



**VERA LÚCIA DE OLIVEIRA CARVALHO**

**DIFICULDADES DA REGIONALIZAÇÃO,  
HIERARQUIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE  
PEQUENO PORTE**

**LAVRAS – MG**

**2021**

**VERA LÚCIA DE OLIVEIRA CARVALHO**

**DIFICULDADES DA REGIONALIZAÇÃO,  
HIERARQUIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE  
PEQUENO PORTE**

Monografia de conclusão de curso apresentada a Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do curso de Administração Pública para a obtenção do título de Bacharel.

Profº. Dr. Denis Renato de Oliveira

Orientador

**LAVRAS – MG**

**2021**

**VERA LÚCIA DE OLIVEIRA CARVALHO**

**DIFICULDADES DA REGIONALIZAÇÃO,  
HIERARQUIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE  
PEQUENO PORTE**

Monografia de conclusão de curso  
apresentada a Universidade Federal de  
Lavras, como parte das exigências do curso  
de Administração Pública para a obtenção  
do título de Bacharel.

APROVADA em \_\_\_/\_\_\_/2021

Prof<sup>o</sup>. Denis Renato de Oliveira

Prof. Lilia de Paula Andrade

Prof<sup>o</sup>. Dr. Denis Renato de Oliveira

Orientador

**LAVRAS – MG**

**2021**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela força, proteção e amor!

À Universidade Federal de Lavras, especialmente ao Departamento de coordenação do curso de Administração Pública.

Ao professor Dr. Denis Renato de Oliveira, pela orientação, paciência e disposição para ajudar.

A minha família pela compreensão e incentivo durante todo o período da graduação.

**MUITO OBRIGADA!**

## RESUMO

Pretendeu-se, neste trabalho, descrever as dificuldades que os municípios de pequeno porte enfrentam diante da regionalização, hierarquização e descentralização. Para tal, o estudo valeu-se do método de pesquisa do tipo *scoping review*, que foi realizado entre os meses de maio a julho de 2020. Para responder à questão inicial foram utilizadas as seguintes palavras-chave: regionalização, hierarquização, descentralização, município de pequeno porte e SUS nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e no Departamento de Seção de Cabeçalhos de Assunto (MESH) nas bases de dados Pubmed, Scielo, Cochrane e Lilacs utilizando os operadores booleanos AND e OR. Foram incluídos nessa revisão onze artigos, sendo que cinco (45,45%) foram publicados em inglês e seis em português (54,54%), além de 02 encontrados na Pubmed, 05 Scielo, 02 Cochrane e 02 Lilacs. A análise do material estudado permite verificar que são vários os desafios e dificuldades para os gestores, pois, além de garantirem a saúde da população, também necessitam gerir e buscar novas opções para a solução das demandas apresentadas pelos serviços e pela população, efetivando, para isso, muitas vezes, a contratação de serviços que não possuem em seu município.

**Palavras-chave:** Regionalização, Hierarquização, Descentralização, Município de pequeno porte, SUS.

## ABSTRACT

It was intended, in this work, to describe the difficulties that small municipalities face in the face of regionalization, hierarchization and decentralization. To this end, the study used the scoping review research method, which was carried out between May and July 2020. To answer the initial question, the following keywords were used: regionalization, hierarchization, decentralization, municipality of small size and SUS in the Health Sciences Descriptors (DECS) and in the Department of Subject Headings Section (MESH) in the databases Pubmed, Scielo, Cochrane and Lilacs using the Boolean operators AND and OR. Ten articles were included in this review, of which 05 (45,45%) were published in English and 06 in Portuguese (54,54%), in addition to 02 found in Pubmed, 05 Scielo, 02 Cochrane and 02 Lilacs. the analysis of the material studied allows us to verify that there are several challenges and difficulties for managers, because, in addition to guaranteeing the health of the population, they also need to manage and seek new options for the solution of the demands presented by the services and the population, effecting, for this, often, the contracting of services that they do not have in their municipality.

**Keywords:** Regionalization, Hierarchization, Decentralization, Small town, SUS.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
1.1 Problema.....	09
1.2 Objetivo geral.....	09
1.2.1 Objetivos específicos.....	09
1.3 Justificativa.....	09
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
2.1 História da saúde Pública no Brasil.....	11
2.2 A Criação do Sistema Único de Saúde.....	13
2.3 Organização Operacional do Sistema Único de Saúde.....	15
2.3.1 Regionalização do Sistema Único de Saúde.....	18
2.3.2 Hierarquização do Sistema Único de Saúde.....	20
2.3.2 Descentralização do sistema Único de saúde.....	22
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>37</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional de 1988 transformou a saúde em direito de cidadania e deu origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado. Velhos problemas, como a tradicional duplicidade que envolvia o sistema de saúde pública e previdenciária, passaram a ser estruturalmente enfrentados. Outros, como a possibilidade de financiamento de um sistema de corte universal, ainda representaram dificuldades que até hoje parecem intransponíveis (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

Segundo Teixeira et al. (2011), a formação de estruturas e capacidades de gestão suficientes para assumir tamanho desafio e dar conta das novas responsabilidades exigiu a formação de competências complexas, somente possível mediante a incorporação e difusão de um amplo conjunto de inovações gerenciais, impulsionadas pelo processo de descentralização. Essas inovações foram realizadas nas dimensões sociais, assistenciais e gerenciais. Neste último caso, envolvem diversas áreas como gestão de pessoas, compras governamentais, gestão da informação, planejamento, gestão de contratos, gestão da qualidade, entre outras.

O Ministério da Saúde, pensando em estratégias para a organização do SUS, por meio da Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011 (BRASIL, 2011) regulamentou o Cartão Nacional de Saúde (CNS), que especifica no Artigo 4 item I e II, dentre outros, que os objetivos são identificar os usuários das ações e serviços de saúde e possibilitar o cadastramento, com validade nacional e base de vinculação territorial fundada no domicílio residencial do seu titular. Além disso, descreve que o Cadastro Nacional de Usuários do SUS é constituído por dados de identificação e de residência dos usuários e que a responsabilidade pelo cadastramento ou pela atualização dos dados é municipal.

A relevância do tema visa uma reflexão sobre a gestão do SUS em municípios de pequeno porte, pois o cadastro de pacientes acima do número populacional residente impacta os recursos financeiros destinados de forma fixa, prejudicando as ações de saúde para a população local, já que o repasse realizado pelo Plano de Atenção Básica (PAB) consiste em um valor per capita estipulado em R\$10,00/habitante/ano, repasse que visa manter a atenção básica (CASTRO; LIMA; MACHADO, 2018).

Portanto, esta se trata de uma possível explicação para déficits financeiros municipais no setor saúde. Ainda sim existem cidades onde o problema é maior, casos como os dos municípios de pequeno porte que aumentam seus gastos com as populações “flutuantes/vizinhas” que não são contabilizadas pelo governo federal, já que este realiza o repasse financeiro a partir da população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), segundo o Cadastro Nacional de Usuários do SUS(SILVA; UGOSKI; DRAVANZ, 2017).

### **1.1.Problema**

Tendo em vista estes problemas questiona-se, quais são as principais dificuldades enfrentadas pelo gestor público de municípios de pequeno porte no que se refere à descentralização do SUS levando em consideração a necessidade de hierarquização e regionalização?

### **1.2.Objetivo Geral**

- Descrever as dificuldades que os municípios de pequeno porte enfrentam diante a regionalização, hierarquização e descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **1.2.1. Objetivos Específicos**

- Examinar as evidências científicas sobre o papel do gestor de saúde pública de municípios de pequeno porte.
- Levantar as principais dificuldades requeridas dos profissionais que ocupam cargos de gestão na saúde pública em municípios de pequeno porte segundo os princípios da regionalização, hierarquização e descentralização.

### **1.3. Justificativa**

O termo descentralização se refere à redistribuição do poder e responsabilidade entre os três níveis de governo, e diante dessa terminologia é pouco freqüente os estudos e ensaios que produzem uma análise de cunho mais abrangente, relacionando a descentralização com a estratégia específica empregada e com o contexto político e socioeconômico, e muito menos com o Cadastro Nacional de Usuários do SUS, fazendo-se necessário esse estudo. Os municípios de pequeno porte não oferecem

serviços de saúde de alta complexidade, tendo que referenciar sua população em outros municípios que oferecem tais serviços.

Portanto, a pesquisa bibliográfica é importante para descobrir se já existem estudos evidenciando alguma dificuldade quanto a regionalização e hierarquização do Sistema Único de Saúde – SUS, nos municípios de pequeno porte. Investigar estas dificuldades pode contribuir e incentivar mudanças na forma de condução, governança das políticas públicas brasileiras complexas como o caso do SUS (BRASIL, 2006).

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. História da saúde pública no Brasil**

A história dos cuidados com saúde no Brasil tem seu início com a filantropia religiosa, ou seja, a caridade, pois as pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantropos. Paralelamente a isso, o Estado fazia algumas ações de saúde diante de epidemias, como ações de vacinação e/ou de saneamento básico, como ocorreram no final do século XIX e início do XX com o saneamento do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra varíola (CARVALHO, 2013), e mais tarde começaria o atendimento às emergências e às internações gerais.

A partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, a saúde dos trabalhadores atrelada à previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De início, as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o grande instituto congregado de todos os Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 2002).

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente. Em meados da década de 70, começa a crise de financiamento da Previdência, fazendo com que o INAMPS adotasse várias providências para racionalizar suas despesas (BRASIL, 2002).

Na década de 80 começa-se a “comprar” serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente por meio de convênios, enquanto a assistência à saúde prestada pela rede pública, apesar do financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservou o seu caráter de universalidade da clientela, e ao final da década de 80, o INAMPS adota uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre

as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais (SOUZA, 2002).

Portanto, começava a se construir um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei 8.080 (também conhecida como Lei Orgânica da Saúde), que instituiu o SUS, pois nos anos 1970 após as pressões dos movimentos sociais e políticos contra a ditadura, numa luta pelas Liberdades Democráticas e Democratização do Estado, que se ampliaram e se fortaleceram na busca por uma sociedade mais justa e solidária, garantidor dos direitos humanos básicos, com qualidade e universalidade (BRASIL, 1990).

Isso foi motivado, por um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e, por outro, à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária” (MARTINS, 2017).

O marco cronológico inicial da reforma sanitária deu-se em outubro de 1979 com o I Simpósio Nacional de Política de Saúde da Câmara dos Deputados, com documento intitulado “A questão democrática na área da saúde”, que lançou as bases conceituais e operacionais desse projeto reformista, cunhando o termo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo Campos (2017).

Com o final do período autoritário, na chamada Nova República, as teses do movimento sanitário ganharam organicidade, especialmente com as propostas aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), em 1986. Teses e propostas que dois anos depois foram corporificadas na nova Constituição (SANTANA, 2011).

No contexto da democratização do país, que teve sua primeira e grande conquista em 1988, na definição na Constituição Federal (CF) relativa ao setor saúde, trazendo no Artigo 196 o conceito que “a saúde é direito de todos e dever do Estado(...)”. Aqui se define de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema

Único de Saúde. Já o parágrafo único do Artigo 198 determina que: o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (MARTINS, 2017).

Finalmente em setembro de 1990 foi promulgada a Lei 8.080, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União, estabelecendo entre os princípios do SUS a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (POLIGNANO, 2006), nascendo assim o Sistema Único de Saúde brasileiro.

## **2.2. A criação do Sistema Único de Saúde – SUS**

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer (MOTA; SCHRAIBER, 2011).

Sua Rede Ambulatorial é constituída por 56.642 unidades, sendo realizados, em média, 350 milhões de atendimentos ao ano. Esta assistência estende-se da atenção básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade, segundo Souza (2002).

Desde a sua instituição pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, tem passado por importantes mudanças, entre as quais se pode destacar o significativo avanço obtido na sua universalização, principalmente em decorrência de um importante processo de descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios, em oposição ao modelo anterior do sistema de saúde, caracterizado por marcante centralização decisória e financeira no nível federal (LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001).

A Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços de saúde, sendo os princípios básicos, dentre outros, o da universalidade e descentralização sendo este, concretizado pela regionalização e hierarquização com ênfase para os municípios (BRASIL, 1990).

De acordo com o Artigo 2º da Lei nº 8.080/199, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, sendo dever do Estado garantir a saúde diante formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Ainda referente à Lei citada acima, o Artigo 4º define o Sistema Único de Saúde (SUS) como conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

O Artigo 7º da Lei 8080/1990, também dispõe que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo aos princípios: i. **Universalização** que estabelece a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais; ii. **Equidade**, que objetiva diminuir desigualdades - apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas; e iii. **Integralidade**, que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades - para isso é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1990).

Os princípios organizativos do SUS estão baseados nas diretrizes da regionalização e hierarquização; descentralização e comando único e participação popular, ou seja:

- (1) **Regionalização:** processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos.

(2) **Hierarquização:** deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

(3) **Descentralização:** redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal).

(4) **Participação Popular:** a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema, devendo para isso, serem criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visem formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (BRASIL, 2011).

Após a criação do SUS, suas diretrizes e princípios, houve a formulação da organização operacional desse sistema, surgindo então as normas operacionais básicas entre os anos de 1991 e 1996.

### **2.3 Organização Operacional do Sistema Único de Saúde (SUS)**

Campos et al (2017), descreve a estrutura do SUS orientada pelas Normas Operacionais do SUS, que são instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas Normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS.

De acordo com a legislação cabe ao Ministério da Saúde, gestor nacional do SUS, formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar as políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Já a Secretaria Estadual de Saúde (SES) participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

Como responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) estão o planejamento, organização, controle e avaliação e execução das ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovação e implantação do plano municipal de saúde.

Por isso, o Conselho de Saúde atua em âmbito Nacional, Estadual ou Municipal em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

As Normas Operacionais (NO) definem critérios para que estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde (VIANA, LIMA, 2011).

No período de 1991 a 1996 foram editadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB) como instrumentos normalizadores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil, concretizando a real implantação do SUS (BRASIL, 2001).

A NOB 01/91 equiparou prestadores públicos e privados referindo se a modalidade de financiamento que passou o pagamento condicionado a produção de serviço e a gestão do SUS era centralizada no INAMPS com modelo curativo e hospitalocêntrico (BRASIL,2011). Essa NOB dificultou o processo de descentralização e municipalização. Burocratizou e dificultou os repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os estados e municípios e implantou as informações ambulatoria SUS (SIS/SUS)

- A NOB 92 manteve o INAMPS como órgão responsável pelo repasse de recurso aos estados e municípios mantendo o mesmo padrão (BRASIL, 2001), enquanto a LEI 8.689/93 extingue o INAMPS e o Ministério da Saúde tornou se a autoridade sanitária em nível federal, a SES em nível estadual e SMS em nível municipal

- A NOB/93 instituiu o processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criada sendo estas: incipiente, parcial e semiplena. Criou a transferência fundo a fundo facilitando o processo de transferência dos recursos do SUS para os demais entes federativos, descentralizou,

criou as CIB e CIT, os estados passaram a assumir o papel de gestores do sistema estadual de saúde (BRASIL, 2001).

- A NOB/96 definiu o papel e a responsabilidade de cada esfera de governo na construção do SUS, fortaleceu os princípios e diretrizes do SUS, aumentou a participação percentual de transferência regular e automática fundo a fundo, fortaleceu a gestão do SUS entre os governos municipais, estaduais e federal através da CIB e CIT, criou o Piso de Atenção Básica (PAB), a Fração Ambulatorial Especializada (FAE), e a autorização de procedimentos de alta complexidade /custo (APAC). Aumentou a participação percentual de transferência de fundo a fundo dos recursos federais para estado e municípios através do Piso de Atenção Básica (PAB), Fração Ambulatorial Especializada (FAE), Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS), Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA) e o Índice de Valorização dos resultados (IVR), aprimorou a Programação Pactuada e Integrada (PPI), segundo Brasil, 2001.

Ao final do período de vigência da NOB SUS 01/96, mais de 99% dos municípios brasileiros estavam habilitados a uma das condições de gestão da referida norma, sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica e 10,1% em Gestão Plena do Sistema Municipal. A maior parte dessas habilitações ocorreu ainda em 1998, no primeiro ano de implantação da NOB/96. Entretanto, o percentual de municípios habilitados em cada uma dessas condições de gestão é bastante variável entre os estados, sugerindo a existência de diferentes ritmos e modelos de descentralização (BRASIL, 2001).

O período de implementação da Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/96, entre os anos 1998 a 2000 (as habilitações na referida norma no ano 2001 foram residuais) foi marcado por uma série de importantes avanços do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1996). Entre esses avanços cabe destacar: no âmbito do financiamento (implementação do Piso da Atenção Básica para o financiamento das ações de atenção básica desenvolvidas pelos municípios, representando a introdução de uma lógica de financiamento per capita pela primeira vez no SUS, e a adoção de incentivos específicos para áreas estratégicas, e o aumento expressivo de transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos

Estaduais e Fundos Municipais de Saúde); no âmbito do modelo assistencial e da organização dos serviços (expansão da estratégia de Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, implementação de experiências inovadoras de atenção no âmbito local e avanços, tanto na organização da atenção básica como na organização de redes de referência em vários municípios e estados) e no âmbito da gestão (milhares de municípios foram habilitados de acordo com as condições de gestão da NOB SUS 01/96, integrando-se de forma voluntária e assumindo responsabilidades no Sistema Público de Saúde e houve uma intensa transferência negociada de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para municípios e estados)(BRASIL, 1993).

Cabe lembrar que o processo de habilitação depende da iniciativa dos gestores subnacionais, onde os estados e municípios voluntariamente se submetem ao processo de habilitação, assumindo responsabilidades e fazendo jus ao repasse de recursos e responsabilidades a partir do cumprimento dos requisitos definidos nas Normas Operacionais.

### ***2.3.1 Regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS)***

A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS, cujos objetivos estão listados no Quadro 1, sendo um eixo estruturante do Pacto de Gestão, cuja finalidade é orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores, e os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são: Plano Diretor de Regionalização – PDR, Plano Diretor de Investimentos – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde - PPI (BRASIL, 2006).

A Regionalização estava prevista como diretriz do sistema de saúde desde os documentos originais que subsidiaram a Constituição Federal de 1988 (BRASIL,1988) e depois a LEI 8080 (BRASIL, 1990) mas os esforços iniciais, até mesmo pela conjuntura de reconstrução democrática de pós ditadura, se acentuaram mais na descentralização e municipalização dos serviços e da gestão, embora o artigo 198 da Constituição tenha definido o papel central da regionalização na estruturação do SUS.

## Quadro 1 - Objetivos da regionalização.

1. Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal.
2. Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade.
3. Garantir a integralidade na atenção à saúde por meio da organização de rede de atenção à saúde.
4. Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e organizando as demandas nas diferentes regiões. 5. Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Fonte: Ministério da Saúde, (2006).

Com as edições das Normas Operacionais Básicas - NOB - a organização dos serviços e da gestão assumem maior relevância e a regionalização se dá de forma lenta e assimétrica. A NOB 93 (BRASIL, 1993) cita a regionalização na introdução, porém foca na articulação intermunicipal, mas devemos destacar que: uma das pré-condições de repasse de recurso para os estados era o estabelecimento das CIBs estaduais, como lócus de pactuação das políticas, o que visava fortalecer o processo de descentralização. A NOB 96 (BRASIL, 1996) se restringe quase que exclusivamente, na estruturação do sistema municipal.

Segundo Campos (2007) uma das evidências na não implementação do SUS se dá pela regionalização e integração entre municípios e serviços serem quase virtual. Da mesma forma, Santos (2007) enfatiza a implantação da regionalização com um dos eixos estratégicos para vencer parte dos desafios do SUS, enquanto Pestana & Mendes (2005), abordam a regionalização como uma nova forma de descentralização do SUS: a regionalização cooperativa.

Segundo Silva (2017), a regionalização do SUS é considerada estratégia prioritária para se conseguir avanços em direção à descentralização da gestão da saúde, segundo o pacto, depende da constituição de desenhos regionais que respeitem as realidades locais; do estabelecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIRs), para potencializar seus trabalhos e o desenvolvimento positivo da estruturação das regiões de saúde.

Para Barcelos et al (2008) a regionalização pode ser definida também como recortes territoriais identificados a partir de identidades econômicas, sociais e culturais. Nestes termos a região se impõe como espaço de manifestação da solidariedade entre os parceiros que compartilham a gestão do Sistema. Solidariedade e sinergia necessárias para a concretização do SUS, em seu plano operacional, representando o aprimoramento das mediações entre os níveis de comandos e cogestão dos serviços.

O processo de regionalização é garantir o exercício da ação cooperativa entre os gestores, em cada região de saúde. Para isso, é constituído um Colegiado de Gestão Regional (CGR), mais precisamente, uma Comissão Intergestores Regional (CIR), que tem a participação de todos os municípios da região e de um representante do estado, sendo dividido em dois movimentos (GUIMARÃES, 2005): (1) o processo de regionalização dos serviços, que é a tentativa de se organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, ou seja, conseguir atingir os objetivos do SUS de universalização, integralidade e equidade com maior qualidade, com menor custo financeiro; e ainda salientar outro processo implícito de regionalização; e (2) a criação de regiões de saúde a partir das características epidemiológicas de determinada população vivendo em determinados espaço e tempo.

Sendo assim, quem passa a decidir as prioridades de cada região é o gestor, que leva em consideração as características geográficas, o fluxo da demanda, o perfil epidemiológico, a oferta de serviços e as necessidades expressas pelos usuários. Nesse sentido, Estados e Municípios devem estar mais integrados no processo de planejamento das ações e serviços de saúde de modo a atender melhor às necessidades da população (SILVA, 2017).

### ***2.3.2 Hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS)***

O SUS tem como base diretrizes organizativas e princípios doutrinários incorporados ao texto da Constituição Federal de 1988 e às leis ordinárias que o regulamentam. Tais princípios e diretrizes devem se articular e se complementar de forma a fazer funcionar a lógica de organização do sistema, segundo Vasconcelos e Pasche (2006).

Dentre essas diretrizes surge a Hierarquização do Sistema, que busca ordená-lo por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, de modo a regular o acesso aos mais especializados (QUINELLATO, 2009).

A hierarquização surgiu com o intuito de tentar reverter à situação criada pelo antigo modelo hospitalocêntrico, implantado no Brasil, com ênfase em estabelecer um sistema menos problemático e mais organizado no qual ocorre uma prevalência da ordem e conseqüentemente um aumento da eficácia (BOLMAN, 2003).

De acordo com Silva (2007), os serviços de saúde estruturam-se de forma hierarquizada, por níveis de atenção, que variam segundo suas respectivas densidades tecnológicas. Tais níveis de atenção constituem diferentes composições tecnológicas referidas por sua densidade, seu custo e sua viabilidade, para a solução de conjuntos específicos de problemas de saúde de diversas naturezas.

Silva (2007) ainda descreve que a hierarquização diz respeito aos serviços serem organizados segundo tipos de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada, para atender uma determinada população, e que tais serviços devem oferecer todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, facultando um elevado grau de solução de problemas.

São três os níveis de atenção: o primário ou básico, que é a “porta de entrada” no sistema; o secundário ou serviços de média complexidade e o terciário ou serviços de alta complexidade, sendo esses divididos em dois blocos, um relativo à atenção básica e outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2007).

Para Viegas e Penna (2013), o acesso da população à rede deve ser por meio dos Serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que se apresentam. Os casos mais complexos deverão ser referenciados para os demais níveis de assistência tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite o (re)conhecimento dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

### 2.3.3 *Descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS)*

O processo de descentralização na área da saúde, ainda que tenha ganhado contornos mais definitivos na Constituição de 1988 e na legislação infraconstitucional subsequente (lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, normas e portarias regulamentadoras), é um movimento que começou a se estruturar já ao longo da década de 1980, segundo Ugá et al (2003).

Com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do início dos anos 90, o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro perdeu sua tendência "estadualista" desenhada pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), passando a "municipalização" a se constituir o eixo condutor do processo de descentralização do sistema (Ugá, 1997). Assim, os municípios foram assumindo o papel de atores estratégicos do SUS, dada sua competência constitucional para *prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços e atendimento à saúde da população* (Constituição Federal, art., 30, VII).

Para Teixeira et al. (2011) a descentralização é compreendida como um processo de difusão de mecanismos institucionais decorrentes da constitucionalização do regime universal de proteção social, o que representa uma ruptura com o padrão histórico de políticas sociais no Brasil. Nesse sentido, os desafios dessa descentralização setorial são mais ousados porque não se trata apenas da transferência de recursos e de poder entre níveis de governo, mas também da mudança da relação entre estado e cidadãos em busca de uma governança democrático.

O autor supracitado, ainda argumenta que a descentralização tem contribuído para a modernização da gestão local, na medida em que tem difundido inovações em diversas áreas de competência das secretarias municipais de saúde, mesmo baseada em uma estratégia contraditória e insuficiente e em um ambiente político e econômico desfavorável.

Já Abrúcio (2006) advoga que, além da criação de um ambiente intergovernamental positivo, a descentralização demanda a constituição de boas estruturas administrativas no plano subnacional. A promessa de ganhos de eficiência

baseados na descentralização depende das capacidades institucionais e administrativo-financeiras dos entes locais.

Segundo Solla (2006), o Brasil é um país complexo, com dimensão geográfica continental e marcado por uma estrutura econômico-social bastante heterogênea, com grandes diferenças regionais e distribuição profundamente desigual de serviços e de profissionais de saúde. Por isso, tal quadro aponta a importância da descentralização das políticas públicas, inclusive na área de saúde. Além disso, trata-se de um sistema federativo especial, em que os municípios são entes federativos, dotados de autonomia política, administrativa e financeira, com um papel de protagonista da gestão do sistema de saúde em seu território, definido constitucionalmente.

Não obstante todas as dificuldades, o processo de descentralização tem transferido responsabilidades, prerrogativas e recursos para os governos municipais, ocorrendo ampla descentralização dos recursos e das responsabilidades de gestão sobre os serviços. Coloca-se como desafio dos municípios, além de assumir o conjunto de responsabilidades expressas pelas normas operacionais, avançar na implementação de mudanças nos modelos de atenção e gestão, inclusive ampliando os espaços de controle social, e superar os riscos de reproduzir, no âmbito municipal, os processos clientelistas e cartoriais entre Estado e Sociedade que tornaram o antigo INAMPS um exemplo de privatização do Estado e foram repassados às Secretarias Estaduais de Saúde, em maior ou menor grau, junto com todo o espólio da atenção médica previdenciária, de acordo com Teixeira e Solla (2005).

### 3. METODOLOGIA

O presente estudo se trata de um Scoping Review, que foi realizado de maio a julho de 2020, cujo objetivo foi reunir e sintetizar resultados da pesquisa sobre dificuldades da regionalização e descentralização do sistema único de saúde municípios de pequeno, de forma sistemática e ordenada, contribuindo para o completo entendimento do tema. De acordo com Mendes e Silveira (2008) como é uma metodologia que fornece a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade dos resultados de importantes estudos na prática.

Para realizar esta revisão, foram seguidas as seguintes etapas de observação: 1) identificação do tema e seleção das hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos, bem como a busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas da pesquisa selecionada; 4) categorização e avaliação de estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados e 6) síntese do conhecimento evidenciado (WHITTEMORE; KNAL, 2005).

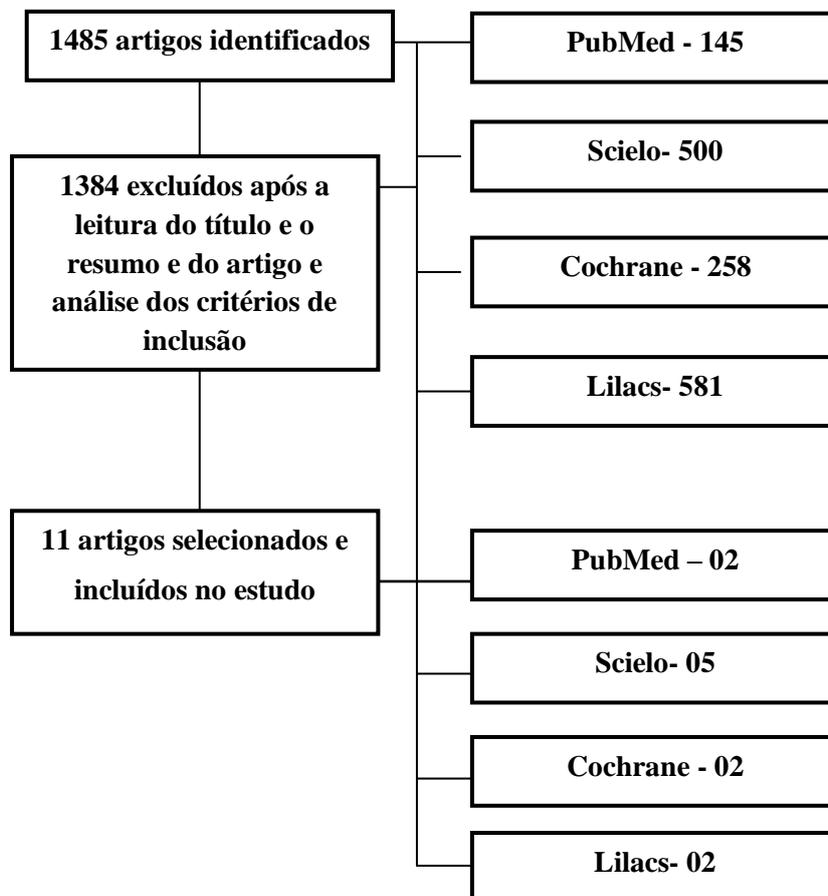
Na seleção dos artigos foram considerados municípios de pequeno porte, ou seja, aqueles que apresentam menos que 25 mil habitantes e que exercem um papel de caráter local, de atendimento às necessidades básicas da população, e dependem de municípios de médio ou grande porte para diversos serviços, destacando-se aqui os do setor da Saúde (CALVO et al, 2016).

Segundo preconizado pelo Joanna Briggs Institute para se fazer um *Scoping Review*, a pergunta de pesquisa tem que estar baseada nos seguintes pilares: *Population, Concept e Context* (PCC), onde : P=gestão em saúde pública; C= regionalização e hierarquização e C= município de pequeno porte, considerando essas dificuldades/gestão em região de pequeno porte.

Os critérios de inclusão foram definidos pela seleção dos artigos publicados em português e inglês, artigos na íntegra que retratem o assunto da revisão, publicado e indexado nas referidas bases de dados nos últimos 10 anos. Os critérios de exclusão foram: publicações sob a forma de tese, dissertações, monografias, livros, resenhas de qualquer estilo e relatos de experiências, assim como estudos que abordem apenas gestão em saúde pública sem abordar região de pequeno porte.

Os artigos foram coletados em bancos de dados da Internet especializados em ciências da saúde e saúde pública, usando os seguintes descritores e suas combinações: gestão de saúde, regionalização, hierarquização e município de pequeno porte em português e inglês com o exato termo e descritores associados.

**Figura 1:** Fluxograma de seleção e identificação dos estudos.



Para encontrar evidências para responder à pergunta da pesquisa, "regionalização e hierarquização" e "município de pequeno porte" foram selecionados no Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e no Departamento de Seção de Cabeçalhos de Assunto (MESH), combinada pela Booleano AND e OR nos bancos de dados: *National Library of Medicina* dos EUA (PUBMED), *Scientific Electronic Library* (SCIELO), *Cochrane Library* (Cochrane) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), de acordo com a figura 1.

Para extrair as informações, o conteúdo foi coletado e processado em quatro fases: reconhecimento seletivo, crítico, reflexivo e leitura interpretativa. Uma análise de título e resumo foi realizada para confirmar a inclusão dentro dos critérios de inclusão e posteriormente a fase de coleta foi organizada, analisada e interpretada de acordo com cada tema identificado.

Para isso, um instrumento de coleta de dados foi desenvolvido pela autora adaptado aos objetivos da pesquisa contendo os seguintes itens: identificação do artigo original, metodologia característica, tipos de diagnósticos/dificuldades e principais resultados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, permitindo o leitor avaliar a aplicabilidade da revisão elaborada, fornecendo bases para a tomada de decisão na gestão pública de saúde.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Baseado na questão norteadora do estudo conseguiu-se caracterizar os estudos incluídos nessa revisão, pois conhecer o contexto em que as pesquisas foram produzidas auxiliou a compreensão da temática estudada. Dos 11 artigos incluídos na revisão, 5 deles (45,45%) foram publicados em inglês e 6 em português (54,54%). Quanto aos periódicos que publicaram sobre a temática constataram-se 4 (36,36%) na Revista Saúde e Sociedade, 1 (9,09%) na Revista Ciência & Saúde, 1(9,09%) na Revista Jurídica, 05 (45,45%) na Revista Ciência & Saúde Coletiva e 01(9,09%) na Revista Saúde Debate.

Os estados em que mais apareceram estudos em municípios de pequeno porte foram o Paraná e a Bahia, sendo que dois estudos apenas categorizavam como pequeno porte, no entanto não mencionavam sobre o tamanho da população. Os métodos mais utilizados foram os estudos qualitativos, com abordagem de estudo de caso (30%) e os quantitativos (20%). Os demais apresentaram um estudo de cada tipo.

Após a síntese das pesquisas incluídas nesta revisão, e antes de fazer uma análise detalhada da contribuição de cada um, a respeito das principais dificuldades requeridas dos profissionais que ocupam cargos de gestão na saúde pública em municípios de pequeno porte, foram identificados quatro artigos que retratavam essa dificuldade em relação ao eixo regionalização, cinco artigos sobre a descentralização e dois sobre a hierarquização, conforme descreve o Quadro 1.

Autor e Ano	Tipo do Estudo	Métodos	Princípio do SUS contemplado
PINAFO, E. et al, 2016	<b>Estudo transversal, descritivo e exploratório</b>	P= 72 gestores do Norte do estado do Paraná.  C1= Verificou-se a necessidade de investimento na regionalização, e que processos educativos mais adequados às exigências do SUS sejam desenvolvidos para a qualificação da gestão por meio da educação permanente dos secretários municipais de saúde.  C2= 82 Municípios de Pequeno Porte com população até 20.000 habitantes.	Regionalização
MELLO, G. A.; et al, 2017	<b>Revisão sistemática</b>	P= 26 gestores  C1 = A gestão municipal é amplamente interpretada como um elo frágil e dificultador do processo regional, questão que naturalmente embute a ideia de que a melhoria técnica do quadro municipal impactaria na capacidade	Regionalização

		regional. C2 = não relataram	
PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. N., 2016	<b>Revisão Scoping Review</b>	P= 27 artigos  C1 = Estudos que retratem a realidade dos municípios de pequeno porte são necessários, pois vários desafios foram apontados como a necessidade de efetivação do processo de regionalização, gestão compartilhada e de rede interfederativa que garanta acesso e atenção integral à saúde.  C2= Apesar dos municípios de pequeno porte representarem aproximadamente 74% dos municípios brasileiros, não foram identificados estudos específicos para estes.	Descentralização
RECKTENWALDT, M.; JUNGES, J. R., 2017	<b>Estudo qualitativo do tipo estudo de caso</b>	P= 4 gestores do Vale do Rio Caí.  C1= Municípios de pequeno porte têm dificuldade de responder a essa tarefa pela falta de capacitação e pela escassez de recursos financeiros e humanos, acarretando a sobreposição de funções e desvalorização da vigilância e falta de planejamento nessa vigilância para a responsabilidade de municípios de pequeno porte.  C2= Municípios com população inferior a 5 mil habitantes.	Descentralização
MOTTA, J. H.; SILVA, M. C.; LIMA, S. M., 2015	<b>Revisão bibliográfica</b>	P= 1 gestor  C1= O atual modelo de atenção e principalmente o modelo de gestão do governo são sem dúvida pontos chaves que dificultam a programação do Município e a garantia da efetividade do direito à saúde a todos os cidadãos. O governo tem que servir ao cidadão e não o cidadão servir ao governo.  C2= não relataram	Descentralização
SILVA, J. F.; CARVALHO, B. G.; DOMINGOS, C. M., 2018	<b>Estudo de caso de natureza qualitativa</b>	P= 16 gestores do norte do Estado do Paraná.  C1= Aponta-se como possibilidade, para enfrentar os problemas regionalização e gestão em saúde evidenciados na pesquisa, a realização de contratos executados em blocos e/ou redes de atenção de forma consensuada entre gestores, abrangendo toda a região, seria a medida capitaneada pela secretaria de saúde do Estado, que, formalmente, é quem responde pela gestão da média complexidade na região estudada. Além disso, o fortalecimento da governança regional, a ação regulatória da gestão, e a mobilização social, surgem como estratégias possíveis e também necessárias a este enfrentamento, as quais podem servir como questões norteadoras para outras pesquisas dentro dessa temática.  C2 = menos de 20 mil habitantes (realizado em macrorregião)	Regionalização
MEDEIROS, C. R. G.; GERHARD, C. E., 2015	<b>Estudo de caso</b>	P= 5 gestores municipais de saúde e três servidores da CRS  C1= A fragilidade da gestão ficou ressaltada nas falas dos gestores municipais e regionais,	Descentralização

		<p>onde definiram que o processo de planejamento deve ser ascendente e integrado, o que pressupõe a participação ativa dos gestores. Observou-se também que o posicionamento da maioria dos gestores é de expectador e não de protagonista no processo. Este posicionamento pode estar relacionado à alta rotatividade de gestores municipais de saúde, constatada pelas atas das reuniões, o que dificulta a apropriação de conhecimentos necessários para a tomada de decisão.</p> <p>C2= 20 mil habitantes</p>	
<p>BRANDÃO, C. C.; SCHER, M. D. A., 2019</p>	<p><b>Estudo descritivo, transversal e quali/quantitativo</b></p>	<p>P= 15 gestores de saúde do interior da Bahia.</p> <p>C1=Para a qualificação das gestões, considerou-se essencial o investimento em iniciativas de formação e de apoio institucional, priorizando municípios de pequeno porte e situados em regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica.</p> <p>C2= 20 mil habitantes</p>	<p>Descentralização</p>
<p>OHIRA, R. H. F.; JUNIOR, C. L.; NUNES, E. F. P. A., 2014</p>	<p><b>Estudo quantitativo</b></p>	<p>P= 49 gestores do norte estado do Paraná.</p> <p>C1= Observou-se as distorções e/ou insuficiências em reuniões de equipe e com a comunidade, participação relevante das comunidades, conhecimentos de indicadores, planejamento, avaliação das equipes e preparação dos gestores para o cargo, padecendo de precário profissionalismo e insuficiente preparação.</p> <p>C2= até 20 mil habitantes</p>	<p>Hierarquização</p>
<p>SILVA, C. R.; CARVALHO, B. G.; JÚNIOR, L. C.; NUNES E.F.P.A., 2017</p>	<p><b>Estudo de Caso</b></p>	<p>P= 18 gestores do Paraná.</p> <p>C1= A carência de especialistas com conseqüente insuficiência de consultas, dependência do setor privado e redução da participação da União e do Estado na oferta de serviços e no financiamento. A situação da atenção especializada na região é complexa e de difícil solução a curto prazo, reforçando a tese de que a atenção neste nível é atualmente o gargalo do SUS.</p> <p>C2= 18 municípios com até 20.000 habitantes.</p>	<p>Hierarquização</p>
<p>PINAFO, E, et al., 2020</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>P=55 trabalhadores das equipes gestoras da macrorregião norte do Paraná.</p> <p>C1=A insuficiente capacidade para fazer a gestão dos municípios e para ofertar atenção integral à saúde aos municípios. A constituição de Consórcios Intermunicipais de Saúde, a compra de serviços por contratos paralelos com prestadores privados e a adesão a programas do estado e da União são estratégias para o enfrentamento dos problemas, porém estas desencadeiam um intercâmbio de problemas</p> <p>C2= 20 mil habitantes</p>	<p>Regionalização</p>

**Quadro 1:** Avaliação das dificuldades dos gestores municipais de pequeno porte na regionalização e hierarquização nos últimos 10 anos

**Legenda:** P= População (gestão em saúde pública); C1= Concepção (regionalização e hierarquização) e C2= Contexto (município de pequeno porte).

Pinafoet al (2016) realizou um estudo transversal, descritivo e exploratório em 82 Municípios de Pequeno Porte com população de até 20.000 habitantes, das áreas de abrangência da 16<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> regionais de saúde do Norte do estado do Paraná, sendo entrevistado 72 secretários de saúde. A maioria dos secretários se auto declaravam preparados para exercer o cargo, e este preparo foi adquirido no cotidiano de trabalho. As funções de planejamento e o gerenciamento do FMS destacaram-se por serem funções específicas e imprescindíveis.

O conhecimento dos instrumentos de gestão e a participação em sua elaboração demonstraram avanço importante para o desenvolvimento de seu papel na gestão, porém causa preocupação o fato do menor envolvimento com os instrumentos específicos do orçamento municipal, verificando-se a necessidade de investimento na regionalização, e que processos educativos mais adequados às exigências do SUS devam ser desenvolvidos para a qualificação da gestão por meio da educação permanente dos secretários municipais de saúde, indo de encontro ao que retrata Leite, Lima e Vasconcelos (2012) que observaram em seu estudo que a maioria dos municípios brasileiros é de pequeno porte, sendo que mais de 70% deles têm menos de 20 mil habitantes. Segundo o Plano Diretor em Municípios de Pequeno Porte, este grupo de municípios tem necessidade de que sejam instituídas políticas específicas devido à carência de estrutura para o planejamento e à baixa capacidade de gestão urbana (BRASIL, 2005).

Melo et al. (2017) realizaram uma revisão sistemática de literatura, onde foram incluídos apenas estudos específicos sobre o processo de regionalização do SUS, sendo evidenciado que o processo de regionalização é hoje uma realidade em todas as esferas de governo, sujeito a um conjunto de desafios comuns às diversas realidades do país.

A governança regional é ainda prejudicada pela fragmentação do sistema e, em particular, pela histórica deficiência com planejamento, desde o nível local às políticas estratégicas de incorporação tecnológica. As análises permitiram implicar a cultura de amplo privilégio para negociação política em detrimento do planejamento como uma das principais responsáveis por um ciclo vicioso que sustenta a deficiência técnica da gestão dos municípios de pequeno porte, como dito anteriormente por outros autores aqui citados.

A gestão municipal é amplamente interpretada como um elo frágil e dificultador do processo regional, questão que naturalmente embute a ideia de que a melhoria técnica do quadro municipal impactaria na capacidade regional. Sem dúvida, mas, de fato, os estudos não dão mostras de reversão ao longo do tempo, não parecendo ser apenas um problema do ‘como fazer’, algo para o qual alguém logo sugeriria cursos técnicos, de especialização e afins, ou apenas ligada à rotatividade.

Sob outros olhares como o de Fleury, Ouverney, Kronemberger e Zani (2010) pode ser aventado que o foco das análises esteja demasiadamente concentrado no conteúdo regional da reforma, na formação de redes, na assistência, em detrimento dos atores envolvidos, mas em inverter a perspectiva da visada para o município como ator principal interessado na regionalização e suas próprias necessidades (e não na ‘regionalização’ interessada no município). Deste novo ponto de vista, aparentemente paradoxal, parece despontar a necessidade de apoio, reforço e investimento na gestão municipal como parte inerente das próprias políticas de regionalização.

Pinafo, Carvalho e Nunes (2016) objetivou em seu estudo analisar a descentralização da gestão em saúde para o ente municipal de pequeno porte e suas implicações para o acesso e a atenção integral ao usuário. A descentralização da gestão pública merece ser discutida na perspectiva do que ocorre em âmbito local para sua efetivação, e desta forma refletir sobre a realidade enfrentada pelos municípios brasileiros de pequeno porte, levando-se em consideração as dificuldades enfrentadas quanto aos investimentos e gastos na área da saúde, onde pode-se verificar que o planejamento e a avaliação são tidos como problemáticos em diferentes localidades do país, segundo Pinto, Tanaka e Spedo (2009) que concordam com nossos achados.

Esses autores trazem a reflexão que os municípios de pequeno porte não tem política de planejamento implantada, ou quando esta ocorre, se dá de forma incipiente. Molesini, Formigli, Guimarães e Melo (2017), constataram também que a alta rotatividade na ocupação dos cargos de gestão e a baixa qualificação formal para o exercício dessas atividades comprometem a operacionalização da descentralização no que diz respeito ao planejamento e gestão e que os instrumentos de planejamento e gestão são limitados, ou muitas vezes, insuficientes, uma vez que, quando existem, apontam basicamente os objetivos e metas, focados nas exigências normativas sem retratarem a realidade local.

A efetividade dos instrumentos de gestão como mecanismo de planejamento, organização e pactuação da assistência nos municípios e regiões, para garantir o acesso da população aos diversos níveis de assistência, requereria um processo sistemático de acompanhamento da execução da programação, de aperfeiçoamento dos próprios instrumentos e processos de negociação. Entretanto, não existem instrumentos de avaliação, controle e acompanhamento sobre o desenvolvimento desse processo nas regiões. Desta forma, os municípios pequenos enfrentam dificuldades para executar as tarefas pactuadas, além de necessitar de avanços em relação à democratização dos processos de planejamento e programação local, como nos traz os autores Arretche e Marques (2002).

Recktenwaldt e Junges (2017) exploraram em seu estudo que o processo de descentralização do Sistema de Saúde no papel da vigilância em saúde delegou responsabilidades para os municípios que antes eram de nível federal, onde os municípios de pequeno porte começaram a apresentar dificuldades de responderem a essa tarefa pela falta de capacitação e pela escassez de recursos financeiros e humanos, acarretando a sobreposição de funções, emergindo assim a desvalorização da vigilância e falta de planejamento.

Esses resultados permitiram discutir criticamente o papel da vigilância para alcançar a integralidade das práticas; os modelos de gestão e de atenção à saúde definidores das prioridades dos serviços de saúde; e a pertinência do processo de descentralização e delegação de tarefas da vigilância para a responsabilidade de municípios de pequeno porte, ressaltando que a descentralização dos serviços de saúde é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, iniciada em 1991 com as Normas Operacionais Básicas (NOB) (Brasil, 1991, 1992, 1993, 1996) que instituíram o processo político de pactuação intergestores (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000) e corroborada em 2001 pelas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) que definiram as responsabilidades mais ampliadas dos municípios (Brasil, 2001, 2002).

Em contrapartida, Coelho e Paim (2005) retratam que essa mudança nas práticas de saúde depende do tipo de gestão que é seguido, ou seja, o exercício da gestão segue comumente modelos de tomada de decisão nos quais os critérios utilizados na definição de prioridades são bastante variados e influenciados por questões político-partidárias;

por oportunidades de alcance de recursos, que nem sempre condizem com as necessidades; e até mesmo por questões individuais do próprio gestor.

Motta, Silva e Lima (2015) buscaram refletir em seu estudo as dificuldades que levam o conselho a estabelecer e fazer cumprir o direito constitucional à saúde de forma mais efetiva sob a visão de apenas um gestor de saúde do município de pequeno porte, concluindo que o atual modelo de atenção e principalmente o modelo de gestão governamental são, sem dúvida, pontos fundamentais que dificultam a programação do município e a garantia da efetividade do direito à saúde para todos os cidadãos, independentemente do número de habitantes.

Silva, Carvalho e Domingos (2018) no Brasil, a regionalização está presente dentre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal diretriz pode ser percebida como um processo técnico-político, com multiplicidade de dimensões, abrangendo, dentre várias outras, a distribuição de poder e as relações estabelecidas entre governos, organizações públicas, privadas e cidadãos, em um determinado espaço geográfico, destacando que os municípios de pequeno porte não possuem capacidade instalada para a execução de procedimentos de média complexidade e, desta forma, precisam comprar diretamente e/ou coletivamente serviços de prestadores privados, ainda que o prestador esteja localizado em outro município ou sob gestão do Estado.

A análise dos resultados permitiu constatar que os gestores praticam um planejamento incipiente, reduzido e informal a respeito da programação de média complexidade. As falas dos entrevistados demonstram que os gestores não percebem a operacionalização do planejamento de maneira ascendente, como descrito no Decreto nº 7.508/201131, e que elaboram os instrumentos de gestão e planejamentos municipais como obrigações burocráticas e legislativas, segundo Brasil (2011).

Medeiros e Gerhard (2015) apontam em seu estudo que o avanço da descentralização e a consolidação da municipalização após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) têm ocorrido gradualmente e com diferenças significativas entre regiões e entre municípios. Uma das características do Brasil é o grande número de pequenos municípios, 61% destes apresentando menos de 15 mil habitantes. O retrato no Rio Grande do Sul (RS) não é diferente: 75,4% dos municípios são pequenos. Na 16ª

Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), onde estão vinculados os municípios deste estudo de caso, este percentual sobe para 85,7 - 36 entre 42 municípios (MEDEIROS, 2013). A maioria dos municípios dessa região encontra-se em situação de grande dependência externa em relação a referências de Média (MC) e Alta Complexidade (AC) - com algumas dificuldades de acesso a estes serviços e diferentes formas de organização da Atenção Básica (AB) e na estrutura dos serviços -, configurando deficiência na constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Pascheet al. (2006) consideram que o processo de regionalização foi bastante heterogêneo devido às diversidades regionais e desigualdades de capacidade técnica e de gestão entre as equipes locais, determinando avanços significativos em algumas regiões e redes fragmentadas em outras.

Brandão e Scherer (2019) destacam que a partir da descentralização da gestão Sistema Único de Saúde (SUS), surge à necessidade de se discutir a capacidade de governo, ou de gestão, no âmbito municipal, para a implementação dessa política, realizando um estudo que analisou a capacidade de governo de Secretarias Municipais de Saúde em municípios baianos, tendo por base a experiência dos gestores.

A trajetória profissional possui relação com a sequência de ocupações sociais ao longo do tempo, envolvendo os ambientes formais de aprendizagem e valorizando a subjetividade individual na tomada de decisões. Ela é carregada por referências técnicas, políticas, institucionais, sociais e pela percepção, potencializada pela experiência que o sujeito tem do tema em questão e com as intervenções possíveis, refletindo em suas escolhas para a formulação e a capacidade de implementação dos projetos de governo, indo de encontro aos resultados de Barsaglini, Kehrig e Arruda (2015).

Ohira, Junior e Nunes (2014) descreveram em seu estudo as práticas gerenciais na atenção primária à saúde (APS) em 49 municípios de pequeno porte (até 20.000 habitantes) do norte do Paraná, sendo entrevistados 90 gerentes. Como resultado, as respostas da pesquisa apontaram que 85,6% realizavam reunião com a equipe; 77,8% conheciam metas e indicadores de saúde de 2010; 73,3% planejavam as ações; 70,0% realizavam reunião com a comunidade; 64,5% discutiam as metas e indicadores com os trabalhadores da unidade; 61,1% conheciam os indicadores de saúde de 2009; 61,1% realizavam avaliação das ações e serviços de saúde mais avaliação dos trabalhadores. Porém, a análise dos resultados permitiu observar distorções e/ou insuficiências em:

reuniões de equipe e com a comunidade, participação relevante das comunidades, conhecimentos de indicadores, planejamento, avaliação das equipes e preparação dos gerentes. Em síntese, os gerentes padecem de precário profissionalismo e insuficiente preparação, concordando com estudos de Vidor, Fisher e Bordin (2011) onde a prática gerencial mais citada foi a de reuniões para discutir metas a alcançar com participação predominante dos ACS.

Silva, Carvalho, Júnior e Nunes (2017) relata em seu estudo que a oferta insuficiente ou inexistente de consultas em muitas especialidades fez com que os gestores encontrassem muita dificuldade para garantir o acesso ao atendimento especializado aos seus munícipes. Quando existe essa dificuldade, as necessidades de saúde dos usuários ou as demandas por serviços de saúde não são atendidas a contento, o que se verificou nos municípios da região estudada da 18ª Regional de Saúde (RS), localizada na região norte do Estado do Paraná. As unidades de análise selecionadas foram os 18 municípios com até 20.000 habitantes, considerados de pequeno porte. Segundo Huber, Stanciole, Wahlbeck, Tamsma, Torres, Jelfs e Bremner (2008) este problema não é exclusivo de MPP, nem do SUS. Estudo realizado em países pertencentes à União Europeia, em 2008, aponta que a espera por cuidados especializados e por cirurgias eletivas é um dos principais problemas de saúde pública e que interfere diretamente no estado de saúde da população. Afirma ainda que, no Reino Unido, embora tenham sido realizados investimentos e incentivos financeiros nos últimos anos, o problema persiste em algumas áreas.

Pinafoet al. (2020) relata em seu estudo que a maioria dos municípios brasileiros são de pequeno porte, muitos deles criados após a Constituição Federal (CF) de 1988. Com a CF os municípios se tornaram entes federados com autonomia política e tributária, e foram favorecidos com a repartição de recursos por meio das transferências intergovernamentais.

Os municípios de pequeno porte (MPP), ou seja, aqueles com população inferior a 20 mil habitantes, apesar de representarem cerca de 70% dos municípios do país, são o ente mais vulnerável da federação. A maioria destes municípios alia: condições limitadas, tanto de ofertas de serviços de saúde, como de capacidade de gestão, para responder sobre as políticas públicas que lhes foram atribuídas com o processo de descentralização; pouca autonomia para a gestão dos orçamentos municipais; menor

capacidade de arrecadação fiscal e conseqüentemente menor alocação de recursos orçamentários; poder limitado de decisão dos gestores municipais nos espaços de governança e, ainda, dificuldade de fixação de profissionais médicos, corroborando com o estudo de Mendes (2015).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise criteriosa da literatura por meio do uso da técnica de *Scoping review* foi possível alcançar os objetivos propostos pelo trabalho. A análise do material estudado permitiu verificar que são vários os desafios e dificuldades encontrados pelos gestores, que precisam, além de garantir a qualidade dos serviços de saúde existentes, gerir e buscar novas opções para a solução das demandas apresentadas pela sociedade, e que muitas vezes representam a contratação de serviços que não são disponibilizados em seu município.

A regionalização se insere nesse contexto como uma alternativa e envolve um processo de constante negociação e pactuação para a construção de um sistema mais resolutivo. No que tange à descentralização, ser gestor em município de pequeno porte no Brasil se torna uma tarefa complexa, principalmente quando considerado a necessidade de tratamento para as mais distintas enfermidades. Muitas vezes não existem acordos de saúde ou programas específicos para a população destas localidades, e isso está diretamente relacionado às dificuldades de financiamento e acesso à recursos, seja do governo Estadual e Federal.

Em relação a hierarquização, os desafios da falta de recursos humanos, alta rotatividade de gestores e médicos, insuficiente capacitação ou treinamento dos profissionais, ausência de planejamento, da utilização de instrumentos de gestão estratégica e do empoderamento social por meio da efetivação de canais de participação, somados ao problema de escassez de recursos financeiros já citados, são algumas das dificuldades enfrentadas na gestão do SUS em municípios de pequeno porte.

Como limitação desta pesquisa destaca-se a busca limitada aos periódicos nacionais e, principalmente, anais de congressos, que muito podem desvendar problemas de natureza regional. Além disso, ressalta-se que o campo de estudo possui espaço para o crescimento. Por fim, recomenda-se que novos estudos sejam realizados na intenção de preencher as lacunas acerca do referido tema.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 8, n. 1-2, p. 85-91, 2000.

ARRETCHE, M.; MARQUES E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 7(3):455-479, 2002.

BARCELLOS, C. Os indicadores da pobreza e a pobreza dos indicadores. Uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde. In Barcellos, Christovam (org.). *A geografia e o contexto dos problemas de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, p. 107-139, 2008.

BARSAGLINI, R. A.; KEHRIG, R. T.; ARRUDA, M. B. Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. *Saúde e Sociedade*; 24(4):1119-1136, 2015.

BRANDÃO, M. C. C. C.; SCHERER, D. A. Capacity of government in Municipal Health Departments. *Saúde debate* 43 (120) Jan-Mar 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS*. Brasília-DF, Nov./2005, 175p.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS para 1991. Brasília, DF 1991.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB - SUS/92), conforme texto constante no Anexo I da presente Portaria. Brasília, DF 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 96, 24 maio 1993. Seção 1, p. 6961.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996. p. 22932.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 fev. 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde: Parte1. Brasília, DF, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 5)

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 16 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 jul. 2013.

BRASIL. Constituição de 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe as condições para, proteção e recuperação da saúde, à organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 de outubro.1990.

BRASIL. Lei 8080 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. Diário Oficial da União 1990; set 20.

BRASIL. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; dez 31.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Aprova a NOAS-SUS 01/93 a qual estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.203, de 05 de novembro de 1996. Regulamenta a NOB-SUS 01/96 a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Regulamenta a NOAS-SUS 01/2001 a qual amplia as responsabilidades dos municípios 48 na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro PORTARIA Nº 2048, DE 5 de novembro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4.).

BRASIL; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.  
BRASIL; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta

Complexidade no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Lei 12.466 de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Diário Oficial da União 2011; ago 25.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 29 jun

CALVO, M. C. M. et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, vol.25 no.4 Brasília Oct./Dec. 2016.

CAMPOS, G. W. S. Uma política de pessoal para o SUS-Brasil – Contribuições para o debate do Abrascão-2018. *Abrasco, Ensaios e Diálogos em Saúde Coletiva*, número 5.

CAMPOS, G.W.S. O SUS na prática: avanços e limites. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Abrasco, Mar-Abri, 2007. p. 301-317.

COELHO, T. C. B.; PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1373-1382, 2005.

CUNHA, R. E. Cartão Nacional de Saúde – os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.7 no.4 Rio de Janeiro, 2002.

FLEURY, S., OUVREY, A. L.M.; KRONENBERGER, T. S.; ZANI, F. B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2010; 28(6):446-445.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, 2005.

HUBER, M. et al. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Luxembourg: European Communities; 2008.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). Methodology for JBI Scoping Reviews - Joanna Briggs 2015.[Internet]. Australia: JBI; c2015.9.

LEÃO, B. F. Padrões para representar a informação em Saúde. Relatório Técnico. Projeto PNUD BRA/97/024 - SNIS - Sistema Nacional de Informação em Saúde, 2001.

LEITE, V. R.; LIMA, K.C.; VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, 17(7):1849-1856, 2012.

LEVCOVITZ, E., LIMA, L.D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas\*. Ciência & Saúde Coletiva vol.6 no.2 São Paulo, 2001.

LIMA, L.D; VIANA, A.L.D. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A. L. D e LIMA, L.D (Org.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 39-63.

MARTINS, L.T. Saúde pública como precursor de uma nova era para a população brasileira. Revista Sustinere, Rio de Janeiro, 2017.

GOTLER, C. R.; GERHARDT, R. M. T. Evaluation of the Health Care Network in small towns from the perspective of management teams. Saúde debate 39 (spe), Dez 2015.

MEDEIROS, C. R. G. et al. Plano Regional de Educação Permanente em Saúde. Comissão de Integração Ensino-serviço do Vale do Taquari, 2010.

MELLO, G. A. R. et al. A systematic review of the process of regionalization of Brazil's Unified Health System, SUS. Ciência & Saúde Coletiva, Apr;22(4):1291-1310, 2017.

MENDES, E. V. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde e Sociedade*, 24(2):423-437, 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto de Enfermagem*, Florianópolis. Out-Dez. 2008;17(4):758-64.

MOLESINI, J. A.; FORMIGLI, V. L. A.; GUIMARÃES, M. C. L.; MELO, C. M. M. Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2010; 34(3):623-638.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.20, n.4, p.837-852, 2011. Pag.: 837-852.

MOTTA, H., CUNHA E SILVA, J.; LIMA, M. M, S. Descentralização do sistema único de saúde: as dificuldades de o município programar. *Revista Jurídica* (0103-3506). 2015, vol. 2 Edição 39, p397-414. 18p.

SOHIRA, R.H.F.; JUNIOR, LC.; NUNES, EFPA. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4439-4448, 2014

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Health reform and the creation of the Sistema Único de Saúde: notes on context and authors. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. v.21, n.1, jan.-mar. 2014.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 20 n. 6, p. 416-22, 2006.

PESTANA, M. V. C. S.; MENDES, E. V. Pacto de gestão: da municipalização autárquica a regionalização cooperativa. Belo Horizonte: SES, 2004.

PINAFO, E. et al. Gestor do sus em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão sus. *Espaço para a saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná | Londrina | V. 17 | N. 1 | P. 130-137 | julho 2016.*

PINAFO, E. et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5):1619-1628, 2020.

PINTO, N. R. D.; TANAKA, O. Y.; SPEDO, S. M. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2009; 25(4):927-938.

POLIGNANO, M. V. História Da Saúde Pública no Brasil: uma pequena revisão. *História Das Políticas de Saúde No Brasil, Minas Gerais*, n., p.01-25, 31 out. 2006.

RECKTENWALDT, M.; JUNGES, J. R. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. *Sociedade*. vol.26 no.2 São Paulo Apr./June 2017.

QUINELLATO, L. V. A DIRETRIZ DE HIERARQUIZAÇÃO DO SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico assistencial privatista. Dissertação apresentada ao curso Master in International Management da Fundação Getúlio Vargas como requisito necessário para a obtenção do grau de Mestre em International Management. Rio de Janeiro 2009.

SANTANA, J.P. Núcleos de Saúde Coletiva: desafios atualizados. *Revista Saúde em Debate* n. 9, p. 11-14, 2011.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização de rumos. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n.2, 2007.

SILVA, R.F. Gestão da saúde e seu processo de regionalização: um diagnóstico sobre a descentralização de serviços de saúde no cariri ocidental paraibano sumé – PB. Universidade Federal de Campina Grande- Centro de desenvolvimento sustentável do semiárido unidade acadêmica de educação do campo especialização em gestão das políticas públicas, 2017.

SILVA, S. R. A representação social dos princípios do Sistema Único de Saúde pelos seus usuários. 2007. 94 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, J. F. M.; CARVALHO, B. G.; DOMINGOS, C. M. Health governance and the public-private relationship in small. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2018 Oct;23(10):3179-3188.

SILVA, C.R.; CARVALHO, B. G.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência e Saúde Coletiva* 2017; 22(4):1109-1120.

SOLLA, J. J. S. Avanços e limites da descentralização no sus e o “pacto de gestão” *Revista Baiana de Saúde Pública* 30 n.2, p.332-348 jul./dez. 2006.

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL – TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, ago. 2002, São Paulo. Anais eletrônicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

TEIXEIRA, S. M. F. et al. Impactos da Descentralização do SUS sobre o Processo de Modernização dos Governos Locais. *Contabilidade, Gestão e Governança - Brasília* · v. 14 · n. 3 · p. 100 - 119 · set/dez 2011

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. J. S. P. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM (Orgs.). *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: ABRASCO / OPS / OMS; 2005. p. 457-79.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2):417-437, 2003.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: Campos, G. W. S.; et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

VIEGAS, S. M. F., PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1):181-190, 2013.

VIDOR, A.C.; FISHER, P.D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Revista de Saude Publica* 2011; 45(1):24-30.

WHITTEMORE, R.; KNAL, K. The integrative review: up date methodology. *Journal of the Advance Nursing*. 2005;52(5):546–53.