

ESCALAS E TEMPORALIDADES DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS NO RIO DE JANEIRO

<https://doi.org/10.4215/rm2025.e24016>

Rodrigues, J.N. ^{a*} - Orozco, A.T. ^b

(a) Doutora em Geografia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3793-4785>. **LATTES:** <http://lattes.cnpq.br/0972885425744948>.

(b) Doutoranda em Geografia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1330-958X>. **LATTES:** <http://lattes.cnpq.br/6297891160262768>.

Article history:

Received 02 January, 2025

Accepted 19 June, 2025

Published 10 August, 2025

(*) CORRESPONDING AUTHOR

Address: UFF. Av. Milton Tavares de Souza, CEP: 24210-346, Gragoatá, Niterói (RJ), Brasil. Tel: (+55 21) 2629-5944

E-mail: juliananunes@id.uff.br

Resumo

O presente texto se inscreve em um programa de pesquisa sobre os contextos territoriais de implementação das políticas públicas, considerando-se as diferentes temporalidades e espacialidades dos processos de formulação, formalização e realização de agendas. Neste paper, o objeto de análise é a regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio de Janeiro. Trata-se de uma contribuição de natureza qualitativa, do tipo bibliográfica e documental. A metodologia se apoia na realização de entrevistas semiestruturadas com gestores de diferentes níveis do sistema de saúde, além da análise de documentos oficiais, legislação e literatura especializada. Os resultados revelam os inúmeros desafios enfrentados nesse processo, como a fragmentação e o localismo persistentes no estado. Recupera-se também a herança político-territorial do processo de formação do estado do Rio de Janeiro como forma de compreender os entraves para maior articulação entre municípios e entre esses e o estado. Diferente de outras realidades político-territoriais, o estado do Rio de Janeiro ainda enfrenta atrasos na gestão regionalizada e cooperativa da política de saúde, que resultam de interrupções na gestão do sistema, disputas por financiamento entre municípios, entre as escalas municipais, estaduais e federais, além de disputas político-partidárias.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Escalas; Temporalidades; Regionalização.

Abstract / Resumen

SCALES AND TEMPORALITIES OF SUS REGIONALIZATION IN RIO DE JANEIRO

This paper is part of a broader research program examining the territorial contexts of public policy implementation, taking into account the different temporalities and spatialities involved in the processes of policy formulation, formalization, and execution. The object of analysis is the regionalization of Brazil's Unified Health System (SUS — Sistema Único de Saúde) in the state of Rio de Janeiro, and the study adopts a qualitative approach based on bibliographic and documentary research. The methodology includes semi-structured interviews with health system officials at different levels, as well as the analysis of official documents, legislation, and specialized literature. The findings highlight the numerous challenges faced in this process, such as persistent fragmentation and localism within the state. The study also revisits the political-territorial legacy of the state's formation to better understand the obstacles to stronger coordination among municipalities and between municipal and state governments. Unlike other political-territorial contexts, the state of Rio de Janeiro still experiences delays in developing a regionalized and cooperative health policy management system, resulting from disruptions in governance, competition over funding among municipalities and across government levels (municipal, state, and federal), as well as partisan political disputes.

Keywords: Brazilian Unified Health System; Scales; Temporalities; Regionalization

ESCALAS Y TEMPORALIDADES DE LA REGIONALIZACIÓN DEL SUS EN RÍO DE JANEIRO

Este texto forma parte de un programa de investigación centrado en los contextos territoriales de implementación de políticas públicas, considerando las diferentes temporalidades y espacialidades de los procesos de formulación, formalización y concreción de agendas. En este artículo, el objeto de análisis es la regionalización del Sistema Único de Salud (SUS) en el Estado de Río de Janeiro. Se trata de una contribución cualitativa, basada en investigación bibliográfica y documental. La metodología se basa en entrevistas semidirectivas con gestores de diferentes niveles del sistema de salud, así como en el análisis de documentos oficiales, legislación y literatura especializada. Los resultados revelan los numerosos desafíos encontrados en este proceso, como la persistente fragmentación y el localismo en el Estado. También se moviliza el legado político-territorial del proceso de formación del Estado de Río de Janeiro para comprender los obstáculos a una mayor articulación entre municipios y entre estos y el Estado. A diferencia de otras configuraciones político-territoriales, el estado de Río de Janeiro aún experimenta retrasos en la gestión regionalizada y cooperativa de la política de salud, debido a interrupciones en la gobernanza del sistema, conflictos de financiamiento entre municipios y entre los niveles municipal, estadual y federal, así como rivalidades político-partidistas.

Palabras-clave: Sistema Universal de Salud; Escalas; Temporalidades; Regionalización.

INTRODUÇÃO

Este texto tem como objetivo analisar o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro, que condensa temporalidades distintas da ação pública em um contexto de fortes desigualdades e disputas político-territoriais.

Sabe-se que o SUS se apóia na articulação entre redes e regiões no território. Contudo, embora as suas diretrizes sejam nacionais, sua implementação e operacionalização dependem de capacidades governativas subnacionais, que incluem aspectos técnicos, financeiros, burocráticos, e da construção de alianças e consensos em distintas arenas de pactuação federativa (SANTOS, 1996).

O texto analisa esses desafios no contexto fluminense, considerando as relações intergovernamentais e os contextos políticos em que se dão. Na primeira seção, revisita-se um debate teórico sobre as diversas dimensões da política pública, enfatizando-se como instituições e processos políticos de curta duração se embaralham em diferentes escalas temporais e territoriais. Essas dinâmicas são influenciadas por mudanças ideacionais, estruturais e geográficas.

Na segunda seção, voltamos ao desenho institucional do SUS, para abordar como a universalização das políticas sociais foi sendo progressivamente consolidada no Brasil, por meio de diversas mudanças normativas, até os ajustes decorrentes da crise fiscal, que alteraram o modelo de coordenação entre as escalas político-administrativas. Por fim, a terceira seção é dedicada à implementação do SUS no Rio de Janeiro, associada a sua formação territorial e aos processos políticos que moldaram as relações entre as diferentes escalas de decisão. O estado do Rio de Janeiro é o recorte privilegiado porque nos parece emblemático na demonstração das temporalidades e espacialidades implicadas na instauração de um sistema de atuação pública calcado na capilaridade e coordenação político-territorial.

AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DA POLÍTICA : ESPACIALIDADES E TEMPORALIDADES

Iniciamos nosso percurso lembrando que o termo política é polissêmico, pois abarca: i) os processos políticos que se referem aos conflitos de interesses, à competição eleitoral, às mobilizações coletivas em torno de demandas, prioridades, recursos, estratégias de agentes e atores – politics ; ii) a política pública, seus processos de legitimação e seus resultados – policy ; e iii) a compreensão sobre os valores de uma comunidade política e os fundamentos de sua dimensão institucional mais geral – polity (PALIER e SUREL, 2001).

Em uma primeira compreensão, aquela de politics, recobre-se o espaço da competição eleitoral, das mobilizações coletivas ou, ainda, as mudanças na opinião pública. O segundo entendimento, referente às políticas, centra-se nas lógicas burocráticas e nos métodos de elaboração de políticas públicas. Em uma terceira apreensão do político, a noção de "polity" abrange a ideia de uma comunidade política cuja forma valorizada é o Estado-nação. Nela, o político não é apenas o espaço da competição eleitoral ou das formas particulares de legitimação e de participação, mas toca a definição mesma da comunidade política. Seus elementos são formados pelos sentimentos de pertencimento a uma comunidade política que vinculam sujeitos de direitos em um contexto territorial onde ocorrem os conflitos e as dinâmicas próprias da política eleitoral e das políticas públicas (PALIER e SUREL, 2001). O político, nesse sentido, inscreve-se em processos de produção de sentidos - o que é o interesse público? qual é a ordem das coisas? o que deve ser feito e como? A análise das políticas públicas concentra-se, assim, nas matrizes cognitivas e normativas globais que tendem a estruturar as políticas públicas, conferindo-lhes um sentido.

Embora os geógrafos tenham se dedicado à análise de políticas públicas (policy), faltam estudos sistemáticos, na Geografia, sobre a maneira como o desenho institucional da política (polity) relaciona-se com seu percurso e os sentidos que assume quando da sua implementação (RODRIGUES, 2014 ; BARBOSA, 2010). Muitos dos estudos em Geografia se voltam para os efeitos e resultados na política, mas pouco se dedicam a compreender seus desenhos, inscritos em horizontes de sentidos (BICHIR, 2020). Esses horizontes de sentidos não se esgotam em seus resultados; concorda-se com Bichir (2020), quando a autora afirma que analisar políticas públicas de maneira global compreende

analisar processos políticos que são permeados por interações que se dão em escalas, temporalidades e espacialidades distintas, e estão longe de se esgotar em seus resultados

Para Bichir (2020, p.23), o processo de transformação da política em ação está sendo cada vez mais reconhecido como um conjunto de momentos do processo de produção de políticas públicas, que envolvem relações horizontais e verticais em espaços de conflito. Nessa perspectiva, ganha centralidade o mapeamento de redes de relações e de estruturas formais e informais que se desenvolvem em torno de um determinado problema, em distintas cadeias e circuitos de decisão aí implicados.

Não nos cabe refazer o percurso de ancoragem desse ângulo de análise na perspectiva do neoinstitucionalismo. Intenta-se apenas destacar a importância das trajetórias institucionais (FONSECA e RODRIGUES, 2021) e de seus diferentes tempos (HECLO, 1994; SUREL e PALIER, 2005). O neoinstitucionalismo histórico centra-se nas trajetórias das instituições formais – seus tempos de elaboração e de formalização nos desenhos de Estado; o neoinstitucionalismo sociológico enfoca o tempo das ideias e das concepções, passíveis de orientar as escolhas individuais e coletivas, que estão no fundamento dos desenhos institucionais formais; o neoinstitucionalismo da escolha racional, por sua vez, volta-se para os conflitos políticos de curto prazo mais associados a um balanço entre retornos positivos e ônus, frequentemente associados aos ciclos eleitorais e dos mandatos políticos.

Essas perspectivas não são mutuamente exclusivas. Em vez disso, a escolha racional, a cultura e as estruturas se complementam para auxiliar na compreensão das conexões entre os atores e as instituições, assim como na forma como estas influenciam os resultados das políticas públicas. Na busca de compreensão das relações entre as instituições, os comportamentos e os processos políticos, os neo-institucionalistas oferecem contribuições sutilmente distintas, priorizando ora os aspectos culturais e históricos que influenciam os comportamentos, ora a dimensão calculista presente nas interações políticas. Esses autores, ao adotarem as categorias propostas por Fernand Braudel, argumentam que as "ideias", as "instituições" e os "interesses" - elementos fundamentais nas reflexões dos neo-institucionalistas - são regidos por diferentes temporalidades: as ideias, representando o quadro mais amplo de crenças e de convenções, estariam inseridas em um tempo longo; as instituições, orientadas por uma temporalidade "intermediária"; e os "interesses", relacionados às interações de curto prazo mais imediatas entre os atores.

Esse modelo é um ponto de partida para interpretar processos de formulação e de implementação de políticas públicas no território. No processo de implementação do SUS, as práticas políticas são influenciadas tanto por diferentes temporalidades quanto por dinâmicas que ocorrem em escalas geográficas múltiplas. Isto se dá em escala nacional, quando mudanças no campo das ideias ou em estruturas institucionais proporcionam o arcabouço normativo e definem o espaço das possibilidades e, também, efeitos de inércia para a ação política; em escala regional, em que transformações sociais e econômicas podem incentivar a prática colaborativa entre agentes e atores a médio prazo; e em escala local, em que as interações conflituosas entre atores locais fundamentam os processos de tomada de decisão. Além disso, a incorporação da dimensão temporal à análise nos leva a considerar os mecanismos de aprendizagem e as oportunidades de mudanças de padrões.

Nesse quadro, como entender as espacialidades e temporalidades dos processos políticos que envolvem sistemas de regras, cultura de organização, procedimentos, rotinas e processos de negociação, decisão e resolução de conflitos? Quais espacialidades estão implicadas nos processos de coordenação e de cooperação territorial? Ainda que instáveis, esses podem produzir ambientes de aprendizagem e contribuir para superar padrões competitivos e predatórios? Essas são algumas das questões de fundo que convidam a investigar os sistemas territoriais capazes de impulsionar processos de aprendizagem para a decisão política.

Na próxima seção, as mudanças no desenho institucional do SUS desde a Constituição de 1988 são abordadas. Destaca-se, particularmente, a sua transição no âmbito de um federalismo competitivo que passa a valorizar a regionalização como estratégia de coordenação entre as escalas de poder.

DESENHO INSTITUCIONAL DO SUS E FEDERALISMO COOPERATIVO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

As mudanças no desenho institucional do Sistema Único de Saúde remetem aos próprios processos de ajuste do federalismo brasileiro aos distintos contextos de atuação e reforma do Estado. Desde a Constituição de 1988 e ao longo dos anos 1990, analistas do pacto federativo brasileiro seguiram uma tendência de entendimento das potencialidades e limitações dos recursos para a garantia dos princípios de universalização das políticas sociais as mais fundamentais (ARRETCHE, 2000).

Se, em um primeiro momento, a Constituição de 1988 consolida um modelo de Estado ancorado nos princípios de universalização de políticas sociais com base no papel dos municípios, a crise fiscal e a forte dependência aos repasses constitucionais deslocam os desenhos institucionais das políticas sociais, por meio de emendas constitucionais, para um formato orientado pela ideia da coordenação entre as escalas político-administrativas. A compreensão dessa transição, que atribui diferentes papéis às escalas de poder, relaciona-se aos desafios de se garantir a capilaridade territorial do Estado em um país extremamente desigual (RODRIGUES, 2006; 2010).

Nesse processo não linear de ampliação do acesso a direitos, a Constituição de 1988 foi um marco que galgou a universalização como horizonte para a prestação de políticas sociais fundamentais, além de promover a expansão do poder infraestrutural do Estado e de sua capacidade de afetar as rotinas, por meio da valorização da proximidade do poder público à população sob um regime democrático.

Durante o período de retomada da democracia, houve uma reorganização das políticas sociais com o objetivo de torná-las mais equitativas e promover a democracia social. A descentralização foi valorizada como meio de aproximar o poder público da população, e a universalização das políticas públicas foi acompanhada pela regulamentação de instrumentos voltados para maior transparência e prestação de contas (DRAIBE, 1989, p. 2).

Importa notar que a Constituição de 1988 estabelece diretrizes para orientar um tipo de federalismo cooperativo, por meio de competências compartilhadas entre União, estados federados e municípios. Um modelo de federalismo cooperativo se caracterizaria, desse modo, pela ação conjunta e coordenada das três escalas de poder, mediante adesão a certos desenhos de políticas sociais. Esse modelo de partilha de competências deveria estar soldado por mecanismos de incentivos, contrapartidas e barganhas federativas.

Mas as dificuldades para se pôr em prática o compartilhamento de competências fica bastante claro ao longo dos anos 1990, em um contexto de forte crise fiscal. Em um quadro de recursos limitados, desenham-se novos arranjos, buscando-se firmar pactuações mais estáveis entre as escalas políticas para se garantir a perenidade da proteção social em um contexto de ajustes fiscais. .

A qualidade desses processos está associada, no entanto, às capacidades de formação de coalizões e alianças não apenas intergovernamentais, mas que contam também com a participação da sociedade civil organizada. (SANTOS, 1996). Há, por um lado, um debate sobre as formas de controle democrático dos processos de governança; por outro lado, suscitam-se debates sobre os caminhos institucionais que possibilitam qualificar os processos de tomada de decisão (FERRÃO, 2013; SANTOS, 1996). A agenda acadêmica sobre o federalismo se volta para as relações intergovernamentais e as pactuações que envolvem governos e setores da sociedade civil – e não apenas o federalismo como instituição abrangente.

Acrescente-se que, após um período de predominância de uma lógica fragmentária e localista do SUS, estabelecem-se novos contornos da ação e da decisão balizados por concepções de governança territorial e pela consolidação da regionalização, intraestadual, para a operacionalização do sistema (FONSECA e RODRIGUES, 2021). Tais concepções vêm mobilizando coordenadores de comissões e de conselhos de saúde, além de gestores de saúde locais, em posições estratégicas. Esses agentes, além de negociarem e pactuarem em prol da coordenação de diversas escalas de ação territoriais, também agem mediando e coordenando os diversos conflitos que têm lugar em todo processo de tomada de decisão. A partir do exemplo do estado do Rio de Janeiro, procura-se demonstrar que a trajetória do SUS compreende processos de longo prazo e, também, o curto-termismo das composições político-partidárias que afetam as recomposições político-territoriais.

DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO REGIONALIZADA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O estado do Rio de Janeiro enfrenta desafios para a implementação regionalizada do SUS, sobretudo associadas à gestão coordenada entre os entes federados (GERSCHMAN e CASTANHEIRA, 2016). Para compreender esses desafios, realizou-se uma revisão de literatura em duas etapas. Uma primeira procurou levantar os estudos sobre regionalização da saúde no Brasil. Uma segunda etapa se voltou para a regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro. As produções científicas analisadas – artigos, teses e capítulos de livros – foram extraídas das plataformas PubMed, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (BVS), Sucupira e Scielo. Os descritores utilizados na primeira etapa foram : regionalização « and » SUS « or » política de saúde. Na segunda etapa, repetimos os descritores e acrescentamos « rio de janeiro ». Ao todo foram selecionados e lidos 20 estudos, que possibilitaram traçar o panorama do debate nacional, como também situá-lo no recorte empírico.

A etapa seguinte consistiu na análise das atas das Comissões Intergestores Regional (CIR). As CIR (Comissões Intergestores Regionais) são espaços privilegiados da articulação regional e reúnem gestores municipais e representantes da Secretaria Estadual de Saúde para planejar, pactuar e coordenar ações e serviços de saúde em cada região de saúde. Em vista disso, foram analisadas ainda 300 atas das 9 regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro do período de 2013 a 2023.

Em seguida, foram realizadas doze entrevistas com apoiadores regionais do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ) em 2021². Nas entrevistas foram abordadas diferentes etapas de formulação do Plano Diretor de Regionalização de 2001 para compreender as dificuldades na implementação das Comissões Intergestores Regionais do SUS no estado.

O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ, criado em 1986, representa gestores municipais, oferece suporte técnico e facilita o diálogo entre os entes federativos. Essencial para a regionalização da saúde, colabora com as CIR, na escala regional, e com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB)³, na escala estadual, na tomada de decisões do SUS, fortalecendo a governança.

No estado do Rio de Janeiro, enfrentam limitações que refletem trajetórias históricas que impactam a governança do sistema. Neste ponto, alguns estudos demonstram que a configuração atual do sistema de saúde no Rio de Janeiro está intimamente associada à trajetória da formação territorial do estado (PARADA, 2001 ; GERSCHMAN e CASTANHEIRA 2013, 2016).

A fusão dos estados da Guanabara e do Rio de Janeiro gerou conflitos federativos, resultando em processos políticos distintos de outras unidades federativas (VIANNA, 2012; GERSCHMAN e CASTANHEIRA, 2013; 2016). Esse processo redistribuiu responsabilidades entre governos federal, estadual e municipal, ao passo que agências federais permaneceram no estado por longos períodos, gerando tensões.

A distribuição de recursos foi impactada, ampliando desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços, especialmente em períodos de restrições orçamentárias. A falta de coordenação fortaleceu grupos políticos locais, prejudicando pactos colaborativos e provocando descontinuidade nas políticas públicas, sobretudo durante períodos eleitorais (PARADA, 2002). Nos anos 1990, a descentralização agravou a fragmentação, gerando conflitos entre órgãos, especialmente a Secretaria Estadual de Saúde. Segundo Parada (2002), a tensão entre estados e municípios resultou em relações diretas entre municípios e União, enfraquecendo a esfera estadual.

Parada (2002) analisou a gestão da saúde no estado do Rio de Janeiro nos anos 1990, destacando que, durante o governo de Marcelo Alencar (1994-1998), interesses político-partidários foram priorizados no lugar de uma governança territorial mais eficaz. A Secretaria Estadual de Saúde (SES) focou nos hospitais, priorizando a assistência direta, em vez de assumir uma liderança estadual na construção de um sistema regionalizado e unificado.

Vale lembrar que a implementação do SUS depende de uma rede de referência territorial para a oferta de serviços em uma lógica regional. Para superar os limites municipais e favorecer interesses

regionais, municípios, especialmente os mais distantes da capital, criaram conselhos e consórcios intermunicipais de saúde 2. Entre os anos 1980 e 1990, foram formados quatro consórcios, ampliando a colaboração entre gestores. Contudo, a eficácia desses consórcios foi desafiada por diferenças políticas, demográficas e financeiras, além da falta de recursos para financiamento e da dificuldade de coordenação regional (LIMA et al., 2016).

Essas experiências evidenciaram, de um lado, os entraves do federalismo no estado e, de outro, fomentaram uma cultura colaborativa entre os municípios, especialmente os mais distantes da Região Metropolitana, facilitando a criação dos colegiados de gestão regional a partir de 2009. Segundo Parada (2002), a gestão da SES enfrentava um dilema entre dois modelos: o antigo, focado na administração de hospitais estaduais, e o novo, no qual o estado deveria liderar a construção de um sistema regional.

O problema da regionalização da saúde não se limitava à falta de normativas claras, mas também à pouca mobilização entre as burocracias estaduais e municipais para acordos políticos que promovessem maior cooperação e coordenação de competências. A falta de prioridade dada à governança regional pelos governos locais e estadual, somada às relações intergovernamentais frágeis e à falta de interesse da esfera estadual em desenvolver um projeto próprio para a saúde, agravava a situação. Somente no final dos anos 1990 surgiram iniciativas institucionais por parte do governo estadual para remediar esses problemas.

Durante a gestão de Anthony Garotinho (1998-2001), a integração regional ganhou destaque na SES, com a criação do Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico (NIDE) em 1999 (Vianna, 2012). O Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2001 marcou o início do “ciclo” da regionalização, impulsionado pela Norma Operacional Básica 01/1996, que criou a Programação Pactuada e Integrada (PPI), articulando municípios sob coordenação estadual (GERSCHMAN e CASTANHEIRA, 2016). O processo revelou a fraqueza do governo estadual e o forte poder de indução da escala federal.

O PDR de 2001 foi importante para consolidar a estratégia de regionalização, adotando critérios como contiguidade intermunicipal, transporte, comunicação, fluxos assistenciais e suficiência de recursos. Contudo, esses critérios não foram plenamente aplicados e a regionalização adotada acompanhou a regionalização administrativa do estado, ainda que algumas adaptações⁴, constituindo 9 regiões de saúde: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I e II, Noroeste, Norte e Serrana (Figura 1). Ao desconsiderar critérios sanitários, fluxos assistenciais e as especificidades microrregionais⁵, essa proposta afastou a regionalização da real demanda em saúde que se expressa nas escalas locais.

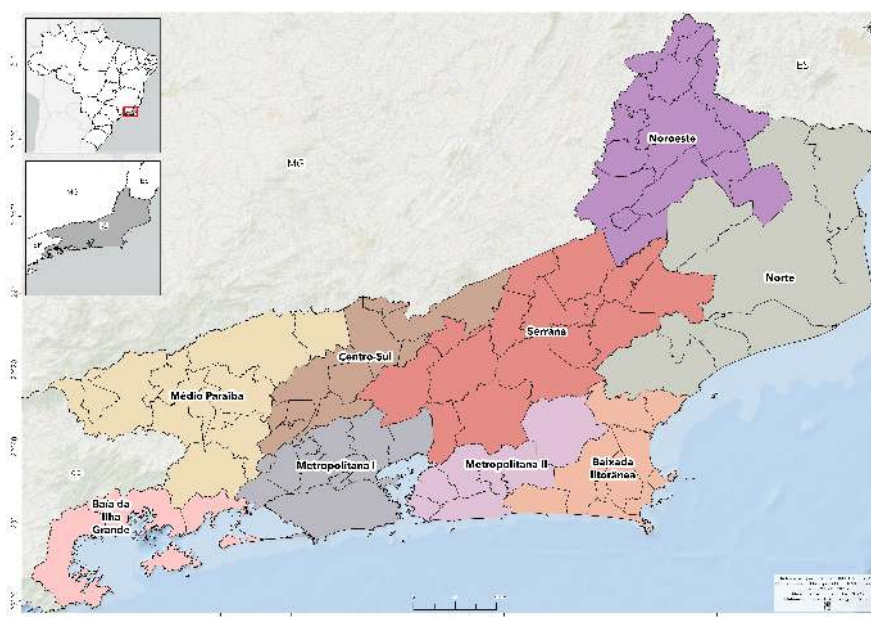


Figura 1 - Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro. Fonte: Estados e Municípios (IBGE, 2022); Regiões de Saúde (SES/RJ, 2020).

Em 2005, mudanças no Ministério da Saúde aproximaram politicamente PT e PMDB, resultando em uma coalizão para as eleições de 2006 que alinhou os governos federal e estadual por alguns anos. A eleição de Eduardo Paes (PMDB) à prefeitura da capital, em 2008, reforçou esse alinhamento. Contudo, essa coalizão expôs a fragilidade das relações federativas, orientadas mais por afinidades político-partidárias do que por pactos efetivos de gestão da saúde.

A regionalização da saúde no Rio de Janeiro avançou com a adesão ao Pacto pela Saúde a partir de 2007, impulsionada pela aliança entre os governos estadual e federal. O Pacto pela Saúde, acordo entre União, estados e municípios, buscou fortalecer a gestão compartilhada e a qualidade dos serviços do SUS, organizando responsabilidades em três dimensões: consolidação do SUS, fortalecimento da atenção básica e garantia de recursos e ações para saúde. Com isso, foram criados, em 2009, os Colegiados de Gestão Regional (CGRs).

Os CGRs são espaços políticos de negociação entre gestores municipais e estaduais, voltados ao planejamento e à coordenação regional de ações de saúde no SUS. No Rio de Janeiro, sua implementação foi tardia, prejudicada por dificuldades em pequenos municípios, desigualdades técnicas e conflitos financeiros, enquanto municípios mais estruturados avançaram rapidamente. Apesar desses desafios, os CGRs consolidaram o enfoque regional, embora limitados pela descoordenação federativa e localismos.

Um exemplo das dificuldades de integração foi a separação da cidade do Rio de Janeiro da Região Metropolitana I em 2011, com a criação do CGR Capital, sob a justificativa de autossuficiência e melhor organização dos demais municípios. Após debate mediado pelo Ministério da Saúde, a capital foi reintegrada à Metropolitana I, e o CGR passou a atuar como um colegiado intermunicipal.

Em 2011, os CGRs foram renomeados como CIR (Comissões Intergestores Regionais), incorporando novos instrumentos de planejamento regional, como o COAP⁶ e, posteriormente, os Planos Regionais Integrados (PRIs). Para alguns entrevistados, esse representou o último esforço significativo na promoção da regionalização da saúde liderado pelo governo estadual. O ciclo da regionalização no estado se encerra em 2014 e a década seguinte tem sido marcada por uma crise multidimensional (política, econômica, institucional) que produz retrocessos significativos na governança da saúde até hoje.

Trata-se de um contexto que, ao contrário da conjuntura de 2007 a 2014, quando a aliança política entre gestores das escalas municipal, estadual e federal possibilitou o avanço da regionalização, expõe a fragilidade da governança no estado. Eventos como a prisão do ex-governador Sérgio Cabral, em 2016, e a destituição de Wilson Witzel do governo do estado durante a pandemia de Covid-19, em 2020, que expôs as fragilidades do nosso pacto federativo, enfraqueceram ainda mais a gestão de saúde no estado. Sem uma coordenação centralizada e eficaz, especialmente na gestão de políticas setoriais como a saúde, grupos políticos e coalizões locais acabam fortalecendo suas bases locais de influência, limitando as estratégias de coordenação.

Se a coalizão político-partidária não se sustenta e a agenda estadual segue priorizando a prestação de serviços em detrimento da expansão e coordenação federativa do sistema, a integração regionalizada do SUS fica mais uma vez comprometida. Problemas como a judicialização de disputas federativas e a interrupção dos PRIs refletem a fragilidade da governança diante da instabilidade econômica e política.

Entre 2014 e 2020, a SES sofreu uma redução significativa em seu quadro de servidores, comprometendo suas capacidades técnicas (PERES et al., 2020). Como consequência, a atuação estadual foi enfraquecida, e os PRIs do ciclo 2017-2020 ficaram estagnados na fase de diagnóstico. Sem o PRI, os municípios acabam atuando de forma isolada, elaborando seus próprios planos, ampliando os localismos e descoordenação.

Em síntese, apesar da ampliação das normas do SUS e das capacidades estatais de coordenação da política de saúde nas últimas décadas, no Rio de Janeiro, essas capacidades ainda são limitadas em razão da fragilidade das coalizões políticas de sustentação do modelo, que se expressam na persistência de um quadro de insulamento da capital, de localismos e de descoordenação federativa. Superar esses desafios exigirá esforços conjuntos da sociedade e dos governos, visando à construção de uma visão compartilhada de futuro para melhorar o atendimento em saúde da população fluminense.

CONCLUSÕES

Este texto revisitou o problema da regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em escalas subnacionais no Brasil. Para tanto, elegemos o estado do Rio de Janeiro como um caso ilustrativo das diversas temporalidades dos processos de decisão implicados na implementação do sistema em um contexto político-territorial particular.

Em uma primeira seção, abordamos as distintas dimensões da política, que engloba: i) os processos políticos que envolvem conflitos de interesses, competição eleitoral, mobilizações coletivas em torno de demandas, prioridades, recursos e estratégias de agentes e atores em disputa; ii) a política pública, seus processos de legitimidade e seus resultados ; e iii) a compreensão dos valores de uma comunidade política e os princípios de sua dimensão institucional.

No processo de definição das regiões de saúde, os estados federados assumiram a responsabilidade de liderar a reforma da estrutura de saúde no Brasil, com a missão de reconfigurar a fragmentação do primeiro momento de descentralização do sistema. Isso acarretou uma série de desafios, incluindo questões técnicas e burocráticas, bem como desafios políticos.

No estado do RJ, as estruturas locais permanecem relativamente insuladas e sem capacidade de gestão coordenada para a formação de redes intermunicipais de saúde. Além disso, a operacionalização dos serviços de saúde frequentemente se torna alvo de campanhas políticas por parte dos gestores, o que resulta na personalização de uma política pública em meio a interesses e disputas político-partidárias.

Em síntese, um conjunto de elementos ajudam a explicar um atraso relativo do estado do Rio de Janeiro em relação a uma gestão mais regionalizada e cooperativa do SUS, tais como : as frequentes interrupções na gestão e as trocas de quadros técnicos e políticos de relevância na condução das pactuações interfederativas; as disputas entre a SES/RJ e o Governo Federal no financiamento à saúde; o insulamento da capital e os localismos que dificultam as práticas cooperativas intermunicipais; as disputas político-partidárias que dificultam a coordenação federativa.

É interessante pontuar que a definição de novos espaços de decisão, que engajam distintos agentes para a discussão de temáticas que tocam a vida em comum, sugerem possibilidades de aprendizagem a longo prazo. Apesar das contradições e das descontinuidades, parece-nos instigante uma reflexão sobre o papel das ideias e princípios inscritos nesses espaços, para além do curto horizonte dos conflitos de interesses. Nesse quadro, qual visão estratégica de futuro poderia ser forjada entre gestores, técnicos e integrantes de grupos de pressão organizados em torno de pautas que afetam o acesso a bens e serviços públicos?

Para além das fragilidades em relação às promessas de universalidade e de equidade originárias, processos silenciosos e de mais longo prazo podem se inscrever em experiências que se dão nas diversas frações espaço-temporais em que a política pública é pensada. É esse o desafio de fundo que nos interpela para a construção de objetos de investigação futuros.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro (FAPERJ) pelo apoio às pesquisas que originaram esse artigo.

NOTAS

- 1 - Abordamos a trajetória institucional do SUS em Fonseca e Rodrigues (2021).
- 2- Entre os anos 1980 e 1990, foram criados quatro consórcios: Hemolagos em 1988, CIS Noroeste em 1998, CIS da região Centro-Sul em 1998, e CIS Médio Paraíba em 1998, além de duas iniciativas em implantação na Baixada Litorânea e região Norte (SCHNEIDER, 2001).
- 3- No arranjo institucional do SUS, a CIB (Comissão Intergestores Bipartite) é um fórum de negociação e decisão das diretrizes e ações de saúde na escala estadual. Sua composição compreende dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

4- A Região Metropolitana I foi redefinida com a inclusão do município de Itaguaí, anteriormente pertencente à região da Baía da Ilha Grande, e exclusão dos municípios de Paracambi e Guapimirim, os quais passaram a compor, respectivamente, as regiões Centro-Sul e Serrana. Da mesma forma, os municípios de Maricá, Rio Bonito e Silva Jardim, inicialmente vinculados às Baixadas Litorâneas, foram incorporados à Região Metropolitana II, enquanto Cachoeira de Macacu foi transferido para a Região Serrana (Kuschnir et al, 2010).

5- Os critérios utilizados foram: proximidade geográfica, semelhança nas demandas de saúde e capacidade de oferta de serviços.

6- O Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) é um instrumento de planejamento em saúde que estabelece acordos entre os diferentes níveis de governo para a gestão do SUS no âmbito das regiões de saúde. Apesar de ter fomentado debates relevantes sobre regionalização e articulação interfederativa, sua implementação efetiva foi limitada. Como resultado, o COAP não se consolidou como um mecanismo estruturante da gestão regional da saúde, tanto no estado do Rio de Janeiro quanto em diversas outras unidades da federação (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

* Uma versão revisada e ampliada do artigo será publicada no livro "Geografia Política, Geopolítica e Gestão Territorial no Brasil: Agendas, Atores e Pesquisa", organizado por COSTA et al., Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro, Revan, São Paulo, FAPESP, 2000.

BICHIR, R. Para além da "fracassomania": os estudos brasileiros sobre implementação de políticas públicas. In: MELLO, Janine; RIBEIRO, Vanda Mendes; MOTTA, Gabriela; BONAMINO, A; CARVALHO, C.P. Implementação de políticas e atuação de gestores públicos - experiências recentes das políticas das desigualdades. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2020. cap. 1, p. 21-41. ISBN 978-65-5635-000-4.

DRAIBE, S. O welfare state no Brasil: características e perspectivas. Ciências sociais hoje. Anpocs, Vértice, pp.13-61, 1989.

FARIA, C.A.P. Implementação de políticas públicas: teoria e prática. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2012.

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

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

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

GERSCHMAN, S; CASTANHEIRA, D. O Poder Legislativo na Formulação da Política de Saúde. In: GERSCHMAN, S; SANTOS, A. Saúde e Políticas Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 63-98, 2016.

HECLO, Hugh. Ideas, Interest, and Institutions, The Dynamics of American Politics. In: DODD, L.;JILLSON,C., (Ed). Approaches and Interpretations. Boulder: Westview Press. 1994.

LIMA, L. D. de; VIANNA, R. P; MACHADO, C. V.; OLIVEIRA, R. G. de. A regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro. In: GERSCHMAN, S.; SANTOS, A. M. P. (Org.). Saúde e políticas sociais no Rio de Janeiro. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 1, p. 137-158, 2016.

LOTTA, G. S. O papel das burocracias de nível de rua na implementação de políticas públicas: entre o

controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A. P. (Org.). Implementação de políticas públicas: teoria e prática. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012.

MANN, M. The sources of social power: the rise of classes and nation-states. Cambridge, New York, Cambridge University Press, 1988.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. Saúde e Sociedade, v. 15, n. 2, p. 72–87, maio 2006.

OUVERNEY, Assis Mafort; RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. O COAP e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03002017>. Acesso em: 1 jun. 2025.

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

PALIER, B.; SUREL, Y. Le politique dans les politiques. Espaces Temps. Repérages du politique. Regards disciplinaires et approches de terrain, 76-77, pp. 52-67, 2001.

PALIER, B.; SUREL, Y. Les “trois i” et l’analyse de l’Etat en action. Revue française de science politique, vol. 55, n° 1, pp. 7-32, 2005.

PERES, A. M. A. M.; SANT’ANA, D. R.; RODRIGUES, P. H. de A. O processo de desmonte da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e sua invisibilidade. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 30, n. 3, p. e300315, 2020.

RODRIGUES, J. N. La coopération intercommunale: regards croisés entre la France et le Brésil. Tese (Doutorado em Geografia) – Université Jean Moulin Lyon, Lyon, 2010.

RODRIGUES, Juliana Nunes. Políticas públicas e geografia: a retomada de um debate. GEOUSP: Espaço e Tempo (Online), São Paulo, v. 18, n. 1, p. 152–164, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2014.81093>.

SANTOS, M. H. Governabilidade, governança e capacidades governativas: algumas notas. Brasília: MARE/ENAP, 1996.

SANTOS, N. S. dos. SUS e o Estado de bem-estar social: perspectivas pós-pandemia. São Paulo: Hucitec Editora, 281p., 2022.

SCHNEIDER, A. Os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 11, n. 2, p. 51–66, jul. 2001.

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

Afiliação dos Autores

Rodrigues, J.N. - Professora da Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Orozco, A.T. - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil

Contribuição dos Autores

Rodrigues, J.N. - O autor contribuiu para a elaboração, realização e manipulação dos dados e redação
Orozco, A.T. - O autor contribuiu para a elaboração, realização e manipulação dos dados e redação

Editores Responsáveis

Alexandra Maria Oliveira
Alexandre Queiroz Pereira