

## Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas regiões de saúde da Amazônia Legal

Skateholders, spaces and policy network in health governance in two health regions of Legal Amazon

Angela Oliveira Casanova<sup>1</sup>

Lígia Giovanella<sup>1</sup>

Marly Marques da Cruz<sup>1</sup>

Milena Farah Damous Castanho Ferreira<sup>2</sup>

**Abstract** Governance is a concept with different hues in public policies. In this study, it is conceived as a policy network, with stakeholders who manage interests depending on available resources, mediated by rules and by their degree of influence. This paper analyzes the stakeholders, spaces of articulation, norms, and processes in health governance in two regions of the Legal Amazon and how managers shape their social network. This is a qualitative study with regional analysis plan, using as sources documents and interviews. An analysis matrix was formulated with adapted realms of conceptual models of governance and policy networks. Results point to differentiated policy networks. In the metropolitan region, stakeholders' diversity was more associated with state management and capital, given the articulation capacity and available resources. In the international border region, the policy network of municipal managers integrates stakeholders from diverse sectors in the face of regional specificity and articulation capacity. Regions, living territories, single out technical processes, leading stakeholders to seek partners and spaces beyond those established, to weave strategies closer to reality.

**Key words** Governance, Regionalization, Social network, Health systems, Public health policy

**Resumo** Governança é um conceito com distintas matizes no campo das políticas públicas e, neste estudo, é concebido enquanto rede de políticas, com atores que manejam interesses a depender dos recursos disponíveis, mediados por regras e por seu grau de influência. O artigo analisa os atores, os espaços de articulação, as normas e os processos na governança em saúde em duas regiões da Amazônia legal e também como os gestores modelam sua própria rede social. Trata-se de estudo qualitativo com plano de análise regional utilizando como fontes documentos e entrevistas. Formulou-se uma matriz de análise com dimensões adaptadas de modelos conceituais de governança e redes de políticas. Resultados apontam redes de políticas diferenciadas. Na região metropolitana, a diversidade de atores esteve mais associada à gestão estadual e capital, face à capacidade de articulação e recursos disponíveis. Na região de fronteira internacional, a rede dos gestores municipais integra atores, de setores diversificados face à especificidade territorial e capacidade de articulação. Regiões, territórios-vivos, singularizam processos técnicos, levando atores a buscarem parceiros e espaços para além dos instituídos, a fim de tecer estratégias mais correlatas à realidade.

**Palavras-chave** Governança, Regionalização, Rede social, Sistemas de saúde, Políticas públicas de saúde

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. angelacasanova@ensp.fiocruz.br

<sup>2</sup> Secretaria de Estado de Saúde do Pará. Belém PA Brasil.

## Introdução

No Brasil, desde que a regionalização entrou na agenda da saúde pública, tem-se obtido resultados diversos e quando se observam avanços, sua sustentabilidade fica comprometida face a baixa institucionalidade dos processos políticos empreendidos<sup>1</sup>. Nesse contexto, o conceito de governança começou a adquirir relevância na discussão sobre a política de saúde brasileira<sup>2</sup>, articulada com a implementação de redes de atenção<sup>3</sup>.

As implicações sobre o modo como o conceito de governança vem sendo utilizado foram analisadas em recentes revisões críticas da literatura<sup>2</sup>. Neste estudo, governança é concebida enquanto rede de políticas, caracterizadas por relações de interdependência, mediadas por regras, entre atores diversos em situação de relativa autonomia, sem subordinação formal ou controle predominante, a depender do grau de influência e recursos disponíveis<sup>4</sup>. A cooperação entre os atores seria o meio ideal pelo qual estas redes de políticas conseguiriam lidar com as pressões externas em relação à eficiência e efetividade das ações e serviços oferecidos, reduzindo incertezas<sup>5</sup>. Tal conceito nos aproxima dos processos de governança em saúde, uma vez que, pelo pacto federativo, a implementação do SUS em nível local depende do estabelecimento desse tipo de relações.

Hufty et al.<sup>6</sup> e Hufty<sup>7</sup> propõem a utilização do conceito de governança enquanto *método de análise* (MAG) por meio de quatro dimensões: os atores, os pontos nodais (espaços), as normas e as regras e os processos, ou seja, a dinâmica dos atores no tempo. Sob esta concepção, pretende-se apresentar parte dos resultados de uma pesquisa empírica sobre governança regional realizada em duas regiões de saúde da Amazônia Legal entre 2016-2017.

O artigo tem por objetivo caracterizar quem são e como atuam os principais atores envolvidos com a governança regional nessas duas regiões de saúde, com destaque para os problemas enfrentados, as estratégias adotadas e o processo de interação nos espaços de articulação e negociação identificados pelos entrevistados. Buscou-se ainda mapear a rede social dos entrevistados, a fim de identificar quais os principais parceiros e os elementos ou pessoas que dificultam o processo de gestão.

## Procedimentos metodológicos

### Desenho do estudo

Foi realizado um estudo de casos múltiplos abrangendo duas regiões de saúde da Amazônia legal. Esta região caracteriza-se por processos de territorialização diferenciados, selecionada face à complexidade das situações socioespaciais existentes e sua herança, no que se refere à direção da ação do Estado e aos modos de uso e apropriação do território<sup>8</sup>. Uma vez que sob o recorte “Amazônia Legal” identifica-se uma grande variação interna, optou-se por realizar o estudo em duas regiões de saúde: uma, de fronteira internacional no interior do estado do Amazonas (Alto Solimões), e outra, no estado do Pará, dada sua importância histórica na configuração da região amazônica e características da situação de metropolização, a região metropolitana de Belém.

Realizou-se uma pesquisa qualitativa com base em diversas fontes: entrevistas semiestruturadas com informantes chave, análise documental, observação direta e mapeamento de rede social a partir de instrumento específico. Entre outubro/2016-fevereiro/2017 foram realizadas 27 entrevistas com atores políticos das duas regiões, ocasião em que também se levantou em nível local os documentos utilizados para análise (Quadro 1).

As entrevistas foram gravadas e transcritas, e em seguida realizada análise temática, codificando seu conteúdo de acordo com as categoriais iniciais do referencial teórico adotado<sup>4-6</sup> e as que emergiram do material empírico (*data-driven*). Outra etapa foi o mapeamento da rede social de gestores e técnicos estaduais e municipais, treze do total de entrevistados.

As atas dos colegiados de gestão também foram analisadas e categorizadas, considerando-se especialmente: o conteúdo das pautas das reuniões, os elementos discutidos, os conflitos e os consensos entre os atores, os tipos de negociação, o planejamento, as agendas priorizadas, as recomendações e as estratégias. O processo de análise dos dados foi realizado por meio do Software NVIVO versão Pró, que permite a análise qualitativa de fontes com formatos diversificados.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, estando de acordo com as normas relativas a investigações envolvendo seres humanos.

**Quadro 1.** Fontes de informação.

Entrevistas		
Atuação	Região Metropolitana	Região de Fronteira
Gestor Estadual	2*	1
Gestão Municipal	1**	5***
Área técnica –SES	6	2****
CIR	4	1
DSEI	nsa	1
COSEMS	-	1
Outros	2 (Universidade)	-
Consórcio Público de Saúde	nsa	1
TOTAL	15	12
Fontes documentais		
Atas da CIR	2015 – 2016 (13 atas)	2015-2016 (05 atas)
Atas da CIB	2015-2017 (15 atas)	2015-2017 (21 atas)
Atas/resoluções do Consórcio	Nsa	2012-2014 (09 atas) 2016-2017 (02 atas)
Plano Estadual de Saúde	2016-2019	2016-2019
Plano de Redes de Atenção	Câncer, RUE e Cegonha – planos estaduais com componente regional	Cegonha e RUE - Regional
Projeto Implantação CIES	2015	Nsa
Relatório técnicos	IPEA - Governança Regiões Metropolitanas – Caso Belém. 2016	Relatório final PRODERAM - 2015

Fonte: Elaboração própria.

\* Entrevista com Secretário estadual de saúde atual e anterior. \*\* Entrevista coletiva com subsecretário e seis coordenadores de áreas técnicas. \*\*\* No município-sede foram entrevistados gestor atual e gestor anterior. \*\*\*\* Um dos entrevistados ocupa a função de gerência regional do Alto Solimões.

### Referencial de análise

Para a análise da rede de políticas na governança regional, combinou-se as dimensões da MAG de Hufty et al.<sup>6</sup> e Hufty<sup>7</sup> com componentes do grau de interdependência de redes elaborados por Fleury e Ouverney<sup>4</sup>. Em ambos referenciais, os atores e os espaços (nodos) são centrais do processo de coordenação. Os atores são aqueles que participam do espaço de governança, indivíduos, grupos ou redes, com interesse sobre um determinado problema que interagem conformando redes, com recursos diferenciados e os utilizando, em relações de poder, a fim de influenciar o processo de governança<sup>4,7</sup>. A identificação dos atores foi feita por meio de informantes-chave, com atuação nas regiões, seguida da técnica “bola de neve”.

Os pontos nodais constituem os espaços internos de negociação e os canais externos de articulação, que podem ser físicos ou virtuais, para onde convergem atores, problemas, processos, em que se tomam decisões, concluem-se acordos e são (re)elaboradas normas sociais<sup>4,7</sup>. Inicialmente, foram considerados colegiados de

gestão, e consórcio de saúde pública (da região de fronteira). Demais espaços de articulação com relação às regiões foram levantadas por meio das entrevistas, análise documental e observação. A análise das redes sociais dos atores considerou como categorias a natureza e os tipos de vínculos, a função do ator/organização na região, a frequência e os tipos de contato bem como os recursos mobilizados, considerando alguns referenciais da análise de redes sociais<sup>5,9,10</sup>. Os referenciais utilizados foram sistematizados numa matriz de análise da governança regional que orientou o estudo (Quadro 2).

### Resultados e discussão

#### Diversidade de atores e dinâmica das relações na governança em saúde

Foi unânime a identificação dos gestores de saúde, dos municípios e estados, junto com os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e o Ministério da Saúde (MS) como os principais atores da governança regional, ten-

**Quadro 2.** Plano de Análise da Governança em Saúde.

Região de saúde		
Redes de políticas de governança		
Atores <sup>(4,6)</sup> : Diversidade; Objetivos e interesses; Capacidade de atuação		
Modos de Interação		Estrutura da Rede <sup>(10)</sup>
Natureza dos vínculos <sup>(5)</sup>	Tipos de vínculo <sup>(9)</sup>	
<b>Reconhecimento</b> (aceitação do outro como possível par ou interlocutor) <b>Conhecimento</b> (conhecer que o outro é gera interesse e abre possibilidades que outros complementem essa perspectiva) <b>Colaboração</b> (requer e gera reciprocidade, impondo ações concretas e abrindo chance para novas redes) <b>Cooperação</b> (compartilhar atividades e recursos exige e gera solidariedade, mesmo que os atores mantenham interesses específicos) <b>Associação</b> (projetos comuns que requerem e geram confiança. Nível de aprofundamento de vínculos em que a confiança favorece novos projetos, sendo pré-requisito e produto da ação)	<b>Pessoais</b> (relações pessoais); <b>Familiares</b> (vínculos da família, incluindo os adquiridos); <b>Institucionais</b> (relações estritamente de trabalho) <b>Políticos</b> (relações político partidárias e alinhamento ideológico) <b>Negócios</b> (relações envolvendo dinheiro)	<b>Recursos:</b> poder, status, legitimidade, conhecimento, informação e dinheiro; <b>Percepções</b> que orientam como atores interpretam e avaliam seu curso de ação e também o dos outros atores <b>Regras</b> prevaletentes e mutáveis, fruto das interações e que regulam o comportamento dos atores;
<b>Pontos Nodais</b> <sup>(4,6)</sup> : Espaços internos de pactuação; Canais externos de articulação		

Fonte: Elaboração própria. Adaptado dos autores (4-6,9,10).

do em vista que enquanto autoridades sanitárias são aqueles com a responsabilidade máxima pelo Sistema Único de Saúde.

Aspectos da diferenciação regional implicam a inclusão de outros atores, como prestadores públicos, conveniados ou privados, fortemente na região metropolitana, e as forças armadas e o subsistema de saúde indígena (Distritos Sanitários Indígenas – DSEI), organizações não governamentais e organismos internacionais, na região de fronteira.

Atores e instâncias do legislativo (vereadores, deputados, senadores), dos órgãos de controle externo (tribunal de contas e ministério público), estão em relação direta com os gestores, ainda que não participem dos espaços formais de cogestão. O narcotráfico foi mencionado como uma importante rede na região de fronteira, em termos das consequências de sua atuação para o setor saúde. Os conselhos de saúde são espaços de deliberação identificados na intermediação de interesses junto à gestão, ainda que com ressalvas à sua atuação.

Buscou-se sintetizar, na Figura 1, o conjunto dos principais atores identificados na relação com

os gestores, envolvidos em maior ou menor grau com o processo de governança regional, adotando “Atores – Diversidade” como categoria principal desagregada por região de saúde, destacando-se redes sociais específicas de alguns atores.

No próximo bloco, apresenta-se como integram os principais atores nos distintos níveis de organização do SUS, em espaços colegiados, e que outros atores e espaços fazem parte da sua rede social no processo de gestão.

#### **Ministério da Saúde: indutor ou constrangedor da gestão local?**

O Ministério da Saúde (MS) tem papel preponderante na indução das agendas da política de saúde junto aos demais níveis de governo, desde a formulação até o estabelecimento de parâmetros e regras para a implementação e definição de fontes de recursos.

Apesar do reconhecimento pelos entrevistados que cabe ao MS propugnar a efetivação dos princípios do SUS em todo território nacional e reduzir a desigualdade do acesso em saúde, uma série de limites foram destacados quanto ao seu modo de atuação.

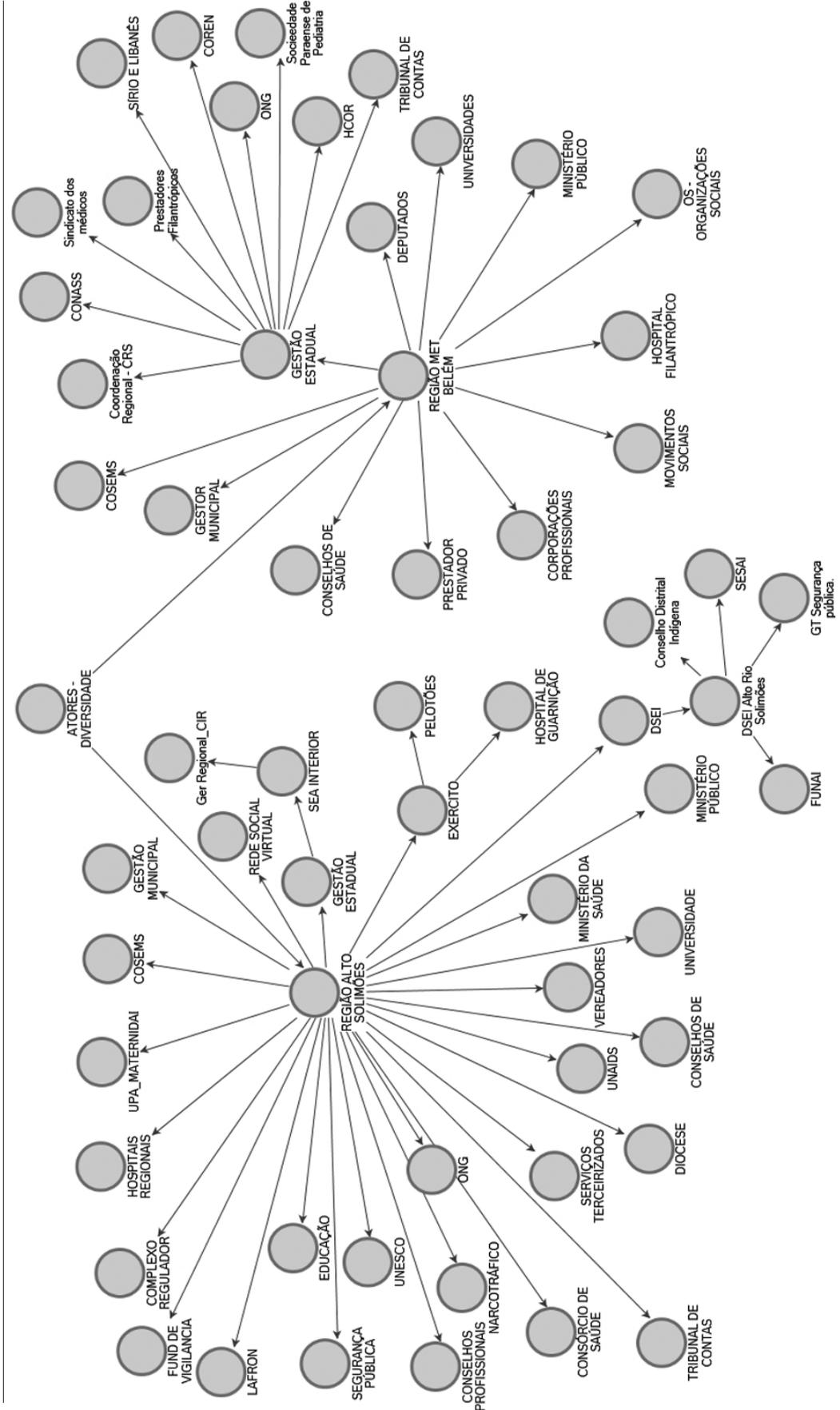


Figura 1. Diversidade de atores na governança em saúde - Regiões do Alto Solimões e Metropolitana de Belém.

Fonte: Elaboração própria.

Mencionou-se que as áreas técnicas do MS não são integradas internamente e que existe pouca flexibilidade frente às especificidades territoriais de estados e municípios. Machado<sup>11</sup>, ao analisar o modelo de intervenção do MS (1990-2000), sinalizou como uma das principais características encontradas, a fragmentação no processo de condução da política de saúde e o baixo grau de integração entre as áreas, impedindo a identificação de um projeto nacional para o sistema de saúde. A despeito das mudanças de dirigentes e equipes ao longo dos anos<sup>12</sup>, essa foi uma das características reiterada entre os entrevistados, nas duas regiões estudadas.

Os eixos de investimentos definidos no nível central não se articulam com as necessidades das regiões. Foi citado nas entrevistas que o MS tenta induzir propostas em regiões em estágios mais avançados de organização em um tema específico, baseado na capacidade de oferta e estrutura existente, em detrimento das que necessitariam de maior investimento para alcançarem os padrões estabelecidos e poderem se qualificar para adesão.

Um aspecto que constringe a gestão nos diversos níveis de organização do sistema de saúde é que o MS estava modificando, no decorrer do tempo e de novas prioridades, instrumentos e diretrizes dos projetos cujos demais entes da federação foram induzidos a aderir. As mudanças nas “regras do jogo” implicavam “idas e vindas” gerando desgaste e retrabalho para gestores e equipes técnicas, além de suscitar incertezas.

A diferenciação regional versus regras gerais definidas pelo MS para garantir alguma “uniformidade” nos objetivos e na implementação da política acaba entrando em conflito. As prioridades de financiamento são definidas de acordo com sua análise técnica, de modo que são reais as situações em que as regras estabelecidas constringem a gestão local. É notório porque não se coadunam com as especificidades regionais: demanda x capacidade de oferta; infraestrutura existente; recursos humanos (médicos) disponíveis, população dispersa, aspectos logísticos, etc., restringindo as possibilidades de adesão. O custo de implementação na região também afeta a coordenação e o planejamento e não tem sido considerado pelo MS, como no argumento abaixo:

*E o grande nó, que não é só das redes, é o de sempre: o descompasso nacional no ordenamento do sistema! Não se tem um olhar regionalizado para o país, não se olha o país como ele é, em que cada região tem especificidades que o MS não respeita, seja no cofinanciamento, nas estruturas as-*

*sistenciais postas, nos custos para os investimentos onde o metro quadrado de obra é nacional. Não querem saber se na região só chega o tijolo, o cimento, de balsa. Além de desconhecer... desconhecer não, não considerar, porque conhece, mas não considera, né? Aí vem as especificidades regionais que as redes deviam olhar e, também, não olham. (CG-Met-5).*

*Quanto ao papel de gestão do sistema<sup>11</sup>, algumas funções, como a de planejamento, perderam vigor no período do estudo, o que pode estar relacionado com as contingências da crise política do governo federal e suas implicações na condução e direção de prioridades desta pasta<sup>12</sup>. A análise também sinalizou uma fragilização na agenda de indução à regionalização, permanecendo a prioridade na organização do sistema por redes temáticas<sup>13</sup>, no período entre 2015-2016.*

### **O Gestor Estadual: mediador da regionalização?**

Considerando-se que a gestão estadual tem papel decisivo no fortalecimento da capacidade de coordenação regional<sup>14</sup> e que a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) foi designada como foro privilegiado de decisão e negociação, apresentamos os resultados conjugando o papel do gestor estadual para as regiões e a dinâmica de interações entre ele e os demais atores, identificando ainda outros interlocutores e fóruns.

### **Gestão estadual e a região de fronteira**

A coordenação das regiões do interior pela gestão estadual é realizada por uma estrutura que contempla uma secretaria de atenção específica (SEA Interior) e gerências regionais que fornecem importante apoio técnico e político para as regiões, para gestores municipais, mas também para outros atores como prefeitos e vereadores, que contam com essa estrutura para buscar informações sobre repasse de recursos, formulação de emendas parlamentares na área, entre outros. A conjuntura de crise fiscal e político-institucional vivenciada no governo estadual afetou fortemente a atuação da gestão estadual e seu papel de coordenação da regionalização. Na região de fronteira, foi consenso que essa atuação foi mais forte entre os anos 2011-2015.

Diversos atores foram mencionados em termos de sua importância na articulação de recursos e serviços na região. Um importante ator com o qual a gestão estadual precisa interagir no apoio à região de fronteira é o Exército, dado a existência de uma estrutura hospitalar – Hospi-

tal de Guarnição – que funciona como referência para toda a região. O Estado, sem governabilidade sobre a gestão desse serviço, enfrenta alguns problemas nessa relação com necessidade de reatuação a cada mudança de direção. Marinha e Aeronáutica são considerados parceiros importantes para a realização de campanhas, atendimento à população ribeirinha, entre outros. A Defesa Civil aparece como apoio forte para os gestores, principalmente em situações de vazante (seca) dos rios.

Alguns atores da SEA interior exercem forte influência na e para a região de fronteira, seja pelo histórico de atuação, reconhecimento de seu papel pelos gestores, e até mesmo por vínculos de amizade e ou origem familiar. As atas da CIB revelaram que mesmo no contexto de contenção, a região de fronteira permaneceu uma prioridade em termos de rateio de recursos e estratégias para implementação de políticas.

No mapeamento da rede social, o então secretário da SEA Interior mencionou interação regular e frequente com os gestores dos municípios da região de fronteira, com os diretores dos principais serviços (UPA, Maternidade e Complexo Regulador Regional), em relações de cooperação e ou associação. Para Rovere<sup>5</sup>, relações dessa natureza supõem o entendimento e a problematização em torno de um problema coletivo, com compartilhamento de atividades, tendo como valor simbólico circulante a solidariedade. A associação por sua vez baseia-se em valores de confiança, que favorecem a formação de contratos e compartilhamento de recursos. De acordo com o entrevistado, os principais recursos intercambiados nessas relações são informação, oferta de serviços e capacidade de influência (poder). Este ator mencionou a existência de uma rede social virtual, por meio do qual ele e vários gestores, municipais ou de serviços, da região com as quais tem relações de amizade, interagem e se articulam, discutindo também aspectos da gestão.

A gerência regional da SEA Interior, que apóia as ações da gestão estadual junto a região, mencionou em sua própria rede social, interação intensa com gestores, mas também com prefeitos, vereadores e o COSEMS, reconhecendo que esses atores dispõem de recursos e legitimidade na região, além de viabilizarem oferta de serviços entre os municípios. Também citou dentro dessa rede, relações de colaboração com as forças armadas, em geral para oferta de serviços, com contatos esporádicos e em situações específicas. Nas mesmas circunstâncias, mas em relações de cooperação, foram mencionados em sua rede, a

secretaria estadual de educação e universidades, para obtenção do recurso informação, relacionada à formação e projetos de telemedicina. A fundação de vigilância em saúde e saúde indígena compõem com o ministério público, parcerias para a troca de informação, com contatos mais regulares nos dois primeiros casos e em situações específicas, no terceiro. Apesar de se ter feito o mapeamento de redes com outros atores da gestão estadual, apresentamos os dois mais representativos para a região.

### **Gestão estadual e a região metropolitana de Belém**

A gestão estadual da secretaria de saúde do Pará (SESPA) é composta por um colegiado gestor, com representantes que possuem assentos em conselhos e comissões intergestores diversos. A coordenação das regiões pelo estado ocorre através de centros regionais de saúde (CRS), espaço de supervisão administrativa, para apoiar a gestão municipal e colegiados intergestores regionais (CIR), dotado das seguintes áreas técnicas: vigilância, regulação, educação e atenção básica. Dentre o corpo diretivo da SESPA, foi designado um membro para coordenação conjunta da CIR com a presidência de cada CRS.

O gestor estadual conseguiu formar coalizões que favoreceram sua atuação e indução de prioridades por meio de acordos e sinergias. A forte atuação na comissão intergestores bipartite (CIB) favoreceu decisões, processamento de pautas, e articulação com os municípios em demandas para o MS. Evidenciou-se a força deste espaço para discussão e negociações gestoras e para sua qualificação, através de discussões conduzidas por áreas técnicas da SESPA. As câmaras técnicas da CIB são acionadas para resolução de aspectos técnicos, dúvidas ou falta de consenso. Reuniões pré-CIB entre COSEMS e equipes técnicas ocorrem para processamento prévio dos temas.

A região metropolitana, ao concentrar serviços de referência para todo o estado, abriga interesses de outras regiões e diversas pactuações internas sofrem efeitos de atores com poder de veto (*veto players*) em outros espaços. O desenho da rede de serviços extrapola o recorte da região de saúde.

A gestão estadual busca se articular com atores da sociedade civil como organizações não governamentais, associações de portadores de agravo/doença, associações de mulheres vítimas de escarpelamento, hospitais filantrópicos para desenvolvimento de projetos de formação e ou

planejamento, entre outros. Destaca-se ainda sua relação com vereadores e deputados por meio do qual busca influenciar, fornecendo orientações sobre aspectos da política de saúde a fim de evitar emendas parlamentares (EP) descoladas das necessidades do SUS local.

A rede social de um membro do colegiado de gestão estadual, articulava-se principalmente com atores relacionados à prestação de serviços, como direção de hospitais, sob gestão de organizações sociais, prestadores privados ou filantrópicos, para viabilizar oferta de serviços e informações, e principalmente poder ou legitimidade junto às entidades profissionais. Além disso, este ator interage com outros espaços de articulação, como fóruns técnicos, relacionados a áreas temáticas do setor saúde, que integram atores setoriais e extrasetoriais diversos. Contudo, foi pouco mencionada a sua interação com gestores municipais, exceto no que se refere aos espaços colegiados instituídos. Outros entrevistados da gestão estadual interagem e compõem sua própria rede social de acordo com as áreas temáticas nas quais atuam (ensino, educação permanente, rede temática) e a representatividade de outros segmentos nessas áreas.

O COSEMS destacou-se como importante parceiro para as gestões estadual e municipal, ainda que com modos de apoio diferenciados de acordo com o estado. As corporações e as entidades profissionais também se destacaram, ora como parceiras, em comitês e fóruns técnicos, ora atuando corporativamente em claro conflito de interesses com a gestão do SUS. Outro ator bastante mencionado foi o ministério público, não apenas pelo seu papel na judicialização, mas também por identificarem maior aproximação na relação com os gestores, com apoio para a resolução de questões. O Quadro 3 sintetiza os principais espaços de negociação e outros canais/atores de articulação e modos de interação dos gestores estaduais das duas regiões estudadas.

#### **Gestor municipal: apagador de incêndios ou planejador regional?**

Os responsáveis sanitários pelo sistema de saúde municipal enfrentam no seu cotidiano uma série de reveses, sem contar muitas vezes com recursos e meios necessários para a gestão. Como seria de se esperar, algumas dificuldades são comuns aos gestores das duas regiões, considerando-se os aspectos políticos, institucionais, de financiamento e o desenho de políticas universais de organização de redes integradas de atenção.

Nos tópicos seguintes, buscamos apresentar algumas características gerais das regiões que condicionam de forma importante o funcionamento do SUS bem como a atuação desses gestores e sua interação, com destaque para as reuniões no colegiado intergestor regional.

#### **A gestão municipal na região de fronteira**

A região de saúde do Alto Solimões é formada por nove municípios, um território de grande extensão, com dispersão populacional importante, em que os rios são o principal meio de conexão e acessibilidade. A principal atividade econômica concentra-se no setor primário e a população, de baixa renda e escolaridade, conta com possibilidades de estudo e inserção profissional limitadas.

Esta região caracteriza-se por constituir uma tríplice fronteira com outros dois países amazônicos: Peru e Colômbia. De acordo com Viana et al.<sup>8</sup>, as áreas de fronteira internacional se caracterizam enquanto situação-geográfica pelo uso de estratégias de controle territorial, militar e geopolítico; dificuldades de acesso; diversidade e sobreposição de normas (áreas e esferas governamentais distintas); fluxos (e redes) internacionais (pessoas, materiais, simbólicos – lícitos e ilícitos); instabilidades e conflitos; atores e redes distintos com interesses diversos (*desafio a soberania do Estado*); interações transfronteiriças distintas. A pesquisa empírica realizada na região do Alto Solimões revelou a presença de todas essas variáveis. A região também é caracterizada pelas especificidades dos povos da floresta (ribeirinhos, indígenas, seringalistas e garimpeiros).

Mediante a extensa fronteira internacional, as forças armadas têm forte presença na região, principalmente o exército, constituindo um leque de atores com os quais os gestores de saúde interagem. A principal articulação ocorre com o já referido Hospital de Guarnição, cuja relação oscila entre cooperação-conflito, a depender do entendimento do diretor de ocasião da unidade quanto ao papel na rede de atenção regional, refletindo os problemas de um sistema de saúde segmentado.

A natureza de um vínculo menos proximal e mais conflituoso com a gestão desse serviço no mapeamento da rede social de vários entrevistados foi aludida como um dos principais elementos que dificultavam a gestão.

Com os comandantes dos batalhões essa relação é menos tensa e mais orientada pela colaboração, principalmente em ações de vigilância e retaguarda médica em áreas de difícil acesso,

**Quadro 3.** Espaços de negociação e Canais de articulação do Gestor Estadual nas Regiões do Alto Solimões e Metropolitana de Belém.

<b>Gestão Estadual Amazonas</b>	<b>Gestor Estadual do Pará</b>
<b>Espaços internos de pactuação</b>	
<b>CIB</b> - Início da atuação de Câmaras técnicas. Interação frequente e de alta qualidade (envolvimento de todos em todas as matérias relacionadas a política setorial)	<b>CIB</b> - Reuniões prévias agilizam o processamento de temas e aprovação das resoluções. Possui câmaras técnicas além de ser fortemente apoiada por áreas técnicas da SESPA. Interação frequente e envolvimento de todos nas matérias relacionadas a política setorial. Tratamento de questões regionais e municipais.
<b>COSEMS</b> - Forte apoio aos municípios. Organização com apoiadores regionais. Seminário para orientação de novos gestores.	<b>COSEMS</b> - Forte atuação na CIB e na CIR da região metropolitana. Apoio aos municípios. Participação em câmaras técnicas. Regula atuação da gestão estadual. Priorização de questões da gestão municipal.
<b>CES</b> - Conflito explícito com CIB - Problemas no entendimento sobre competências e âmbito de atuação. Seminário com recursos da SUSAM, mas sem condições de apoio in loco aos municípios por falta de recursos financeiros.	<b>CES</b> - Citado como arena de conflito de interesses internos dos distintos atores (inclusive prestadores privados). Boa relação aparente com a Gestão Estadual, mas com possibilidade de cooptação.
<b>CIES</b> - Em fase inicial de discussão na CIB. Sem menção em CIR e ou por gestores.	<b>CIES</b> - Agenda de gestão estadual. Composta por gestores municipais de saúde e de educação, instituições de ensino técnico e superior (públicas e privadas), hospitais de ensino, sindicatos de profissionais, movimentos sociais, associações de portadores de doenças crônicas e transplantados, Ong AIDS, Conselhos municipais de saúde (segmento usuários de 4 municípios da região metropolitana). Fortemente orientada para a regionalização
<b>Canais externos de articulação e outros atores extrasetoriais</b>	
<b>CONASS, CONASEMS, Gabinete Casa Civil</b> Articulação para obtenção / regularização de recursos; Articulação para compor equipe de revisão da PNAAB.	<b>CONASS, CONASEMS, Gabinete Casa Civil</b> Articulação para obtenção / regularização de recursos. Proposta de flexibilização dos fundos municipais (blocos de financiamento) encaminhados para análise do MS e órgãos de controle.
<b>Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hcor</b> Projetos de regionalização (sem abrangência nas regiões), gestão hospitalar e formação profissional	<b>Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hcor</b> Projetos de regionalização (sem abrangência nas regiões), gestão hospitalar e formação profissional
<b>Legislativo</b> Articulação para investimentos no setor por meio de Emendas Parlamentares.	<b>Legislativo</b> Articulação para Emendas Parlamentares.
<b>Órgãos de controle externo</b> MP, Tribunal de contas - controle externo da gestão com modificação na condução de contratação de OSS.	<b>Órgãos de controle externo</b> Comitê interinstitucional de resolução administrativa de demandas da saúde CIRADS (Gestão Estadual e Instituições de controle externo e judiciário)
<b>Forças armadas / Defesa Civil</b> Parcerias para garantir a implementação das políticas, principalmente considerando-se especificidades (logística, fluxo por rios, populações ribeirinhas e dispersas, áreas de proteção ambiental e militar)	<b>Nagan, comitês de mortalidade, fóruns técnicos.</b> Articulação intersetorial com diversidade de atores:
<b>Universidades</b> Telemedicina, Telessaúde.	<b>Sociedade civil</b> Associação de portadores de doenças – Renais crônicos, Associação de Mulheres Escalpeladas.
	<b>Prestadores privados</b> (OSS gestoras de unidades hospitalares do Estado: IDESMA, PRÓ-SAÚDE, INDSH). Pressão para aumento da tabela SUS; renegociações em face de atrasos de pagamento.
	<b>Entidades profissionais</b> (Sindicato dos médicos, COREN, cooperativa de especialistas). Perspectiva corporativas. Pressão para reajustes da Tabela SUS; organização em bloco; migração para as cidades que pagam mais.

Fonte: Elaboração própria.

condicionada à capacidade pessoal de articulação do gestor municipal.

O narcotráfico é uma importante rede existente em toda a região de fronteira. O fácil acesso entre os países e o precário controle do fluxo de mercadorias e pessoas contribuem para a manutenção e a expansão de suas atividades. Apesar de não haver uma relação direta com essa rede, a natureza de suas atividades implica uma miríade de problemas que os gestores locais precisam enfrentar (violência, dependência no uso de drogas, alta incidência de IST/Aids e outras doenças transmissíveis) com impacto para organização da atenção à saúde.

O desenho dos sistemas de saúde dos países fronteiriços, com acesso e coberturas bastante limitados, tem como consequência a busca de assistência no SUS, onerando a programação físico/financeira dos municípios brasileiros. Foram relatadas diversas estratégias de peruanos e colombianos na busca por atendimento na rede pública de saúde brasileira, desde casamento (inclusive da população indígena) até a obtenção de cédula de identidade nacional brasileira em período eleitoral.

Entrevistados mencionaram ações do governo federal para acordos de cooperação bilateral entre os países, mas nenhuma medida objetiva para atuação conjunta das fronteiras no tocante ao setor saúde foi concretizada. Vários gestores percebem que essa articulação seria estratégica para a região, a fim de coordenar esforços mediante a demanda espontânea, ações de prevenção e vigilância e, talvez, na construção de algum acordo que viabilizasse o pagamento ou contratação de especialidades médicas dos países de fronteira, cujo acesso é inegavelmente mais fácil e rápido quando comparado ao percurso para a capital Manaus. Apesar disso, parcerias informais com o setor saúde dos países de fronteira foram mencionados por dois gestores municipais, principalmente para ações de vigilância e controle de vetores.

Em termos da rede de serviços, 100% da população são usuários do SUS dada a indisponibilidade de serviços do setor privado. A estrutura de serviços de saúde nos municípios basicamente é composta por unidades de atenção básica, hospitais de pequeno porte, além de uma unidade de pronto atendimento e maternidade de referência para partos de risco. Existe uma central de regulação regional, apoio diagnóstico por telemedicina e SAMU 192, que vem sendo implantados nos municípios apesar das dificuldades de custeio.

A região do Alto Solimões se caracteriza pela concentração de povos indígenas, o que corresponde a 30% da população regional. Três distritos sanitários especiais indígenas (DSEI) cobrem a totalidade da população indígena dos municípios da região. Os DSEI tradicionalmente funcionam descolados da gestão municipal local, com financiamento, modo de organização e coordenação próprios. A relação entre os gestores de ambos os “sistemas” foi facilitada com a inclusão dos coordenadores de DSEI na CIR, mas ainda costumam ser marcadas por tensões e conflitos, com diferentes entendimentos sobre responsabilidades, papéis e fluxos. Como os DSEI enfrentam seus próprios problemas na gestão da atenção à saúde indígena, não é de se estranhar que a coordenação tenha sua própria rede social. O mapeamento da rede com um dos coordenadores revelou vínculos com órgãos governamentais designados para tratamento de interesses dos indígenas, incluindo a esfera específica do MS, mas também com outros atores, como o MP, considerado importante para a troca de informação e conhecimentos em situações de judicialização. Prefeituras e parlamentares, considerando-se a possibilidade de obtenção de recursos financeiros e apoio político para viabilizar demandas específicas, e ainda forte articulação com a Marinha para a orientação e a troca de informações, fundamental no estabelecimento de parâmetros técnicos para compra e habilitação de lanchas da rede de urgência indígena.

A relação entre prefeitos e secretários de saúde pode ser conflituosa frente à política partidária local e pela relativa falta de autonomia dos gestores no uso dos recursos para o SUS. Um entrevistado informou que era mais fácil fazer a gestão com os recursos destinados e condicionados pelo MS, apesar dos reveses de sua rigidez. Contudo, todos afirmaram que a política partidária não interfere na relação entre os secretários, mesmo quando o partido do prefeito é divergente. Isso se deveria ao histórico dos atores que ocupam essa posição e que, mesmo quando saem da pasta, continuam ocupando outras posições dentro da região, mantendo vínculos de amizade e o acúmulo da trajetória de discussões da política de saúde regional. Para alguns entrevistados, a manutenção desse legado na região constituiria um de seus maiores pontos fortes e contribuía para fortalecer a rede social entre eles, agora também mediada por aplicativo de mensagens instantâneas.

### **A gestão municipal e a região metropolitana**

A região metropolitana é constituída por 05 municípios, dentre eles a capital do estado (PA), o município de Belém, com 25% da população do estado, a maioria habitando área urbana. A região concentra a maior rede de serviços de média e alta complexidade do estado e todos os municípios são habilitados em gestão plena do sistema.

A capital do estado possui a maior concentração de serviços, hospitais e instituições de ensino em saúde. A despeito de alinhamento partidário entre prefeitura e governo do estado, nem sempre as relações entre a gestão municipal e estadual são consensuais, havendo divergências de entendimento quanto à responsabilidade na gestão de determinados serviços.

Alguns entrevistados do centro regional e da gestão estadual referiram que os municípios da região metropolitana em geral são solícitos e disponíveis. Considerou-se que a CIR metropolitana estava avançando, com discussões pertinentes para os municípios da região e mesmo sob a lógica da regionalização (o que não foi observado nas atas). Mas, destacou-se que uma de suas fragilidades era a descontinuidade dos processos definidos nesse espaço, decorrentes de demora ou não resolução no espaço da CIB. Outro aspecto referiu-se à posição autossuficiente da capital, conduzindo suas ações de acordo com interesses próprios, mais “fechada” à atuação de atores externos. Os diferenciais na oferta de serviços evidenciam que mesmo composta por um número pequeno de municípios, a região tem uma diversidade interna que os distancia em termos de recursos e capacidade instalada.

A equipe da secretaria municipal de Belém estava buscando discutir a questão da regulação regionalmente, mas reconheceu que era preciso que os municípios tivessem seus sistemas internos articulados e com fluxos organizados. A equipe alegou que a capital precisava funcionar como “porta aberta” face à demanda dos outros municípios, incluindo os de outras regiões de saúde. Tentativas de negociação haviam sido feitas junto aos demais prefeitos e secretários a fim de organizar este fluxo, mas ainda sem êxito. Na entrevista com a equipe de coordenação da capital, foi referenciada a interação da secretaria de saúde com universidades, grupos condutores de redes temáticas, uma rede interorganizacional relacionada a projeto intersetorial da prefeitura e espaços colegiados e fóruns setoriais nos quais os membros da secretaria têm assento. Destacou-se a articulação com o Comitê Interinstitucional de

Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (CIRADS), um fórum criado a fim de evitar a judicialização de casos, resultante da parceria entre diversas instituições, como tribunal de justiça, procuradoria geral, ministério público e gestores.

Diferentemente da região de fronteira, a região metropolitana conta com importante mix público-privado na composição de sua rede de serviços, caracterizando-se por fortes e tensas relações com prestadores, parcerias com entidades filantrópicas e organizações sociais. Reflexo desta situação é que as prioridades nas reuniões CIR giraram em torno da habilitação e ou contratualização de serviços hospitalares, média complexidade e apoio diagnóstico, no âmbito das redes temáticas. Tais momentos não aprofundaram discussões sobre o planejamento ou a organização do sistema de saúde em âmbito regional.

Assim como a região de fronteira, foi referido que os interesses político partidários também não afetam a atuação da CIR e ou a interação entre os gestores. O Quadro 4 sintetiza os principais espaços de negociação e outros canais/atores de articulação e modos de interação dos gestores municipais das duas regiões estudadas.

### **Considerações Finais**

Foram observadas redes de políticas de governança regional diferenciadas. Na região metropolitana, a diversidade de atores está mais relacionada com a capacidade de articulação do estado e da capital na implementação de políticas. Como ambos exercem poder, influenciam e decidem o encaminhamento de questões da saúde na região, o que acaba se expressando regionalmente, ainda que tal diversidade não seja verificada no espaço de gestão regional (CIR). O predomínio da interação com o segmento privado, conveniado, corporações profissionais e sindicatos, assinala a tônica das relações numa situação em que a rede de serviços é fortemente dependente do setor privado.

Um limite deste estudo foi a impossibilidade de entrevistar os demais secretários de saúde da região metropolitana e com eles realizar o mapeamento de sua rede social. Com isso, ficamos restritos ao discurso da gestão municipal da capital. De toda forma, pode-se supor que pela posição privilegiada do município de Belém em termos de recursos financeiros e políticos, a equipe de coordenação estaria muito mais articulada com outros segmentos, o que não foi observado na entrevista coletiva. As demais secretarias da região também não foram apontadas na rede

**Quadro 4.** Espaços de negociação e Canais de articulação do Gestor Municipal nas Regiões do Alto Solimões e Metropolitana de Belém.

Gestão Municipal- Região do Alto Solimões	Gestor Municipal- Região Metropolita de Belém
<b>Espaços internos de pactuação</b>	
<p><b>CIR</b> - Apoiado por Secretaria executiva do Interior e gerência regional. Tentativa de elaboração de projetos regionais e apoio do Consórcio. Sem câmaras técnicas. Dinâmica das relações:</p> <p>2015 - INTERACAO DE ALTA QUALIDADE, FREQUENTE (interação de todos em todas as matérias relacionadas a política setorial)</p> <p>2016-2017 - INFREQUENTE (contatos variaram em frequência e intensidade). Mudança na coordenação e contingências da gestão estadual enfraqueceram o espaço como fórum de negociação.</p> <p>Possível substituição das discussões por formação de grupo em rede social (mais rápida e sem as dificuldades de deslocamento entre os gestores).</p> <p>Orientação para questões regionais, ainda que presentes pautas para habilitação de serviços ou aprovação de projetos. Oscila entre orientação para questões regionais e gestão municipal</p>	<p><b>CIR</b> - Prioridade para questões da Gestão municipal. Apoiado por estrutura regional estadual e câmaras técnicas. Fragilidade em resoluções por descontinuidade. Alta dependência da CIB para processamento de temas com abrangência para outras regiões.</p> <p>Câmaras técnicas com baixo potencial resolutivo.</p> <p>Dinâmica das relações: contatos variam em frequência e intensidade com alternância dos gestores nas reuniões e em algumas situações, cancelamento por falta de quórum.</p>
<p><b>CIB</b> - Participação de excoordenação da CIR garantiu que interesses da região permanecessem representados neste espaço. Demora no processo decisório quanto a questões deliberadas em CIR.</p>	<p><b>CIB</b> - Cinco componentes da CIR Metropolitana com assento.</p> <p>Limites à autonomia da capital na relação com prestadores que incluem atendimento para outros municípios, especialmente fora da região metropolitana.</p> <p>Dependência de consenso em CIB para viabilizar propostas / arranjos / reformulações, em virtude de que a rede de atenção tem alcance para fora dos limites da região.</p>
<p><b>COSEMS</b> - Forte apoio aos municípios estabelecidos por relações diretas entre COSEMS e gestores municipais.</p> <p>Reconhecimento da importante atuação da presidência (reeleita) e do apoiador na orientação aos gestores e condução de processos.</p>	<p><b>COSEMS</b> - Relação forte dos gestores com o COSEMS. Facilitada pelo acesso e por representação do COSEMS na CIR.</p> <p>Negociações entre secretários e COSEMS sem passar pela intermediação da CIR. Objetivos de articulação também com municípios fronteiriços que não compõem a região</p>
<p><b>Conselhos Municipais De Saúde</b>-Permanência longa no quadro levando a defesa de interesses corporativos ou clientelistas. Dificuldades a atuação gestora</p>	<p><b>Conselhos Municipais De Saúde</b>-Pouca informação a esse respeito, mas identificado forte atuação de dois conselhos dos municípios da região com envolvimento em questões / pactuações regionais coordenadas pelo Estado.</p>
<p><b>Consórcio Público - ASAVIDA</b></p> <p>Pouca prioridade dos prefeitos. Falta de garantia no repasse de recursos municipais para garantir infraestrutura gerou dificuldades para o seu pleno funcionamento e descrédito quanto a estratégia de aquisição coletiva de medicamentos junto aos gestores.</p> <p>Nova gestão: tentativa de resgate de seu funcionamento para contratação de recursos humanos – especialidades médicas.</p>	<p><b>Comissão Integração Ensino-Serviço (CIES)</b></p> <p>Comissão regional para a metropolitana, vinculada a CIR para implementação da política regional de educação permanente. Representação instituída em resolução CIR para garantir participação e evitar modificações dos componentes do grupo. Ao longo de 2016, início de processo para elaboração do plano regional de educação permanente. Forte condução de equipe do CRS e gestão estadual.</p>
<p><b>Subsistema Saúde Indígena (DSEI)</b> - Relação de interdependência forte, com variado grau de conflito.</p>	<p><b>Centro Regional de Saúde (CRS Metropolitana 1)</b> - Demandas não respondidas por apoio técnico da regional feito a CIR. Atuação de áreas técnicas fortemente orientada para os municípios embora algumas apresentem orientação para a região. Relativa capacidade de entendimento das questões regionais entre as diretorias.</p>

continua

**Quadro 4.** Espaços de negociação e Canais de articulação do Gestor Municipal nas Regiões do Alto Solimões e Metropolitana de Belém.

<b>Canais externos de articulação e outros atores extras setoriais</b>	
<p><b>Coordenação Interfederativa de HIV / AIDS</b> Mencionado por alguns gestores da região. Sem referência na CIR. Trata-se de cooperação Interdeferativa, instituída pelo MS para construção de agenda entre as 3 esferas governamentais a fim de dar respostas à situação epidemiológica das IST, do HIV/aids e das hepatites virais. Foco nas ações de prevenção para populações vulneráveis, aumento da capacidade e eficiência dos serviços de saúde, expansão da oportunidade de acesso ao diagnóstico rápido e aprimoramento da gestão.</p>	<p><b>Comitê interinstitucional de resolução administrativa de demandas da saúde (CIRADS)</b> Gestão Estadual, município da capital e Instituições de controle externo e judiciário. Articulação da gestão municipal, com o Estado, para tratamento de temas levados a judicialização, com recondução e reorientação de processos junto aos municípios, apoiados por agências de controle externo.</p>
<p><b>Ministério da Defesa</b> <u>Batalhões do Exército:</u> Articulação com batalhões das Forças Armadas para ações de prevenção e controle de doenças. <u>Hospital de Guarnição:</u> Dificuldades para garantir referência a hospital vinculado ao Ministério da Defesa</p>	<p><b>Universidades</b> Formação; estágio; residências</p>
<p><b>Secretarias de saúde municipais de países da fronteira</b> Articulação pessoal de alguns gestores municipais especialmente para ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis.</p>	<p><b>Organizações sociais; prestadores privados</b> Falta de transparência quanto ao conjunto de ações oferecido, profissionais e demais prestadores contratados, referências regionais e processo de contratualização</p>
<p><b>Organizações profissionais</b> - especialmente conselhos de medicina e enfermagem: Dificuldades com exigências corporativas quanto a formação, titulação e atuação - médicos e enfermeiros. Fiscalização dos processos de contratação e âmbito de atuação de médicos e enfermeiros.</p>	<p><b>Organizações profissionais:</b> Divergências entre interesses corporativos X interesses SUS.</p>
	<p><b>Projeto Pacto Belém pela Vida</b> (Prefeitura de Belém) Conselhos de diversos setores, federação de comunidades terapêuticas, Unicef, SENAD, entidades religiosas, Ongs, Tribunal de Justiça, Defensoria Pública, MP, secretarias de assistência social, esporte, cultura e lazer, etc.</p>

Fonte: Elaboração própria.

dessa equipe de coordenação, que parece ter uma atuação mais interna, provavelmente absorvida pelo conjunto de problemas que precisam ser enfrentados cotidianamente. A articulação da capital com outros setores e gestores ficou mais evidenciada na análise documental e em sítios da internet e redes sociais consultados e na impossibilidade de entrevistar o secretário, é possível supor que o mesmo tenha uma rede social mais abrangente no processo de gestão que não fomos capazes de recuperar.

Na região do Alto Solimões, essa rede de política é composta eminentemente por atores de setores diversos, governamentais, ou não, dada sua especificidade territorial, de modo que na rede social dos gestores municipais, incluíram-se

Ongs (prevenção de Aids, ISTs, Hepatites), secretaria de educação do estado, forças armadas, ministério público, subsistema de saúde indígena e, em alguns casos, os secretários de saúde de municípios dos países vizinhos. Com o esvaziamento da CIR, apesar da situação de interdependência entre os gestores municipais, os mesmos encontram-se trabalhando de forma mais isolada na região e sua rede social é formada de acordo com a capacidade individual de articulação e trajetória setorial na região. Os pontos nodais são compostos por fóruns técnicos, disponibilizados, sobretudo, pelo COSEMS e secretaria estadual e, em nível local, por espaços internos de pactuação, acompanhando o desenho institucional do setor saúde.

As especificidades da região Norte consistem um importante diferenciador em termos de sobrepreço no custo de implementação das políticas e as emendas parlamentares têm sido utilizadas como forma de “driblar” critérios estabelecidos na normativa federal, além de se tornarem um importante canal de investimentos para o setor. Parlamentares das bases aliadas constituem um canal importante na relação de governadores, prefeitos e secretários para viabilizar recursos financeiros em ambas as regiões. Isso coloca em cena relações entre atores do estado e do legislativo que se estabelecem em outros espaços que não os de negociação instituídos para o SUS, com pouco controle sobre a dinâmica de concertação dos interesses.

O viés da coordenação hierárquica permanece na atuação do MS, ao definir prioridades, prazos e condições desconsiderando a capacidade de análise e definição dos estados, a infraestrutura existente e a disponibilidade para a execução, com pouca margem para readequação pelos municípios e estados. Tais aspectos relacionam-se com a

discussão sobre as relações intergovernamentais e principalmente quanto ao pacto federativo.

O MS como ator, em seu modo de intervenção, parece privilegiar a regionalização como ferramenta, um instrumento de ordenação do território, esvaziando o conceito de região e destituindo-o de suas determinações sociais e políticas<sup>15</sup>. O enfoque regional, apesar de incorporado na narrativa do governo federal, parece não apreender que a região de saúde é lugar de outros regionalismos, expressão dos ajustes deste com as determinações sociais e históricas e modos de apropriação social<sup>16</sup>. A aproximação com a rede social dos gestores e técnicos sugere que a região e o município, singularizam processos técnicos, levando-os a buscarem parceiros e espaços, para além dos instituídos, a fim de tecer estratégias mais correlatas à realidade.

Redes sociais virtuais compostas por gestores vêm se constituindo importante canal de comunicação ao mesmo tempo em que ocorre esfriamento de espaços institucionais face à baixa formalização dos processos decisórios ocorridos nessas arenas.

## Colaboradores

AO Casanova, Ligia Giovanella e MM Cruz trabalharam na concepção, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. MFCF Ferreira fez a revisão crítica.

## Agradecimentos

A pesquisa contou com o apoio financeiro do Proex/Capes que custeou parcialmente a pesquisa de campo realizada na região de fronteira.

Agradecemos a secretaria executiva da CIR do Alto Solimões, a toda equipe da SEA Interior/AM e da gestão estadual do Pará, cujo suporte e informações fornecidas foram fundamentais para a realização da pesquisa.

## Referências

1. Mello GA, Pereira APC de M, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana AL d'Ávila. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1291-1310.
2. Marques E. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. *Braz Polit Sci Rev* 2013; 7(3):8-35.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília: MS; 2014.
4. Fleury S, Ouverney ALM. *Gestão De Redes: A Estratégia De Regionalização da Política de Saúde*. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
5. Rovere M. *Redes en Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosário: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte; 1999.
6. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad Saude Publica* 2006; 22(Supl.):S35-45.
7. Hufty M. Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. *Rev Salud Pública* 2010; 12(Supl. 1):39-61.
8. Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, organizadores. *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Editora Hucitec; 2009. (Saúde em debate).
9. Marques E. *Estado e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, São Paulo: REVAN, FAPESP; 2000.
10. Klijn E-H, Koppenjan J, Termeer K. Managing Networks in the Public Sector: A Theoretical Study of Management Strategies In Policy Networks. *Public Adm* 1995; 73(3):437-454.
11. Machado CV. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Editora Museu da República; 2007.
12. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saude Publica* 2017; 33(Supl. 2):e00129616.
13. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1155-1164.
14. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1045-1054.
15. Egler CAG. Questão regional e gestão do território no Brasil. In: Castro IE, Gomes PCC, Corrêa RL, organizadores. *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1995. p. 207-238.
16. Ribeiro ACT. A natureza do poder: técnica e ação social. *Interface (Botucatu)* 2000; 4(7):13-24.

---

Artigo apresentado em 01/02/2018

Aprovado em 06/03/2018

Versão final apresentada em 05/06/2018

