



Recebimento: 06/09/2018

Aceite: 16/09/2019

DA FORMAÇÃO DA AGENDA À IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA: O CASO DA REDE INTERESTADUAL DE SAÚDE PERNAMBUCO-BAHIA

FROM THE FORMATION OF THE AGENDA TO THE IMPLEMENTATION OF THE POLICY: THE CASE OF THE INTEREST CARE NETWORK PERNAMBUCO-BAHIA

Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira¹
Ana Luiza d'Ávila Viana²

Resumo

A adoção da diretriz de regionalização na organização de sistemas públicos de saúde é uma estratégia antiga na experiência internacional. No Brasil, conforma-se como algo recente e complexo. Apesar do volume crescente de estudos sobre regionalização, verificou-se uma lacuna importante no que diz respeito a pesquisas que abordem as peculiaridades de regiões e redes de atenção à saúde envolvendo dois ou mais estados. O objetivo foi analisar o processo de constituição da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco – rede PE/BA. Foi realizado um estudo de caso exploratório de abordagem qualitativa. Foram utilizados dados secundários (bibliografia, documentos e informações estatísticas) e primários (entrevista semiestruturada). Os achados demonstram que o intercâmbio de serviços e ações de saúde entre os municípios de Petrolina e Juazeiro, mesmo que informal, configurou-se como o grande marco histórico do caso em estudo. Observaram-se dois momentos distintos: um marcado por grande efervescência, com relações intergovernamentais cooperativas e solidárias que possibilitou a instituição de um colegiado de gestão interestadual e de uma central de regulação interestadual de leitos; e outro, mais recentemente, de relações intergovernamentais pouco cooperativas materializadas na grande dificuldade do colegiado de gestão interestadual em dar respostas às demandas da rede e no não cumprimento dos pactos firmados. A análise permitiu identificar determinantes estruturais, institucionais, políticos, ideológicos e socioculturais que conformaram um contexto favorável à inovação no âmbito da conformação de redes regionalizadas.

Palavras-chave: Regionalização. Descentralização. Federalismo. Gestão em saúde.

Abstract

The adoption of the regionalization guideline in the organization of public health systems is an old strategy in the international experience. In Brazil, it conforms as something recent and complex. Despite the increasing volume of studies on regionalization, there has been an important gap regarding research that addresses the peculiarities of health care regions and networks involving

¹ Doutora em Ciências pelo Programa de Medicina Preventiva (USP). Professora da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Salvador-BA, Brasil. E-mail: apmoraes75@gmail.com

² Doutora em Economia pela UNICAMP. Professora aposentada da Universidade de São Paulo, São Paulo – SP, Brasil. E-mail: analuizaviana@usp.br

two or more states. The objective was to analyze the process of constitution of the Interstate Network of Health Care of the Vale do Médio São Francisco – PE / BA network. An exploratory case study of qualitative approach was carried out. Secondary data (literature, documents and statistical information) and primary data (semi-structured interview) were used. The findings show that the exchange of health services and actions between the municipalities of Petrolina and Juazeiro, even if informal, was the great historical landmark of the case under study. Two distinct moments were observed: one, marked by great effervescence, with intergovernmental cooperative and solidarity relations that made possible the institution of an association of interstate management and of an interstate regulation center of beds; and another one, more recently, of uncooperative intergovernmental relations materialized in the great difficulty of the interstate management collegiate in responding to the demands of the network and in failing to comply with the signed pacts. The analysis made it possible to identify structural, institutional, political, ideological, and sociocultural determinants that formed a favorable context for innovation in the scope of regionalized networks.

Keywords: Regional Health Planning. Decentralization. Federalism. Health Management.

Introdução

A adoção da diretriz de regionalização na organização de sistemas públicos de saúde é uma estratégia antiga na experiência internacional, já apontada no relatório Dawson, em 1920 (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). No Brasil, conforma-se como algo recente e complexo, pois o forte movimento municipalista, ao mesmo tempo que expandiu a oferta de ações e serviços de saúde, gerou também iniquidade e desigualdade de acesso (MACHADO, 2013). Desse modo, a regionalização é um processo que busca gerar unidade regional, sem desconsiderar as particularidades/individualidades dos municípios. Procura romper com a fragmentação da atenção à saúde, favorecer a constituição de redes de atenção integradas e promover a equidade de acesso (VIANA et al., 2017).

A organização de redes regionalizadas envolve a integração, a interconexão e a interação de serviços com diferentes níveis de densidade tecnológica distribuídos em um dado território, que pode ser um município, uma região ou um estado. Essa organização, portanto, fundamenta-se no modelo de relações intergovernamentais baseadas no federalismo cooperativo, com importante participação dos governos subnacionais (OUVERNEY, 2015).

A complexidade da estrutura do Estado brasileiro (trino, sem vinculação hierárquica entre os entes) exige a criação de mecanismos de coordenação que estimule a articulação entre as esferas de governo, que resulte no compartilhamento de ações em prol da implementação da política pública de saúde (LIMA, 2013).

Assim como na descentralização, a constituição de sistemas regionais de saúde defronta-se com dilemas na esfera política, técnica e administrativa, tendo em vista a necessidade de agregar interesses locais e regionais, autonomia e interdependência e um conjunto de competências técnica e administrativa dos entes subnacionais. Soma-se ainda: recuperar o papel da esfera estadual no planejamento e na coordenação regional e instituir fóruns intergovernamentais robustos que fomentem a discussão e a pactuação balizados na solidariedade e cooperação (VIANA; LIMA, 2011; KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

Dar materialidade a uma região de saúde é um outro grande desafio, pois o arranjo federativo brasileiro não contempla essa instância, a qual precisa ser construída, gerida e financiada mediante o estabelecimento de acordos e de pactuações entre as esferas de governo. Caracteriza-se, desse modo, como um processo político que postula concessões e privilégios do interesse comum (LEVI; SCATENA, 2011).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a conformação de regiões foi pensada em combinação com redes de saúde, influenciada pelo conceito de redes regionalizadas e hierarquizadas de origem inglesa e de sistemas integrados em saúde de origem norte-americana (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015). A regionalização surgiu no momento em que ficou evidente o esgotamento do modelo descentralizado de base municipal (municipalismo) em promover a concretização de um sistema de saúde universal, equitativo e com atenção integral. Doravante, não sendo mais possível organizar

ações e serviços de saúde isoladamente e desarticulada, instalando um momento especial, marcado por mudanças significativas e pelo aparecimento de oportunidades.

Os estudos nacionais que abordam a regionalização em saúde conferiram pouca atenção às regiões interestaduais (CASANOVA et al., 2017). Apesar da relevância e das peculiaridades das regiões interestaduais de saúde, verificou-se a carência de estudos que abordem o processo de regionalização e gestão regional de redes interestaduais de saúde.

No âmbito do SUS, existem algumas experiências de constituição de redes interestaduais³, a exemplo da rede Tocantins, Pará e Maranhão (TOPAMA), que abrange três macrorregiões (norte do estado de Tocantins, sudeste do Pará e sudoeste do Maranhão) com 110 municípios – 65 no Tocantins, 22 no Pará e 23 no Maranhão – distribuídos em 7 regiões de saúde (CASANOVA et al., 2017); da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF)⁴ formada pelo Distrito Federal, 19 municípios do estado de Goiás e 3 de Minas Gerais; e da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, que congrega 6 regiões de saúde (3 do estado da Bahia e 3 de Pernambuco) e 53 municípios.

Isto posto, o presente estudo teve como objetivo analisar o processo de constituição da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (rede PE/BA), de modo a compreender sua criação e efetivação no contexto federativo brasileiro.

Regionalização da saúde no contexto nacional

O SUS é constituído por ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Durante a década de 1990, as estratégias governamentais priorizavam a descentralização da gestão para os governos subnacionais, sobretudo para o municipal (RIBEIRO, 2015). A descentralização político-administrativa previa a transferência gradativa de responsabilidades e recursos do nível federal para os estados e municípios, que coaduna com a estrutura federativa do Brasil.

A regionalização entrou na agenda política da direção nacional do SUS na década dos anos 2000, com maior força no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso. As estratégias valorizavam o planejamento regional, Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimento (PDI) e para concertação intergovernamental a Programação Pactuada Integrada (PPI) (RIBEIRO, 2015).

Apesar de a proposta descrita na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) ter uma grande potencialidade, a efetivação da orientação enfrentou obstáculos em decorrência da atribuição às Secretarias Estaduais do planejamento regional.

Diante da dificuldade no processo de consolidação do SUS, em decorrência dos problemas relativos a iniquidades na oferta e no acesso (permanência de grandes vazios assistências), à fragmentação e à desorganização, aliado a disputas entre estados e municípios, ganhou força a ideia de que as responsabilidades para com a gestão do SUS deveriam ser acordadas e negociadas entre as três esferas de governo. Então, após um processo de discussão na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a NOAS foi revisada e passou a ser denominada de Pacto pela Saúde 2006.

Diferentemente das normas anteriores, fundamentou-se num pacto nacional e em orientações para formular respostas regionais que buscam, dentre outras, a natureza a federativa das relações intergovernamentais implicadas na gestão política das regiões de saúde; assumiu a regionalização como macroestratégia para alcançar os objetivos do SUS (MACHADO, 2013).

Uma inovação trazida pelo Pacto foi a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR). Esses colegiados são instâncias políticas que buscam promover um equilíbrio entre estado e municípios, na medida em que, nesses fóruns, ocorrem negociações diretas entre os municípios, a qual é induzida pelo estado (VIANA; DIAS; FERREIRA, 2010; MACHADO, 2013).

³ Regiões interestaduais de saúde conformam-se em um arranjo territorial para constituição de uma RAS que integra dois ou mais estados, vários municípios com participação da União e conta com arenas formais de discussão, negociação e pactuação (conceito elaborado a partir das normas infraconstitucionais – Decreto 7.508/2011 e das normas administrativas do Ministério da Saúde – NOAS e Pacto de Gestão).

⁴ Dados disponíveis em: <http://www.mi.gov.br/regioes_integradas_df_rides>.

Ainda que existe potencialidade no Pacto, sua efetivação enfrentou importantes obstáculos: institucionalizar uma rede de atenção homogênea em um território heterogêneo, composto por entes autônomos e marcado por forte disputa política (DOURADO; ELIAS 2011; VIANA e col., 2011).

Mendes e Pestana (2004) apontam como causas do não avanço da regionalização a fragilidade nos espaços de negociação, a fragilidade no planejamento regional, o excesso de instrumentos normativos (PPI, PDR, PDI, entre outros), as discordâncias em relação ao papel das esferas de governo e quanto à forma de alocação de recursos.

Em 2011, um novo marco institucional, o Decreto Presidencial 7.508/2011, regulamenta a Lei 8.080/1990. A trajetória institucional da regionalização no SUS, busca nas palavras de Ribeiro (2015, p. 406): i) ampliação e equalização do acesso a cuidados adequados para a proteção, promoção e recuperação da saúde dos cidadãos brasileiros, onde quer que eles residam; ii) integração de instituições, unidades e serviços de saúde com distintas densidades tecnológicas, na conformação de uma rede hierarquizada de acesso universal, com gestão descentralizada e compartilhada entre entes federados; iii) racionalização/otimização de recursos na provisão das ações e serviços, orientada a ganhos de equidade; e iv) adequação das respostas do SUS à enorme diferenciação de realidades sanitárias existentes no território nacional.

A proposta de regionalização representa um engenhoso modelo de organização do sistema público de saúde, levando em consideração a organização federativa brasileira. Desse modo, analisar processos particulares de implementação da regionalização significa reconhecer a diversidade, a desigualdade e a heterogeneidade tão próprias do nosso país (VIANA; LIMA 2011). A dinamicidade de cada território pode fazer emergir distintas modalidades de regionalização, de acordo com o potencial de cada situação; ou mesmo outros arranjos não necessariamente regionais (RIBEIRO, 2015).

Metodologia

Trata-se de estudo de caso exploratório de base qualitativa, que envolveu uma região interestadual de saúde denominada Região Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, conhecida popularmente com Rede Pernambuco/Bahia (PE/BA).

A adoção da modalidade estudo de caso justifica-se por possibilitar a compreensão de um fenômeno social complexo que é a dinâmica político-institucional do processo de regionalização envolvendo dois estados da federação – Pernambuco e Bahia (YIN, 2010). Ademais, possibilita uma análise profunda, uma visão detalhada sobre um ambiente, um indivíduo ou uma situação específica (GODOY, 1995).

Diante da complexidade do fenômeno em estudo, o uso de múltiplas fontes de dados mostrou-se apropriado, ao possibilitar o confronto dos dados e uma multiplicidade de aspectos históricos, permitindo, assim, elaborar uma possível explicação para o processo de implantação e efetivação na rede PE/BA. Desse modo, utilizaram-se como fonte secundária dados estatísticos, disponíveis no banco de indicadores regionais e tipologia da pesquisa Regiões e Redes (www.resbr.net.br) e documental, a qual abrangeu documentos oficiais dos governos, com destaque para aqueles relacionados com a regionalização (Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor de Regionalização – PDR, Planos de Investimentos, Relatórios de Gestão, Contrato Organizativos da Ação Pública da Saúde, Mapa Sanitário, Termos de Constituição de Consórcios, entre outros), a regulamentação (leis, resoluções e portarias), os registros técnicos e atas das instâncias decisórias do SUS (Comissão Intergestores Bipartite – CIB, Comissão Intergestores Regional – CIR, Conselho Estadual de Saúde – CES), produzidas no período do estudo e que incidiam sobre a região.

Quadro 1: Relação de documentos analisados

Documento	Esfera	Fonte
Plano Estadual de Saúde da Bahia 2012-2015	Estadual	Site da SES-BA5
Plano Estadual de Saúde da Bahia 2016-2019	Estadual	Site da SES-BA6
PDR da Atenção à Saúde da Bahia	Estadual	Site da SES-BA7
Regimento do Colegiado de cogestão interestadual de saúde Pernambuco/Bahia – CRIE	Interestadual	Gerencial Regional de Saúde (GERES) VIII
Atas de reunião do CRIE de 2011 a 2015	Interestadual	GERES VIII
Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2016-2019	Estadual	Site do CES de Pernambuco8
PDR da Atenção à Saúde de Pernambuco	Estadual	Site da SES-PE9
Resolução CIB/BA nº 89/2010 que institui o CRIE	Estadual	Site da CIB/BA10
Resolução CIB/PE nº 1471/2010 que institui o CRIE	Estadual	GERES VIII

FONTE: Elaboração das autoras.

Os dados primários foram oriundos das entrevistas semiestruturada com informantes-chave¹¹ que foram conduzidas a partir de um roteiro prévio. No total, foram realizadas 20 entrevistas, sendo 3 com pessoas vinculadas ao Ministério da Saúde (MS), 8 com a gestão estadual da Bahia, 7 com a gestão estadual de Pernambuco e 1 com o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), além de um deputado federal pelo estado da Bahia (que na época de criação da rede ocupava o cargo de secretário estadual de saúde).

A regionalização é um processo em curso e que não está completamente definido, ao considerar as lacunas relacionadas com o financiamento, com a capacidade técnica dos governos subnacionais, com os interesses dos atores e com os mecanismos de coordenação federativa.

Desse modo, concorda-se com Lima (2013) quando afirma que a experiência brasileira não encontra ressonância nas experiências internacionais de sistemas universais. A sua análise exige uma modelagem específica dada a complexidade do objeto em estudo.

Assim, entende-se que os condicionantes da regionalização no Brasil estão vinculados aos seguintes eixos: (i) característica territorial brasileira; (ii) amplitude e diferentes lógicas territoriais observadas na atuação estatal e na organização da atenção à saúde; (iii) multiplicidade de atores envolvidos no planejamento, gestão, financiamento e prestação de serviços; e (iv) variadas escalas regionais de distribuição da oferta, uso de serviços, atuação e acordos políticos.

O pressuposto analítico que conduziu este estudo é o de que as instituições promovem um *continuum* competição-cooperação entre os níveis de governo, o qual exerce papel estratégico na constituição de redes regionalizadas; ora favorecendo, ora limitando a organização do SUS.

O modo como as instituições federativas foram desenhadas pode comprometer a eficiência e efetividade do Estado. O arranjo é bastante custoso e pode limitar a garantia do direito à saúde, pois a autoridade da União para normatizar a política de saúde está pautada em regras homogêneas, desconsiderando, assim, as desigualdades regionais e a importância das relações intergovernamentais na implementação da política (ARRETCHE, 2012).

5

http://www.saude.ba.gov.br/images/stories/profissional_e_gestor/gestao_da_saude/RBSP_Suplemento_2012_completo_02mar2013.pdf

6 http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/pdf/Plano-Estadual-de-Saude_Revista40-Sup3-2016-PES2016-2019.pdf

7 http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp

8 http://www.ces.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/PES-2016-2019-FINAL_23_12_2016-1.pdf

9 <http://portal.saude.pe.gov.br/documentos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/plano-diretor-de-regionalizacao-2011>

10 http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/index.php?option=com_content&view=article&id=258&Itemid=170

11 Pessoas que possuem grande conhecimento sobre o objeto de estudo; atores políticos envolvidos na condução política e técnica da constituição da rede e/ou na gestão regional.

A adoção do referencial do neoinstitucionalismo conjugado com o do ciclo da política permitiu compreender os mecanismos de construção da rede interestadual de atenção à saúde, enfocando o processo de tomada de decisão e a influência das instituições sobre esse processo.

Quadro 2: Matriz de análise para o estudo da constituição e implementação da rede intraestadual de atenção à saúde

Dimensões de análise	Sentidos	Fundamentos de análise
Entrada na agenda	Refere-se ao reconhecimento do problema como de relevância	Evento ou situação que ocasionou o problema; Atores (participantes agentes governamentais e não governamentais); Processo pelo qual o problema foi reconhecido.
Formulação da política	Refere-se às soluções elaboradas para o problema (projetos políticos) e regras que definem as diretrizes	Ideias que fundamentam as soluções (interesses); Objetivos das alternativas (finalidades); Atores envolvidos na elaboração das alternativas de solução; Recursos disponíveis.
Tomada de decisão	Refere-se ao processo de escolha, pelo governo, da solução e a influência das normas	Papel das instituições e dos atores; Dinâmica do jogo político (embate/coalizões); Condicionantes do processo (políticos, sociais e econômicos).
Implementação da política	Refere-se ao momento de dar materialidade à estratégia escolhida (colocar em prática) considerando o papel dos atores e das normas	Atores envolvidos na execução; Conjunto de atividades e de recursos necessários (estrutura); Mecanismos de comunicação e indução; Quantidade de mudança envolvida; Grau de consenso/conflito; Modelo de gestão.

FONTE: Elaboração das autoras.

Considerando que se trata de uma pesquisa que envolve seres humanos, o referido projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), conforme recomenda a Resolução nº 466/2012, aprovada segundo o protocolo de pesquisa nº 382/2015. Ainda atendendo às recomendações da citada resolução, todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Como estratégia de preservar o anonimato dos entrevistados, a identificação de suas falas será precedida pela letra “E”, seguida do número de ordem de realização de sua entrevista, em algarismos arábicos.

Resultados e discussão

Entrada na agenda

Petrolina e Juazeiro têm uma história de desenvolvimento compartilhada, que se estende para a área da saúde. Essa característica é fundamental para compreender a criação da rede PE/BA. O fluxo de usuários entre as duas cidades em busca de acesso a serviços de saúde e a cooperação informal entre os gestores municipais foram os motivos que impulsionaram a inclusão dessa realidade na agenda política dos governos municipais.

Em 2008 os secretários municipais de Petrolina e Juazeiro discutiam informalmente uma possível cooperação de serviço, uma vez que, existia um fluxo de usuários transitando entre os municípios buscando atendimento desde muito tempo atrás (E. 1).

Desde 2007 os municípios de Petrolina e Juazeiro já faziam troca de serviços ambulatoriais, de modo informal, [...]os próprios pacientes criaram esse fluxo pela proximidade das regiões (E. 2).

Surgiu através de uma prática existente, de modo a estruturar o que já existia, para dá assistência a população. Porque Juazeiro longe de Salvador e Petrolina longe de Recife (E. 10).

Embora, naquele momento, as bases político-institucionais do SUS não contemplassem mecanismos de planejamento e gestão envolvendo regiões pertencentes a distintos estados, os gestores municipais instituíram um regramento próprio para lidar com a situação, demonstrando que as normas exercem função importante na implementação da política, contudo, elas não predeterminam o resultado. Entre a norma e a realidade, existe o processo, cujo aspecto substancial é a correlação de forças (jogo político) entre os atores.

Esse intercâmbio de recursos, portanto, deu origem a uma rede de política, que naquele momento apresentava uma institucionalidade estável, restrita (gestores municipais), setorial (saúde) e de caráter intergovernamental (relações entre municípios). A interdependência entre governos na implementação da política de saúde é crescente, e apenas por meio de redes pode-se mobilizar os recursos necessários para uma resposta adequada aos problemas de saúde (FLEURY; OUVÉRY, 2007).

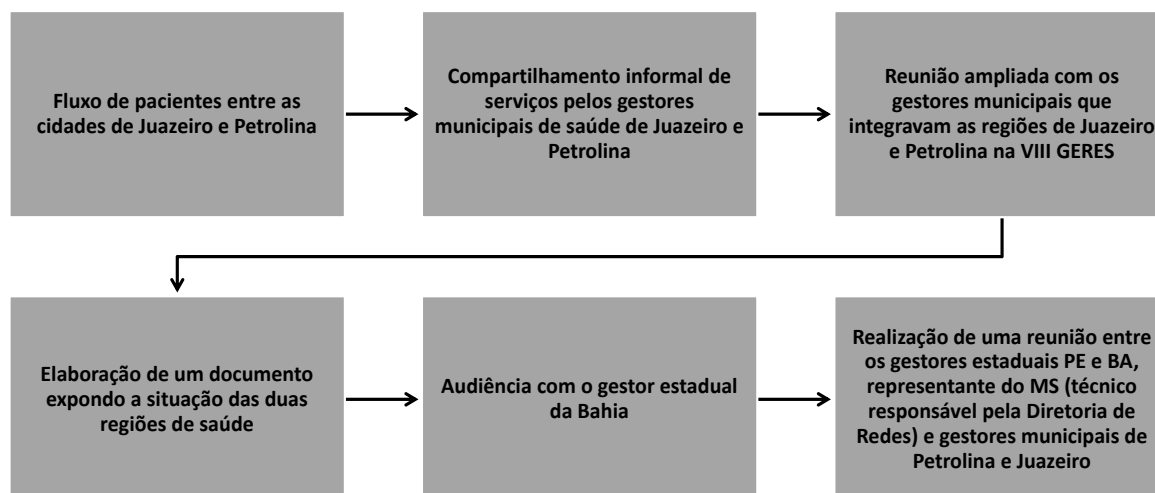
Dessa forma, os gestores municipais, ao reconhecerem que sozinhos não conseguiriam agregar os recursos necessários para o enfrentamento do problema, buscaram expandir essa rede – no primeiro momento sensibilizando os secretários municipais dos municípios que compunham as regiões de saúde de Petrolina e de Juazeiro. O resultado foi a realização de uma reunião no auditório da VIII GERES e a elaboração de um documento assinado pelos presentes.

Assim, ainda em 2007, um novo movimento para expansão da rede ocorreu. Os gestores municipais de Petrolina e Juazeiro tiveram uma audiência pública com o secretário estadual da Bahia para expor o problema e discutir alternativas para solução. A adesão do gestor foi imediata, e durante esse encontro, agendou uma reunião com o gestor de Pernambuco para tratar do problema. Além disso, convidou a pessoa que estava à frente da Diretoria de Redes do MS para participar da reunião em Recife.

No âmbito político-institucional, o processo de regionalização experimentava um novo momento. A publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, gerou um contexto que rompia com a rigidez dos processos de habilitação, tão presentes nas normas anteriores. Com o pacto, tentou-se resgatar o conteúdo político dos acordos intergovernamentais no processo de organização das regiões de saúde, a redefinição das responsabilidades coletivas dos três entes, a definição de prioridades e o fortalecimento da cogestão por meio da criação dos colegiados de gestão regional (LIMA et al., 2012).

A eleição de governos na esfera nacional e estadual de candidatos filiados a partidos políticos com projetos de governos alinhados e o bom relacionamento pessoal entre os atores governamentais foram outros fatores que favoreceram a inserção do problema na agenda política.

Esse alinhamento no setor saúde foi evidenciado na análise dos Planos Estaduais de Saúde (PES) para o quadriênio 2008-2011 das duas secretarias. As agendas governamentais traziam a saúde como uma prioridade, em que o fortalecimento das capacidades gestoras e a qualificação da construção do SUS eram importantes diretrizes. Para tal, definiram como princípios a universalidade, a equidade na distribuição dos serviços e a descentralização político-administrativa com fortalecimento da gestão municipal. No campo da organização da atenção à saúde, a regionalização foi definida como estratégia para promover a equidade e a integralidade da atenção. A figura 1 sistematiza o processo de formação da agenda.

Figura 1: Sistematização dos principais fatos que levaram à formação da agenda.

FONTE: Elaboração das autoras.

Formação da política e tomada de decisão

As evidências demonstraram que a formação da política e a tomada de decisão foram etapas que, no contexto em análise, aconteceram concomitantemente. Apresentaram uma direcionalidade de mão dupla, influenciando-se mutuamente de modo bem significativo. Por esse motivo, optou-se por agrupar os resultados dessas duas categorias analíticas.

Com a inclusão na agenda, os atores governamentais passaram, então, a discutir as possíveis alternativas. As entrevistas com informantes-chave convergiram no sentido de que a criação da rede era a possibilidade mais viável naquele momento.

O problema era tão real, concreto, que incomodava a todos e o fluxo de um lado para o outro era tão real, também, que assim, a resposta, a rede aconteceu porque ela veio responder a um problema real, ela não veio de fora para dentro. Isso foi um elemento extremamente importante (E. 7).

[...] elaboramos um projeto, nesse projeto arrecadava recursos com MS para condução do estudo da rede (E. 4).

Em 2009, o MS publicou um edital para elaboração de um diagnóstico para verificar a viabilidade da rede (E. 2).

[...] havia uma convergência das SES da necessidade de priorizar um projeto dessa natureza (E. 13).

O desenho da política foi feito por múltiplas mãos. Conformou-se em um amplo processo de debate envolvendo governo, trabalhadores e sociedade. O primeiro passo foi a publicação da Portaria Ministerial nº 1.989/2008, que definiu um grupo de trabalho composto por representantes do MS, da Secretaria de Estado de Pernambuco e da Bahia, das Secretarias de Saúde dos municípios de Petrolina, Salgueiro, Ouricuri, Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim e da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).

Em 2009, a Diretoria de Redes do MS lançou um edital para contratação de uma consultoria para dar apoio técnico às gestões estaduais na condução para elaboração do diagnóstico da rede. O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) foi a organização vencedora que fez contratação dos consultores. A equipe de consultores era constituída por pessoas que conheciam a realidade do estado de Pernambuco e da região.

No momento de elaboração do diagnóstico, a proposta da rede não estava mais restrita às regiões de Petrolina e Juazeiro. O movimento ganhou robustez e acabou por agregar duas macrorregiões, uma de Pernambuco e outra da Bahia, que juntas agrupavam 53 municípios.

Para construção do diagnóstico, a equipe de coordenação realizou reuniões com os gestores municipais das regiões que seriam contempladas com o projeto. Visitas técnicas foram feitas aos municípios para mapear a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Reuniões periódicas envolvendo as três esferas de governo também foram outra estratégia.

A realização dos três fóruns de discussão foi o marco para o desenho da política. Cada um desses fóruns representou um passo fundamental para aquilo que era intenção pudesse ser operacionalizado de fato. No primeiro, foi apresentado o diagnóstico da rede da região, apontando limites e possibilidades. No fórum seguinte, o estabelecimento de consenso e a modelagem da rede compuseram o objeto de discussão. No terceiro, aconteceu a assinatura da carta de intenção pelos secretários e a definição do modelo de governança da rede.

O projeto para implantação da rede PE/BA teve como substrato a institucionalidade vigente na época. No campo da atenção, a qualificação e a expansão da atenção básica adotando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de organização e a redução da mortalidade infantil, ambas prioridades do Pacto de Gestão no componente do Pacto pela Vida.

O planejamento da rede teve como base o diagnóstico de saúde, com a identificação dos principais problemas da região, a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI) macrorregional e do Plano Diretor de Investimento (PDI) macrorregional. Foram definidas como áreas estratégicas o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), redução da mortalidade materno-infantil, atenção às urgências e à regulação.

A forma como se deu a construção do projeto atesta a convergência entre o modelo adotado com algumas das diretrizes do Pacto relacionadas com o Planejamento no SUS. Foi desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária e contou com a participação das três esferas de gestão.

Com relação à matriz estratégica, o plano traz apenas os eixos prioritários e as linhas de ação. Não existe a definição clara das competências e responsabilidades de cada ente na implementação das ações. Outra fragilidade, tão importante quanto, foi a indicação dos recursos necessários e os mecanismos de financiamento, monitoramento e avaliação.

Era intenção do grupo condutor do processo avançar para a elaboração de uma PPI e de um PDI macrorregional interestadual. Contudo, ficou no campo das intenções. Os mecanismos adotados pela direção nacional do SUS não possibilitaram tal inovação.

O território não foi objeto central na edição de políticas de saúde nem das normas ministeriais na fase inicial do processo de descentralização (GADELHA et al., 2009), tampouco na condução da política de regionalização (VIANA; LIMA, 2011). Para as autoras, trata-se de uma questão de grande complexidade pelas distintas configurações do território, condicionadas por fatores de diversas ordens. Muitas vezes, as linhas de integração dos serviços de saúde correspondem a lógicas territoriais que extrapolam as fronteiras (municípios que fazem limites e se relacionam com outros estados) do recorte federativo que define os entes federados.

É o caso das regiões interestaduais de saúde. As normativas que abordam a regionalização reconhecem esse tipo de conformação regional, todavia os instrumentos previstos para a gestão mantêm equivalência com as unidades federadas, municípios, estados e União. Portanto, criar mecanismos de planejamento e gestão para regiões interestaduais e internacionais é um desafio para o SUS.

Diferentemente das outras prioridades, o projeto não avançou no detalhamento de ações para operacionalizar a regulação integrada. Foram definidas as seguintes diretrizes: construção dos perfis e contratualização dos serviços especializados; complexo regulatório macrorregional em regime de cogestão; regulação dos serviços de referência macrorregional; regulação dos encaminhamentos para os polos estaduais; definição e articulação das diretrizes em relação ao transporte sanitário; definição do plano de informatização e informática; e construção das linhas de produção de cuidado e articulação dos processos regulatórios.

O acesso do usuário à rede de atenção requer a adoção de uma racionalidade organizativa, ou seja, deve levar em consideração a complexidade ou a gravidade do diagnóstico, a característica do usuário e o perfil da rede. Portanto, precisa ser balizado por princípios, diretrizes e protocolos para garantir a equidade, que é materializada por intermédio da regulação assistencial (BRASIL, 2008).

Fundamental para articulação das RAS, a regulação assistencial pode ser operacionalizada por meio de um centro de comunicação, ou seja, um complexo regulador que ordena os fluxos e contrafluxos nos diversos pontos de atenção distribuídos nos sistemas de saúde locais e estaduais (MENDES, 2015).

No caso em estudo, foi definida como mecanismo a implantação de uma Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL). A organização e o funcionamento da CRIL tiveram como diretriz a Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008) e a articulação federativa entre estados e os municípios de Petrolina e Juazeiro que possibilitaram o custeio do serviço em regime de cogestão.

A definição do modelo operativo da CRIL, diferentemente dos outros momentos, enfrentou uma forte resistência por parte dos gestores municipais, em disponibilizar 100% de sua oferta de leitos para ser regulada pela central. Além disso, a insuficiência da rede restringiu a atuação da CRIL apenas para regulação dos leitos de urgência. Não se estruturando como um complexo regulador.

Para organização da rede de atenção, foram estabelecidos níveis de referência da atenção. Esse escalonamento para definição das referências assistenciais utilizou como referência a contiguidade do território, fluxos dos pacientes, integração de redes de atenção, suficiência tecnológica e escala. Critérios estabelecidos no Pacto de Gestão para definição das regiões de saúde.

Na esfera da regionalização, adotaram-se os instrumentos de planejamento regional, PPI e PDI. Entretanto, na definição das referências regionais, fez-se um copilado de dois regramentos: a Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS) (módulos assistenciais) e o Pacto (área de abrangência – conceito de região).

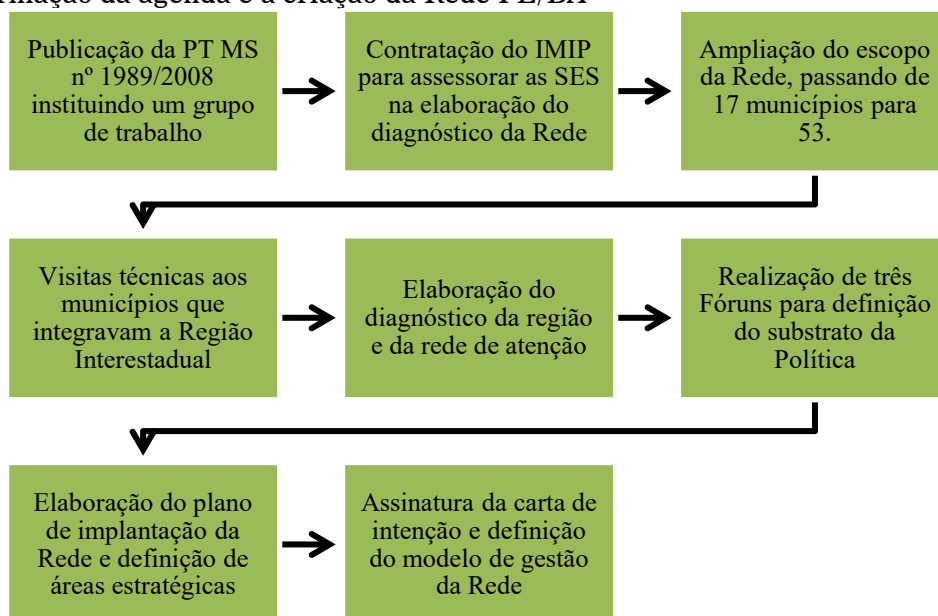
Na atenção hospitalar, foi verificado, na época, insuficiência de leitos hospitalares do tipo geral e de terapia intensiva. O perfil das unidades hospitalares de referência macrorregional interestadual foi negociado e consensuado entre os gestores estaduais. Além disso, foram definidos o perfil e a responsabilidade das unidades na rede de atenção.

O mecanismo de gestão regional definido foi a criação de um espaço de cogestão, composto pelos gestores estaduais, gestores municipais dos municípios sede das regiões de saúde e pelo representante da UNIVASF.

O princípio que fomentou a dinâmica do jogo político foi o estabelecimento de acordos de cooperação, expressos na definição do perfil das unidades hospitalares de referência macrorregional interestadual. As decisões foram negociadas, as quais geraram um conjunto de consensos sobre aspectos estratégicos para conformação da rede.

Todo esse processo resultou em uma carta de intenção que tinha como finalidade a operacionalização da rede. A figura 2 faz um resgate do trajeto percorrido desde a formação da política até a tomada de decisão.

Figura 2: Formação da agenda e a criação da Rede PE/BA



FONTE: Elaboração das autoras.

Implementação da política

Dar materialidade a uma política – momento crucial, rico e complexo – significa mobilizar os recursos estratégicos para criar as condições para a implantação da política, programa.

Nesse momento, o sucesso das estratégias para a organização da rede passou a depender notadamente dos contextos político-institucionais de cada um dos entes federados. Ouverney, Ribeiro e Moreira (2017) afirmam que as unidades federadas são marcadas por distintas capacidades gestoras, de financiamento, de contexto político e de capacidade instalada, que conformam cenários que influenciam na direção e na resposta à política proposta. Ademais, as evidências empíricas, a partir deste estudo de caso, demonstram o quanto essa conjuntura interferiu na operacionalização do projeto.

O SUS é um sistema constituído por um conjunto de sistemas (municipais e estaduais) que somente articulados e integrados criam os atributos necessários para promover o acesso universal e a atenção integral.

A convivência em um mesmo território (região interestadual), de distintas instâncias de governo (municípios e estados) no compartilhamento da autoridade, impõe um desafio de conciliar a autonomia e a interdependência (ABRUCIO, 2005). Os mecanismos de gestão do SUS precisam favorecer o autogoverno e o governo compartilhado (ELAZAR, 1987 apud MENICUCCI, 2014).

Os achados empíricos sinalizam que a criação do Colegiado Regional Interestadual (CRIE) não só atendeu à exigência do modelo federativo e à natureza de gestão de rede do SUS no âmbito da rede PE/BA, como também, instituiu um espaço de negociação e articulação entre as instâncias gestoras do SUS no território. Assim, o primeiro grande desafio foi o de manter o padrão de interação e cooperação das fases anteriores, posto que a qualidade dessa interação foi e continua sendo fundamental para implantação do projeto.

Entre 2010 e 2014, a análise das atas do CRIE aponta que ocorreram 11 reuniões. Pelo regimento interno, elas teriam periodicidade bimensal, assim, a expectativa era de haver ocorrido, no período, 30 reuniões. Quando se verifica a regularidade, constata-se que, em 2010 e 2014, houve apenas uma reunião em cada um dos anos; três reuniões em 2013 e seis em 2011. Não foram disponibilizadas atas referentes a 2012, demonstrando que houve uma mudança no padrão das relações intergovernamentais.

Mas a CRIE é fundamental para gestão e manutenção dessa rede. O caos decorre pela ausência no último ano (E. 2).

CRIE teve prejuízo da governança, deixou de ser agenda prioritária (E. 7).

O CRIE não estava fortalecido, faltou coordenação do processo e presença dos gestores para fortalecer esse espaço de governança (E. 12).

Existiam reuniões regulares no CRIE, de 2015 para cá não teve reunião (E. 17).

A mudança do padrão de relação intergovernamental na gestão do processo de implantação da rede impactou o alcance dos objetivos a que a rede se propunha. Dificuldade de acesso, aumento de transferências para unidades localizadas nas capitais dos estados são alguns exemplos. Isso não quer dizer que não acontecessem antes. Os dados sinalizam que elas têm acontecido com maior frequência, e o CRIE, por sua vez, não tem propiciado o diálogo e o estabelecimento de acordos na tentativa de dar alguma resposta a essa situação.

Os dados permitiram identificar dois padrões distintos de relação entre os governos estaduais. Na fase de criação e implantação da rede (2010 a 2013), caracterizou-se por uma maior articulação intergestores. Constatou-se a existência de uma agenda política comum envolvendo a solução para o problema do intercâmbio informal de serviços de saúde entre os municípios de Petrolina e de Juazeiro, o que favoreceu uma correlação de forças entre os governos estaduais e municipais, resultando no alinhamento de propostas e na definição de prioridades para a rede interestadual.

Os processos de negociação e pactuação tinham como premissa a cooperação, de modo a operacionalizar as propostas definidas no plano de implantação da rede. Como exemplo, têm-se a

definição dos perfis assistências das unidades hospitalares de referência interestadual e a constituição de uma central de regulação de leitos interestadual custeada em regime de cogestão pelos governos estaduais e pelos municípios de Petrolina e de Juazeiro.

Por outro lado, a partir de 2014, o que se identificou foi o enfraquecimento da articulação entre os gestores estaduais. A relação, que até então se mostrava como cooperativa, perdeu essa característica essencial e tão presente em momentos anteriores. Foi apontado pelos entrevistados que a mudança na condução das secretarias estaduais criou lacunas na articulação, pois a rede deixou de ser prioridade na agenda política dos gestores estaduais, fragilizando assim a cooperação e o estabelecimento de compromissos comuns. “A saída de XXXX¹² e de XXXX das SES foi crucial” (E. 5). “No passado andou rapidamente, mas que nos últimos 03 anos deu uma parada” (E. 9). “O CRIE não está fortalecido, faltou coordenação do processo e presença dos gestores para fortalecer esse espaço de governança” (E. 12). “Inicialmente acontecia mensalmente, depois bimensal, trimestralmente e depois ficou 02 anos sem acontecer” (E. 4).

O conteúdo dessas falas é congruente com os achados extraídos da análise das atas da CIR de Petrolina e de Juazeiro, quando discutem sobre a necessidade de retomar a regularidade das reuniões do CRIE para tratar dos problemas existentes na rede.

Alguns indícios demonstram que o MS teve um papel importante na fase inicial de implantação da rede. A contratação da instituição para assessorar as gestões estaduais na elaboração do modelo de organização da rede, a disponibilização de recursos para estruturação de dois dos três hospitais de referência macrorregional interestadual e a eleição da rede como uma das redes prioritárias do Projeto QualiSUS-Rede. Situação que permaneceu nos momentos posteriores.

O protagonismo do CRIE em formular e implementar política reduziu-se à medida que foi perdendo sua legitimidade enquanto espaço de articulação e de formação de acordos entre os governos estadual e municipal. Portanto, o seu enfraquecimento interferiu de modo significativo na condução operacional e estratégica da rede PE/BA.

Considerações finais

O uso do território promoveu a conformação de redes que geraram fluxos de pessoas que desconsideram os recortes das autoridades governamentais na definição do espectro de abrangência dos serviços, incluído os de saúde. O caso de Petrolina e Juazeiro é um exemplo.

O modo como se deram a criação e a efetivação da rede PE/BA permite apontar considerações acerca das redes interestaduais no âmbito do SUS.

A primeira consideração é sobre as diferenças intrarregional e inter-regional. As cidades de Petrolina e Juazeiro, juntas, conformam o grande polo assistencial da rede, por concentrarem os serviços com maior densidade tecnológica, disporem de equipes técnicas mais qualificadas e possuírem maior capacidade de atrair investimento. O que resulta em estágios diferenciados do processo de constituição dos sistemas locais de saúde e, por consequência, em disputas por projetos nem sempre comuns. A disputa por recursos é outro aspecto importante.

Uma segunda consideração repousa sobre as distintas capacidades governativas dos 53 municípios que formam a região interestadual. Parte significativa dos municípios é pequena, com baixa capacidade de arrecadação e fortemente dependente das transferências obrigatórias, a exemplo do Fundo de Participação Municipal (FPM). Características que se conformam em diferentes capacidades dos governos municipais em implementar políticas públicas.

As diferenças entre o modelo de organização do SUS e de gestão das Secretarias Estaduais de Saúde revertem-se em formas específicas de condução e implementação da política pública, nem sempre convergentes. Acabam por aumentar o desafio de efetivar uma rede interestadual.

Em que pese o processo de amadurecimento das relações intergovernamentais e o aprimoramento das normas do SUS, o modelo federativo, ao mesmo tempo que fomenta a competição entre os entes e a inovação, no caso da política de saúde, invoca a cooperação e a formação de consensos acerca das estratégias mais adequadas para a organização da rede de atenção.

O caso em análise aponta que o conjunto normativo do SUS teve forte influência sobre a trajetória de criação e implantação da rede, porém o financiamento e a governança regional aparecem como importantes entraves para a efetivação da rede PE/BA. Ficou evidente a necessidade de qualificação do debate acerca das regiões interestaduais, bem como dos instrumentos de

¹² Suprimido das falas o nome dos gestores para atender ao princípio de anonimato.

planejamento regional para que consigam dar conta da estruturação de redes e fluxos assistenciais adequados à realidade brasileira.

Referências

- ABRUCIO, F. L. A cooperação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, n. 24, p. 41-67, 2005.
- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 39, p. 28-38, 2015. Edição especial.
- ARRETCHE, M. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012.
- BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Texto constitucional, Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF Brasília, 04 ago. 2008. Seção 1, p. 48.
- CASANOVA, A.; CRUZ, M. M.; GIOVANELLA, L.; ALVES, G. R.; CARDOSO, G. C. P. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1209-1224, 2017.
- DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M.; Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.
- FLEURY, S.; OUVÉRY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, A. L. A., IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. (org.). *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 97-126
- GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29 May/June 1995.
- KEHRIG, R. T.; SOUZA, E. S.; SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. *Revista Saúde em Debate*, v. 39, n. 107, p. 948-961, 2015.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.
- LEVI, M. L.; SCATENA, J. H. G. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (org.) *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 81-113.
- LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, v. 3. p. 73-109.
- LIMA, L. D. de; QUEIROZ, L. F. N. de; MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. A. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: Até onde esperar uma regionalização solidária e cooperativa? In: HOCHMAN, G. *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 279-300.

MACHADO, C. V. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/Secretária de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, v. 3, p. 33-70.

MELLO, G. A.; PEREIRA, A. P. C. M.; UCHIMURA, L. Y. T.; IOZZI, F. L.; DEMARZO, M. M. P.; VIANA, A. L. Á. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017.

MENDES, E. V. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENICUCCI, T. M. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.

OUVERNEY, A. L. M. *Federalismo e descentralização do SUS: a formação de um regime polarizado de relações intergovernamentais na década de 1990*. 2015. 455 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, São Paulo, 2015.

OUVERNEY, A. L. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, 2017.

RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2015.

VIANA, A. L. A.; FERREIRA, M. P.; CUTRIM, M. A. B.; FUSARO, E. R.; SOUZA, M. R.; MOURÃO, L. *et al.* Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. *Novos Caminhos*, n. 15, 2017. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: www.regiaoeredes.com.br. Acesso em: 02 abr. 2017.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M.P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipos dos colegiados de gestão regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2011.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 11-26, 2011.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.