

## **Análise do processo de regionalização do setor saúde: reconstrução do processo histórico de duas regiões de saúde**

Quésia Postigo Kamimura<sup>1</sup>

Edson Aparecida Araujo Querido Oliveira<sup>2</sup>

Vitória Kedy Cornetta<sup>3</sup>

Vera Lúcia Ignácio Molina<sup>4</sup>

### **Introdução**

A regionalização no setor saúde encontra-se na dimensão política da vida social, o que significa, para Arendt (1991, p.1), uma necessidade para a vida humana, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. O homem não é autárquico, depende de outros para sua existência. A tarefa e o objetivo da política são a garantia da vida no sentido mais amplo.

Particularmente, a proposta de regionalização encontra-se entre as principais políticas públicas, e na noção de política pública é preciso incluir todas as ações governamentais e não apenas as intenções declaradas dos governantes ou de seus servidores. Monteiro (*apud* BARROSO, sd, p. 53-54) expressa política pública como o resultado de um processo decisório interorganizacional.

---

<sup>1</sup> Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora do Programa de Mestrado em Planejamento e Desenvolvimento Regional da Universidade de Taubaté.

<sup>2</sup> Doutor em Engenharia Aeronáutica e Mecânica - Área de Organização Industrial pelo Instituto Tecnológico de Aeronáutica. Pós-Doutorado em Gestão da Inovação Tecnológica - Área de Produção pelo Instituto Tecnológico de Aeronáutica (2010). Professor Assistente Doutor da Universidade de Taubaté. Exerce o Cargo de Pró-reitor de Pesquisa e Pós-graduação na UNITAU.

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Prática da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

<sup>4</sup> Doutora em Sociologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1998). Professora assistente doutora da FOSJ/Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

Partindo-se do pressuposto de que política pública resulta de uma interação social, é importante ter em vista o inter-relacionamento entre as variáveis que interferem no processo da política: o meio social e político, os atores participantes, as agências implementadoras e as políticas quanto as suas metas e seus objetivos (VIANA, 1996, p.6).

O tema regionalização pode ser considerado clássico e recorrente no campo da gestão pública (TONI; KLARMANN, 2002), particularmente na área da saúde. Alguns autores (ALMEIDA; CASTRO, 1998; CARVALHO, 2002; TONI; KLARMANN, 2002; KAMIMURA, 2004; KAMIMURA; OLIVEIRA; MOLINA, 2008), entendem a proposta de regionalização como um processo que envolve a hierarquização, participação, descentralização, bem como a intersetorialidade e a pactuação entre diferentes atores, ou seja, gestores, pacientes e sociedade civil (organizada ou não, dentre outros), contemplando as heterogeneidades locais, regionais, o perfil epidemiológico da população e a mobilidade dos cidadãos.

Corroborando neste sentido Baptista (2013), ao também defender um processo de regionalização da saúde no Brasil que garanta a cidadania social, respeitando a diversidade territorial e superando as desigualdades.

A regionalização de serviços de saúde, para Almeida, Castro e Vieira (1998, p. 17), não deve ser considerada apenas do ponto de vista burocrático-administrativo, mas deve representar a melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde numa determinada área, possibilitando o acesso da população a todos os níveis de atenção, a todas as ações de saúde. A hierarquização das ações de saúde e distribuição dos serviços é reconhecida como atenção primária, atenção secundária e atenção terciária.

A atenção primária, além de ser um nível de atenção no sistema de saúde regional, pode ser compreendida como uma estratégia para aumentar a cobertura das ações de saúde na população, reformulando, readequando e reorganizando os recursos. Dessa forma, há implicações na composição e função dos demais níveis (ALMEIDA *et al.*, 2001, p. 25).

Para Starfield (2002, p. 28), a atenção primária é aquele nível do sistema de serviço de saúde que oferece a entrada do sistema às necessidades e problemas, compartilhando características com outros níveis do sistema, como responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como ao tratamento, à reabilitação e ao trabalho em equipe. A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação com o intuito de maximizar saúde e bem-estar.

A atenção primária, denominada também atenção básica, deve ser buscada como o máximo de ações de saúde necessárias e possíveis, técnica

e operacionalmente, no nível local, ou seja, no bairro e no município, como uma atenção tecnologicamente mais simples e disponível em serviços de saúde de caráter ambulatorial geral (ALMEIDA *et al.*, 2001, p. 24).

No Brasil, a implementação da proposta de atenção básica vem sendo orientada à reorganização da lógica assistencial, com início em meados dos anos 1990, e à operacionalização do Programa da Saúde da Família que, segundo Franco Merhy tem como objetivo a:

reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (FRANCO & MERHY, 2000, p. 145).

Como a atenção básica é entendida como responsabilidade de cada município, em conformação com a NOAS 01/02 - Norma Operacional de Assistência à Saúde vigente, a proposta, aqui, se faz quanto aos atendimentos considerados de média/alta e alta complexidades, que demandam um nível tecnológico mais complexo.

No que tange à assistência à saúde, a NOAS SUS 01/02 estabelece diretrizes gerais para a organização das demais ações de média e alta complexidade, e preconiza que o plano de regionalização compreenda o mapeamento das redes de referência em áreas estratégias específicas (gestação de alto risco, urgência e emergência e hemoterapia, entre outras).

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades, de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde. Esses sistemas não são necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitarão seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, Capítulo I).

No processo de regionalização, segundo Mendes, microrregionalização “é um conjunto de valores por meio dos quais um grupo de municípios se reconhece e se identifica como pertencente a um território comum” (MENDES, 1999).

O Pacto pela Saúde, pautado nos princípios constitucionais e nas necessidades de saúde da população, surgiu na perspectiva de superar dificuldades apontadas pelos gestores do SUS. Isto implicou na definição de prioridades articuladas e integradas entre seus componentes, quais sejam: o

Pacto pela Vida, Pacto de Gestão do SUS e o Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde define responsabilidades sanitárias para cada nível de gestão. Assim, os gestores estadual e regionais de saúde devem participar de espaços de pactuação denominados Colegiados de Gestão Regional, cumprindo obrigações técnicas e financeiras de acordo com o planejamento regional. Além disso, devem participar no desenvolvimento dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido nos planos de saúde estadual e municipais, planos diretores de regionalização e plano regional de investimento.

Os pressupostos da Regionalização, de acordo com o Pacto (Brasil, 2006, p.19) são: Territorialização; Flexibilidade; Cooperação; Co-gestão; Financiamento Solidário; Participação e Controle Social. Tem ainda como objetivos gerais:

- Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional a ser atendido transcenda à escala local/municipal.

- Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.

- Potencializar a descentralização do sistema fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras e para que as demandas e interesses locais regionais se expressem nas regiões (e não fora delas).

- Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Um aspecto importante no Pacto são as responsabilidades dos gestores, dentre elas, “na garantia do acesso e da integralidade da atenção à saúde, deixando patente a necessidade de articulação entre os processos de Regulação e de Programação Pactuada e Integrada em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e com o Plano Diretor de Investimento (PDI)” (BRASIL, 2006, p. 27).

## Metodologia

Para a realização da pesquisa, que teve como objetivo analisar o processo regionalização do Sistema Único de Saúde, especificamente de duas regiões de saúde, Jundiá/SP e Penedo/AL, utilizou-se como método o estudo de dois casos. De acordo com Yin (2001, p.105), a necessidade de se

utilizar a estratégia do estudo de caso deve nascer do desejo de entender um fenômeno social complexo, tal qual o processo de regionalização do setor saúde. Para a condução do estudo, as evidências podem vir de seis fontes distintas. Neste trabalho são utilizados os documentos oficiais e os registros em arquivos.

A escolha dos casos de Alagoas e Jundiáí se deu à medida que o processo de regionalização, formal ou informalmente, se colocou sobre a contribuição da hipótese do presente estudo. No caso de Penedo, no Estado de Alagoas, por ter sido considerado uma experiência inovadora de microrregionalização, conforme publicação do Ministério da Saúde das Experiências Inovadoras no SUS - Relatos de Experiências; no caso de Jundiáí, por sua histórica organização e planejamento dos serviços de saúde e, também, pela localização geográfica e facilidade de acesso do pesquisador. Outro fator importante e decisivo para a escolha foi a disposição dos atores locais e dos diretores, da Regional de Saúde de Campinas e da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, em contribuir para a pesquisa.

Optou-se pelo enfoque qualitativo do estudo de caso por propor liberdade relativa na tarefa de apreender o objeto no emaranhado das inter-relações, em que o fenômeno social permite acesso pelo método que, aguçando o olhar do pesquisador, permite-lhe aproximar-se da realidade, possibilitando-lhe inserir o fenômeno numa concepção mais geral do mundo (MARTINELLI, 1999, p. 50-51).

Para a análise dos documentos oficiais e registros em arquivos, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, uma das formas que melhor se adequa à investigação qualitativa (BARDIN, 1977). Conforme as orientações metodológicas preconizadas, esta técnica apresenta três etapas: "pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados obtidos e interpretação" (p. 95). Após leitura flutuante dos textos, e considerando os objetivos do estudo, foi organizado e classificado o conteúdo do texto que constituiu os dados de análise, emergindo os temas que, após análise, resultou no elenco da investigação (BARDIN, 1977).

Este trabalho utiliza a análise temática como técnica de análise de conteúdo, que tem como noção de tema a Regionalização da Saúde. Foram construídas as grelhas de análise, e, por meio desse método, os elementos dos textos são classificados em categorias.

## **Resultados da análise dos casos**

A apresentação dos resultados traz os dados provenientes da pesquisa documental junto às seguintes instituições: Secretaria de Estado da

Saúde de Alagoas, Diretoria Regional de Saúde - DRS 7, Secretaria Municipal de Saúde de Jundiáí.

Foram analisados os documentos: Regionalização das Ações de Saúde do Estado de Alagoas - 2002 e 2011; Plano Diretor, Plano Diretor de Regionalização do Estado de São Paulo - 2002 e 2008; os itens do Plano Municipal de Jundiáí/SP referentes à Reorientação do Modelo Assistencial, Referência Regional, Avaliação e Controle e Melhoria da Gestão e do Acesso e Qualidade das Ações e Serviços de Saúde, conforme orienta a metodologia da análise de conteúdo. E, após a leitura sistemática, emergiram cinco categorias principais evidenciadas nos documentos que apresentam diversas subcategorias: Planejamento da regionalização (modelo regionalizado das ações, composição da região, macrorregião); Programação Pactuada Integrada (identificar potencial de oferta de procedimentos de acordo com o nível de referência, definição dos grupos ou procedimentos em cada município); Política e Gestão (cadastramento dos estabelecimentos de saúde, tipo de gestão de cada município, comissão intergestora); Equidade de acesso (PPI e regulação, interfaces da regulação na regionalização e o planejamento, controle e avaliação, acessibilidade); Investimentos (planejamento de investimentos), conforme exposto no Quadro 1.

**Quadro 1:** Categorias e Subcategorias dos Documentos

Categoria 1: Planejamento da regionalização	Categoria 2: Programação Pactuada Integrada	Categoria 3: Política e Gestão	Categoria 4: Equidade de acesso	Categoria 5: Investimentos
Subcategorias	Subcategorias	Subcategorias	Subcategorias	Subcategorias
1.1. Modelo regionalizado das ações 1.2. Composição da região de saúde 1.3. Macrorregião	2.1. Identificar potencial de oferta de procedimentos de acordo com o nível de referência 2.2. Definição dos grupos ou procedimentos em cada município	3.1. Cadastramento dos estabelecimentos de saúde 3.2. Colegiados	4.1. PPI e Regulação 4.2. Interfaces da regulação na regionalização e o planejamento, controle e avaliação 4.3. Acessibilidade	5.1. Planejamento de Investimentos

A primeira categoria, **Planejamento da Regionalização** (Quadro 2), foi subdividida em quatro subcategorias: modelo regionalizado, módulos assistenciais, composição das regiões de saúde e macrorregião:

**Quadro 2:** Planejamento da Regionalização e Subcategorias

CATEGORIA 1:	SUBCATEGORIAS:
1 Planejamento da regionalização	1.1 Composição da região de saúde
	1.2 Modelo regionalizado das ações
	1.3 Macrorregião

Nos documentos estaduais em análise (Plano Diretor de Regionalização do Estado de São Paulo e Plano Diretor de Regionalização do Estado de Alagoas), havia um traço em comum: cumprimento da Norma Operacional de Assistência à Saúde.

Os documentos em análise sugerem o planejamento da regionalização como um instrumento de ordenamento da assistência à saúde, que estabelece prioridades de intervenção, para atender às necessidades de saúde da população e garantir o acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção, num processo permanente de aperfeiçoamento da assistência à saúde.

A região de Jundiáí, no tocante à subcategoria 1.1, **composição da região de saúde**, contava com nove municípios: Jundiáí, Jarinu, Itatiba, Itupeva, Morungaba e Cabreúva, habilitados na Gestão Plena do Sistema de Saúde; e os municípios de Várzea Paulista, Campo Limpo Paulista e Louveira, incluídos na Gestão Plena Básica do Sistema de Saúde (PDR, 2002; PDR, 2008).

A localização geográfica da região, próxima a dois grandes centros econômicos (Campinas - São Paulo), do entroncamento viário Anhanguera-Bandeirantes e proximidade da Rodovia Dom Pedro II, contribui para o crescente desenvolvimento, industrial, comercial e de serviços. Apresenta clima predominantemente tropical-frio, com temperatura média anual ao redor de 20°C.

A 4ª microrregião - **Penedo/AL** é formada por cinco municípios: Penedo, Igreja Nova, Piaçabuçu, Porto Real do Colégio e São Brás, sendo Penedo o município-sede. Essa microrregião, aprovada na Bipartite como "Micro piloto", localiza-se no centro sul de Alagoas, às margens do Rio São Francisco que banha todos os municípios dessa microrregião (PDR Alagoas, 2002).

O PDR - 2011 de Alagoas apresenta alteração para “6ª região sanitária de saúde”, e modifica a composição de cinco para oito municípios: Coruripe, Feliz Deserto, Igreja Nova, Juquia, Piacubuçu, Penedo, Porto Real e São Bras, abrigando uma população de 195.429 habitantes.

Na região de saúde de Jundiáí, quanto à subcategoria **modelo regionalizado das ações** (subcategoria 1.2), o processo de microrregionalização se deu de maneira ascendente e natural, dada a oferta e demanda dos serviços de saúde, iniciativa dos gestores locais, localização geográfica, facilidade de transportes e desenvolvimento socioeconômico da região.

Desde 1998, o município de Jundiáí contava com o documento Manual de Referência e Contrarreferência, que tratava de um Sistema de referência e contrarreferência e protocolo básico de encaminhamentos para especialidades, e já se discutia - com os profissionais das especialidades e da rede básica - o que vinha se organizando em relação à ampliação do acesso e negociação entre os municípios.

O Plano Municipal de Jundiáí conta com um item, denominado **Referência Regional**, que aborda a referência da população do município, quais os serviços de referência para cada município da região, demonstrando preocupação e organização entre os municípios dessa área. O documento trata, também, dos atendimentos realizados em Jundiáí a pacientes de outros municípios, tais como Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Caieiras.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo manifesta nos documentos preocupação quanto às dificuldades dos gestores municipais em mudarem a realidade da saúde local, o não estabelecimento de uma rede adequada de referência e contrarreferência intermunicipal e a falta de fluxos pactuados com serviços regulares e especializados, o que afunila em dificuldades no acesso. As NOAS 01/01 e NOAS 01/02, e outros mecanismos de acompanhamento da regulação e hierarquização, fazem, em parte, o novo papel do Estado e salientam a ótica do planejamento integrado.

A região de Jundiáí, que se denominava microrregião, anteriormente a NOAS, por iniciativa local, vem evoluindo no processo de planejamento e organização quanto à regionalização e transposição das tantas dificuldades ao acesso.

Em relação ao processo de regionalização, o **Estado de Alagoas**, localizado na região Nordeste do país, segundo documento oficial da Secretaria de Estado da Saúde “Plano Diretor de Regionalização das Ações de Saúde”, na década de 1980 já se destacava no cenário nacional como **modelo de regionalização**. Em junho de 1999, sediou um Seminário



Internacional sobre Microrregionalização da Saúde e, em julho desse mesmo ano, deu início a estudos e análises para conduzir o processo de implantação de sistemas microrregionais de serviços de saúde. Com a participação do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS foram agrupados os municípios do Estado em doze Microrregiões de Saúde, utilizando, como critérios, entre outros, o perfil epidemiológico, fluxos de pacientes, relação econômica entre municípios e acesso viário.

Assim, Alagoas vem discutindo a descentralização da saúde desde 1999, a partir da organização do território estadual em microrregiões. Com a aprovação da NOAS 01/2001, pela Portaria Ministerial GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, os municípios do Estado foram reavaliados segundo distribuição geográfica por microrregião, em função da elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), e realizadas algumas alterações, bem como o acréscimo de uma microrregião.

Os documentos analisados, tanto o Plano Diretor quanto o Projeto Piloto de Implementação de Microrregionalização, apresentam o histórico do processo de regionalização, a caracterização do Estado e da microrregião em análise, que é a 4ª microrregião - Penedo, inserida na 2ª região.

Observa-se forte papel da Secretaria de Estado da Saúde na condução do processo de regionalização e implementação dos sistemas microrregionais em Alagoas.

Na região de **Jundiaí**, segundo os documentos analisados de 2002, os municípios foram organizados em **módulos assistenciais e microrregiões**, cada qual ofertando serviços com determinado nível de complexidade, buscando organizar a assistência de forma a facilitar o acesso. O Estado de São Paulo foi organizado em 24 regiões e 65 microrregiões. Oito dos nove municípios da microrregião de Jundiaí são módulos assistenciais para si próprios, Jundiaí é município-polo da microrregião e Campinas é município-polo da região.

O Plano Diretor de Regionalização, PDR - do Estado de São Paulo (2002), traz o critério utilizado para a identificação dos municípios aptos a serem Municípios-sede de módulo assistencial. Considerou-se o potencial de oferta de serviços de Atenção Básica Ampliada, o potencial de oferta de procedimentos mínimos de média complexidade e a realização de internações hospitalares.

A elaboração do PDR - 2008 partiu do desenho de microrregiões de saúde (65) do Plano Diretor de Regionalização de 2002, estabelecidas segundo os critérios da NOAS, porque, após este traçado, não houve outro movimento de abrangência estadual (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008, p.8).

O Plano e o Termo de Compromisso de Gestão Estadual foram aprovados pelo Conselho Estadual de saúde - CES, em 05/12/2007. No primeiro momento, consistiu-se na pactuação bipartite e, com o Conselho Estadual de Saúde, na formalização das estratégias gerais para a integração do Plano Estadual de Saúde e dos Termos de Compromisso de Gestão. Neste período também ocorreu a pactuação estadual de metas para indicadores do Pacto pela Saúde, previstos na Portaria MS/GM 91, que foram revistas nos momentos seguintes à luz do plano e das pactuações regionais.

O processo de revisão do PDR ocorreu no contexto do Pacto pela Saúde 2006. Os principais desafios da política de saúde no Estado de São Paulo, dentre outras, são: aperfeiçoar a universalidade e a integralidade da atenção à saúde; garantir a equidade na atenção; reduzir as desigualdades nos perfis de saúde existentes entre as diversas regiões e estratos da população.

Em **Alagoas**, os documentos apontam que as proposições de módulos e sede dos **módulos assistenciais** foram feitas a partir da análise dos dados obtidos no levantamento da produção por procedimento, segundo os anexos 2 e 3 da NOAS 01/01, e, também, pela identificação da internação nas clínicas básicas, além do potencial de oferta de procedimentos mínimos da média complexidade. Outro critério adotado refere-se aos municípios de pequeno porte que se encontrava em Gestão Plena do Sistema de Saúde pela NOB 01/96, e que foram apontados como sede de módulo. Novamente, observa-se o papel do Estado no sentido de colaborar na preparação técnica desses municípios.

O PDR - 2011 de Alagoas propôs distribuir e ordenar os espaços territoriais da saúde em Alagoas, expressando o desenho final de cada uma das cinco regiões, com o propósito de garantir a integralidade da atenção à saúde e o acesso da população aos serviços e ações, conforme prevê a Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006 e o decreto 7.508 de 28 de junho de 2011.

Na reorganização da atenção à saúde no Estado de Alagoas, o PDR 2011 apresenta: Atenção Primária - município; Atenção Secundária - região de saúde; Atenção Terciária - macrorregião de saúde.

Na análise da subcategoria macrorregião de saúde (subcategoria 1.3), observa-se que **Jundiá** foi considerado **município-polo** da microrregião (PDR, 2002), sediava a referência: dos procedimentos de Média Complexidade II: todos os grupos; dos de Média Complexidade III: todos os grupos; e dos de Alta Complexidade Ambulatorial: tomografia computadorizada, radio/quimioterapia, TRS (Terapia Renal Substitutiva), Internações Hospitalares e UTI adulto, pediátrica e neonatal.



**Quadro 3: Programação Pactuada Integrada e Subcategorias**

CATEGORIA 2:	SUBCATEGORIAS:
2. Programação Pactuada Integrada	2.1 Identificação do potencial de oferta de procedimentos de acordo com o nível de referência
	2.2 Definição dos grupos ou procedimentos em cada município

No Estado de São Paulo, a partir de 1998, com a implantação da NOB 01/96, discutem-se formas de operacionalização da **Programação Pactuada Integrada - PPI**. Representantes da Secretaria Estadual de Saúde - SES e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS/SP, traçaram as principais diretrizes para a execução da PPI do Estado, tendo, como princípio norteador, a regionalização no sentido de propiciar melhoria do acesso à população e maior equidade.

No caso de Jundiaí, a regional de Campinas foi projeto piloto no tema PPI na estratégia de implementação da NOAS no Estado de São Paulo. Segundo o documento municipal de Jundiaí em análise, o processo de discussão da Programação Pactuada Integrada - PPI foi reconstruindo nova pactuação das referências entre os gestores, contemplando a assistência à saúde em todos os níveis. De acordo com o documento em questão, “espera-se como resultado a reorganização do sistema de referências entre os municípios e os serviços regionais ou terciários sob gestão estadual, com um compromisso maior de todos” (NOAS 01/2002).

Em Alagoas, a retomada do processo de descentralização e regionalização foi procedida a partir da elaboração da PPI e estudos sobre a NOAS. Em junho de 2001, a CIB apreciou e aprovou a PPI e definiram-se novos tetos financeiros do Estado e dos municípios (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE ALAGOAS, 2002, p. 9).

A PPI/AL do ano de 2000, conforme o documento do Estado de Alagoas em análise, “serviu de subsídio para o levantamento das referências ambulatoriais e hospitalares que orientaram a conformação dos módulos assistenciais, municípios-sede de região, municípios-polo de macrorregião e municípios caracterizados como polos concentradores na PPI (Maceió e Arapiraca)” (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE ALAGOAS, 2002, p. 21).

No PDR-2011, consta que o critério foi a identificação por município dos procedimentos assistenciais realizados - oferta de serviços - e a identificação por município das necessidades assistenciais.

Quanto à subcategoria 2.1, **identificar potencial de oferta de procedimentos de acordo com o nível de referência**, no caso de Jundiaí, o documento estadual aponta como princípios ordenadores o planejamento, a programação e a pactuação, buscando a necessidade da população e não a lógica de prestação de serviços.

Dessa forma, foram utilizados parâmetros físicos de acordo com a necessidade da população e parâmetros financeiros com base em série histórica, dando a dimensão da capacidade de oferta, assim como do limite financeiro existente.

A regional de Campinas foi escolhida como projeto piloto para a implementação da NOAS no Estado de São Paulo, na área da PPI. A partir do projeto piloto, foi desencadeado o trabalho com as demais regionais do Estado e iniciou-se o cadastramento de estabelecimentos de saúde, sob a coordenação da Vigilância Sanitária.

Na região de Jundiaí, já constavam do Plano Municipal de 2000 os serviços que os demais municípios da microrregião realizam e em quais serviços o município de Jundiaí é referência. Nota-se que, embora não pactuado formalmente, na prática existe uma organização e fluxo de atendimento, segundo critérios de oferta e demanda entre os municípios dessa região.

O PDR-2008 traz que a PPI foi um grande passo no sentido de identificar as iniquidades em termos da oferta e acesso a serviços de média e alta complexidade, acenando para uma redução gradual dessas diferenças, num processo solidário entre os gestores no SUS SP, porém, também aponta que o PDR requer, ainda, o aprimoramento da PPI, a Regulação e o desenho das redes regionalizadas da atenção integral à saúde, conformando sistemas regional e estadual de saúde.

No Estado de **Alagoas**, em relação a essa subcategoria, a situação dos municípios, segundo a oferta dos procedimentos considerados na NOAS como elenco de Procedimentos Básicos Ampliados e do Elenco de Procedimentos da Média Complexidade, foi sistematizada em planilhas por microrregião de saúde, e foi apontada por município a oferta de procedimentos da atenção básica, da média e da alta complexidade. A PPI relativa a 2000 serviu de subsídio para o levantamento das referências ambulatoriais e hospitalares e a identificação dos municípios-sede de região e municípios-polo de macrorregião.

O documento aponta como tarefa do Estado a reformulação da PPI após a conclusão do PDR, para readequar a pactuação anterior e garantir as referências dentro dos módulos assistenciais, demonstrando o forte papel do Estado no processo de regionalização.

Na apresentação do PDR e do Projeto Piloto de Penedo, em seminários de sensibilização, os técnicos observaram um problema-chave levantado pelos participantes: a não garantia da referência acordada entre os gestores na Programação Pactuada Integrada - PPI. Esse fato gerou descontentamento entre os gestores municipais e ao secretário de saúde do município de Penedo (sede da microrregião), por não haver os procedimentos da média complexidade nível 1 nessa cidade.

A PPI traz à tona a necessidade de negociação na pactuação entre os municípios.

Observa-se que é por meio da Secretaria de Estado da Saúde que estão organizadas as referências. Um aspecto relevante é que conta com referência interestadual de serviços especializados/procedimentos em outros Estados atendimentos tais como: cirurgia do coração em São Paulo; infectologia (HIV reaplicação de carga viral PCR) em São Paulo; nefrologia em Recife; reabilitação especializada em Brasília ou Salvador; pneumologia (transplante de pulmão) em Porto Alegre; entre outros. Nota-se a necessidade de se percorrer longas distâncias para tratamentos mais especializados.

Quanto à subcategoria 2.2, **definição dos grupos ou procedimentos em cada município, no Estado de São Paulo**, segundo o documento Estadual em análise do ano 2002, partiu-se das recomendações da NOAS e utilizou-se a estratégia de levantamento da produção dos serviços de saúde por procedimento, com o objetivo de identificar condições dos municípios para assumir as ações de atenção básica à saúde e condições para habilitação a municípios-sede, realizando os procedimentos mínimos de média complexidade e internações nas clínicas básicas.

No PDR - 2008, a opção foi pela análise da situação atual e posterior definição dos parâmetros a serem utilizados na elaboração da PPI. O Grupo Bipartite adotou e aprovou na CIB/SP para assistência ambulatorial o período de julho de 2006 a junho de 2007, da produção aprovada disponibilizada no sistema de informações ambulatoriais/SIA, do DATASUS e, para assistência hospitalar, o período de janeiro a dezembro de 2006, da produção aprovada, disponibilizada no Sistema de Informações Hospitalares/SIH, do DATASUS. O levantamento de dados para o estabelecimento de parâmetros propicia a geração de material, que permite aos gestores e técnicos procederem à análise dos dados de produção ambulatorial e hospitalar no âmbito municipal, regional e macrorregional. O documento também esclarece que, em casos de divergências com outras fontes, deverão prevalecer os dados da base utilizada pelo Grupo Bipartite da PPI.

No Estado de **Alagoas**, foi realizado o levantamento e análise de dados dos relatórios do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/DATASUS), entre outros relatórios. A análise ressalta a baixa realização de procedimentos de atenção básica e de média complexidade simples (elenco de procedimentos denominados pela NOAS como atenção básica ampliada e de média complexidade 1), o que dificultou a identificação imediata de municípios sede de módulo e o processo de microrregionalização (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE ALAGOAS, 2002).

O PDR-2011 apresenta novo desenho territorial com divisão em regiões sanitárias do Estado de Alagoas e realiza mapeamento dos serviços de saúde existentes no Estado.

A terceira categoria, **Política e Gestão** (Quadro 4), apresenta as subcategorias: cadastro dos estabelecimentos de saúde, tipo de gestão de cada município, colegiados, controle regulação e avaliação e desenvolvimento de recursos humanos, conforme quadro a seguir:

**Quadro 4: Política e Gestão e Subcategorias**

CATEGORIA 3:	SUBCATEGORIAS:
3. Política e Gestão de Saúde	3.1 Estabelecimentos de saúde
	3.2 Colegiados
	3.3 Desenvolvimento de Recursos Humanos

No Estado de São Paulo, segundo documentos oficiais, o gestor estadual de saúde, “vem buscando o fortalecimento do Sistema no Estado, através do nível central e regional, promovendo equidade entre as regiões de saúde e municípios [...] articulando e gerenciando políticas e ações de saúde no âmbito do Estado” (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2002, p. 14).

A Secretaria de Estado da Saúde estava organizada administrativamente em duas Coordenações, uma para o Interior e outra para a Grande São Paulo, e 24 Diretorias Regionais de Saúde, sendo cinco na Grande São Paulo e dezenove no Interior do Estado.

O Estado conta com 645 municípios e uma população que se aproxima de 40 milhões de habitantes, com densidade demográfica de 148,96 habitantes por km<sup>2</sup>.

A estratégia adotada para subsidiar o processo de implantação da NOAS foi a realização de projeto-piloto em três regionais de saúde: Campinas, São José dos Campos e Santo André. A área escolhida para São

José dos Campos foi a metodologia dos indicadores de saúde; para Santo André, o estudo da regionalização; e para Campinas, a PPI.

Em 2007, segundo o PDR - 2008, a SES desencadeou o processo através de Oficinas Regionais no período de maio e junho de 2007, partindo-se do diagnóstico de situação de saúde regional, da definição das regiões de saúde e da constituição dos Colegiados de Gestão Regional. Este tripé foi pressuposto para a formação da base de pactuação no âmbito regional e dos Departamentos Regionais de Saúde para a construção do Plano Estadual de Saúde.

O PDR - 2008 resultou desse processo de identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde interestaduais, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB em julho de 2007.

No Estado de Alagoas, segundo os documentos analisados, o planejamento compartilhado da gestão estadual preocupou-se em estabelecer o Plano de Desenvolvimento Sustentável, baseado na criação de regiões administrativas e de planejamento. A proposta de microrregionalização dos serviços de saúde, naquela época, foi considerada compatível com o Programa de Governo de Alagoas. Além disso, a organização proposta pela área da saúde estimula uma cooperação intermunicipal e dos municípios com o Governo do Estado, pela Secretaria de Estado da Saúde.

Dessa forma, o documento Plano Diretor de Regionalização, no desenho da regionalização de Alagoas, contemplava em 2002, treze microrregiões, cinco regiões e duas macrorregiões.

O referido documento aborda a política e a gestão das ações de saúde de média e de alta complexidade no Estado de Alagoas, e demonstra que as diretrizes da política de média complexidade devem ser discutidas e traçadas pelos gestores federais, estaduais e municipais. Quanto à gestão da política de alta complexidade, o documento traz que é responsabilidade do Estado e, assim, lista as atribuições intransferíveis do gestor estadual e as responsabilidades dos municípios em gestão plena do sistema municipal que ofertarem serviços de alta complexidade em seu território.

O PDR - 2011 de Alagoas, aprovado pela CIB/AL 072/2011, apresenta a reorganização da saúde em dez regiões sanitárias de saúde. Os critérios para delimitação das regiões de saúde tiveram como base inicial a proposta de 2009 legitimada nos colegiados e discutida com equipe técnica da SESAU. O documento aponta que o desenho das regiões de saúde é dinâmico e que poderão ocorrer mudanças durante o processo de pactuação.

Referente à subcategoria 3.1, **estabelecimentos de saúde**, na região de **Jundiáí**, os documentos apresentam oferta de serviços com



cadastramento dos estabelecimentos de saúde e os procedimentos que cada município realiza nessa microrregião. É considerado instrumento importante para identificar recursos existentes e aperfeiçoamento de gestão.

Em relação a **Penedo**, o documento demonstra existência do cadastro dos estabelecimentos de serviços de saúde nos municípios e compara com os serviços realizados, analisando as distorções.

Quanto à subcategoria 3.2, **colegiados**, os municípios da região de **Jundiaí** fazem parte da região de Campinas, que totaliza 42 municípios. A região de Jundiaí demonstra ter relação intergestora presente, por apresentar iniciativas locais.

O PDR-2008 do Estado de São Paulo traz a formação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), como espaço com maior participação dos municípios, em especial dos de menor porte e recursos de saúde. Apoiados por câmaras técnicas podem produzir avanços nos sistemas loco - regionais, desde que haja uma coordenação bem articulada pelos DRS.

Em 2007, como consequência do Pacto pela Saúde, Alagoas iniciou o processo de implantação dos Colegiados de Gestão Regional - CGR, com o intuito de um espaço de pactuação e negociação entre gestores que convivem numa mesma realidade e que mantêm uma relação num processo de desenvolvimento da assistência à saúde num determinado espaço regional, as RS.

Em relação à subcategoria 3.3, **desenvolvimento de recursos humanos**, no caso **Jundiaí**, é entendido como essencial, já que é por meio da qualificação e motivação dos recursos humanos que será garantido o novo papel institucional das secretarias de saúde. Foi proposta a capacitação com relação aos aspectos mais gerais, relativos à política e gestão do SUS, como as questões de treinamentos técnicos específicos.

O PDR 2008 traz como plano de apoio às regiões de saúde, “fortalecer e aperfeiçoar a capacidade de gestão do SUS no Estado de SP, ampliando o acesso universal e integral às populações nas ações de saúde, com resolutividade e qualidade” (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008, p. 34).

Em **Alagoas**, no caso **Penedo**, nota-se presença marcante do Estado na cooperação técnica aos municípios e na capacitação. No desenvolvimento do processo de regionalização, foi realizado o Seminário Estadual sobre Microrregionalização com a participação de técnicos da Secretaria de Estado da Saúde e com assessoria de profissionais da Universidade de Campinas/SP e da Escola de Saúde Pública do Ceará. Definiu-se a realização do primeiro curso introdutório de sistemas microrregionais em oito seminários, e foi promovido o curso de 20 horas aos coordenadores e facilitadores dos seminários temáticos.

Os documentos (2011) e o site da Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas demonstram a utilização das estratégias de oficinas junto aos técnicos e gestores municipais e estaduais.

A quarta categoria, **Equidade de Acesso** (Quadro 5), nesta análise apresenta as subcategorias interfaces da regulação na regionalização e acessibilidade:

**Quadro 5:** Equidade de Acesso e Subcategorias

CATEGORIA 4:	SUBCATEGORIAS:
4. Equidade de Acesso	4.1 Interfaces da regulação na regionalização
	4.2 Acessibilidade

Com relação à subcategoria 4.1, **interfaces da regulação na regionalização**, segundo o documento Plano Diretor de Regionalização, o **Estado de São Paulo** institui o processo regulatório num aspecto mais amplo, ou seja, no fortalecimento da capacidade de gestão de intervir sobre o acesso dos cidadãos à assistência mais necessária de forma dinâmica, ordenada e equânime. Trata, ainda, que a regulação pressupõe organização de oferta de ações e serviços de saúde, adequando-os às necessidades a partir de um planejamento ascendente. Na prática, a regulação da assistência se traduz em centrais (centrais de vagas), que, segundo o documento, terão abrangência, distrital, municipal, microrregional, macrorregional e estadual, de acordo com o grau de complexidade da assistência que se deseja regular.

**Jundiá** contempla a criação de mecanismos de regulação entre os principais deveres e prerrogativas da Secretaria de Saúde para os atendimentos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, garantia ao parto e à gestante de alto risco, entre outros. Manifesta a necessidade da efetiva implantação do Sistema Municipal de Regulação, com gradativa incorporação de procedimentos a serem regulados e a preocupação de um sistema eficiente de comunicação e informação de todos os serviços.

Em **Alagoas**, o documento estatal exprime que a regulação tem como referência atual o Plano Diretor de Regionalização (2002) e aponta como deve ser exercida em todos os níveis de referência, na busca por equidade de acesso, respeitando-se a PPI. A regulação apresenta-se dividida em assistência ambulatorial e assistência hospitalar. A assistência ambulatorial estabelece mecanismos, tais como os contratos firmados entre

Secretaria de Estado, Secretarias Municipais de Saúde e prestadores de serviços, constando os serviços a serem contratados e ofertados e agendamento por telefone, por meio das Secretarias de Saúde, diretamente aos serviços de referência, entre outros. A regulação hospitalar segue a lógica da hierarquização dos níveis de referência intermediários, contemplando a relação entre os municípios componentes dos módulos assistenciais das microrregiões, regiões e macrorregiões, com o objetivo de tornar os serviços mais acessíveis ao usuário.

Na subcategoria 4.2, **acessibilidade**, no caso **Jundiá**, o documento estatal deixa evidente que a falta de uma rede de referência e contrarreferência intermunicipal e, ainda, a falta de fluxos pactuados com os serviços regionais especializados dificultam o acesso da população. Entende-se que o estabelecimento da referência entre os municípios, com clara garantia, beneficia o cidadão no sentido do acesso e da equidade.

A região de **Jundiá** demonstra certa clareza em relação ao acesso, incluindo, nos documentos, os percentuais de cobertura populacional. Observa-se a existência de organização entre os municípios em prol do acesso, de maneira ascendente.

No **Estado de Alagoas**, quanto a essa subcategoria 4.2, nota-se preocupação em descentralizar serviços especializados, que estão concentrados em Maceió e Arapiraca, com o intuito de torná-los mais acessíveis. Percebem-se, ainda, em relação à **acessibilidade**, as longas distâncias a serem percorridas pelo usuário para conseguir o tratamento, principalmente quando se trata de atendimentos mais especializados e de referências interestaduais. Para determinados casos, o atendimento é realizado em São Paulo, Brasília, Salvador, Recife, Rio de Janeiro, quando se tem referência, mas há, também, falta de referência, como para ressonância magnética.

No PDR-2011, o item **acessibilidade** consta dos princípios e diretrizes, a busca por garantia de acesso à serviços de saúde de qualidade, de diferentes níveis de densidade tecnológica.

A quinta e última categoria apresentada neste trabalho, referente à análise dos documentos, é o **Investimento** (Quadro 6), e conta com a subcategoria Plano Diretor de Investimento:

#### Quadro 6: Investimento e Subcategoria

CATEGORIA 5:	SUBCATEGORIA:
5 Investimento	5.1 Plano Diretor de Investimentos

O Plano Diretor de Investimento do **Estado de São Paulo**, segundo documento em análise, foi elaborado com o objetivo de direcionar recursos para a implementação de redes assistenciais de saúde, contemplando, assim, o processo de regionalização. Nota-se que foi realizado um diagnóstico da existência ou suficiência e insuficiência tecnológica. Dessa forma, a Secretaria de Estado da Saúde realizou levantamento quanto à capacidade de produção versus produção e necessidade da população. Para cálculo dessa necessidade da população, afirma ter utilizado os critérios e parâmetros dispostos na Portaria Ministerial GM/MS, número 544, de 11 de abril de 2001, que faz recomendações quanto aos convênios de investimentos no processo de regionalização da assistência, e, assim, expõe as necessidades de investimentos.

O PDR-2008 aponta para vários movimentos se consolidaram para a efetivação da regionalização no Estado de São Paulo. Um desses movimentos foi a elaboração e aprovação da PPI e ainda, visando fortalecer o planejamento e a gestão estadual e regional do sistema, estão se constituindo a exemplo dos projetos de qualificação das regiões de saúde, com recursos de investimento, configurando um PDI construído pelos CGR.

No Estado de Alagoas, segundo o documento Plano Diretor de Investimentos, explicita-se uma série de demandas de investimentos em equipamentos e estruturas físicas capazes de melhorar o atendimento à população. As necessidades de investimentos foram apontadas de acordo com a organização de regionalização. As necessidades de investimentos pleiteados representam necessidade em ofertar atendimentos no âmbito da atenção básica ampliada, média complexidade 1, redes de referência especializadas e alguns procedimentos de alta complexidade.

O PDR-2011 (Alagoas) coloca como um dos principais desafios a necessidade de configurar e implementar um PDI que possibilite reduzir as desigualdades nos perfis de saúde existentes nas regiões.

### **Considerações finais**

A análise do estudo dos casos permitiu perceber que a regionalização é de fato uma estratégia de organização dos serviços de saúde entre os municípios, no sentido de organizar e otimizar a oferta segundo as necessidades de saúde da população, potencializa a organização de redes regionalizadas, facilitando a resposta às necessidades de saúde da população, melhora o acesso aos serviços e otimiza recursos disponíveis na região.

Pode-se afirmar, ainda, que é uma das estratégias de articulação e integração dos sistemas municipais de saúde por potencializar a organização

de redes regionalizadas, facilitar a resposta às necessidades de saúde da população, melhorar o acesso aos serviços, e, também, por poder otimizar os recursos disponíveis na região, trazer significativas economias de escala e superar desafios locais, porém, não garante qualidade per si.

As regiões analisadas são distintas tanto em relação ao modelo de regionalização da saúde como em relação ao modelo de desenvolvimento socioeconômico. A região de Jundiá é considerada polo industrial e está em franco crescimento. Já Penedo/AL pertence a uma região considerada carente.

O processo de regionalização apresenta diferenças entre os casos analisados. Em Jundiá, o processo se deu de forma ascendente e natural, discutido com a Secretaria de Estado e municípios envolvidos. No caso de Penedo, o processo está inserido nas políticas de desenvolvimento e planejamento do governo estadual, com proposituras por parte da direção estadual.

O planejamento e a gestão municipal, integrados entre os municípios, podem reduzir dificuldades nos atendimentos de saúde de média e alta complexidade, possibilitando, de maneira regionalizada, valorizar as potencialidades locais e regionais, ao buscar soluções e novas possibilidades de administração dos problemas de saúde.

As políticas públicas de saúde combinam o financiamento das três esferas de governo com execução descentralizada no nível local.

Nos processos de regionalização, há de se considerar a gestão pública como o espaço de tomada de decisões, a partir da mediação entre necessidades/demandas sociais e a administração dos recursos governamentais disponíveis, principalmente quando há ampliação do grau de autonomia política e financeira dos entes federados, sobretudo da esfera local, consciente da articulação regional, no que diz respeito à busca de estratégias políticas, à tomada de decisões e ao controle das políticas de alcance social.

## Referências

ALMEIDA, E.S.,CASTRO, C.G.J.; VIEIRA, C.A..L. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1998.

ALMEIDA, E.S.,CASTRO, C.G.J.; VIEIRA, C.A..L. **Distritos Sanitários: concepção e organização**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2001.

ARENDT, H. **A Condição Humana**. 5. ed. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 1991.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 1, Jan. 2013 .

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROSO, D. S. **Políticas de Recursos Humanos, do Discurso Oficial à Prática: Um Estudo Realizado na Administração Direta do Estado do Espírito Santo**. Dissertação de Mestrado, EBAP/FGV, sd.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde : desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**, 1ª. Edição, Brasília : Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos. **Experiências Inovadoras no SUS**, Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 22 fev. 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil**. In: Fleury S, organizadora. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de

CARVALHO, G.C.M. **O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001**, 2002. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo.

FRANCO, T.B., MERHY, E.E. **PSF: Contradições de um programa destinado a mudança do modelo assistencial**. Campinas, 2000 (mimeografado).

KAMIMURA, Q. P. **Microrregionalização: Uma proposta metodológica, estratégica e organizacional para os serviços de média e alta complexidades no litoral norte paulista**, 2004. Dissertação de Mestrado, Universidade de Taubaté.

KAMIMURA. Q.P.; OLIVEIRA, E.A.A.Q.; MOLINA, V.L.I. **Análise da estratégia de regionalização do setor saúde: uma contribuição para o desenvolvimento local**. In: Estudos de gestão e desenvolvimento regional. São Paulo: Oficina de Livros, 2008.

MARTINELLI, M.L. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MENDES, E. V. A Missão dos Sistemas Microrregionais de Saúde. **Relatório de Consultoria realizada na Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, julho/99.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos. **Experiências Inovadoras no SUS**, Brasília, 2002.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE ALAGOAS, Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas, 2002.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO, Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, 2002.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO, Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, 2008.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE ALAGOAS, Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TONI, J.; KLARMANN, H. Regionalização e planejamento: reflexões metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha. **Ensaio FEE** (Fundação de Economia e Estatística), vol. 23, nº especial, Porto Alegre: 2002, p. 518-537.

VIANA, A. L. **Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas.** In: Revista de Administração Pública, março/abril, vol.30, nº 02, 1996.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos.** Tradução: Daniel Grassi. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.