



Governança, coordenação federativa e os entraves à regionalização do sus no estado do Rio de Janeiro¹

Amanda Thereza Orozco Morais de Souza²

RESUMO

O presente artigo investiga o processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro, a partir de uma abordagem da Geografia Política, referenciada na teoria institucional histórica e crítico-alargada. Tomando-se em consideração o fato de o SUS inscrever-se e, ao mesmo tempo, representar uma política pública que institui processos de coordenação federativa e governança, problematiza-se o fato de que a efetividade da implementação do sistema é largamente influenciada pelos contextos e capacidades estatais das escalas subnacionais. Nesse sentido, parte-se da hipótese de que existem condicionantes histórico-territoriais, político-institucionais e conjunturais que se expressam no funcionamento dos espaços políticos de planejamento regional e gestão intergovernamental das regiões de saúde do estado e que dificultam a coordenação entre os entes federados e agentes políticos envolvidos nos processos decisórios. O objetivo é identificar como as trajetórias, as configurações e os conflitos político-territoriais e as coalizões político-partidárias, influenciam a implementação da política de regionalização e a cooperação territorial no estado. Os resultados mostram que há fragilidades na gestão de saúde devido a desafios históricos e disparidades nos serviços, concentrados na capital e que esses desafios respondem, em larga medida, à fragilidade do ente estatal e dos colegiados de gestão regional e à influência das coalizões políticas.

Palavras-chave: SUS; regionalização; governança; coordenação federativa; espaços políticos.

RESUMEN

El presente artículo investiga el proceso de regionalización del Sistema Único de Salud (SUS) en el estado de Río de Janeiro, desde un enfoque de Geografía Política, referenciado en la teoría institucional histórica y crítico-ampliada. Considerando que el SUS se inscribe y, al mismo tiempo, representa una política pública que establece procesos de coordinación federativa y gobernanza, se problematiza la efectividad de su implementación, ampliamente influenciada por los contextos y las capacidades estatales a nivel subnacional. Se parte de la hipótesis de que existen condicionantes histórico-territoriales, político-institucionales y coyunturales que se reflejan en el funcionamiento de los espacios políticos de planificación regional y gestión intergubernamental de las regiones de salud del estado, dificultando la coordinación entre los entes federados y los agentes políticos en los procesos de toma de decisiones. El objetivo es identificar cómo las trayectorias, configuraciones, conflictos político-territoriales y coaliciones político-partidarias influyen en la implementación de la política de regionalización y la cooperación territorial en el estado. Los resultados muestran que existen fragilidades en la gestión de la salud debido a desafíos históricos y disparidades en los servicios, concentrados en la capital, los cuales responden, en gran medida, a la fragilidad del ente estatal, los órganos colegiados de gestión regional y la influencia de las coaliciones políticas.

¹ Produto de uma tese em andamento no Programa de Pós Graduação em Geografia da Universidade Federal Fluminense com bolsa Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

² Doutoranda pelo Curso de Pós Graduação em Geografia da Universidade Federal Fluminense - UFF, aorozco@id.uff.br

INTRODUÇÃO

Há na literatura das ciências sociais um ânimo crescente sobre os agenciamentos e interações conflituosas que caracterizam os processos de elaboração de políticas públicas em escalas subnacionais e que vem sendo incorporado ao temário de pesquisas da Geografia também (NUNES e SANFELICI, 2018). A agenda da chamada “governança”, embora conte com diferentes acepções acerca da genealogia e significado do conceito, tem como ponto de convergência o interesse pelos rearranjos e recomposições político-institucionais que engendram processos políticos mais qualificados no sentido da ação cooperativa e coordenada entre agentes e atores políticos (FERRÃO, 2013). Em suma, há um interesse renovado sobre essas formas de coordenação política orientadas para processos mais horizontalizados e que têm possibilitado a ampliação das interações entre o poder público e a sociedade civil.

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal em 1988 e as subsequentes mudanças no pacto federativo, inaugurou-se uma nova fase da política pública, caracterizada por maior compartilhamento de competências entre as três escalas de poder e valorização das escalas de poder municipal e estadual. Ao mesmo tempo, houve ampliação do alcance das políticas sociais e da representação e participação da sociedade civil em instâncias decisórias (ARRETCHE, 2012).

No arranjo da política de saúde nacional, essas mudanças se expressaram a partir da criação do Sistema Único de Saúde, em 1990. O SUS tem como princípios doutrinários do SUS a garantia da universalidade, da equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde. Complementarmente, a Lei Federal 8.080/1990, que institui o SUS, demarcou outros três princípios que dizem respeito a operacionalização do sistema foram também instituídos: a descentralização, a regionalização hierarquizada e a participação social. Este artigo tematiza os dilemas acerca do segundo princípio – a regionalização – a partir de um estudo de caso sobre o estado do Rio de Janeiro.

A regionalização é concebida conceitualmente, no âmbito do SUS, como uma estratégia de ordenamento do sistema a partir de recortes regionais interligados por redes especializadas de ações e serviços de saúde que são desenhadas e condicionadas pela capacidade de oferta e de financiamento de cada ente municipal nela inserido. Essa estratégia visa a redução das iniquidades presentes nas escalas subnacionais, aprimoramento das relações federativas e do controle social, para, dessa forma, garantir uma melhor distribuição dos serviços e



equipamentos de maneira mais coerente com as necessidades específicas dos territórios (ALBUQUERQUE, 2013).

No entanto, apesar de as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) serem aplicáveis em todo o país, os processos específicos de sua implementação em níveis subnacionais diferem tanto na definição dos recortes regionais necessários quanto na dinâmica do sistema, dependendo dos contextos e das capacidades estatais em escalas subnacionais. Essas capacidades estão associadas ao desenvolvimento de coalizões de sustentação e da construção de arenas de negociação, além das capacidades técnicas de operacionalização dos diferentes estágios e arranjos da atenção à saúde.

Nesse sentido, o caso do Rio de Janeiro é bastante emblemático. O estado foi um dos últimos do país a aderir aos pactos e programas de regionalização, havendo ainda hoje um cenário caracterizado por ações fragmentadas, localistas, falta de coordenação federativa e muitas restrições à participação social. Diante disso, no presente artigo exploramos os condicionantes que influenciam no processo de regionalização do SUS no Rio de Janeiro.

Que fatores limitam ou potencializam a regionalização da saúde nos estados? Esta é a questão que norteia este artigo, em que se investiga o processo de regionalização da saúde fluminense, a partir de uma abordagem da Geografia Política, referenciada na teoria institucional histórica e crítico-alargada. O objetivo é identificar as trajetórias, configurações, os conflitos político-territoriais e as coalizões político-partidárias, enfim, os condicionantes que se expressam nos espaços políticos e que dificultam a implementação da política de regionalização e a cooperação territorial previstas no desenho institucional do SUS. Três categorias principais de condicionantes foram destacadas: histórico-territorial, político-institucional e conjuntural.

Os resultados apontam para um forte peso da que a gestão integrada e regionalizada da saúde no estado ainda esbarre em uma série de entraves - muito embora com alguns avanços importantes que serão destacados-, e que, ao fim e ao cabo, impactam na qualidade e efetividade dos serviços prestados à população. O debate convida a uma reflexão sobre os processos de instauração de uma lógica interativa e reticular de atuação político-territorial, orientada por estratégias de coordenação e de colaboração entre atores e agentes territorialmente situados.

METODOLOGIA

O texto apoia-se na análise do ciclo de políticas públicas³, mais especificamente na etapa de implementação, à luz das contribuições dos enfoques institucionalistas histórico (HALL; TAYLOR, 2003) e crítico-alargado (REIS, 2009, NUNES; SANFELICI, 2018). Destas matrizes teóricas retomos a ideia de que existe certo grau de dependência de trajetória (*path dependence*) no funcionamento das instituições (formais e informais) e que estas, por sua vez, influenciam nos processos políticos, no comportamento dos atores, no conteúdo das políticas públicas e na implementação delas.

Diante disso, alinhados com outros estudos que exploram a temática da regionalização da saúde (LIMA et al, 2012; VIANA et al, 2015) buscamos identificar quais seriam os aspectos territoriais e institucionais que se expressam nos espaços e processos políticos relativos à gestão e planejamento da saúde nas escalas subnacionais interferindo na implementação da integração regionalizada do SUS. Dessa maneira, elencam-se três condicionantes principais: histórico-territorial, político-institucional e conjunturais.

À dimensão histórico-territorial dizem respeito as variáveis que compõem o histórico do estado e das suas regiões de saúde. Neste ponto, atribui-se valor explicativo à trajetória da formação territorial e da implementação da política de saúde e, mais especificamente, de regionalização da mesma. Já a dimensão político-institucional diz respeito à governança do sistema, isto é, aos modos pelos quais os arranjos interfederativos e de participação são efetivamente operados no âmbito das Comissões Intergestores e na relação destas com as demais instâncias colegiadas e de gestão regional, estadual e federal, bem como sobre os agenciamentos cooperativos e conflituosos dos atores e agentes individuais e coletivos envolvidos nesses espaços. Por fim, a dimensão conjuntural dá conta aqueles fatores que respondem mais a temporalidade da política, isto é, dos arranjos e coalizões político-partidários, das instituições formais etc, que favorecem ou dificultam a conformação da regionalização da saúde no estado. O Quadro 1 resume esses referenciais analíticos e as estratégias metodológicas aplicadas para análise de cada um dos condicionantes e seus respectivas variáveis.

Quadro 1: Matriz de referência de análise

Condicionantes	Variáveis	Fontes
----------------	-----------	--------

³ O ciclo de política pública é um modelo conceitual que descreve as várias etapas envolvidas no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas governamentais. Esse modelo ajuda a entender o processo pelo qual as políticas são formuladas, implementadas e avaliadas ao longo do tempo. Geralmente, o ciclo de política pública é dividido em várias fases principais, que podem variar dependendo do autor ou do contexto específico, mas geralmente incluem: agenda, formulação, processo decisório, implementação e avaliação.



<p>Histórico-territorial *</p>	<p>Trajatória da conformação do estado e de suas regiões; Trajetória da política de saúde e da regionalização (legado de implantação de políticas prévias, existência de uma cultura de negociação intergovernamental...);</p>	<p>Levantamento bibliográfico Análise Documental (Atas das CIRs e dos PRIs)</p>
<p>Político-institucional/ governança regional</p>	<p>Modo de funcionamento das CIRs (definição de pauta, temáticas predominantes, periodicidade das reuniões, processos de tomada de decisão...); Relações das CIR com outras instâncias colegiadas e de gestão regional, estadual e federal; Papel desempenhado pelos atores (individuais e coletivos) envolvidos (papel da Secretaria de Estado de Saúde, do COSEMS, das associações civis, etc); Existência de mecanismos de coordenação e de participação e controle social;</p>	<p>Levantamento bibliográfico Análise Documental (Atas das CIRs e dos PRIs) Entrevistas estruturadas e semi-estruturadas</p>
<p>Conjuntural</p>	<p>Perfil e trajetória dos atores (sobretudo dirigentes); Situação político-econômica do estado; Conflitos político-partidários vinculados à prioridade da regionalização na agenda governamentais;</p>	<p>Análise Documental (Atas das CIRs e dos PRIs) Entrevistas estruturadas e semi-estruturadas</p>

Fonte: a autora, 2023.

Trata-se de um estudo de caso exploratório, de natureza eminentemente qualitativa, cujo recorte temporal é o período de 2016 a 2023. Entre os documentos analisados estão, entre outros, as atas das Comissões Intergestores e os Planos Regionais Integrados (2018-2023) das 9 regiões de saúde do ERJ, Plano Estadual de Saúde (2016-2019; 2020-2023), Plano Diretor de Regionalização, leis e normativas estaduais e federais referentes à regionalização.

Também foram realizadas três entrevistas com gestores e ex-gestores do SUS no estado. Outras 10 entrevistas estão previstas no cronograma da pesquisa. A seguir apresentamos os referenciais teóricos a partir dos quais analisamos os materiais empíricos coletados.

REFERENCIAL TEÓRICO

Em termos teóricos, a pesquisa ancora-se no referencial do institucionalismo, notadamente em suas vertentes histórica (HALL e TAYLOR, 2003) e crítica-alargada (REIS, 2009). Embora o rótulo institucionalista venha sendo acionado por um conjunto cada vez maior

de autores, as distintas vertentes do institucionalismo convergem no destaque que atribuem, em maior ou menor grau, às instituições formais (leis, normas, regras, organizações do Estado, etc.) e informais (costumes, culturas, convenções, hábitos, etc.) como elementos importantes para compreensão do problema da coordenação nas sociedades contemporâneas (NUNES e SANFELICI, 2018).

Na teoria institucional, parte-se da premissa de que os atores e agentes não atuam em um vácuo, onde contam apenas as suas posições de poder, mas em contextos institucionais particulares, que constroem e habilitam a ação política (NUNES e SANFELICI, 2018). As instituições são, portanto, construções sociais formais e informais que constroem e capacitam os agentes ao mesmo tempo (REIS, 2009). Constituem mediações para as interações que se estabelecem entre os agentes e destes com próprio território nas suas diversas escalas.

O processo de implementação da política de saúde no Brasil ocorre a partir do desenvolvimento de um arcabouço institucional complexo que serve para dar conta da efetivação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade que fundamentam o SUS. Ademais, o próprio SUS se insere dentro de um arcabouço institucional mais amplo que é um tipo de federalismo caracterizado pela autoridade compartilhada, que combina autonomia subnacional com coordenação nacional (ABRUCIO et al, 2020).

O pacto federativo pós 1988 ampliou as responsabilidades das escalas subnacionais na provisão de políticas públicas. No caso da política de saúde, a criação do SUS apoiou-se na construção de instrumentos, mecanismos e estruturas de articulação intergovernamental, na divisão de responsabilidades e recursos entre os três entes da Federação, na implementação descentralizada e regionalizada, e na institucionalização de espaços de participação social (RODRIGUES e AZEVEDO; 2020; ABRUCIO et al, 2020). Pode-se dizer, portanto, que a política nacional de saúde se apoia em processos e arranjos de governança territorial.

Este conceito – governança territorial – será central em nossa pesquisa e diz respeito, de um modo geral, aos rearranjos e recomposições político-institucionais que possibilitam novas formas de ação política (em tese, mais colaborativas) no território. Nas diferentes áreas do conhecimento e, mais detidamente, na Geografia e nos estudos sobre políticas de saúde, é possível observar significados e usos distintos do conceito de governança. Nesta pesquisa, a princípio, seguiremos o entendimento da governança territorial como modos de pactuação política estabelecidos através da conformação de redes de atores e agentes territorialmente situados, que possibilitam ampliar as interações entre poder público e a sociedade civil, tendo

em vista a pactuação de projetos comuns e de interesse coletivo (FARINÓS, 2008; LIMA, 2019;).

Sublinha-se que a governança é um dos componentes de uma rede regionalizada de atenção à saúde (SANTOS e GIOVANELLA, 2014). Seu uso analítico permite por em perspectiva os distintos modos de coordenação (cooperativos e conflituosos) entre os agentes em processos decisórios relativos à organização, financiamento e implementação do SUS. Como nos lembra Lima (2013, p. 668), “a implantação de sistemas nacionais universais pode exigir um processo longo e permanente de negociação entre autoridades políticas dotadas de legitimidade, visões e projetos distintos, envolvendo relações de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos”. Dessa maneira, impõe-se a tarefa de examinar a forma como esses elementos são operados no âmbito das instituições formais de pactuação interfederativas do SUS nas diferentes escalas de sua implementação.

Para dar conta da análise sobre as estruturas de governança do SUS, um segundo conceito operatório apresenta-se: a coordenação federativa. Entendemos, com base em Abrucio (2005) e Souza (2018), como coordenação federativa as formas de organização integradas e compartilhadas de decisão conjunta entre agentes individuais e coletivos das diferentes escalas federativas para, desse modo, chegar a objetivos comuns. No caso do SUS, o conceito faz referência às competências partilhadas entre as três escalas de governo e se dá por meio da construção de redes de atenção à saúde em espaços territoriais resolutivos (MENICUCCI e MARQUES, 2016).

A Constituição Federal de 1988 prevê a criação de uma “rede regionalizada e hierarquizada” de ações e serviços (art. 198) para enfrentar os incontáveis desafios do cuidado de saúde no País. Mas, como visto na seção de Apresentação, a efetivação da regionalização apresenta uma série de impasses. Isso nos coloca diante da necessidade de avaliar. Em largas linhas, a regionalização compreende a institucionalização de recortes regionais com vistas na execução objetiva de ações específicas (analítica, política, econômica e social), em que se articulam ideologias e recursos político-administrativos, visando aumentar a capacidade estatal (ALBUQUERQUE, 2013).

Por capacidade estatal entende-se o potencial que os governos têm ou podem mobilizar rapidamente, conhecimento, instituições e organizações capazes de implementar políticas

(SKOCPOL e FINEGOLD, 1982)⁴. A discussão do conceito de capacidade estatal se conecta com o debate da governança, na medida em que se entende que, mais do que a existência de uma burocracia estatal competente e corporativamente coerente, a intensificação das interações entre atores estatais e não estatais na produção de políticas públicas tendem a criar “Estados mais capazes”⁵.

É com base nesses referenciais teóricos e conceituais que buscaremos então iluminar o problema do atraso na implementação dos mecanismos de regionalização do SUS no estado do Rio de Janeiro, a partir de uma análise sobre um dos principais mecanismos da gestão interfederativa: as Comissões Intergestores Regionais, problematizando sua capacidade indutiva e de coordenação de ações para a efetivação da regionalização tendo em vista a relevância desta estratégia para a garantia da universalidade, da integridade e da equidade dos serviços de saúde para a população brasileira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No desenho da política de saúde nacional, essas mudanças se materializaram a partir da criação do Sistema Único de Saúde, em 1990. A inovação institucional que o SUS representa é fruto de um longo e continuado processo político de negociação que teve sua maior expressão nas mobilizações do chamado Movimento Sanitarista, no contexto da Constituinte de 1988. Ao longo dos anos, portanto, uma série de ajustes e avanços normativos foram realizados no sentido de aprimorar a capilaridade territorial do sistema tendo em vistas a garantia dos princípios da universalidade, equidade e integralidade do cuidado.

Nesse íterim, observam-se dois grandes ciclos que demarcam enfoques estratégicos diferentes no que tange a descentralização e regionalização do sistema. No primeiro ciclo, que vai de 1988 a 2001, priorizou-se a descentralização do sistema sob bases municipalistas. O segundo, inaugurado em 2001, quando a regionalização passou a ser priorizada na agenda da saúde.

⁴ Existem outras interpretações acerca deste conceito. Em Pires e Gomide (2018), os autores fazem uma revisão do conceito.

⁵ Para os autores, “arranjos institucionais mais sofisticados, envolvendo transferência e distribuição de papéis e funções de forma articulada e coordenada para atores estatais subnacionais e não estatais, podem contribuir para a construção de novas capacidades, pois adicionam mais capilaridade, possibilitam a combinação de direcionamento central com flexibilidade na ponta, reforçando processos de monitoramento intensivo e multifocal, além de oferecer oportunidades para o aprendizado e a inovação a partir de reflexões coletivas” (PIRES e GOMIDE, 2018, p. 27).



Tais processos foram analisados por Fonseca e Rodrigues (2021), que destacam o quanto, nessa primeira fase, as relações federativas que estavam se iniciando no âmbito do SUS ao privilegiar a centralização das decisões e ações relacionadas à formulação e ao planejamento das políticas junto ao governo federal foram polarizadas. Contudo, embora pouco avançassem no sentido da descentralização, essas normativas geraram, na avaliação de Fonseca e Rodrigues (2021) novas condições institucionais de coordenação federativa mais horizontalizadas no contexto do SUS, especialmente porque viabilizou mecanismos para que estados e municípios pudessem pactuar os serviços de saúde e atuar nos processos de planejamento, programação e gestão dos próprios serviços prestados.

No entanto, a ênfase municipalista acabou por agravar tensões nas escalas subnacionais, fazendo emergir um modelo de federalismo ainda mais competitivo e não cooperativo. Fonseca (2013) evoca, nesse ponto, o conceito de localismo para referir-se ao modo de pactuação engendrado por disputas e compartimentalizações do processo decisório. Ao fim e ao cabo, esses primeiros anos de implementação SUS resultaram no acirramento das desigualdades entre os entes subnacionais ao mesmo tempo em que fragilizou e comprometeu as esferas estaduais.

Foi somente nos anos 2000, com a promulgação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001/02), que a regionalização começou a ser de fato identificada como a principal estratégia de impulsionamento da governança e de cooperação federativa no SUS. O principal objetivo da estratégia de regionalização é a minimização das iniquidades presentes nas escalas subnacionais e aprimoramento das relações federativas visando uma melhor distribuição dos serviços e equipamentos de maneira mais coerente com as necessidades específicas dos territórios (ALBUQUERQUE, 2013). Foi, então, nesse contexto que diversos mecanismos e instrumentos políticos foram progressivamente instituídos.

O grande marco desse processo foi a promulgação do Pacto pela Saúde, em 2006, a partir do qual se estabeleceu a regionalização como elemento basilar do sistema de saúde nacional e novas condições para uma maior articulação entre os entes federados. Destaca-se, nesse contexto, a institucionalização das chamadas “regiões de saúde”, que consistem em de recortes territoriais definidos segundo critérios específicos, nos quais as ações e serviços devem ser organizados com a finalidade de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local (BRASIL, 2011; ALBUQUERQUE, 2013).

Para articular tais instâncias regionais e operacionalizar o planejamento e a gestão do atendimento em saúde de maneira coordenada entre os entes nesta escala, instituíram-se estruturas de governança colegiadas: os Colegiados de Gestão Regional (CGRs). Esses


colegiados foram estabelecidos para auxiliar na gestão e na articulação das ações de saúde em âmbito regional. Posteriormente, por meio do Decreto 7.508/2011, eles foram rebatizados como Comissões Intergestores Regionais (CIRs). Trata-se de instâncias deliberativas, nas quais participam os gestores municipais de cada uma das regiões, além de representantes das secretarias estaduais. A principal atribuição desses órgãos consiste em fomentar a coordenação de ações requeridas para viabilizar uma descentralização regionalizada, com base nas prioridades delineadas por cada uma das regiões de saúde.

As regiões de saúde são espaços de negociação, coordenação e regulação técnica e política da saúde (ALBUQUERQUE, 2013) onde se inscrevem em representações coletivas atores públicos e privados que negociam e disputam modelos de financiamento e de oferta de serviços distribuídos de forma reticular e desigual no território (FONSECA, RODRIGUES, 2021). A condução política de saúde na região reflete relações de dependência, interação e acordos estabelecidos entre múltiplos agentes que operam segundo interesses diversos. Nesse sentido, convém explorar empiricamente como se dão essas negociações, haja vista que é a partir dali que saem os acordos a respeito da entrega dos serviços de cuidado em saúde para a população.

Os avanços normativos no sentido da regionalização até aqui destacados demarcam linhas de algum sucesso no cumprimento dos objetivos de maior articulação federativa e controle social. No entanto, importa destacar que embora as diretrizes e todo desenho institucional do SUS valham para todo país, os modos de implementação e operacionalização dependem dos contextos das escalas subnacionais e das capacidades governativas nas escalas subnacionais.

Em que pesem os aperfeiçoamentos normativos e na implementação de mecanismos e instrumentos de descentralização, regionalização e participação, o funcionamento das estruturas de coordenação intergovernamental e de participação social enfrenta ainda muitos desafios em todo país. O estudo mais recente conduzido por Guerra et al (2023) evidencia que existem lacunas na assistência devido a notáveis disparidades na oferta de serviços entre as diversas regiões de saúde no Brasil. Existem também problemas no que tange a capacidade técnica e gerencial dos entes federados e à falta de integração entre os serviços de saúde. Outros estudos, como do IEPS (2023), apontam que existem problemas quanto ao protagonismo das esferas estaduais na indução do processo de regionalização, bem como uma enorme fragilidade dos mecanismos de pactuação regional no SUS.

Nesse contexto, o caso do Rio de Janeiro é emblemático. O estado foi um dos últimos do país a aderir à política de regionalização. Os CGRs – atuais CIRs – só foram criados em 2009, quando quase todos os estados já haviam constituído essas instâncias regionais, com exceção




do Rio de Janeiro e de alguns estados na região Norte e Nordeste. Em resumo, há no estado um cenário caracterizado por ações fragmentadas, localistas, falta de coordenação federativa e muitas restrições à participação social. Na subseção a seguir apresentamos mais detalhadamente esse quadro analisando-o a partir dos condicionantes histórico-territoriais, político-institucionais e conjunturais.

Condicionantes da regionalização da saúde no ERJ

Do ponto de vista histórico-territorial chama atenção o fato de que a configuração atual do sistema de saúde do Rio de Janeiro esteja intimamente ligada à trajetória da formação territorial desse estado. Diversos autores como Vianna (2012) e Gerschman (2016) apontam a fusão dos estados do Rio de Janeiro e da Guanabara no ano de 1975, dois estados com realidades político e econômicas expressivamente distintas, como um “mal de origem” que se atualiza na forma como é exercida a política no estado. Algumas hipóteses encontradas na literatura especializada aludem, de um lado, à forma como se processou a fusão e, de outro, às marcas que esse processo deixou nas instituições da sociedade, isto é, no modo de se fazer política e nos padrões culturais que impedem ou freiam a efetivação e os avanços do SUS no estado (GERSCHMAN, 2016, p. 67).

Ao fim e ao cabo, a fusão implicava lidar com a distribuição de responsabilidades e funções entre o governo federal, estadual e municipal, levando em consideração que o Rio de Janeiro já foi o Distrito Federal e muitas das agências governamentais federais permaneceram no estado por um longo período (GERSCHMAN, 2013). Assim, na esteira da fusão, houve também uma série de tensões na conformação do sistema de saúde do estado recém constituído, fazendo emergir questões relacionadas à distribuição de recursos, aumento das disparidades na qualidade e no acesso aos serviços de saúde num contexto de limitações econômicas. Adicionalmente, muitos conflitos envolveram a organização e distribuição das competências de gestão e prestação de serviços entre os entes municipais e estadual (PARADA, 2002).

Assim, quando o SUS é criado e se inicia o ciclo da descentralização, houve uma diminuição do papel e dos recursos disponíveis para o governo estadual, ao mesmo tempo em que ocorreu um fortalecimento radical do ente municipal. Com isso, não só a coordenação entre as três esferas foi prejudicada, como também agravaram-se as questões relacionadas à distribuição desigual de recursos e à gestão dos serviços entre os municípios do estado. Esses problemas vão se estender por praticamente toda a década (PARADA, 2002; VIANNA, 2012; LIMA et al., 2016; GERSCHMAN, 2016).



A maior expressão desses problemas foi o processo de transferência da gestão das unidades de saúde do estado para os municípios. Nesse período, os entes municipais passaram a receber transferências diretas do Fundo Nacional, o que gerou uma série de conflitos e crises intergovernamentais. Ao mesmo tempo, o estado habilitava-se tardiamente às condições de gestão mais avançadas do SUS e encontrava sérias limitações financeiras (LIMA et al, 2016).

Uma mudança na coalizão de poder na gestão do estado no ano de 1999 resulta em mudanças importantes para a integração regional da saúde no estado. Com a chegada de Anthony Garotinho (PDT) ao poder, a estratégia de regionalização torna-se prioritária. Nesse mesmo período, a nível federal, a publicação da NOAS de 2001 reforça a indução da regionalização nas escalas subnacionais. Com isso, teve início um primeiro esforço efetivo de regionalização do sistema no estado. Assim, sob coordenação da SES, houve uma série de avanços normativos e políticos, como a elaboração da Agenda Estadual de Saúde, do Plano Estadual de Saúde, do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que delimitava o desenho das regiões e microrregiões e a configuração dos módulos assistenciais, da Programação Pactuada Integrada (PPI), que em todo seu processo de elaboração englobou um conjunto de ações, como oficinas regionais de negociação, assim servindo também como um espaço de aprofundamento da governança regional. Diante disso, ocorreu ainda a habilitação do estado à Condição de Gestor Pleno do Sistema de Saúde, conforme os termos da NOAS (LIMA et al, 2016).

A partir do governo seguinte, o então Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB – atual MDB), chegou ao poder com a eleição de Rosinha Garotinho, em 2002, e permaneceu pelos três pleitos subsequentes (2006, 2010 e 2014). Contudo, a continuidade de um mesmo partido no poder não significou, necessariamente, uma continuidade na gestão política da saúde no estado. Conforme pontua Gerschman (2016), no governo de Rosinha Garotinho houve uma ruptura nas ações de integração regional da saúde que vinham sendo desenvolvidas até então, sendo a gestão marcada por instabilidades e dificuldades para efetivação de maior coordenação e governança no estado, sobretudo após a governadora mudar a equipe de saúde, composta por gestores alinhados com os princípios do SUS, por apadrinhados políticos.

Sublinha-se aqui a influência das coalizões político-partidárias na prioridade atribuída - ou não - à regionalização da saúde nas agendas governamentais. Com a chegada de Sérgio Cabral ao poder em 2007, embora na avaliação de muitos autores tenha se iniciado um período de desmonte do SUS, houve avanços importantes no que tange ao processo de integração regional da saúde no estado. Então, apesar de compor o mesmo partido, existem marcadas diferenças entre as gestões, e isso se deve, em larga medida, segundo Gerschman (2016), ao fato de Cabral


ter composto uma aliança com o governo federal e com o prefeito da cidade do Rio de Janeiro, Eduardo Paes, que também pertencia ao PMDB. Esse arranjo político-partidário mais amplo facilitou, na avaliação da autora, as relações federativas entre os três níveis de governo.

Nesse ínterim, já no ano de 2007, o estado aderiu às propostas e diretrizes do Pacto pela Saúde, assumindo uma série de atribuições e responsabilidades. É nesse contexto que se deram os primeiros passos da criação das Comissões de Gestores Regionais (CGRs). Esse processo ocorreu por meio da realização de diversas oficinas regionais, de avaliações e atualizações do recorte territorial das regiões de saúde e da elaboração de uma agenda para implantação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) no estado.

Em maio de 2009, através da deliberação CIB n. 649, teve o início da implantação dos CGR (Colegiados de Gestão Regional) - as atuais CIR - juntamente com a aprovação do Regimento Interno único para todas as regiões. De acordo com Lima et al (2016), nessa ocasião, alguns municípios demonstraram interesse em participar de outras regiões de saúde, fundamentando tal decisão na necessidade de promover a racionalização e a organização regional dos serviços de saúde.

Reitera-se aqui que critérios para a regionalização devem, segundo as determinações federais, considerar a contiguidade intermunicipal, a existência de um sistema de transporte e de comunicação entre os municípios e regiões, a identificação dos fluxos assistenciais, assim como o chamado grau de suficiência na regionalização, que abrange a avaliação da disponibilidade de recursos humanos, físicos, equipamentos e insumos em escala adequada à qualidade do acesso. No entanto, no estado do Rio de Janeiro esses critérios não foram efetivamente adotados. O desenho das regiões de saúde replicou, em grande medida, o desenho das regiões administrativas do estado, a saber: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana.

Esse arranjo normativo é operado, importa lembrar, sobre uma realidade político-territorial marcada por profundas desigualdades. Desse modo, embora de 2007 em diante o Rio de Janeiro tenha avançado do ponto de vista normativo na efetivação da integração regional da saúde, na prática, o descolamento do desenho das regiões dos critérios estabelecidos pelo Pacto e, posteriormente, pelo Decreto 7508/2011, criou entraves para a efetivação desse processo. Analisando as atas das Comissões Intergestores (CIR) das 9 regiões do estado e da Comissão Bipartite (CIB) foi possível notar uma série de constrangimentos e disputas entre os municípios de uma mesma região, conflitos muitas vezes envolvendo a organização das redes de atenção a saúde bem como a destinação de recursos.



Acresce-se a isso, o fato de que o estado é o único da região Sudeste que conta com apenas uma macrorregião de saúde que engloba todas as 9 regiões e seus 92 municípios. As macrorregiões são grandes áreas geográficas que abrangem múltiplas regiões de saúde em que se organiza a efetivação da Rede de Atenção Saúde a partir de um planejamento integrado entre o estado e os municípios das regiões de saúde. O fato de o ERJ ter apenas uma macrorregião responde, em nossa avaliação, à formação territorial do estado e, mais especificamente, à já mencionada histórica concentração de recursos e capital em geral na cidade do Rio de Janeiro.

Tudo isso converge para um quadro assistencial marcado por enormes assimetrias e uma grande concentração, sobretudo dos serviços de alta complexidade, na capital:

A Baixada passa a ser a pior região. É o maior vazio sanitário, se eu tiro o Rio de Janeiro da conta. Nós estamos falando de 4 milhões de habitantes. A Baixada Fluminense, se fosse uma região, ela seria a segunda maior região. Em seguida a Metropolitana 2. Nós estamos falando do estado, cuja região, que não tem região, de verdade. De verdade: o Rio de Janeiro é uma macro só. Se eu não resolvo a minha vida em Volta Redonda, eu resolvo no Rio. Se eu não resolvo a minha vida em Campos dos Goitacazes, eu resolvo no Rio. Eu não vou para outra região que não seja a cidade do Rio de Janeiro. Se eu não resolvo a minha vida em Niterói ou em São Gonçalo, eu não vou para Niterói, eu vou para o Rio.

(Entrevista com Rodrigo Oliveira, ex presidente do COSEMS-RJ, 08/11/2023)

Há, portanto, no estado, uma enorme dificuldade para se romper com esse passado e isso impacta diretamente no funcionamento das redes e, conseqüentemente, na oferta dos serviços à população. Mesmo com todos os avanços normativos a efetivação de um sistema de saúde integrado por regiões e redes, com a proliferação de espaços de governança para pactuação interfederativa, como as CIR, na ponta, isto é, na entrega dos serviços ainda existe muita desigualdade entre as regiões e dentro delas, como aponta o entrevistado na citação acima.

Neste ponto, convém explorarmos a dimensão político-institucional do SUS no ERJ, isto é, os aspectos relativos a governança regional propriamente dita. Ao analisarmos o funcionamento das CIR fluminenses verificamos que estas, embora sejam fundamentais para a gestão e produção de recursos para a atenção especializada no estado, não funcionam como espaços efetivamente de governança. Alguns entrevistados mencionam a CIR como um espaço meramente “homologatório”, ou seja, de cumprimento das diretrizes estabelecidas nas portarias ministeriais visando à obtenção de recursos para a região. Há, ao final, pouco espaço nas pautas, pelo que se pode analisar nas atas, para a negociação propriamente dita. Destaca-se ainda o fato que as reuniões tornam-se espaços formais para a concretização de pactos efetuados fora das CIR. A portanto certa opacidade e informalidade no processo de pactuação que merecem ser melhor explorados e revelados.

Destaca-se ainda que há pouca exploração por parte dos gestores atuantes nas Comissões em termos de análise da situação de saúde dos territórios, à parte em situações de calamidade, como no contexto da Covid-19. Dessa maneira, muito pouco é abordado nas reuniões sobre o território, a população, a distribuição dos serviços, etc. Diante disso, as CIR, no estado do Rio de Janeiro, aparecem mais como componentes de um percurso formal e obrigatório para a validação de projetos e solicitações municipais em direção ao estado e ao Ministério da Saúde, em detrimento da exploração e avaliação de propostas centradas na realidade específica das regiões de saúde. Tal quadro fica claro na seguinte declaração do ex presidente do COSEMS, Rodrigo Oliveira:

Na pandemia, a gente teve alguns esforços de fazer gestão disso, mas ela [a CIR] é também muito burocratizada, né? Um parênteses: eu tive que dar um xilique em 2020 ainda. Entro na reunião online lá da Câmara Técnica, a gente estava naquele momento com a Baixada Litorânea, com uns 50, 60 pessoas na fila do CTI, e a gente estava com umas três leitos vagos de CTI na Região Metropolitana 2. A gente inicia a reunião, o Estado pega a pauta, aí lê a ata, dá informe, fala de cursinho de agente comunitário de saúde, aí tem uma pauta inteira e não estava na pauta CTI para Covid. Eu falei: vocês estão de “sacanagem”?! Como é cara? Impressionante. Para. Para, porque a gente pode bloquear a pauta, né? Para porque a pauta está bloqueada. Eu só volto a discutir aqui, ou quando vocês faltarem essa “budega”, ou então eu vou falar com o secretário, porque chega. Não vamos ficar aqui com gente morrendo na fila e vocês me dando informe de curso de sei lá o que. Mas, assim, isso era um padrão, um certo automático de burocratização que acaba acontecendo também.

(Entrevista com Rodrigo Oliveira, ex presidente do COSEMS-RJ, 08/11/2023)

Por fim, analisando a dimensão conjuntural da regionalização da saúde no ERJ, destacamos o papel do ente estadual na indução da integração. Com frequência, observou-se, na análise das atas, que há graves problemas de coordenação entre os entes no que se refere à gestão do sistema. Ao estado, como já fora mencionado anteriormente, cabe o papel de indutor, responsável planejamento estratégico e pela coordenação das ações de saúde dentro do estado, além da estruturação das redes de serviços. Ocorre que, no estado do Rio de Janeiro, muitas vezes a SES acumula outras funções e perde de vista sua atribuição de organizadora do sistema, o que enfraquece sua capacidade de efetivar um sistema integrado regionalmente.

Para ilustrar esse argumento, mencionamos o caso das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) no ano de 2012. Analisando a ata da 4ª Reunião Extraordinária da CIR de região metropolitana 1, realizada em 15/05/2012, vimos que a pauta principal era o disparado aumento das solitações de UTIs no estado. Nesta ocasião, a então subsecretária Geral da SES, Monique Fazzi, alertava que o estado estaria regulando 17 leitos de UTI, o que era, em suas palavras “ uma situação totalmente atípica no sistema de regulação do país (...) e que só acontece no Rio de Janeiro”. A gestora, em sua fala enfatizava ainda que “apesar dos municípios

da região serem de gestão plena do sistema, fica como responsabilidade do Estado arrumar vaga de UTI”.

Observou-se, na análise desta ata, que os municípios da região Metropolitana I pouco se inclinaram à colaborar com as proposta de co-financiamento. Trata-se de uma proposta de prática de financiamento conjunto de programas, projetos ou ações na área de saúde por diferentes esferas de governo. No caso de uma rede de saúde, isso implica uma colaboração mais estreita na oferta de serviços, com compartilhamento de responsabilidades e recursos financeiros. Nesse caso específico, a SES propunha que os municípios que estivessem com recursos de UTI sobrando ajudassem os municípios com déficit. Ocorre que a proposta foi pouco aderida no âmbito da Metropolitana I, o que acabou por hipertrofiar os leitos estaduais e de outros municípios da região.

A fragilidade da capacidade do ente estatal em induzir a regionalização se mostra ainda mais evidente quando se olha para o viés político-eleitoral. Neste ponto, convém retomarmos brevemente a instável história da política do ERJ recente. No ano de 2014, sob a a gestão de Luiz Fernando Pezão (PMDB), que sucedeu Sérgio Cabral, o estado enfrentou sérios problemas de gestão financeira, com déficits orçamentários, atrasos no pagamento de salários de servidores públicos e fornecedores, bem como dificuldades para cumprir com compromissos básicos. Em 2016, o ex-governador, Sérgio Cabral, foi preso após denúncias de corrupção, lavagem de dinheiro e participação em esquemas de desvio de recursos públicos. Desde então, o estado atravessou uma crise política sem precedentes que impactou, por extensão, na gestão da política de saúde, entavando ainda mais o andamento da regionalização.

Esses eventos contribuíram para um período conturbado na história recente do Rio de Janeiro e a SES, que já era um órgão fragilizado, sofreu um enfraquecimento ainda maior de suas capacidades técnicas. Em 2019 chega ao poder Wilson Witzel (PSC), que rompe com a hegemonia do PMDB no estado. Witzel era um aliado político do também recém-eleito presidente da república Jair Messias Bolsonaro (PSC), que em seu governo adotou medidas que iam na contramão do ideal do federalismo cooperativo no país e de desmantelamento do setor de saúde. Assim, no estado do Rio de Janeiro, quando eclodiu a pandemia da Covid-19, a crise da saúde é elevada a níveis ainda mais elevados. Já em 2020, Witzel foi alvo de investigações relacionadas à chamada Operação Placebo, que apurou suspeitas de desvios de recursos na área da saúde durante a pandemia. Essas investigações impactaram a governabilidade do estado e

geraram instabilidade política, que culminaram não só ao impeachment do governador, como na prisão do então secretário de saúde estadual, Edmar Santos⁶.

Qual seria o espaço para a política de integração regional da saúde neste contexto? A SES foi altamente esvaziada nesse período, embora, certas resistências possam ser identificadas e que merecem ser destacadas. Afinal, mesmo diante de todas essas crises, os espaços de governança continuaram a funcionar, ainda que a duras penas. Ocorre que, ao fim e ao cabo, escamoteou-se a prioridade da regionalização nas agendas governamentais.

Para enfrentar os desafios de um estado com a complexidade do Rio de Janeiro, é necessário que a escala estadual seja fortalecida, haja vista que é ela quem conduz o processo de regionalização. As regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro enfrentam hoje desafios de distintas ordens. As CIR, embora funcionem como espaços de governança e fundamentais para a gestão dos recursos, prevalecem processos de maior predisposição a relações intergovernamentais conflituosas e ações não cooperativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é tripartite, o que implica que os três níveis de governo são corresponsáveis por sua organização e financiamento. Entretanto, a interação entre esses entes se manifesta de maneiras diversas nos diversos territórios do país, a depender da forma como os arranjos político-institucionais são operados em cada contexto. No caso do Rio de Janeiro, o que a trajetória da política de saúde desde os anos 1990 mostra é uma extrema fragilidade da capacidade estatal em conduzir a gestão dos serviços de maneira regionalizada.

Em se tomando os condicionantes elencados nesta pesquisa, destaca-se, na dimensão histórico-territorial o processo de formatação do estado do Rio de Janeiro, notadamente as consequências da fusão dos estados do Rio de Janeiro e da Guanabara. Ainda hoje persistem os desafios relativos às disparidades na qualidade e no acesso aos serviços de saúde, à distribuição de recursos, aos conflitos relacionados à organização e distribuição das competências de gestão e prestação de serviços entre os entes federados.

Persiste um quadro em que a capital do estado, a cidade do Rio de Janeiro, segue concentrando os recursos e infraestruturas, fazendo com que a cidade seja, ao fim e ao cabo, o único e verdadeiro polo regional de saúde no estado. Assim, mesmo com todos os avanços destacados das últimas décadas, os fluxos assistenciais, sobretudo de serviços de maior complexidade, se encontram enodados na cidade do Rio de Janeiro. Ocorre que, mesmo na

⁶ <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/07/10/ministerio-publico-realiza-operacao-no-rj.ghtml>

região de saúde em que se encontra a capital, a região Metropolitana I, a capacidade instalada não dá conta de atender as demandas do conjunto de municípios que também a integram, de modo que existe, especialmente na Baixada Fluminense, graves vazios sanitários.

Do ponto de vista da governança, isto é, da dimensão político-institucional, quando se analisa a principal instância de coordenação regional, identificam-se indicadores preocupantes. As Comissões Intergestores do estado do Rio de Janeiro, em que pese a diversidade que existe entre cada uma delas e que será melhor explorada em pesquisas posteriores que pretendemos realizar, notam-se fragilidades que nos fazem questionar a real efetividade das mesmas funcionarem como espaços de governança. Dessa maneira, pode-se inicialmente concluir que no Rio de Janeiro as CIR têm funcionado menos como espaços de exploração e avaliação de propostas que considerem a realidade específica das regiões de saúde e mais como espaços homologatórios onde se cumprem etapas formais e necessárias para validar projetos e solicitações municipais junto ao estado e Ministério da Saúde. Faz-se necessário, portanto, recuperar o caráter desses colegiados como verdadeiros espaços de negociação de planos e ações concretas visando a garantia dos princípios da universalidade, integridade e equidade do SUS.

Por fim, destacamos nesta conclusão que, a respeito dos condicionantes conjunturais, é bastante expressivo, no estado do Rio de Janeiro, a influência das coligações político-partidárias no governo do estado para o processo de regionalização da saúde. Vimos que em diferentes gestões a temática da integração regional da saúde foi ora mais privilegiada, ora menos. Cabe, explorar daqui pra frente o grau de influência das coligações numa escala regional e municipal, a fim de identificar as inclinações e graus de influências destes arranjos para a efetivação plena das regiões. Chamamos atenção ainda para a necessidade de fortalecimento do ente estadual. Embora a SES, na figura de seus burocratas, muito tenha contribuído para a gestão dos recursos e ações nas regiões do estado, é preciso que suas capacidades sejam melhor qualificadas para que se garanta, ao final, uma coordenação federativa mais efetiva e eficiente.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. A Coordenação Federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, N. 24, P. 41-67, 2005.

ABRUCIO, F. L. *et al.* Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, V. 54, N. 4, p. 663–677, 2020.



ALBUQUERQUE, M. V. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

ARRETCHE, Marta. Democracia, Federalismo e Centralização no Brasil. Rio de Janeiro: **Ed. Fiocruz/Ed. FGV** (coedição), 2012.

FARINÓS, J. Gobernanza territorial para el desarrollo sostenible: estado de la cuestión y agenda. **Boletín de la AGE**, N. 46, P. 11-32, 2008.

LIMA, I. Governança territorial. **Revista GEOgraphia**, V. 21, N. 46, P. 131-135, 2019.

FERRÃO, J. Governança, governo e ordenamento do território em contextos metropolitanos. Metropolização do espaço: gestão territorial e relações urbano rurais. Rio de Janeiro: **Consequência Editora**, P. 255-282, 2013.

FONSECA, A. A.; RODRIGUES, J. N. Trajetória institucional e governança no Sistema Único de Saúde (SUS): Uma abordagem político-territorial. Ordenamento territorial urbano-regional: Territórios e Políticas. Rio de Janeiro: **Consequência Editora**, P. 199-226, 2021.

GERSCHMAN, S. Saúde e políticas sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2016.

GERSCHMAN, S.; CASTANHEIRA, D. Formulação e implementação da política de saúde no Estado do Rio de Janeiro. **Revista Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, N. 3, 2013.

GERSHMAN, S.; SANTOS, A. Saúde e Políticas Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, P. 63-98, 2016.

GUERRA, D., LOUVISON, M., CHIORO, A., VIANA, A. Índice de Dependência Regional e Macrorregional: uma contribuição ao processo de regionalização do SUS. **Saúde debate**. 18º de agosto de 2023;47(138 jul-set):431-43. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7867>

HALL, P.; TAYLOR, R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, V. 58, P. 193-224, 2003.

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 17, N. 11, P. 2881–2892, 2012.

LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: **Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República**, V. 3, P. 73-139, 2013.

LIMA, L. D. *et al.* A regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro. Saúde e Políticas Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, P. 137-158, 2016.

MENICUCCI, T.; MARQUES, A. M. Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: O Caso da Saúde. **Dados**, V. 59, N. 3, P. 823–865, 2016.

RODRIGUES, J. N.; SANFELICI, D. Ambiente institucional e diversidade territorial: considerações para uma agenda de pesquisa. **Revista GEOgraphia**, V. 20, N. 44, P. 18 - 35, 2018



PARADA, R. Federalismo e o SUS: um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

PIRES, R.; GOMIDE, A. A. Governança e Capacidades Estatais a Partir da Abordagem dos Arranjos e Instrumentos de Políticas Públicas. **Boletim de Análise Político-Institucional**, V. 19, P. 25-32, 2018.

REIS, J. **Ensaio de economia impura**. Coimbra: **Edições Almedina**, 2009.

RODRIGUES, J. N.; AZEVEDO, D. A. Pandemia do Coronavírus e (des)coordenação federativa: evidências de um conflito político-territorial. **Espaço e Economia - Revista Brasileira de Geografia Econômica**, N. 18, 2020.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. **Revista de Saúde Pública**, V. 48, N. 4, P. 622–631, 2014.

SKOCPOL, T.; FINEGOLD, K. State capacity and economic intervention in the early New Deal. **Political science quarterly**, V. 97, N. 2, P. 255-278, 1982.

SOUZA, Celina. Coordenação de políticas públicas. Brasília: **Enap**, P. 72, 2018.

VIANA, A. L.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 15, N. 5, P. 2317–2326, 2010.

VIANNA, R. P. Colegiados de gestão regional no Estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012