



## Regionalização da saúde no Rio Grande do Sul: aspectos históricos e organizacionais

Health regionalization in Rio Grande do Sul: historical and organizational aspects

### Priscila Farfan Barroso

Doutora em Antropologia Social, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Professora Assistente), Vitória da Conquista, BA, Brasil;  
E-mail: prifarfan@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4815-4792

### André Luis Alves de Quevedo

Mestre em Epidemiologia, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (Especialista em Saúde), Porto Alegre, RS, Brasil;  
E-mail: andrequevedo\_sls@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-9314-7578

### Beatriz de Arruda Pereira Galvão

Mestra em Ciências da Reabilitação, pela Universidade Federal de Minas Gerais; Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (Especialista em Saúde), Porto Alegre, RS, Brasil;  
E-mail: beatriz-galvao@saude.rs.gov.br; ORCID: 0009-0006-3127-3863

### Karen Chisini Coutinho Lütz

Mestra em Enfermagem, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (Especialista em Saúde), Porto Alegre, RS, Brasil;  
E-mail: karen-coutinho@saude.rs.gov.br; ORCID: 0000-0001-6159-5077

### Arthur Chioro

Doutor em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de São Paulo; Universidade Federal de São Paulo (Professor Adjunto), São Paulo, SP, Brasil;  
E-mail: arthur.chioro@unifesp.br; ORCID: 0000-0001-7184-2342

### Cristian Fabiano Guimarães

Doutor em Psicologia Social e Institucional, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal de São Paulo (Professor Assistente), São Paulo, Brasil;  
E-mail: crisfabg@gmail.com; ORCID: 0000-0003-3101-634X

**Resumo:** O artigo analisa os marcos legais e normativos construídos pelo Estado do Rio Grande do Sul (RS), a partir das legislações federais, bem como destaca as escolhas e os caminhos traçados na gestão estadual para implementação da regionalização da saúde, de 1935 até o ano de 2020. Foi realizada uma pesquisa documental e bibliográfica, utilizando documentos e normativas do Sistema Único de Saúde, disponíveis em sites públicos e nos arquivos internos da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. A primeira fase compreendeu o período de estabelecimento da Secretaria de Saúde, de 1935 até 2000. A segunda fase abarca o Plano Diretor de Regionalização no RS, de 2002, passando pela implementação do Pacto pela Saúde, de 2006, e seus desdobramentos até 2009. E, a terceira fase, deu-se a partir da Portaria nº 4.279/2010 e do Decreto nº 7.508/2011, com a criação de uma nova configuração territorial para as regiões de saúde no Estado, objetivando a implementação das Redes de Atenção à Saúde. Conclui-se que no Estado do RS, a regionalização da saúde acompanhou as normativas federais, tendo configurações próprias da burocracia estatal.

**Palavras-chave:** Regionalização da Saúde; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde.

**Abstract:** The article analyzes the legal and regulatory frameworks built by the State of Rio Grande do Sul (RS), based on federal legislation, as well as highlights the choices and paths traced in state management for the implementation of health regionalization, from 1935 to the year de 2020. A documentary and bibliographical research was carried out, using documents and regulations of the Unified Health System, available on public websites and in the internal files of the Secretary of Health of the State of Rio Grande do Sul. The first phase comprised the period of establishment of the Secretariat of Health, 1935, until the years 2000. The second phase began with the Directive Plan for the Regionalization of RS, in 2002, passing through the implementation of the Pact for Health, from 2006, and its consequences until 2009. And, the third phase, occurred from Ordination nº 4.279/2010 and Decree nº 7.508/2011, with the creation of a new territorial configuration for the Health Regions in the State, aiming at the implementation of the Health Care. It is concluded that in the State of RS, the regionalization of health followed the federal regulations, having configurations specific to the state bureaucracy.

**Keywords:** Regional Health Planning; Health Policy, Planning and Management; Health Planning; Health Management.

## Introdução

A regionalização da saúde pode ser entendida como o “processo técnico-político condicionado pela capacidade de oferta e financiamento da atenção à saúde, mas também pela distribuição de poder e pelas relações estabelecidas”<sup>1:2882</sup> entre diversos atores sociais, considerando seus territórios. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a regionalização é um dos princípios organizativos fundamentais para a gestão compartilhada entre os entes federativos e para a descentralização das ações e de serviços de saúde. No entanto, ao longo dos anos, a regionalização da saúde ampliou o seu significado, tornando viável a doutrina da universalidade equitativa e integral do SUS<sup>2</sup>.

Para a análise da regionalização da saúde no Estado do Rio Grande do Sul (RS), parte-se de pesquisa documental e bibliográfica, através da busca de documentos e normativas do SUS, a fim de explicitar os marcos legais que vêm efetivando o processo de regionalização no estado. Conforme Marconi e Lakatos<sup>3</sup>, a pesquisa documental visa se debruçar sobre a coleta de dados primários compilados pelo pesquisador ao acessar arquivos públicos e institucionais. Nesse caso, os arquivos públicos foram consultados no site da Assembleia Legislativa do RS, no Diário Oficial Eletrônico do Estado do Rio Grande do Sul (DOE/RS) e na Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). Os arquivos institucionais foram acessados através de materiais físicos e pastas virtuais no setor da Assessoria de Gestão e Planejamento (AGEPLAN) da SES/RS.

Foi realizada adicionalmente pesquisa bibliográfica, que abrange fontes secundárias sobre o tema de estudo disponíveis por meio de publicação<sup>3</sup>. Foram pesquisadas bibliotecas digitais que reúnem produção acadêmica brasileira, destacando-se o *Brasil Scientific Electronic Library*

*Online* (SciELO Brasil), o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e as principais bibliotecas das universidades do RS, como Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS), Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade de Passo Fundo (UPF), entre outras.

Para a sistematização e análise de dados, o texto toma como base a proposta adaptada de Albuquerque e Viana<sup>4</sup>, com o objetivo de visualizar três fases do processo de regionalização da saúde e da constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS). De acordo com as autoras, a primeira fase se evidenciou pelas normatizações para o estabelecimento da regionalização em redes hierarquizadas de prestação de serviços em saúde, a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002. A segunda fase se deu a partir do Pacto pela Saúde<sup>5-6</sup>, com a criação dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR) e negociações entre os gestores federados. E a terceira fase foi iniciada pela Portaria do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 4.279/2010<sup>7</sup>, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no SUS, e o Decreto federal nº 7.508/2011<sup>8</sup>, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990<sup>9</sup> quanto a organização e planejamento do SUS, além de elucidar a articulação interfederativa.

Ao longo do texto, essa divisão foi empregada para analisar o processo de regionalização no RS, de modo que evidenciaremos três fases: a primeira fase compreende o período de estabelecimento da Secretaria de Saúde, no ano de 1935 até os anos de 2000 - permitindo conhecer como se deu a estruturação da regionalização da saúde, a partir da divisão da administração da gestão em saúde no âmbito estadual. A segunda fase abarca o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do RS<sup>10</sup>, de 2002, passando pela implementação do Pacto pela Saúde de 2006<sup>5-6</sup>, e seus desdobramentos no RS até 2009. E a terceira fase, apresentada a partir da Portaria GM/MS nº 4.279/2010<sup>7</sup> e do Decreto nº 7.508/2011<sup>8</sup>, com a criação de uma nova configuração territorial para as regiões de saúde no RS, objetivando a implementação das RAS, o que impacta nas práticas de governança e gestão das regiões de saúde analisadas até o ano de 2020.

Ressalta-se que, o presente artigo é parte integrante da pesquisa “Análise dos processos de regionalização, gestão e planejamento para a implementação das Redes de Atenção à Saúde no Rio Grande do Sul”, que teve financiamento pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e busca investigar o processo de implantação e conformação da regionalização da saúde e do planejamento regional no Rio Grande do Sul, com vistas à implementação das Redes de Atenção à Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da IMED/Porto Alegre e Comitê de Ética

na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, sob o número CAAE 39496820.6.0000.5319

Assim, busca-se, no presente artigo, analisar os marcos legais e normativos construídos pelo Estado do RS, a partir das legislações federais, bem como destacar as escolhas e os caminhos traçados pela gestão estadual para a incorporação da regionalização como dispositivo indutor de processos sanitários de gestão do SUS.

### **Primeira fase: reorganizando o território e a administração da gestão estadual**

Em 1935, o Decreto estadual nº 5.969<sup>11</sup> definiu a concepção da Secretaria do Estado dos Negócios da Educação e Saúde no RS. E, após 20 anos, a saúde ganhou uma maior autonomia através da Lei estadual nº 3.602/1958<sup>12</sup>, que institui a Secretaria do Estado dos Negócios da Saúde separada da área da Educação. O movimento de institucionalização de uma área governamental específica para a saúde seguiu a mesma tendência observada em âmbito federal, já que em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, também desmembrado do antigo Ministério da Educação e Saúde Pública, instituído em 1930.

Se inicialmente a saúde era concebida como estrutura de governo de forma indiferenciada ou anexa à educação, após mais de vinte anos ela ganha autonomia, compondo um modo distinto de Governo e expressando outro lugar de destaque para a saúde pública na agenda governamental. Foi esse contexto que oportunizou um primeiro processo de regionalização da saúde no RS, com a institucionalização das regiões administrativas.

Posteriormente, além da estrutura central, o Decreto estadual nº 16.773/1964<sup>13</sup> criou os Departamentos de Serviços Regionais, a partir de regiões administrativas, que deveriam gerenciar o sistema de saúde em nível regional. Guimarães et al.<sup>14</sup> entendem que essas estruturas locorregionais tornaram a SES/RS mais próxima da realidade cotidiana, da política dos municípios e de atores sociais relevantes.

Em sequência, o Decreto estadual nº 21.240/1971<sup>15</sup> definiu a nova nomenclatura e organização da Secretaria de Saúde. Contudo, a área da saúde passou a ser responsável também pela gestão da área do Meio Ambiente. E, a partir do Decreto estadual nº 29.103/1979<sup>16</sup> definiu-se nova nomenclatura e organização para a pasta, que passou a ser denominada Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente (SSMA). Analisa-se que, diferentes gestões estaduais do RS moldam distintas concepções e denominações para a Secretaria da Saúde, contexto que pode estar relacionado às modificações da Saúde Pública enquanto objeto expoente no campo teórico e prático.

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988<sup>17</sup>, e da lei federal nº 8.080/90<sup>9</sup>, enfatizaram-se os princípios organizativos de descentralização e regionalização na gestão

e execução das ações e serviços de saúde. A partir da Portaria GM/MS nº 545/1993<sup>18</sup>, que estabeleceu Normas Operacionais Básicas (NOBs) no SUS, foram propostos mecanismos de negociação do financiamento das ações em saúde através de Comissões Intergestores. No RS implantou-se a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), através da Portaria SSMA/RS nº 09/1993<sup>19</sup>, tendo por atribuições formular, executar e acompanhar os processos de negociação e decisão entre gestor estadual e gestores municipais, por meio da pactuação consensual. Ressalta-se que, as CIBs são cruciais para as “negociações relativas à descentralização, distribuição de recursos financeiros federais e estaduais, definição de responsabilidades e construção de parcerias entre entes federativos.”<sup>20:644</sup>.

Por sua vez, o Decreto estadual nº 35.920/1995<sup>21</sup> dispunha sobre a estrutura básica da SSMA/RS, destacando a coordenação, a supervisão e a avaliação da participação da Secretaria de Saúde na descentralização dos programas de saúde. Esse processo de descentralização deveria envolver os departamentos de ações em saúde, a assistência hospitalar e ambulatorial, os departamentos regionais de saúde, os hospitais e hemocentros, além da Escola de Saúde Pública. No regimento interno da SSMA, publicado pelo Decreto estadual nº 36.502/1996<sup>22</sup>, também era reforçada a importância dos processos de gestão a partir da articulação dos departamentos regionais de saúde. Sublinhe-se que, em 2001 tais departamentos passaram a ser denominados como Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), sendo a elas atribuídas a responsabilidade pelo “planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviço”<sup>23:7</sup>, de acordo com o exposto no PDR do RS, de 2002.

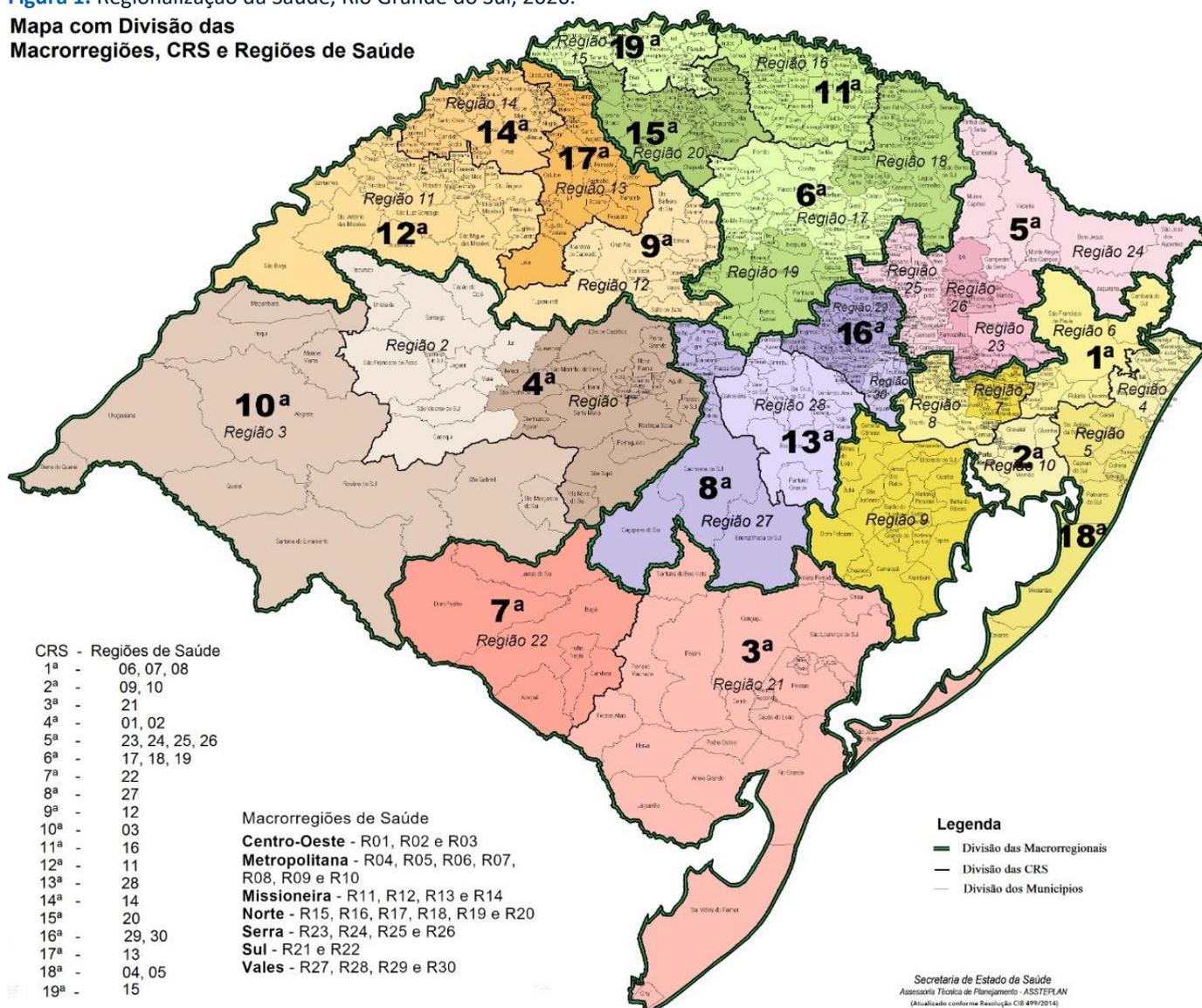
Cabe enfatizar que, a divisão territorial das CRSs no Estado do Rio Grande do Sul variou ao longo do tempo, tanto em relação ao recorte territorial, como em relação à nomenclatura dessas estruturas administrativas vinculadas à SES/RS. Embora esses diferentes recortes buscassem responder às necessidades administrativas, não se pode desconsiderar as lutas existentes no territorial regional entre grupos de interesses distintos que disputam a hegemonia sobre cada território e que influenciam o recorte administrativo das regiões do RS.

Nessa perspectiva, o Decreto estadual nº 17.868/1966<sup>24</sup> considerou oito Regiões Sanitárias como Departamentos de Serviços Regionais. Já o Decreto estadual nº 30.090/1981<sup>25</sup> nomeou-as como Delegacias de Saúde e ampliou para dezesseis o número de delegacias existentes. No Decreto estadual nº 34.101/1991<sup>26</sup> se alterou a configuração territorial das Delegacias 9ª, 12ª e 15ª e foi criada a 17ª. Já o Decreto estadual nº 34.636/1993<sup>27</sup> alterou a divisão territorial e criou a 18ª Delegacia Regional de Saúde. Ainda, o Decreto estadual nº 37.166/1997<sup>28</sup> realizou alterações entre as correspondências dos municípios e as delegacias regionais.

Em 2001, por meio do Decreto estadual nº 40.991<sup>29</sup>, as delegacias foram renomeadas para Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e acrescentou-se a 19ª. Em sequência, o Decreto estadual nº 50.125/2013<sup>30</sup> realizou novas alterações de configuração territorial entre as CRS; e, por fim, o Decreto estadual nº 50.217/2013<sup>31</sup> realizou alterações entre os municípios que compõem as 1ª e 2ª CRS. Assim, nos últimos vinte anos a gestão regional da saúde no RS foi implementada por 19 CRSs. A divisão territorial da regionalização da saúde por Coordenadoria Regional de Saúde, região de saúde e macrorregião de saúde, no ano de 2020, pode ser observada na Figura 1.

**Figura 1.** Regionalização da Saúde, Rio Grande do Sul, 2020.

**Mapa com Divisão das Macrorregiões, CRS e Regiões de Saúde**



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (2020).

As mudanças de nomenclatura das divisões regionais da Secretaria de Saúde não são escolhidas ao acaso. Representam projetos técnico-políticos que expressam diferentes modos de conceber o papel das regiões administrativas no território, como órgãos de polícia, fiscalização, cooperação ou

apoio aos municípios. Nesse sentido, traduzem pontos de vistas distintos que se relacionam com o trabalho que é ofertado e a postura adotada pelos atores regionais.

Sinaliza-se que, o desenho territorial da saúde não acompanhou a divisão estabelecida pelos Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDES), positivados pela Lei estadual nº 10.283/1994<sup>32</sup>, a qual evidenciava a descentralização administrativa compondo as regiões de planejamento - que constituem a base para a elaboração dos planos plurianuais e do orçamento do Estado do Rio Grande do Sul.

Este aspecto precisou ser sustentado, haja vista que todo processo de planejamento governamental que depende de uma base territorial é desafiador no contexto da SES/RS, dadas as especificidades e legislações do setor Saúde. Apesar das estruturas de planejamento governamentais se dividirem a partir das COREDES, na saúde o planejamento e a organização do território são concatenados de forma diferente, podendo resultar em uma descontinuidade no processo de governança e gestão estadual do território.

Os COREDES dispõem de configurações territoriais específicas para promover o desenvolvimento regional, por meio da integração de recursos estatais. Contudo, algumas secretarias da administração estadual dispõem de configurações díspares. Bandeira<sup>33</sup> destaca que quando cada setor (saúde, educação, segurança, entre outros) utiliza uma proposta de regionalização administrativa diferente, não se potencializa uma atuação integrada da administração pública estadual em escala regional. Assim, percebe-se que a regionalização da saúde é um conceito organizativo que está sempre em disputa, nos diferentes momentos e por diversos atores.

Nessa sequência, em 1999 a Secretaria de Saúde foi separada definitivamente da Secretaria do Meio Ambiente. A Lei estadual nº 11.362/1999<sup>34</sup> enfatizou as competências específicas da área da saúde: diretrizes da política de saúde; promoção e proteção da saúde; assistência médico-hospitalar; vigilância epidemiológica e sanitária; controle de exercício profissional vinculado à saúde; elaboração e fornecimento de produtos profiláticos e terapêuticos; informação e orientação da saúde; capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos para as áreas de saúde. A partir do processo supracitado, a SES/RS buscou fortalecer os fluxos, instrumentos e práticas institucionais para consolidar o processo de descentralização e regionalização<sup>23</sup>.

### **Segunda fase: estabelecendo compromissos para a descentralização**

A construção do Plano Diretor de Regionalização (PDR)<sup>10</sup> da saúde do RS, em 2002, foi desencadeado a partir da Portaria GM/MS nº 373/2002<sup>35</sup>, que estabeleceu Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002 e delegou às secretarias estaduais de saúde a responsabilidade pela regionalização da

saúde. É essa normativa o marco histórico que define a segunda fase do processo de regionalização do RS.

Conforme Guimarães et al.<sup>14</sup>, o PDR tinha como objetivo construir um mapa da regionalização da atenção à saúde e identificar as necessidades de investimentos nos territórios, para a definição e articulação das ações e serviços de saúde. Assim, foi construído o diagnóstico da situação de saúde, as diretrizes e metas da gestão estadual, a organização do sistema de saúde em sete macrorregiões de saúde e um plano diretor para investimentos das ações e serviços nos territórios regionalizados. Convém sublinhar que, o PDR não trazia uma ideia de região de saúde distinta da noção de região administrativa. Esse aspecto fica evidente na medida em que o PDR reforça as microrregiões de saúde e institui a noção de macrorregião de saúde.

Salienta-se que, o movimento das microrregiões foi muito importante para a organização do sistema de saúde no RS. Ao aproximar os municípios pequenos, a partir de um recorte microrregional, aprofundou o elo entre esses, redes de relações e a identidade microrregional - fortalecendo, dessa forma, o processo de regionalização da saúde.

Pela leitura do PDR, percebe-se que a definição de descentralização da gestão e a regionalização da atenção à saúde, apontada neste instrumento de planejamento, miravam na garantia e na qualidade da atenção necessária à saúde no território do RS. Para isso, buscou-se o fortalecimento das diferentes instâncias de pactuação, assim como a inversão da cultura vertical de planejamento, acompanhamento e organização da atenção à saúde ao considerar a gestão a partir de um vetor ascendente. Neste período, foram estabelecidas no RS as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) Regionais, pela Resolução CIB/RS nº 25/2003<sup>36</sup>, cuja estrutura e organização estavam sob a responsabilidade das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

Em sequência, o Decreto estadual nº 44.050/2005<sup>37</sup> aprovou o regimento interno da SES/RS, elucidando, mais uma vez, a relevância da regionalização na articulação das CRS, nas ações da vigilância em saúde e na descentralização das ações, serviços e programas de saúde. Esse decreto potencializava o PDR e os seus desdobramentos. Até este período, avançou-se na institucionalização de mecanismos de governança e gestão regionalizados, a exemplo das CIBs Regionais. Não existia no país registro oficial de necessidade de descentralizar a instância de pactuação para o nível regional. No caso do Rio Grande do Sul, os gestores estaduais perceberam a importância desse movimento e institucionalizaram as CIBs Regionais no território gaúcho.

No ano de 2006, houve a publicação do Pacto pela Saúde<sup>5</sup>, com a definição de diretrizes operacionais englobando o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. O primeiro estabelecia prioridades e compromissos sanitários entre os governos federal, estaduais e

municipais; o segundo instituía ações concretas e articuladas entre as três instâncias federativas para defender e reforçar o SUS; e, o terceiro determinava responsabilidades entre os entes para gestão compartilhada e solidária do SUS.

Nessa Portaria também foram definidos mecanismos para a promoção e a qualificação do processo de regionalização, através da criação de espaços permanentes de pactuação e gestão compartilhada nas regiões de saúde, denominados Colegiado de Gestão Regional (CGR). Esses colegiados tinham seu funcionamento definidos em CIB e se constituíam por gestores municipais e representantes dos gestores estaduais que pactuavam compromissos, por meio de consensos. No RS, as CIBs Regionais, que já existiam nos territórios, foram transformadas em CGR, instituindo-se mais uma vez como mecanismo de governança e gestão regional sob o recorte administrativo regional.

O RS que já havia criado a Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIB Regional), via Resolução CIB/RS nº 25/2003<sup>36</sup>, publicou então a Resolução CIB/RS nº 45/2007<sup>38</sup>, atualizando a nomenclatura da CIB Regional para Colegiado de Gestão Regional (COGERE); além de prever a inclusão de representantes de todos os municípios gaúchos. E, na sequência, pela Resolução CIB/RS nº 227/2007<sup>39</sup>, foram constituídos dezenove COGEREs.

Apesar de serem instâncias importantes de pactuação no Estado do RS, nos COGEREs existiam dificuldades pontuadas pelos atores no processo decisório, tais como as decisões protocolares; a necessidade de cumprir hierarquicamente as normatizações estaduais; gestores que não compareciam nesses fóruns de negociação; a não efetiva valorização desses espaços para as discussões e tomada de decisões no nível regional; a interferência na troca de gestores municipais; os conflitos entre os municípios da região; entre outros<sup>40</sup>.

Atesta-se a hipótese de que, essas dificuldades estão relacionadas com o viés administrativo-burocrático das regiões administrativas de saúde, que, de forma reiterada, foram sendo investidas para assumir o papel de liderança regional do sistema de saúde, de forma centralizada.

Posteriormente, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.691/07<sup>41</sup> que previa incentivos financeiros do nível federal para apoiar as ações de regionalização nos estados. Para isso, foi criada a Resolução CIB/RS nº 171/2008<sup>42</sup> que regulamentou as transferências de recurso para a realização das atividades dos COGERES, a partir de um plano de aplicação. Nessa linha, a Resolução CIB/RS nº 314/2008<sup>43</sup> indicou um município de cada CRS para gerir recursos financeiros da Educação Permanente em Saúde no âmbito regional, reforçando a descentralização das ações do SUS. Esses incentivos financeiros também reforçam a importância do processo de regionalização no RS.

Além do governo estadual, a adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde se deu por meio do Termo de Compromisso de Gestão (TCG). No termo eram definidos os indicadores de monitoramento

e as responsabilidades dos municípios relacionados: à gestão do SUS; à regionalização; ao planejamento e programação; à regulação, controle e avaliação e auditoria; à gestão do trabalho; à Educação na Saúde; à participação e controle social.

Cargnelutti<sup>44</sup> reflete que os municípios se sentiam sobrecarregados nas ações pactuadas com a SES/RS e o Ministério da Saúde, já que os critérios regionais não estavam suficientemente estabelecidos e os gestores municipais não tinham autonomia e estrutura para absorver novas demandas advindas dessa pactuação. Essa situação parece explicar a baixa adesão dos municípios do RS ao Pacto pela Saúde, que era de cerca de 31% (n=153)<sup>14</sup>. Isso fez com que, no cenário estudado, muitos serviços continuassem sob a gestão estadual, ficando os municípios responsáveis apenas pela Atenção Primária à Saúde.

Contudo, se de um lado havia o receio dos municípios em aderir ao Pacto pela Saúde e assumir a gestão de serviços ofertados à população de seu território, de outro lado havia a possibilidade da gestão estadual perder o poder político sobre os prestadores de serviços da rede hospitalar filantrópica e privada, que passariam a ser gerenciados e contratualizados pelos municípios<sup>14</sup>. Nesse sentido, entendem os autores que essas questões fizeram com que o Pacto pela Saúde tenha sido menos impactantes no RS do que em outros estados brasileiros.

Por outra via, o Pacto da Saúde reforçou as diretrizes existentes nos instrumentos de gestão. De acordo com a Portaria GM/MS nº 699/2006<sup>6</sup>, são atribuições dos governos estaduais: formular, gerenciar e implementar o planejamento participativo e integrado, através da construção do Plano Estadual de Saúde (PES). Nesse sentido, o PES 2009-2011<sup>45</sup> também absorveu a discussão da regionalização e descentralização, destacando um capítulo específico para trabalhar essas diretrizes.

O capítulo elucidou o avanço do processo de regionalização no RS, mediante a constituição de redes de assistência em especialidades de alta complexidade (com incentivos financeiros aos hospitais), elencando as principais redes de assistência reestruturadas ou em reestruturação. As redes de assistência priorizadas foram: doenças cardiovasculares, gestante, leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), nefrologia, neurocirurgia, obesidade grave, oftalmologia, oncologia, queimados e traumatologia-ortopedia. Embora tais redes fossem delineadas a partir de especialidades médicas, tornaram-se cruciais para a estruturação das redes temáticas que vieram ser propostas em seguida.

Assim, a composição de redes assistenciais regionalizadas é um importante produto desta etapa do processo de regionalização. Notadamente, a institucionalização dessas redes de serviços de alta complexidade, que tinham como base o recorte macrorregional instituído pelo PDR, se beneficiou da estrutura de governança centralizada, embora desconcentrada no território através das CIBs Regionais e dos COGERES.

### Terceira fase: Redes de Atenção à Saúde (RAS) e regionalização da saúde

A terceira fase é marcada pela publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/2010<sup>7</sup>, que estabeleceu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, visando maior articulação das ações e serviços de saúde a partir de redes temáticas e regionalizadas. As RAS são “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente”<sup>46:2300</sup>.

As redes temáticas prioritárias propostas pela portaria federal supracitada foram materno-infantil, atenção às urgências, pessoa com condições crônicas, psicossocial e pessoa com deficiência. No entanto, sublinha-se que os estados poderiam criar suas próprias RAS e linhas de cuidados para responder às necessidades regionais. As RAS devem participar de sistemas de governança de cooperação entre instituições, organizações e atores políticos; além de ser importantes na racionalização de gastos e no melhor aproveitamento da oferta de serviços de saúde disponíveis<sup>47</sup>.

Na sequência, foi publicado o Decreto Presidencial nº 7.508/2011<sup>8</sup>, que trouxe a necessidade dos estados realizarem a definição das regiões de saúde, em articulação com os municípios, considerando as diretrizes pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Nessa perspectiva, entende-se por região de saúde um “recorte territorial, administrativo-sanitário [...] definindo para a população um espaço sanitário de serviços, constituído pelas redes de atenção à saúde, dotadas de inteligência sanitária que permita à pessoa o acesso ao itinerário terapêutico”<sup>48:1283</sup>.

Por meio desse Decreto, reforçou-se a organização do SUS, as responsabilidades das ações e serviços de saúde entre os entes federativos de forma regionalizada e hierarquizada, criando, para isso, a Comissão Intergestores Regional (CIR). Deste modo, a forma como Santos<sup>48</sup> concebe as regiões de saúde é muito próxima da maneira como a regionalização vem sendo pensada no RS, especialmente na configuração definida anteriormente como recorte territorial administrativo-sanitário. Ressalta-se que, com a introdução do Decreto nº 7.508/2011<sup>8</sup>, o que muda no RS é a própria concepção de região de saúde, que se descola da noção de região administrativa. Trata-se de um movimento audacioso, porém desafiador, já que a região de saúde não está mais circunscrita à região administrativa.

Nesse passo, a CIR é considerada o “lócus de governança regional, configura o espaço de pactuação, cooperação e fortalecimento da região de saúde”<sup>49:853</sup>, pelas quais os gestores municipais e os representantes dos gestores estaduais de cada região de saúde analisam, discutem e definem os encaminhamentos sobre a organização das ações e serviços de saúde, assim como o financiamento das políticas de saúde de modo localregional.

Também foi proposto pelo Decreto nº 7.508/2011<sup>8</sup> a criação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), que permitiria estabelecer acordos de colaboração firmados entre entes

federativos para organizar e integrar ações e serviços, através da definição das responsabilidades, indicadores, avaliação e recursos financeiros para sua implementação na rede regionalizada e hierarquizada.

No Brasil, apenas os Estados do Ceará e do Mato Grosso do Sul assinaram o COAP<sup>50</sup>. O desafio para os gestores estaduais foi que esse instrumento, enquanto um contrato jurídico, definia a responsabilidade dos estados e municípios. Todavia, as obrigações do Ministério da Saúde nesses contratos não ficavam bem estabelecidas, especialmente as relacionadas aos aportes financeiros para a efetiva implantação das RAS.

Kranz e Rosa<sup>51</sup> apresentam a complexidade do COAP ao enfatizar a necessidade de financiamento suficiente; a condução da regionalização nas instâncias deliberativas regionais, estadual e federal; a organização de regiões de saúde com recursos físicos, financeiros e humanos adequados; e, as formas efetivas de cumprimento das responsabilidades.

A partir disso, foi formado no RS um grupo de trabalho (GT) entre trabalhadores do nível central da SES/RS, das Coordenadorias Regionais de Saúde e dos municípios para reorganizar o território regional<sup>52</sup>. Seu papel era assessorar as políticas de planejamento na elaboração dos instrumentos de gestão, visando o processo de regionalização da saúde. De tal forma que, com o Decreto nº 7.508/2011<sup>8</sup> houve um envolvimento de toda a gestão estadual do RS para estabelecer novas configurações e limites territoriais, de acordo com características geográficas, populacionais, de serviços, entre outros critérios, potencializando a descentralização da tomada de decisão.

Guimarães et al.<sup>14</sup> destacam que o grupo precisou de vários encontros, com a participação dos representantes regionais, utilizando diversas metodologias de indução do planejamento regional para chegar a esse fim. Já Bellini et al.<sup>52</sup> explicam que o desenho das regiões de saúde no RS considerou o recorte territorial de 100.000 a 500.000 habitantes, o raio total de 100 km de distância e o número máximo de gestores para um funcionamento adequado dessas reuniões de pactuação regional. E que, ao final da operação foram definidas 30 regiões de saúde no Estado do Rio Grande do Sul.

Destaca-se ainda que, em 2011, os Colegiados de Gestão Regional do Estado do RS, que eram definidos a partir das regiões administrativas constituídas pelas dezenove CRSs, foram alterados para abarcar as trinta regiões de saúde estabelecidas, passando a ser chamados de Comissões Intergestores Regionais (CIR). Na prática, esse processo foi um desafio, pois estava sedimentada a ideia de que a área da saúde era atrelada às estruturas burocrático-administrativas do Governo do Estado do RS<sup>14</sup>. De tal sorte que, essa alteração gerou implicações no desenvolvimento da discussão de regionalização, que ganhava novas configurações territoriais.

Assim, paulatinamente, as regiões de saúde foram se estabelecendo, tendo uma maior participação dos gestores estaduais e municipais, que passaram a compreender sua potencialidade. Albuquerque et al.<sup>53</sup> nos lembram que a CIR é um importante instrumento de governança regional, uma vez que há permanente negociação intergovernamental entre os entes implicados, além do compartilhamento de necessidades, planejamento e coordenação regional no âmbito SUS.

A proposta da regionalização e da governança regional também esteve presente nos instrumentos de gestão. Nesse sentido, destaca-se o PES 2012-2015<sup>54</sup>, que faz referência à regionalização de forma difusa, como uma diretriz mais geral para implementação das ações e serviços de saúde. Nesse documento são apresentadas as redes temáticas mais estruturadas no RS à época, tal como a Rede Cegonha e Primeira Infância Melhor, Atenção Psicossocial, Urgência e Emergência, Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Ainda, a Atenção Básica, Atenção Secundária e Terciária, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde aparecem no mesmo capítulo, como constitutivas das RAS, demonstrando o desafio de definir como se dá o processo de articulação e integração no âmbito regional.

Em sequência, em 2012 foi publicada a Resolução CIB/RS nº 555<sup>55</sup>, com a definição das 30 regiões de saúde e suas respectivas CIRs. Na continuidade, houve uma atualização da configuração de três regiões de saúde que dividem fronteiras na macrorregião de saúde Norte do estado através da Resolução CIB/RS nº 499/2014<sup>56</sup>, as quais não se adaptaram à primeira divisão estabelecida. Nessa reconfiguração, algumas regiões de saúde passaram a apresentar o mesmo território da região administrativa. Percebe-se que, nesses casos, mais uma vez a região de saúde foi cristalizada na região administrativa, expressa na concepção enunciada por Santos<sup>48</sup>.

Sublinha-se que, na terceira fase o processo de regionalização do RS extraiu de potente a concepção de uma inteligência regional capaz de refletir sobre o território da região de saúde. Nesse período, constituíram-se as bases para descentralizar as informações em saúde sobre o processo saúde-doença, originalmente centralizadas no nível central da gestão estadual<sup>57</sup>.

Nessa perspectiva, Cargnelutti<sup>44</sup> pesquisou as atas das reuniões de CIR da Região 29 (Vales e Montanhas) do RS, entre 2011 e 2015. A autora evidenciou que, apesar da proposta de divisão territorial ser conduzida pelo Estado, não houve imposição e foi respeitada a identificação e a maior proximidade político-administrativa dos gestores de uma mesma região de saúde.

Por sua vez, Dornelles<sup>58</sup> avaliou que após o processo de regionalização do Hospital de São Jerônimo, no RS, as redes de governança passaram a agir de forma mais horizontalizada. A autora concluiu que houve comportamentos participativos entre os entes federativos, porém sem a identificação do protagonismo e do pertencimento na questão da identidade regional - o que dificultou

a apropriação dos atores governamentais e não governamentais na implementação do hospital de forma regionalizada.

No PES 2016-2019<sup>59</sup> também apareceram consequências desse processo, pois uma das diretrizes propôs a qualificação das RAS para consolidar a regionalização da saúde. Em relação ao PES 2012-2015<sup>54</sup>, esse documento parece ter avançado no sentido de concretização da regionalização, contemplando a discussão das RAS, como pode ser lido no excerto:

O presente documento é mais um passo para avançar na construção de um Sistema Único de Saúde de qualidade no Rio Grande do Sul. Os pressupostos que embasaram sua elaboração levaram em conta as mudanças na legislação ocorridas nos últimos anos, o fortalecimento do Planejamento Regional através do trabalho das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e a indução da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>59:21</sup>.

Em 2017, o Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da Resolução CIT nº 23<sup>60</sup>, as diretrizes para o processo de regionalização da saúde, considerando o Planejamento Regional Integrado (PRI) e a Governança das RAS estratégicos para o SUS. Assim, para a operacionalização do PRI e a organização de macrorregiões de saúde foi publicada a Resolução CIT nº 37/2018<sup>61</sup>.

No RS esse processo de implementação do PRI foi coordenado pela Assessoria Técnica e de Planejamento (Assteplan/SES/RS). Foi criado um grupo de trabalho junto com o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS), o Núcleo Estadual do Ministério da Saúde (NEMS/RS) e o Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) para construir a operacionalização da implementação do processo de regionalização entre os entes federados<sup>62</sup>. Por meio da Resolução CIB/RS nº 188/2018<sup>63</sup> foi proposto o cronograma para operacionalização do processo do PRI, assim como a validação das macrorregiões de saúde no estado.

Schenkel et al.<sup>64</sup> entendem como potencialidade desse trabalho o caráter coletivo na definição da metodologia de trabalho e na corresponsabilização dos participantes no processo. Ao mesmo tempo, foi identificado que os limites colocados pelo PRI se dão em relação à assimetria das informações entre o nível estadual e o nível regional; a necessidade de amadurecimento e protagonismo das CRS nesse processo; e, as limitações financeiras para indução desse processo no nível regional<sup>62</sup>.

Até 2019, no PRI, foram realizados os Diagnósticos Regionais de Saúde nas trinta regiões de saúde, destacando suas necessidades sanitárias específicas. Enquanto isso, foram sendo instituídos os regimentos internos das CIR, homologados por meio de resoluções da CIB/RS. Nessa linha, problematiza-se que para avançar no PRI, no Estado do RS, faz-se necessário o fortalecimento das

macrorregiões de saúde, a partir do Planejamento Regional Integrado, visando, em última análise, a constituição dos Comitês Executivos de Governança das Redes de Atenção à Saúde<sup>62</sup>.

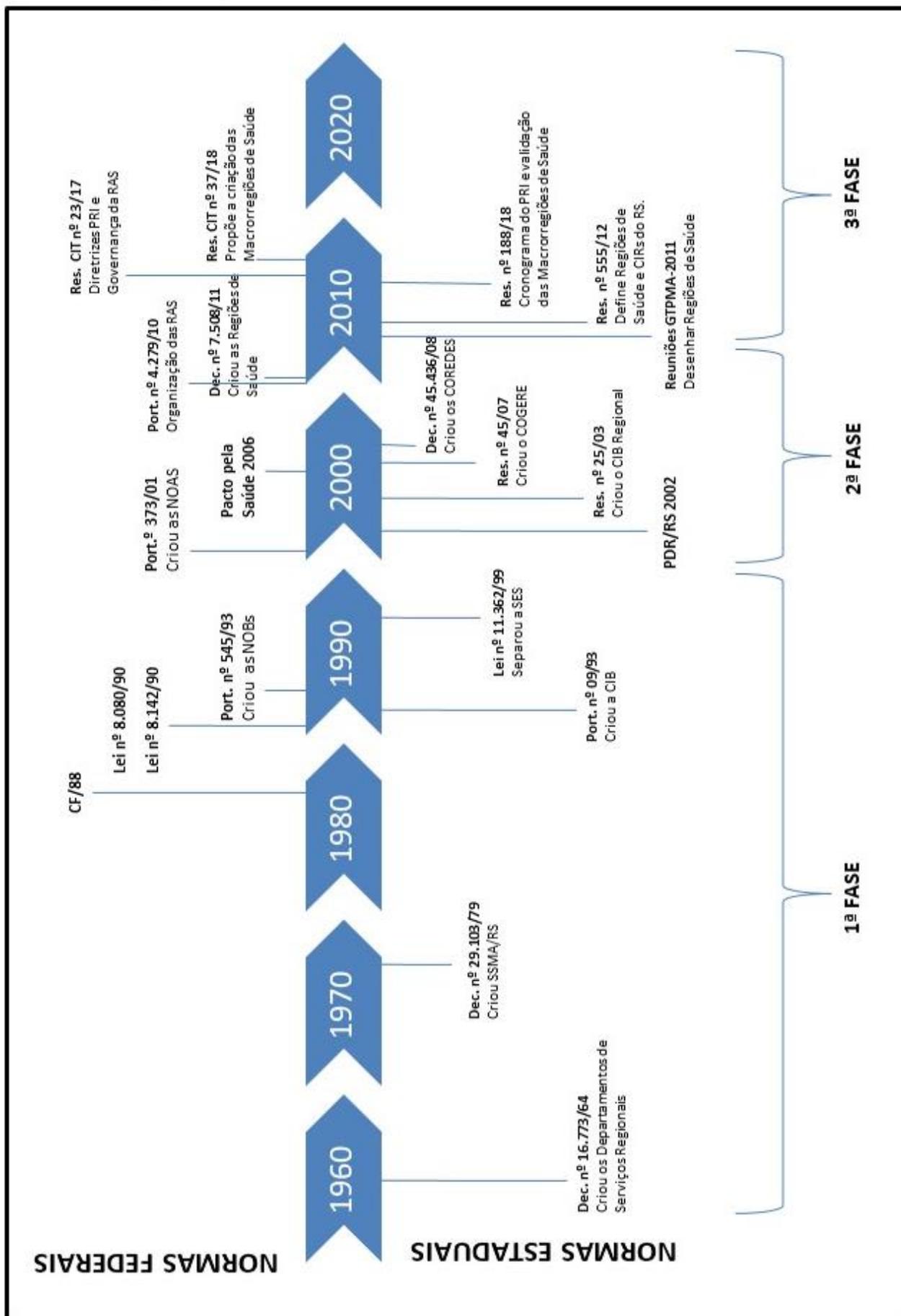
Sobre as CIR, Guaranha et al<sup>65</sup> destacam que, de modo geral, as reuniões possuem duração de duas horas e nelas são discutidos assuntos sobre planejamento regional, análise situacional e instrumentos de gestão, além de demandas específicas dos municípios voltadas para o estabelecimento de referência/contrarreferências e demais contratualizações. Essas comissões foram instituídas através de regimento interno aprovado, contam com a participação de representantes dos municípios e do estado e suas decisões devem ser consensuais. Dessa forma, as CIR são consideradas instâncias de grande importância nas pactuações intermunicipais.

Olhando mais pormenorizadamente para uma CIR, uma pesquisa documental revelou que os assuntos mais debatidos pelos gestores foram “o recorte territorial, a disponibilidade de serviços de saúde, o acesso aos serviços, a distância e a população referenciada de cada região”<sup>44:37</sup>, o que está de acordo com o proposto para a implementação da regionalização da saúde no SUS. Por outro lado, a mesma autora identifica que a contratualização naquele território se dava pela oferta gerada pelos prestadores em benefício próprio, em detrimento ao elencado como necessidades da região de saúde, de modo que os gestores se sentiam pressionados a dar conta mais das demandas relacionadas à atenção especializada do que da Atenção Primária à Saúde<sup>44</sup>.

Reforçando o papel de integração da regionalização da saúde no RS, em 2018 foi publicada a Resolução CIB/RS nº 439<sup>66</sup> institucionalizando que todas as deliberações das CIRs que tratem de pactuação de referência e contrarreferência de diretrizes estaduais e regionais sobre as RAS e de critérios de distribuição e alocação de recursos devem seguir os regimentos internos da CIB/RS ou seriam nulas de pleno direito. Nessa normalização transparece a função de coordenação do sistema de saúde, mas também uma centralização do poder decisório, uma vez que as CIRs não têm recursos financeiros próprios. Essa situação, em última análise, busca evitar que as deliberações regionais estejam em conflito com as decisões estaduais e, dessa forma, não possam ser efetivamente executadas.

Nesse sentido, evidenciam-se as potencialidades e os desafios nas instâncias de pactuação do processo de regionalização, para a organização das RAS, que perpassaram os diferentes momentos sócio-históricos. Ao mesmo tempo, percebe-se a relevância dos recortes territoriais, dos mecanismos de negociação, dos instrumentos de gestão, da gestão compartilhada entre os entes governamentais para realização da governança regional e integrada, considerando a descentralização e regionalização da gestão em saúde. Assim, a Figura 2 sistematiza as principais normas publicadas nas três fases para dar envergadura ao processo de regionalização no RS.

Figura 2. Fases da regionalização da saúde, Rio Grande do Sul, 1960-2020.



Fonte: elaborado pelos autores (2022).

Conforme sinalizam Roese et al.<sup>67</sup>, a regionalização da saúde pode ter a gestão compartilhada comprometida por conta das fragmentações, dissociações e tensões das configurações territoriais propostas, dificultando as negociações e pactuações regionais nos espaços decisórios. Por sua vez, Guimarães et al.<sup>14:7</sup> reforçam que no RS: “a regionalização enquanto concepção é uma conquista, mas enquanto efetivação ainda é um desafio no cotidiano dos gestores e trabalhadores de saúde os quais são os protagonistas desse processo”.

Para Mello et al.<sup>68</sup>, a regionalização é como uma realidade na gestão em saúde, em todas as esferas de governo, com desafios parecidos em diversas partes do país, tendo os colegiados como espaços de inovação, apesar das fragmentações existentes, da cultura política burocrática e da deficiência histórica do planejamento. No RS o processo de regionalização não é diferente e cada fase aqui apresentada fornece elementos para adensar o entendimento sobre a regionalização e caracterizar sua prática na atualidade.

### **Considerações finais**

A regionalização no RS foi elucidada a partir da sistematização de três fases. A primeira foi focada no estabelecimento da organização e estruturação de serviços de saúde, com a criação da SES e das CRS. Na segunda se deu uma maior descentralização da gestão em saúde, estabelecendo compromissos e responsabilidades entre os entes estadual e municipais. A terceira apresentou os desdobramentos da governança regional, a partir dos recortes territoriais definidos pelas regiões e macrorregiões de saúde. De fato, no período analisado, o RS acompanhou as diretrizes e normativas federais, mas com configurações próprias da burocracia estatal. O Estado avançou no processo de regionalização da saúde, integrando os atores estaduais, regionais e municipais, especialmente através das instâncias de pactuações. Entretanto, sinaliza-se que há um longo caminho a ser percorrido na implementação efetiva do planejamento regional, aprimorando a regionalização da saúde através da indução de mecanismos de governança regional.

### **Agradecimentos**

Agradecemos aos participantes da pesquisa, aos demais membros do Grupo de Pesquisa e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul pelo incentivo financeiro (Chamada Decit/SCTIE/MS-CNPq-FAPERGS 08/2020 – PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: Gestão Compartilhada Em Saúde – PPSUS), o qual contribuiu para a realização desse estudo.

## Referências

1. Lima LD, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cien Saude Colet*. 2012;17(11):2881-92. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100005>.
2. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Lozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALA. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. 2017;22(4):1291-310. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>.
3. Marconi MA, Lakatos E. *Fundamentos da Metodologia Científica*. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 2003.
4. Albuquerque MV, Viana ALA. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saude Debate*. 2015;39(n.spe):28-38. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005390>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, DF; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2010.
8. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF; 2011.
9. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF; 1990.
10. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Porto Alegre, RS; jul 2002. Disponível em: [https://www.mprs.mp.br/media/areas/gapp/arquivos/plano\\_diretor\\_regionalizacao\\_saude.pdf](https://www.mprs.mp.br/media/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf)
11. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto Legislativo nº 5.969, de 1935. Define a concepção da Secretaria do Estado dos Negócios da Educação e Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS; 1935.
12. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Lei Ordinária nº 3.602, de 1 de dezembro de 1958. Dispõe sobre a reorganização do Poder Executivo e dá outras providências. Porto Alegre, RS; 1958.
13. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto nº 16.773, de 28 de agosto de 1964. Dá nova estrutura a Secretaria da Saúde e estabelece outras providências. Porto Alegre, RS; 1964.
14. Guimarães CF, et al. Análise histórica do processo de regionalização no Rio Grande do Sul e a construção do planejamento regional. *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte: Abrasco; 2013.
15. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto nº 21.240, de 6 de agosto de 1971. Dispõe sobre a estrutura básica da Secretaria da Saúde e dá outras providências. Porto Alegre, RS; 1971.
16. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto nº 29.103, de 10 de setembro de 1979. Dispõe sobre a organização da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Porto Alegre, RS; 1979.
17. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF; 1988.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília, DF; 1993.

19. Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente. Portaria nº 09, de 21 de junho de 1993. Constitui em nível Estadual a Comissão Estadual Intergestora Bipartite, do SUS/RS. Diário Oficial do Estado, ano LI, nº 115, p. 34-35, 21 jun. 1993. Porto Alegre, RS; 1993.
20. Machado CV, et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. Ver Saude Publica. 2014;48(4):642-50. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005200>.
21. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto nº 35.920, de 12 de abril de 1995. Dispõe sobre a estrutura básica da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente e dá outras providências. Porto Alegre, RS; 1995.
22. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto nº 36.502, 11 de março de 1996. Aprova regimento interno da Secretaria da Saúde e Meio Ambiente. Porto Alegre, RS; 1996.
23. Santos NM. A organização da saúde no Rio Grande do Sul. Rev Gestao Saude. 2010;1(3):1-10.
24. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto nº 17.868, de 26 de abril de 1966. Dá nova estrutura à Secretaria de Estado do Negócios da Saúde, fixa a respectiva lotação de Cargos de Provimento Efetivo e em Comissão de Funções Gratificadas, e dá outras providências. Porto Alegre, RS; 1966.
25. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto nº 30.090, de 6 de abril de 1981. Altera a divisão territorial na rede sanitária da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Porto Alegre, RS; 1981.
26. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto nº 34.101, de 13 de novembro de 1991. Altera a divisão territorial da rede sanitária da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Porto Alegre, RS; 1991.
27. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto nº 34.636, de 22 de janeiro de 1993. Altera a divisão territorial da rede sanitária da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente e cria a 18ª Delegacia Regional de Saúde. Porto Alegre, RS; 1993.
28. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto nº 37.166, de 27 de janeiro de 1997. Altera a divisão territorial da rede sanitária da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Porto Alegre, RS; 1997.
29. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto nº 40.991, de 17 de agosto de 2001. Estabelece a divisão territorial da Secretaria da Saúde e dá outras providências. Porto Alegre, RS; 2001.
30. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto nº 50.125, de 5 de março de 2013. Estabelece a divisão territorial das Coordenadorias Regionais da Secretaria da Saúde. Porto Alegre, RS; 2013.
31. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto nº 50.217, de 8 de abril de 2013. Altera os incisos I e II do Art. 1º do Decreto nº 50.125, de 5 de março de 2013, que estabelece a divisão territorial das Coordenadorias Regionais da Secretaria da Saúde. Porto Alegre, RS; 2013.
32. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Lei Ordinária nº 10.283, de 17 de outubro de 1994. Dispõe sobre a criação, construção e funcionamento dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento e dá outras providências. Porto Alegre, RS; 1994.
33. Bandeira PS. Diferenças regionais quanto ao Capital Social e crescimento econômico no Rio Grande do Sul. Redes 2007;12(1):93-124. doi: <https://doi.org/10.17058/redes.v12i1.98>
34. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Lei Ordinária nº 11.362, de 29 de julho de 1999. Introduce modificações na Lei nº 10.356, de 10 de janeiro de 1995, dispõe sobre a Secretaria do Meio Ambiente - SEMA e dá outras providências. Porto Alegre, RS; 1999.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF; 2002.

36. Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde. Resolução CIB/RS nº 25/2003. Autoriza a constituição de Comissões Intergestores Bipartites Regionais no âmbito das Coordenadorias Regionais de Saúde. Porto Alegre, RS; 2003.
37. Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto nº 44.050, de 5 de outubro de 2005. Aprova regimento interno da Secretaria de Saúde. Porto Alegre, RS; 2005.
38. Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde. Resolução CIB/RS nº 45/2007. Altera Resolução CIB/RS nº 25/03, Colegiado de Gestão Regional - COGERE. Porto Alegre, RS; 2007.
39. Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde. Resolução CIB/RS nº 227/2007. Relação dos COGEREs – Portaria nº 2.691/07. Porto Alegre, RS; 2007.
40. Ramos AR. Planejamento regional ascendente e regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2012.
41. Brasil. Ministério de Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.691, de 19 de outubro de 2007. Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros federais referentes ao incentivo para apoiar as ações de regionalização no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF; 2007.
42. Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde. Resolução CIB/RS nº 171/2008. Aplicação de recursos para COGEREs e CIB/RS. Porto Alegre, RS; 2008.
43. Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde. Resolução CIB/RS nº 314/2008. Homologa indicação de municípios para Gestão dos recursos financeiros para Educação Permanente em Saúde – Regional. Porto Alegre, RS; 2008.
44. Cargnelutti AG. Compreendendo o processo de regionalização na Região 29 – Vales e Montanhas do Rio Grande do Sul [dissertação]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016. 61 p.
45. Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2009-2011. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, RS; 2009.
46. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet.* 2010;15(5):2297-305. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
47. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cien Saude Colet.* 2011;16(6):2753-62. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>.
48. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Cien Saude Colet.* 2017;22(4):1281-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>.
49. Silveira Filho RM, Santos AM, Carvalho JAC, Almeida PF. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis.* 2016;26(3):853-78. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300008>.
50. Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Cien Saude Colet.* 2017;22(4):1193-207. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03002017>.
51. Kranz LF, Rosa RS. O contrato organizativo da ação pública da saúde (COAP): as regiões de saúde no Rio Grande do Sul sob o eixo dos recursos financeiros. *Gestao Soc.* 2014;8(21):735-48.
52. Bellini MIB, et al. Experiência de Planejamento Regional Integrado: uma construção coletiva. *Anais do Congresso da Associação Latina para Análise de Sistema de Dados em Saúde.* 2014; Granada.
53. Albuquerque MV, Lima LD, Oliveira RAD, Scatena JHG, Martinelli NL, Pereira AMM. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. *Cien Saude Colet.* 2018;23(10):3151-61. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13032018>.

54. Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2012-2015. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre; 2013. 250 p.
55. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 555, de 19 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Porto Alegre, RS; 2012.
56. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 499, 25 de setembro de 2014. Altera a configuração das Regiões de Saúde: R15 - Caminho das Águas, R20 - Rota da Produção e R17 - Região do Planalto. Porto Alegre, RS; 2014.
57. Mai S, Guimarães CF, Silva JM, Hinkel JHS. O uso das tecnologias na democratização da informação em saúde. *Rev Gest Sist Saude*. 2017;6(3):210-8.
58. Dornelles R. Processo de regionalização da Saúde: um estudo do Hospital de São Jerônimo/RS como Hospital Regional na Região Carbonífera [dissertação]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2018. 172 p.
59. Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2016-2019. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre; 2016. 228 p.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União, Brasília*; 18 ago. 2017.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde, 2018. *Diário Oficial da União, Brasília*; 26 mar. 2018.
62. Guaranha C, Bottega CG, Schenkel MA. Proposta para operacionalização do Planejamento Regional Integrado: a experiência da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. *Rev Saude Redes*. 2020;6(1):57-75. doi: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n1p57-75>.
63. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 188, 15 de junho de 2018. Aprova a proposta de cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado. Porto Alegre, RS; 2018.
64. Schenkel M, Guaranha C, Varela R, Fischer C, Chisini K. O Planejamento Regional Integrado como mecanismo de articulação interfederativa no Sistema Único de Saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul. *Anais do III Encontro Nacional de Ensino e Pesquisa do Campo de Públicas: Democracia no século XXI e os desafios para a Gestão Pública*. ANEPCP: 2019; Natal.
65. Guaranha C, et al. As potencialidades e as dificuldades na indução da governança do SUS no âmbito das Comissões Intergestores Regionais do Rio Grande do Sul. *Anais do III Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde – Estado e Democracia: O SUS como direito social*. Abrasco: 2017; Natal.
66. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 439, de 11 de outubro de 2018. Toda deliberação CIR que não siga as diretrizes estabelecidas no Regimento Interno da CIB/RS será nula de pleno direito, não gerando qualquer efeito para a Administração Pública. Porto Alegre, RS; 2018.
67. Roese A, Gerhardt TE, Miranda AS. Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul. *Saude Debate*. 2015;39(107):935-47. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151070525>.
68. Lima LD, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cien Saude Colet*. 2012;17(11):2881-92. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100005>.

**Como citar:** Barroso PF, Quevedo ALA, Galvão BAP, Lütz KCC, Chioro A, Guimarães CF. Regionalização da saúde no Rio Grande do Sul: aspectos históricos e organizacionais. **Rev Saude Redes.** 2023;9(3):4203. doi: 10.18310/2446-4813.2023v9n3.4203

**Submissão:** 16/05/2022

**Aceite:** 21/08/2023