. Relatório de Monitoramento Programa nacional de Controle da Malária, PNCM. Brasília, DF; 2003.

273 Silva JS. A expansão do ensino superior na Amazônia brasileira um estudo comparativo entre o governo FHC e o ciclo petista. Temáticas [Internet] 2019 [cited 2021 Dez 19]; 27(53):139-184. Available from: https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/11605/6875

274 Ministério do Meio Ambiente (Brasil). Conselho Nacional do Meio Ambiente. (CONAMA). Resolução n.º 286, de 30 de agosto de 2001. Diário Oficial da União. 17 dez. 2001; Seção 1: 84

275 Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Plano de intensificação das ações de controle da malária na Amazônia Legal: relatório executivo - abril 2002. Available from: http://www.funasa.gov.br/

276 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º 950/Secretaria Executiva, de 23 de dezembro de 1999. Define os valores per capta e por quilômetro quadrado, relativo aos recursos destinados a composição do TFECD de cada um dos estratos previstos na portaria 1.399/99. Diário Oficial da União. 23 dez. 1999; Seção 1.

277 Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Ações de controle da malária: manual para profissionais de saúde na atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. 52 p.

278 Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Portaria n.º 355/2000/FUNASA, 15 de julho de 2001. Cria o Comitê de Acompanhamento Técnico do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal. Diário Oficial da União, Brasília, jul. 2001. Seção 1.

279 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Interministerial n.º 279, de 8 de março de 2001.Estabelece ação integrada do Ministério da Saúde – MS e o Ministério do Desenvolvimento Agrário – MDA, no Plano de Intensificação das Ações de Controle

da Malária na Amazônia Legal – PIACM. Diário Oficial da União. 9 mar. 2001; Seção 1.

280 Ministério da Saúde (Brasil). Guia de vigilância epidemiológica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.

281 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º 1399/GM, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento. Diário Oficial da União. 16 dez. 1999; Seção 1.

282 Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Instrução normativa n.º 01 de 2001, de 15 de janeiro de 2001. Regulamenta a Portaria nº 1399/MS no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças. Diário Oficial da União, Brasília, 26 set. 2001. Seção1.

283 Brasil. Lei n.9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF: Presidência da República. [Internet] 1995 [cited 2021 Nov 16]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm#:~:text=%C3%89%20institu%C3%ADdo%20um%20Subsistema%20de,qual%20funcionar%C3%A1%20em%20perfeita%20integra%C3%A7%C3%A3o.

284 Brasil. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2009 [cited 2021 Nov 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm.

285 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96 Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html

286 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º 44/MS, de 3 de janeiro de 2002. Defini as atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS – na prevenção e no controle da malária e da dengue. Diário Oficial da União 8 jan. 2002; Seção 1.

287 Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Controle seletivo de vetores procedimentos de segurança. Brasília: Funasa, 2001; p. 83

288 Silva JS. A expansão do ensino superior na Amazônia brasileira: um estudo comparativo entre o governo FHC e o ciclo petista. Temáticas [Internet] 2019 [cited 2020 Dez 19]; 27(53):139-184. Available from: https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/11605/6875

289 World Health Organization. A Global strategy for malaria control. Geneve, 1993. Available for: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41785/9241561610.pdf

290 Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Ações de Controle da Malária: Manual para Profissionais de Saude na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1296-7

291 O'Dwyer G, Mattos RA. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos 3 níveis de governo. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet] 2012 [cited 2021 Dez 19]; 22(1):141-160. Available from: https://www.scielo.br/j/physis/a/rdMjhkttyZN76n7RYYhKp5k/?format=pdf&lang=pt

292 Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública. [Internet] 2009 [cited 2021 Dez 18]; 25(7):1439-1454

293 Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.077/14. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho [internet]. Brasília, DF: CFM; 2020 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf.

294 Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/1995. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Pronto Socorros Públicos e Privados [Internet]. Brasília, DF: CFM; 2020 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1995/1451

295 Ministério da Saúde (Brasil). Manual instrutivo das redes de atenção as urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2013.

296 Jorge AO, Coutinho AAP, Cavalcanti APS, Fagundes AMS, Pequeno CC, Carmo M, Abrahão PTM. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. Divulgação em Saúde para Debate [Internet] 2014 [cited 2021 Dez 19] 52:125-145. Available from: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=774074&indexSearch=ID

297 Cecilio LCO, Coutinho AAP, Hamze FL, Silva AF, Batista LA, Carvalho APH. Programa SOS emergências: uma alternativa de gestão e gerência para as grandes emergências do Sistema Único de Saúde. Divulg Saúde Debate. 2014; (52):202-16.

298 Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR, Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. Cadernos de Saúde Pública. 2009; 25(1):7-28.

299 Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AACA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. Jornal de Pediatria [Internet]. 2005 [cited 2021 Dez 19]; 81(3):251-258. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-406679

300 Dourado EMR. Análise da política nacional de atenção às urgências: uma Proposta [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2013.

301 Coelho IB. Os hospitais na reforma sanitária brasileira [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2013.

302 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002 [Internet]. Brasília, DF: BVS; 2002 [cited 2021 Dez 17]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html

303 Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de atenção às urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003; 228 p.

304 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet] 2006 [cited 2021 Nov 16]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2657_16_12_2004.html

305 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2072, de 30 de outubro de 2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet] 2003 [cited 2021 Nov 16]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2072_30_10_2003

306 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.125, de 07 de dezembro de 2006. Institui o programa de qualificação da atenção hospitalar de urgência no sistema único de saúde - programa QualiSUS e define competências. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet] 2006 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3125_07_12_2006.html

307 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da política nacional de atenção às urgências. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet] 2008 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2922_02_12_2008_comp.htm

308 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.970, de 8 de dezembro de 2008. Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet] 2008 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2970_08_12_2008_comp.html

309 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet] 2009 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html

310 Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciên Saúde Colet [Internet] 2010 Ago [cited 2021 Dez 19]; 15(5):2297-2305. Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?format=pdf&lang=pt

311 Silva SF. Contribuição para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate* [Internet]. 2014 Out [cited 2021 Dez 19]; 52:165-176. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774077

312 Ministério da Saúde (Brasil). 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). Biblioteca Virtual em Saúde [Internet] 2009 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

313 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Íntegra do discurso do ministro da saúde, Alexandre Padilha, durante a cerimônia de transmissão de cargo [Internet]. 2011 Jan 4. Available from: https://cebes.org.br/integra-do-discurso-do-ministro-da-saude-alexandre-padilha-durante-a-cerimonia-de-transmissao-de-cargo/13675/

314 Organización Panamericana de La Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política e hoja de ruta para sua implementación em las Américas. Washington: OPAS; 2010.

315 São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Comissão intergestores bipartite. deliberação nº. 36, de 21 de Setembro de 2011. Constitui as Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado. [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/legislacao/cib_rras.pdf

316 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.658 de 8 de agosto de 2013. Aprova a Etapa IV do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de São Paulo e aloca recursos financeiros para sua implantação -Bloco da Atenção de

Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet] 2013 [cited 2021 Nov 18]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1658_08_08_2013.html

317 São Paulo (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Relatório de Balanço Geral da Gestão Estadual sobre a implantação da RUE no estado de São Paulo, a partir da adesão a RUE apontada pela Portaria GM/MS 1600. São Paulo; 2016.

318 Presidência da República (Brasil). Pronunciamento da Presidenta da República Dilma Rousseff, sobre os Programas Melhor em Casa e SOS Emergências. Biblioteca Presidencial [Internet]. 2011 Nov 8 [cited 2021 Nov 18]. Available from: http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/discursos/discursos-da-presidenta/pronunciamento-da-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-sobre-os-programas-melhor-em-casa-e-sos-emergencias-brasilia-pdf

319 Ministério da Saúde (Brasil). Discurso de posse do Ministro de Estado da Saúde Alexandre Padilha. Biblioteca Presidencial [Internet]. 2011 Jan. 2. [cited 2021 Nov 18]. Available from: bvsms.saude.gov.br/galeriademinitrosdasaude.

320 Ministério da Saúde (Brasil). Comissão Intergestores Tripartite: pautas de reuniões e resumos 2011 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos-cit/2011

321 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília, DF: CONASS; 2015.

322 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica 28/2011. Política nacional de atenção as urgências: diretrizes e mecanismos de implantação dos componentes da sala de estabilização [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2011 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/biblioteca/2011/01/28/

323 Ministério da Saúde (Brasil). Registro memória de audiência do Sr Governador do Estado de SP e Ministro de Estado da Saúde. 13 de Setembro de 2011, Palácio dos Bandeirantes, São Paulo

324 Conselho de Secretarias Municipais do Estado de São Paulo. Orientações para o monitoramento da Rede de Urgência e Emergência no Estado de São Paulo [internet]. São Paulo: COSEMS/SP; 2020 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.cosemssp.org.br/noticias-site-antigo/orientacoes-para-o-monitoramento-da-rede-de-urgencia-e-emergencia-no-estado-de-sao-paulo/

325 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.057 de 11 de dezembro de 2013. Aprova a etapa V do plano de ação da rede de atenção às urgências do Estado de São Paulo e municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet] 2013 [cited 2021 Nov 18]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3057_11_12_2013.html

326 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS 1.674, de 5 de agosto de 2014. Aprova plano de ação da rede de atenção a urgência e emergência da RRAS4 Região de Saúde Mananciais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

327 São Paulo (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Comissão intergestora bipartite. Plano de ação da Rede de Urgência e Emergência da RRAS 5 região rota dos Bandeirantes; 2013.

328 São Paulo (Estado). Secretaria Estadual da Saúde. Versão preliminar do Plano de Ação da Rede de Atenção a Urgência e Emergência da RRAS 3 Região de Saúde Mantiqueira.

329 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e os comitês de mobilização social e de especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de redes temáticas de atenção à saúde. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet] 2011 [cited 2021 Nov 18]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1473_24_06_2011.html

330 Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Executiva. Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016

331 São Paulo (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015 [Internet] 2011 [cited 2021 Dez 19]. Available from: http://saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2012-2015-sessp
Secretaria Estadual de Saúde de SP. Visão da Gestão Estadual sobre a organização da RUE apontada pela Portaria GM/MS 1600 [Apresentação PPT] São Paulo; 2012

332 Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde de São Paulo 2009-2013. [cited 2021 Dez 19]. Available from: www.prefeitura.sp.gov.br/saude

333 Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde de São Paulo 2013-2017. [cited 2021 Dez 19]. Available from: ww.prefeitura.sp.gov.br/saude.

334 Brasil. Decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2009 [cited 2021 Nov 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7530.htm

335 São Paulo (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Portaria Secretaria Municipal da Saúde - SMS nº 1.658 de 21 de setembro de 2016. Institui o documento: Diretrizes para Regulação da Urgência e Emergência RRAS 6 como norteador da organização da Atenção às Urgências e Emergências no âmbito da RRAS 6 e aprova a Grade de Referência Pré-Hospitalar Fixo RRAS 6 [Internet]. 2016 [cited

2021 Dez 19]. Available from: http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-1658-de-22-de-setembro-de-2016/consolidado

336 São Paulo (SP). Portaria Secretaria Municipal da Saúde - SMS nº 1.321 de 3 de agosto de 2016. Institui procedimentos operacionais padrão referente ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgências - SAMU192 e sua interface com a Rede de Urgências e Emergências [Internet]. 2016 [cited 2021 Dez 19]. Available from: http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-1321-de-4-de-agosto-de-2016

337 Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Chamada Pública nº 001/2016 – SMS.G/NTCSS. Chamamento Público para seleção de Organização Social para gerenciamento e execução de atividades ações e serviços de saúde no Hospital Municipal de Parelheiros. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 2016. [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/EditalHospitaldeParelheirosPublicado0012016.pdf

338 Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Edital de concurso público número I/ 2015 para Analista de Saúde-Médico, categoria médico generalista para a Rede de Atenção a Urgência e Emergência. [cited 2021 Dez 19]. Available from: www.prefeitura.sp.gov.br/concursos

339 São Paulo (Estado). Secretaria Estadual de Saúde SP. Deliberação CIB 7, de 8 de fevereiro de 2012. Termo de Referência para os Planos de Ação Regional da RUE em SP [Internet] 2012 [cited 2021 Dez 19]. Available from: http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2017/11/TR-RUE.pdf

340 São Paulo (SP). Prefeitura de São Paulo. Projeto de Lei Mais Saúde em cada região da cidade. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. 2016 Out 15.

341 Brasil. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei n° 8.742 de 7 de Dezembro de 1993; Revoga dispositivos das leis n. 8.212, de 24 de Julho de 1991, 9.429, de 26 de Dezembro de 1996, 9.732, de 11 de Dezembro de 1998, 10.684, de 30 de Maio de 2003, e da Medida Provisória N° 2.187-13, de 24 de Agosto de 2001; e dá outras providências. [Internet] Brasília, DF: Presidência da República; 2009 [cited 2021 Nov 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12101.htm

342 Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 268 p

343 Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução 443 de 9/6/2011 (publicada DOU (18/07/2011) Aprovar a conformação da Rede de Urgência e Emergência (RUE). Available from: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_11.htm

344 Ministério Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Ata da Ducentésima Vigésima Sétima Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde 9 e 10 de dezembro 2011. Available from: http://www.conselho.saude.gov.br/atas/2011/Ata_227.doc

345 Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Urgência e emergência de Campinas tem sobrecarga de atendimento [Internet]. Brasília, DF: CFM; 2012 Mar 03 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1555

346 Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Audiência pública. Câmara discute problemas e avalia soluções para os serviços de urgência e emergência no município de SP [Internet]. Brasília, DF: CFM; 2012 Jun 27 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://cremesp.org.br/index.php?siteAcao=NoticiasC&id=2543

347 Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Pacientes graves esperam até dois dias por leito de UTI [Internet]. Brasília, DF: CFM; 2016 Dez [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2264

348 Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades [Internet]. Brasília, DF: CFM; 2014 Set 16 [cited 2021 Dez 19]. Available from: http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=12468&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=2079&situacao=VIGENTE&data=14-08-2014

349 São Paulo (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIB 66. Atas, Pautas e Deliberações da Bipartite. 2011 Dez 09.

350 Feuerwerker LCM, Calife Batista KB, Santos HE. A experiência da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste no município de São Paulo: uma aposta em dispositivos de construção de rede. In: Padilha A, Florencio ASR, Bassicheto KC, et al., organizadors. Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016). Brasília, DF: OPAS; 2017. p.129-140.

351 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 71, de 9 de janeiro de 2014. Aprova a etapa VI do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de São Paulo e Municípios -PAR RUE RRAS 13 - e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet] 2014 [cited 2021 Nov 18]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0071_09_01_2014.html

352 São Paulo (SP). Portaria Intersecretarial Secretaria Municipal de Transportes – SMT. Secretaria Municipal da Saúde, nº 1 de 5 de janeiro de 2015. [cited 2021 Dez 19]. Available from: http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-intersecretarial-

secretaria-municipal-de-transportes-smt-secretaria-municipal-da-saude-sms-1-de-5-de-janeiro-de-2015

353 Brasil. Ministério da Saúde (Brasil). Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde 2015. [Internet] Brasília, DF: Ministério da Educação; 2015. [cited 2021 Nov 18]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/transparencia-e-prestacao-de-contas/relatorios-da-sas/relat-rio-de-gest-o-da-sas-2015-final-pdf/@@download/file/relat-rio-de-gest-o-da-sas-2015-final.pdf

354 Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2009 [cited 2021 Nov 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm

357 Lunet N, Pinto D, Azevedo A. Sensitivity and specificity of the Manchester Triage System for patients with acute coronary syndrome. Rev Port Cardiol [Internet] 2010 [cited 2021 Dez 19]; 29(6): 961-987. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20964109/#:~:text=The%20sensitivity%20of%20combinations%20of,CI%3A%2097.2%2D97.5).

358 De Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet] 2011 [cited 2021 Dez 19]. 19(1):26-33. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf.

359 Organização Pan-Americana da Saúde. Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016) [Internet]. Brasília, DF: OPAS; 2017. [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34091/OPASBRA17011-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

360 Labra ME. Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses: uma revisão. Physis [Internet] 1999 [cited 2021 Dez 19]; 9(2):131-166. Available from: https://www.scielo.br/j/physis/a/RrxsVLG7Ph7hHHjQgXFsmwy/?format=pdf&lang=pt.

361 Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2016. [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/20170329RAG2016.pdf.

362 Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2020. [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Relatorio_Anual_Gestao_2020_enviado.pdf.

363 Scheffer M, coordinator. Demografia médica no Brasil 2020 [Internet]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina, 2020. [cited 2021 Dez 19]. 312 p. Available from: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf.

364 Souza DO, Abagaro CP. A uberização do trabalho em saúde: expansão no contexto da pandemia de Covid-19. Trabalho, Educação e Saúde [Internet] 2021 [cited 2021 Dez 19]. 19:e00328160. Available from: https://www.scielo.br/j/tes/a/NcxwznW9rLKxNbN3CTdFr9F/?format=pdf&lang=pt.

365 Scheffer M, coordinator. Demografia médica no Brasil 2015 [Internet]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015. [cited 2021 Dez 19]. 284 p. Available from: http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/demografia_medica2015.pdf.

366 Padilha A, Sahyoun TZ, Deorsola ML, Tolosa R Junior, Mozart JTS. Programa Mais Médicos em São Paulo, reduzindo a desigualdade, fortalecendo a atenção primária e transformando o SUS em uma rede escola: um olhar a partir da experiência da coordenadoria regional de saúde sul, a mais extensa, mais populosa e uma das mais vulneráveis da cidade de São Paulo. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016). Brasília, DF: OPAS; 2017.

367 Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2011 [cited 2021 Dez 19]; 45(1):204-211. Available from: https://www.scielo.br/j/rsp/a/bCWB3sWTXQLXWjjFkcWwgLt/?format=pdf&lang=pt.

368 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet] 2017 [cited 2021 Nov 18]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html.

369 Massuda, A, Hone T, Leles FAG, Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. BMJ Global Health [Internet] 2018 [cited 2021 Dez 19] 3(4):e000829. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29997906/.

370 Massuda A, Malik AM, Neto GV, Tasca R, Ferreira Junior WC. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. Cad. EBAPE.BR [Internet] 2021 Nov [cited 2021 Dez 19]; 19 Edição Especial. Available from: https://www.scielo.br/j/cebape/a/PfnQv8mykrVxTDjVgD8Sfgs/?format=pdf&lang=pt.

371 Rache, B., Rocha, R., Nunes, L., Spinola, P., Malik, A. M., & Massuda, A. (2020, março). Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo à Covid-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2020. (Nota Técnica, n. 3). [cited 2021 Dez 14]. Available from: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/IEPS-NT3.pdf.

372 Massuda A, Malik AM, Ferreira Junior WC, et al. Pontos-chave para gestão do SUS na resposta à pandemia covid-19 [E-book on the Internet]. São Paulo: IEPS; 2020. [cited 2019 Mar 7]. (Nota Técnica n. 6). Available from: https://bit.ly/37l34PK.

373 Fleury S. Pandemia, contradições e inovações no federalismo brasileiro [internet]. Rio de Janeiro: CEE Fiocruz; 2020. [cited 2021 Dez 18]. Available from: https://bit.ly/2VqU0DZ.

374 Almeida N Filho. Pandemia de covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. [Internet]. CNTE: Brasília, DF 2020. [cited 2021 Dez 9]. Available from: https://cnte.org.br/images/stories/2021/2021_02_16_almeida_filho_pandemia_conass_opas.pdf.

375 Alves FAZ. Coronavírus e Conflito Federativo. Confluências. Niterói/RJ V.23, N.3, set.-dez. 2021 | pp. 182-203 Available from: https://periodicos.uff.br/confluencias/article/view/49706.

376 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Conjunta nº 02/2020 do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS sobre assinatura de portarias conjuntas para ações de enfrentamento ao coronavírus [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2020 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/nota-conjunta-no-02-2020-do-ministerio-da-saude-conass-e-conasems-sobre-assinatura-de-portarias-conjuntas-para-acoes-de-enfrentamento-ao-coronavirus/.

377 Correio Braziliense. Assista reunião Bolsonaro com os governadores [Internet]. 2020 Mai 21. [cited 2020 Dez 19]. Available from: https://portalcorreio.com.br/assista-reuniao-bolsonaro-governadores/.

378 Agência Brasil. Governo Federal e Congresso Nacional criam comitê de combate a COVID-19. [Internet]. Brasília, DF. 2021. [cited 2021 Dez 9]. Available from: https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2021-03/governo-e-congresso-criam-comite-de-combate-a-covid.

379 Fórum Nacional dos Governadores. Carta dos governadores ao governo federal por medidas emergenciais ante a crise sanitária e econômica [Internet]. 2020 Mar 19 [cited 2021 Dez 19]. Available from: http://fazenda.rs.gov.br/upload/1584709440_carta-dos-governadores-ao-governo-federal.pdf.

380 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestores estaduais solicitam ao Ministério da Saúde aporte financeiro para o enfrentamento do novo coronavírus (COVID 19). [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2020 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/gestores-estaduais-solicitam-ao-ministerio-da-saude-aporte-financeiro-para-o-enfrentamento-do-novo-coronavirus-covid-19/.

381 Brasil. Emenda Constitucional nº 106, de 7 de maio de 2020. Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia [Internet]. Brasília, DF: Presidência da

República; 2020 [cited 2021 Nov 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm.

382 Brasil. Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2020 Mai 28 [cited 2021 Dez 18]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-173-de-27-de-maio-de-2020-258915168.

383 Brasil. Lei Complementar nº 178, de 13 de janeiro de 2021. Estabelece o Programa de Acompanhamento e Transparência Fiscal e o Plano de Promoção do Equilíbrio Fiscal; altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a Lei Complementar nº 156, de 28 de dezembro de 2016, a Lei Complementar nº 159, de 19 de maio de 2017, a Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020, a Lei nº 9.496, de 11 de setembro de 1997, a Lei nº 12.348, de 15 de dezembro de 2010, a Lei nº 12.649, de 17 de maio de 2012, e a Medida Provisória nº 2.185-35, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2021 Jan 14 [cited 2021 Dez 18]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-173-de-27-de-maio-de-2020-258915168.

384 Brasil. Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021. Altera os arts. 29-A, 37, 49, 84, 163, 165, 167, 168 e 169 da Constituição Federal e os arts. 101 e 109 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; acrescenta à Constituição Federal os arts. 164-A, 167- A, 167-B, 167-C, 167-D, 167-E, 167-F e 167-G; revoga dispositivos do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e institui regras transitórias sobre redução de benefícios tributários; desvincula parcialmente o superávit financeiro de fundos públicos; e suspende condicionalidades para realização de despesas com concessão de auxílio emergencial residual para enfrentar as consequências sociais e econômicas da pandemia da Covid-19 [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2020 [cited 2021 Dez 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc109.htm.

385 Camarotti G. Em carta a Bolsonaro, governadores pedem esforço internacional para compra de mais vacinas. Portal G1 [Internet]. 2021 Mar 04 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://g1.globo.com/politica/blog/gerson-camarotti/post/2021/03/04/governadores-enviam-carta-a-bolsonaro-e-pedem-aquisicao-de-mais-vacinas-contra-covid-19.ghtml.

386 Brasil. Lei nº 14.121, de 1 de março de 2021. Autoriza o Poder Executivo federal a aderir ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 (Covax Facility) e estabelece diretrizes para a imunização da população. Diário Oficial da União. 2021 Mar 2 [cited 2021 Dez 18]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.121-de-1-de-marco-de-2021-306197065.

387 Brasil. Lei nº 14.124, de 10 de março de 2021. Dispõe sobre as medidas excepcionais relativas à aquisição de vacinas e de insumos e à contratação de bens e serviços de logística, de tecnologia da informação e comunicação, de comunicação social e publicitária e de treinamentos destinados à vacinação contra a

covid-19 e sobre o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. Diário Oficial da União. 2021 Mar 10 [cited 2021 Dez 18]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.124-de-10-de-marco-de-2021-307745858.

388 Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2017 [cited 2021 Nov 9]; 33(8):1-15e. Available from: https://www.scielo.br/j/csp/a/9rx8BSNyQ5FQWvtbdKgthkx/?format=pdf&lang=pt.

389 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 430, de 19 de março de 2020. Estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) no país, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19). Diário Oficial da União. 2020 Mar 16 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-430-de-19-de-marco-de-2020-249027837.

390 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 395, de 16 de março de 2020. Estabelece recurso do bloco de custeio das ações e serviços públicos de saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID 19. Diário Oficial da União. 2020 Mar 16 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-395-de-16-de-marco-de-2020-estabelece-recurso-do-bloco-de-custeio-das-acoes-e-servicos-publicos-de-saude-grupo-de-atencao-de-media-e-alta-complexidade-mac-a-ser-disponibilizado-aos-estados-e-distrito-federal-destinados-as-acoes-de-saude-para-o-.

391 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 568, de 26 de março de 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19. Diário Oficial da União. 2020 Mar 26 [cited 2021 Dez 17]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-568-de-26-de-marco-de-2020-249862050.

392 Brasil. Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais. Diário Oficial da União. 2020 Apr 16 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-172-de-15-de-abril-de-2020-252726587.

393 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 480, de 23 de março de 2020. Estabelece recurso do bloco de custeio das ações e serviços públicos de saúde, a ser disponibilizado aos estados e distrito federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do coronavírus - COVID 19. Diário Oficial da União. 2020 Mar 25 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-480-de-23-de-marco-de-2020-249621650.

394 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 488, de 23 de março de 2020. Dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no exercício de 2020. Diário Oficial da União. 2020 Mar 23 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-488-de-23-de-marco-de-2020-249317439

395 Brasil. Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020. Suspende por 120 (cento e vinte) dias, a contar de 1º de março do corrente ano, a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2020 Apr 23 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.992-de-22-de-abril-de-2020-253544134.

396 Brasil. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 14.018, de 29 de junho de 2020. Dispõe sobre a prestação de auxílio financeiro pela União às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), no exercício de 2020, em razão do enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

397 Brasil. Decreto nº 10211, de 30 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPII.

398 Brasil. Decreto nº 10.477, de 27 de agosto de 2020. Altera o decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, e remaneja cargos em comissão [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2020 [cited 2021 Dez 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10477.htm.

399 Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria e Vigilância em Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-COVID-19 Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.

400 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria 639 de 31 de Março de 2020. Portaria nº 639, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0639_02_04_2020.html.

401 Câmara dos Deputados (Brasil). Ato de criação da comissão externa de enfrentamento a pandemia da COVID-19 [Internet]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2020. Available from: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/externas/56a-legislatura/enfrentamento-pandemia-covid-19/atribuicoes/ato-de-criacao-e-aditamento.

402 Senado Federal (Brasil). CPI da Pandemia da COVID-19: Relatório Final. Publicado em: 26 Out 2021. Brasília, DF: Senado Federal; 2021. Available from: https://legis.senado.leg.br/comissoes/comissao?codcol=2441.

403 Supremo Tribunal Federal (Brasil). Dossiê: STF na pandemia de Covid-19 / Supremo Tribunal Federal. Brasília, DF: STF; Secretaria de Altos Estudos, Pesquisas e Gestão da Informação, 2021; 154 p.

404 Brasil. Portaria nº 59, de 16 de março de 2020. Fica instituído o Gabinete Integrado de Acompanhamento à Epidemia do Coronavírus-19 (GIAC-COVID19). Diário Oficial da União. 2021 Mar 13 [cited 2021 Dez 18]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-59-de-16-de-marco-de-2020-248328846.

405 Tribunal de Contas da União (Brasil). Plano de Acompanhamento das Ações de Combate a COVID-19 [Internet]. 14 abril 2020 [cited 2021 Out 18]. Available from: https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/plano-de-acompanhamento-das-acoes-de-combate-a-covid-19-estimula-o-controle-preventivo.htm.

406 Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste. Convênio de Cooperação Técnica nº 003/2020. Convênio de cooperação técnica e financeira que entre si celebram o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste e o Estado da Bahia, através da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia [Internet]. Salvador: Consórcio Nordeste; 2021 May 5 [cited 2021 Dez 19]. Available from: http://www.consorcionordeste-ne.com.br/wp-content/uploads/2020/06/convenio_003_2020_Estado_da_Bahia_SESAB_Compras_Conjuntas_Cooperacao.pdf;

407 Moraes R. Medidas legais de incentivo ao distanciamento social: comparação das políticas e governos estaduais e prefeituras das capitais no Brasil [Internet] 2020 [cited 2021 Dez 19] Brasília, DF: IPEA; 2020. (Nota Técnica, n. 16). Available from: https://bit.ly/2BGqcMM.

408 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União. 2020 Fev 4 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388.

409 Brasil. Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005 [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2020 [cited 2021 Nov 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10212.htm.

410 Brasil. Lei nº 14.035, de 11 de agosto de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para a aquisição ou contratação de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo

surto de 2019. [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2020 [cited 2021 Nov 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l14035.htm.

411 Brasil. Lei nº 14.006, de 28 de maio de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para estabelecer o prazo de 72 (setenta e duas) horas para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorize a importação e distribuição de quaisquer materiais, medicamentos, equipamentos e insumos da área de saúde registrados por autoridade sanitária estrangeira e autorizados à distribuição comercial em seus respectivos países; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2020 Ago 27 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.006-de-28-de-maio-de-2020-274462752.

412 Brasil. Lei nº 14.128, de 26 de março de 2021. Dispõe sobre compensação financeira a ser paga pela União aos profissionais e trabalhadores de saúde que, durante o período de emergência de saúde pública de importância nacional decorrente da disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2), por terem trabalhado no atendimento direto a pacientes acometidos pela Covid-19, ou realizado visitas domiciliares em determinado período de tempo, no caso de agentes comunitários de saúde ou de combate a endemias, tornarem-se permanentemente incapacitados para o trabalho, ou ao seu cônjuge ou companheiro, aos seus dependentes e aos seus herdeiros necessários, em caso de óbito; e altera a Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949. Diário Oficial da União. 2021 Mar 26 [cited 2021 Dez 18]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.128-de-26-de-marco-de-2021-310838371.

413 Ministério da Justiça e Segurança Pública (Brasil). Portaria Interministerial nº 5, de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a compulsoriedade das medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública previstas na Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União. 2020 Mar 17 [cited 2021 Dez 18]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-5-de-17-de-marco-de-2020-248410549.

414 Ministério da Justiça e Segurança Pública (Brasil). Portaria Interministerial nº 9, de 27 de maio de 2020. Revoga a portaria Interministerial MJSP/MS nº 05, de 17 de março de 2020. Brasília, DF: Presidência da República; 2020 [cited 2021 Nov 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%209-20-mjsp-ms.htm.

415 Brasil. Lei nº 14.072, de 14 de outubro de 2020. Autoriza a prorrogação de contratos por tempo determinado no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Diário Oficial da União. 2020 Out 15 [cited 2021 Nov 18]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.072-de-14-de-outubro-de-2020-282698918.

417 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 758, de 9 de abril de 2020. Define o procedimento para o registro obrigatório de internações hospitalares dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, nos estabelecimentos de saúde públicos e privados que prestam serviços no SUS. Diário Oficial da União. 2020 Apr 9 [cited

2021 Dez 17]. Available from: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-758-de-9-de-abril-de-2020-251970323.

419 Presidência da República (Brasil). Pronunciamento do Senhor Presidente da República, Jair Bolsonaro, em cadeia de rádio e televisão [Internet]. 2020 Mar 6. Brasília, DF: Presidência da República; 2020 [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o planalto/pronunciamentos/pronunciamentos-do-presidente-da republica/pronunciamento-do-senhor-presidente-da-republica-jair-bolsonaro-em-cadeia-de-radio-e-televisao-3.

420 Presidência da República (Brasil). Pronunciamento do senhor Presidente da República, Jair Bolsonaro, em cadeia de rádio e televisão [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2020 Mar 24 [cited 2021 Nov 17]. Vídeo: 4 min. 58 s. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=Vl_DYb-XaAE.

421 Presidência da República (Brasil). Pronunciamento do senhor Presidente da República, Jair Bolsonaro, em cadeia de rádio e televisão [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2020 Abr 8 [cited 2021 Dez 17]. Vídeo: 5 min. 10 s. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=x04OKkxT2Tc.

423 Palácio do Planalto (Brasil). Declaração à imprensa do Presidente da República, Jair Bolsonaro [Internet]. Brasília, DF: Palácio do Planalto; 2021 Dez 31 [cited 2022 Jan 17]. Vídeo: 7 min. 35 s. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=1F0z0FO0jNc.

425 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota à imprensa – Habilitação de leitos de UTI para Covid-19 [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2020 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/nota-a-imprensa-habilitacao-de-leitos-de-uti-para-covid-19/.

426 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Conjunta Conass – Conasems: Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2020 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/nota-conjunta-conass-conasems-campanha-nacional-de-vacinacao-contra-a-covid-19/.

427 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Carta dos secretários estaduais de saúde à nação brasileira [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2021 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/carta-dos-secretarios-estaduais-de-saude-a-nacao-brasileira/.

428 Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste. Recomendação sobre vacinas [Internet]. Salvador: Consorcio Nordeste; 2021 Mar 2 [cited 2021 Dez 19]. Available from: http://www.consorcionordeste-ne.com.br/wp-content/uploads/2021/03/Recomenda%C3%A7%C3%A3o-sobre-vacinas_02mar2021.pdf.

429 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Nota conjunta CONASS / CONASEMS. Execução créditos extraordinários COVID19, 3 de

dezembro de 2021: considerações sobre o decreto nº 10.579, de 18 de dezembro de 2020 [internet]. Brasília, DF: CONASEMS; 2020 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Nota-conjunta-conass-conasems.pdf.

430 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Carta dos Secretários Estaduais de Saúde do Brasil após pronunciamento do Presidente da República [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2020 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/carta-dos-secretarios-estaduais-de-saude-do-brasil-apos-pronunciamento-do-presidente-da-republica.

431 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 500 mil óbitos por causa da Covid-19 [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2021 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/500-mil-obitos-por-causa-da-covid-19/.

432 Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste. Nota Oficial [Internet]. Salvador: Consorcio Nordeste; 2021 Mar 19 [cited 2021 Dez 19]. Available from: http://www.consorcionordeste-ne.com.br/wp-content/uploads/2021/03/Nota-Oficial_19mar2021.pdf.

433 Poder 360. Nota Pública sobre repasses financeiros aos entes Federados. [Internet] Fórum dos Governadores, 2021 Mar 1 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://static.poder360.com.br/2021/03/2021_02_28_Nota_Publica_sobre_repasses_financeiros_aos_Entes_Federados.pdf.

434 Frente Nacional de Prefeitos. FNP se manifesta pelo aumento das restrições de circulação como forma de enfrentar a pandemia [Internet] 2021 Mar 12 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://fnp.org.br/noticias/item/2496-numeros-tragicos-da-covid-19-exigem-medidas-rigidas-de-isolamento-nas cidades#:~:text=FNP%20se%20manifesta.

435 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. nota à imprensa: matriz de risco a respeito do isolamento social [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2020 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/nota-a-imprensa-matriz-de-risco-a-respeito-do-isolamento-social/.

436 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota oficial: orientações do Ministério da Saúde para tratamento medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19 [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2020 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/nota-oficial-sobre-o-documento-intitulado-orientacoes-do-ministerio-da-saude-para-tratamento-medicamentoso-precoce-de-pacientes-com-diagnostico-da-covid-19-lancado-pelo-ministerio-da/.

437 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS repudia acusação de manipulação de dados sobre Covid-19 [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2020 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/conass-repudia-acusacao-de-manipulacao-de-dados-sobre-covid-19/.

438 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota à imprensa – Suspensão das pesquisas da CoronaVac [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2020 [cited 2021 Dez

19]. Available from: https://www.conass.org.br/nota-a-imprensa-suspensao-da-pesquisas-da-coronavac/.

439 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conass e Conasems reforçam a importância da vacinação de adolescentes contra a Covid-19 [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2020 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/conass-e-conasems-reforcam-a-importancia-da-vacinacao-de-adolescentes-contra-a-covid-19/.

440 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Indicação da vacina desenvolvida pela Pfizer/Wyeth para crianças da faixa etária de 05 a 11 anos [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2021 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/indicacao-da-vacina-desenvolvida-pela-pfizer-wyeth-para-criancas-da-faixa-etaria-de-05-a-11-anos/.

441 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Carta de Natal do CONASS às crianças do Brasil [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2021 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/carta-de-natal-do-conass-as-criancas-do-brasil/.

442 Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste. Nota do Comitê Científico de Combate ao Coronavirus do Consórcio Nordeste em relação à vacinação de crianças de 5 a 11 anos contra a Covid-19 [Internet]. Salvador: Consórcio Nordeste; 2021 Dez 24 [cited 2022 Jan 19]. Available from: http://www.consorcionordeste-ne.com.br/wp-content/uploads/2021/12/2021-12-24-C4-Nota-sobre-vacina%C3%A7%C3%A3o-de-criancas.pdf.

443 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 600 mil óbitos por causa da Covid-19 [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2021 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.conass.org.br/600-mil-obitos-por-causa-da-covid-19/.

444 Pará (Estado). Comitê Científico assessor ao enfrentamento da pandemia da covid-19. Informe técnico [Internet] 2021 Abr 28 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://www.covid19.pa.gov.br/retomapara/assets/pdf/04_informe_tecnico28042021.pdf.

445 Portal do Governo do Estado de São Paulo. Governo de SP cria Centro de Contingência do Coronavírus [Internet]. 2020 Fev 26 [cited 2022 Jan 03]. Available from: https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/governo-de-sp-cria-centro-de-contingencia-do coronavirus/#:~:text=O%20Governador%20Jo%C3%A3o%20Doria%20decidiu,convidou%20o%20infectologista%20David%20Uip.

446 São Paulo (SP) Portaria nº 170/2020-SMS. Institui o Comitê Cientifico da Cidade de São Paulo. 2020 Abr 02 [cited 2021 Dez 19]. Available from: http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-170-de-2-de-abril-de-2020.

447 Brasil. Presidência da República. Pronunciamento do Senhor Presidente da República, Jair Bolsonaro, em cadeia de rádio e televisão [Internet]. Brasilia, DF:

Presidência da República; 2020 Mar 6 [cited 2021 Dez 17]. Video: 2 min 05 s. Available from: https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/pronunciamentos/pronunciamentos-do-presidente-da-republica/pronunciamento-do-senhor-presidente-da-republica-jair-bolsonaro-em-cadeia-de-radio-e-televisao-5

448 Presidência da República (Brasil). Pronunciamento do senhor Presidente da República, Jair Bolsonaro, em cadeia de rádio e televisão [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2020 Mar 31 [cited 2021 Dez 17]. Vídeo: 7 min. 29 s. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=16RR2rG_AKA

449 Poder 360. Pronunciamento do Senhor Presidente da República, Jair Bolsonaro, em cadeia de rádio e televisão [Internet]. 2020 Set 7 [cited 2021 Dez 17]. Vídeo: 3 min. 33 s. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=R4_ANKXzK9Y.

450 Médicos pela vida. Abaixo-assinado carta do Brasil: movimento legislação e vida [Internet]. 2021. Available from: https://medicospelavidacovid19.com.br/abaixo-assinado/?abaixoassinado=1#:~:text=abaixo%2dassinado%20carta%20do%20brasil%20%2d%202021%20movimento%20legisla%c3%87%c3%83o%20e%20vida.

451 Conselho Federal de Medicina. Parecer nº 04/2020. Considerar o uso da cloroquina e hidroxicloroquina, em condições excepcionais, para o tratamento da COVID-19 [Internet]. Brasília, DF: CFM; 2020 Abr 16 [cited 2021 Dez 19]. Available from: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4.

452 Oliveira PTR. Desigualdade Regional e o território da Saúde na Amazônia/ Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira. Belém. EDUFPA, 2008.

453 Garnelo L, Sousa ABL, Da Silva CO. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2017 Abr [cited 2021 Dez 19]; 22(4). Available from: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016

454 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada na gestão das Regiões Metropolitanas. Comunicados do IPEA [Internet] 2011 Out 13 [cited 2021 Dez 19] Brasília, DF: IPEA; 2011. (n. 116). Available from: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/111013_comunicadoipea116.pdf.

ANEXO I – Parecer Consubstanciado CEP Unicamp (3503640/ 2019) / Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado no CEP UNICAMP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Fragilidades e desafios da governança regional no SUS: uma análise a partir de 3 casos de implementação de políticas nacionais

Nome do(s) responsável(is): Alexandre R S Padilha e Gastão Wagner de Souza Campos

Número do CAAE: 12964719.2.0000.5404

Número do Parecer CEP UNICAMP : 3.503.640 (13/08/2019)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento LIvre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

Este projeto tem como objetivo avaliar os processos de pactuação e gestão regionais e federativos a partir da análise do processo de implementação regional de políticas de saúde em 3 casos: o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária (PIACM) na Amazônia, a implementação da Rede de Urgência e Emergência na Região Metropolitana de São Paulo e o Programa Mais Médicos para o Brasil, no estado de São Paulo.

Neste projeto são considerados

Objetivos específicos:

- Caracterizar os processos, instrumentos e relações de implementação, descrevendo suas dimensões regionais e federativas nos casos estudados;
- Avaliar a adoção, fortalecimento ou construção de arranjos regionais e federativos de governança, buscando compreender deslocamentos de poder e criação ou fortalecimento de sujeitos;

- Discutir os desafios federativos identificados no processo regional de implementação de políticas nacionalmente construídas, seus contenciosos e estratégias de superação;

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a conceder esta entrevista ao autor do estudo, a partir de um roteiro semi-estruturado, onde iremos buscar esclarecer aspectos das políticas das quais você participou. Esta entrevista durará cerca de 30 minutos para as suas respostas, que serão gravadas e posteriormente transcritas, sendo assim armazenadas, em computador em poder do pesquisador, pelo período de 5 anos após a conclusão da apresentação deste estudo, sendo descartadas, após este período. Caso opte, podemos realizar esta entrevista presencialmente, por contato telefônico ou digital por endereço eletrônico (e-mail), mediante a devida leitura e assinatura deste Termo. No caso da sua entrevista ocorrer por endereço eletrônico (e-mail) suas respostas serão armazenadas, em computador em poder do pesquisador, pelo período de 5 anos após a conclusão da apresentação deste estudo, sendo descartadas, após este período, preservados o anonimato.

Caso se sinta incomodada(o) com alguma pergunta, não precisará respondê-la, assim como deve ficar a vontade para desistir de participar a qualquer momento da entrevista, sem nenhum problema.

Desconfortos e riscos:

Não há nenhum desconforto ou risco ao participar deste estudo, ficando ao seu critério de como conceder a entrevista. Asseguraremos o seu anonimato nas informações prevenindo riscos à sua integridade. Os riscos que esta pesquisa poderá apresentar referem-se à possibilidade de que alguma pergunta venha lhe fazer recordar situações desagradáveis ou causar-lhe constrangimentos. Reiteramos que não é obrigado a responder e pode interromper a entrevista no momento que quiser, sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Benefícios:

A sua participação é de extrema importância para compreendermos os processos de implementação e governança regional das políticas de saúde, permitindo a construção de propostas de aprimoramento do SUS

Acompanhamento e assistência:

Você tem o direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário, caso alguma pergunta venha lhe fazer recordar situações desagradáveis ou causar-lhe constrangimentos por ter participado deste estudo. Reiterando, você não é obrigado a responder a nenhuma pergunta e pode interromper a entrevista no momento que quiser, sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você terá contato e acesso direto ao pesquisador e a instituição de pesquisa, podendo nos procurar a qualquer momento, por qualquer

fato relacionado a sua participação nesta entrevista, inclusive após o encerramento da pesquisa. Você terá acesso aos resultados da pesquisa.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização:

A sua participação nesta pesquisa, através da entrevista presencial ou não, não implicará em nenhum custo de transporte, deslocamento ou alimentação. Caso exista algum gasto para a sua participação estes serão ressarcidos pelo pesquisador. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador através de contato telefônico pelo seguinte número (011) 975814398, pelo e-mail direto do pesquisador (padilha.alexandre@gmail.com) ou com o Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:30hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Consentimento livre e esclarecido:

Diante disso, se o senhor(a) concordar em participar desta pesquisa, deverá assinar este termo que segue as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em duas vias, ficando com uma cópia do mesmo.

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participanteda pesquisa:

_____

_____

Data: ____/_____/_____.

(Assinatura doparticipanteda pesquisa ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma viadeste documento ao participanteda pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participanteda pesquisa.

_____
(Assinatura do pesquisador)

Data: ____/_____/_____.

ANEXO II- Roteiro Entrevista Personagens-Chave

Participantes dos arranjos de pactuação, coordenação ou acompanhamento das políticas da Rede de Urgência e Emergência e Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária nos casos estudados.

1) Registrar o período e envolvimento da personagem chave nos processos de formulação da política, etapas preparatórias do ente federado para participar da política, nos processos de pactuação e nas instâncias de coordenação, bem como o acompanhamento ou não do território estudado.

2) identificar os registros, impressões e opiniões das personagens chave quanto as variáveis do desenho da implementação da política, quanto a participação dos atores dos entes federativos na definição da entrada da política na agenda do Ministério da Saúde, quanto a valorização da região de saúde como unidade territorial prioritária, quanto ao respeito a singularidades regionais, quanto aos instrumentos políticos financeiros, regulatórios e organizativos de implementação, quanto aos fluxos e instâncias de retroalimentação e aprendizado ao longo da implementação.

3) Identificar o registro da personagem chave sobre quais atores participam da implementação da política, qual participação destes atores na etapa de definição da agenda, no desenho da política, na definição dos seus instrumentos de implementação. Buscar recuperar, com a personagem chave, qual o posicionamento, motivações, contenciosos e desafios apontados pelos vários atores. Buscar recuperar se o personagem chave identifica alianças e coalizões de defesa constituída entre os atores, em qual nível da política estas alianças e/ou coalizão se constitui e se expressa, considerando os multiníveis alinhados de uma política: meta (abstrato/estratégico), meso (ferramentas de implementação) e micro (entregas operacionais). Buscar investigar se a personagem chave identifica mudanças nestas alianças e coalizão ao longo da implementação da política, seja na sua composição ou nas suas estratégias.

4) Buscar, junto as personagens chave, a caracterização dos arranjos federativos e regionais: quais arranjos identifica, pré-existência ou não, instâncias de pactuação ou cogestão da política, verticalidade ou horizontalidade na relação entre os entes da federação, processo de indicação de membros e institucionalidade e preocupação administrativa com ganho de escala.

5) Buscar, junto as personagens chave, a descrição e caracterização dos contenciosos e desafios nas relações federativas apontados, qual avaliação quanto a sua permanência e intensidade ao longo da implementação da política, caracterizando-os quanto as dimensões de gestão da Política de Saúde, da Rede de Atenção, dos Serviços ou do Cuidado.

6) Buscar, junto as personagens chave, a caracterização do poder e suas relações existentes no processo de implementação da política, em especial em relação aos arranjos de pactuação e coordenação da implementação da política, buscando caracterizá-los quanto ao poder técnico, político e administrativo, e quais deslocamentos de poder acontecem ao longo da implementação, particularmente a

contribuição do arranjo regional e federativo para este deslocamento. Buscar identificar alguma singularidade em relação aos arranjos regionais e federativos locais do território estudado.

7) Buscar, junto as personagens chave, a caraterização dos sujeitos fortalecidos ou que emergem ao longo da implementação da política, buscando identificar que processos ou relações contribuem para este surgimento, particularmente em relação aos arranjos regionais e federativos e quais subjetividades se expressam. Buscar identificar alguma singularidade em relação ao território estudado.

8) Buscar, junto a personagem chave, se a mesma caracteriza na implementação da política o desenvolvimento de novas tecnologias de governo. Aqui, compreendendo novas tecnologias de governo como uma racionalidade que se torna prática com um conjunto de dispositivos de condução de condutas. Aqui buscaremos registrar e compreender se a personagem chave identifica a existência ou surgimento de um discurso justificativo da política, uma divisão do que é legítimo e não é legítimo; quais formas de autoridade e de tipos de conhecimento exercidos, que concepções de ser humano e de saúde são expressos pela política e pelos atores de implementação. Como a personagem chave identifica que isso torna-se prático para intervir nas vidas individuais e coletivas dos atores que executam a política e usuários da mesma; quais arranjos, quais dispositivos, compreendendo-os como pessoas, formas de autoridade, marcos legais, atividades, recursos técnicos, logística, maneiras de julgar e agir são desenvolvidos, caracterizando-se qual o papel dos arranjos regionais e federativos nisso. Buscar identificar singularidades no território estudado.