

# *Gestão e planejamento integrado em saúde no SUS: análise da capacidade governamental em região de saúde da Bahia*

Josilene Silva Oliveira<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0002-7857-7665) (josinhaso@yahoo.com.br)

Adriano Maia dos Santos<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0001-9718-1562) (maiaufba@ufba.br)

Hebert Luan P. Campos dos Santos<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0003-2722-7945) (ohebertluan@gmail.com)

Gabriela Vital Afonso<sup>2</sup> (Orcid: 0000-0003-1035-9298) (gabrielaafonso33@gmail.com)

Daniela Gomes dos Santos Biscarde<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0001-8758-2645) (dbiscarde@ufba.br)

Thadeu Borges Souza Santos<sup>3</sup> (Orcid: 0000-0003-2497-3889) (thadeu100@gmail.com)

Níliá Maria de Brito Lima Prado<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0001-8243-5662) (nilia.prado@ufba.br)

<sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista-BA, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade do Sudoeste da Bahia. Vitória da Conquista-BA, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade do Estado da Bahia. Vitória da Conquista-BA, Brasil.

**Resumo:** Este artigo objetivou analisar o grau de implantação do planejamento regional, considerando como condição traçadora os fluxos assistenciais para o câncer de colo de útero, em uma região de saúde do SUS baiano. Trata-se de um estudo avaliativo, do tipo avaliação da implantação do planejamento regionalizado em saúde, a partir de um estudo de caso da Região de Saúde de Vitória da Conquista (RSVC), Bahia. Realizaram-se 29 entrevistas com gestores e representantes da Comissão Intergestores Regional (CIR) e foram analisados 103 documentos. A matriz avaliativa subsidiou a mensuração do grau de implantação do planejamento pelos municípios, considerada incipiente, com três municípios apresentando grau intermediário (M1, M2 e M3); apenas M4 atingiu o grau avançado. Observou-se o caráter político nas tomadas de decisão persistente, preterindo-se a análise técnica e, consequentemente, não favorecendo as ações de monitoramento do acesso, que foram pontuais, e reduzindo a capacidade de controle e negociação junto aos prestadores de serviços privados. Os desafios da gestão, organização sistêmica e contexto político regional foram determinantes para a incipiente implantação do planejamento ante a incoerência entre instituições e características desfavoráveis à integração intermunicipal, sendo necessárias ações estratégicas para fortalecer a capacidade de planejamento integrado entre municípios.

► **Palavras-chave:** Planejamento em saúde. Avaliação em saúde. Regionalização. Desenvolvimento regional. Política de saúde. Neoplasias uterinas.

Recebido em: 10/03/2023

Revisado em: 29/10/2023

Aprovado em: 23/11/2023

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434052pt>

Editor responsável: Rondineli Silva

Pareceristas: Leila Senna Maia e José Mendes Ribeiro

## Introdução

A regionalização da atenção é uma macroestratégia para fortalecer a sistematização de redes funcionais de serviços de saúde intermunicipais (Souza, 2007), com vistas a estabelecer a gestão cooperativa e garantir atenção integral e equitativa à saúde (Brasil, 2009) no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2016; Viana, 2019; Ferreira *et al.*, 2019).

Todavia, estudos nacionais recentes sobre a regionalização apontam desafios impostos pelo heterogêneo perfil entre os municípios para a conformação de um planejamento integrado em saúde (Biscarde, 2016; Mello *et al.*, 2017; Noronha *et al.*, 2017; Grin; Abrucio, 2018; Latorre *et al.*, 2021). Dentre estes, destacam-se: assimetrias de recursos financeiros, assistenciais, gerenciais e técnicos (Latorre *et al.*, 2021), premência dos interesses político-partidários e clientelistas nas instâncias decisórias que interferem na cooperação regional (Biscarde, 2016; Mello *et al.*, 2017; Noronha *et al.*, 2017), e relações intergovernamentais entre os espaços deliberativos (Grin; Abrucio, 2018), em especial da Comissão Intergestores Regional (CIR). Ademais, aspectos relacionados à organização institucional para consolidar a gestão regional do SUS revelam “limitações que podem influenciar a função essencial de debater e deliberar sobre o planejamento integrado em médio e longo prazo, para reconfigurar de maneira mais racional, o financiamento e a organização da rede de serviços na região” (Ouverney *et al.*, 2021, p. 4.724).

Alguns estudos (Padiha *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2020; Shimizu *et al.*, 2021; Aleluia *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2023) apontaram que a gestão regional tem se moldado com o predomínio de estratégias de mediação motivadas pelo senso prático, alinhada por uma regulação sistêmica autorregulada pela condução de implementação de políticas sem, no entanto, guardar coerência com a integração da gestão, com mudanças efetivas nos processos de planejamento, implementação, coordenação e regulação no cotidiano das práticas no âmbito das regiões de saúde.

Os resultados supracitados indicam que esta lógica impõe mudanças das práticas institucionais e nas relações sociais, e o desenvolvimento de modelos integrativos de gestão governamental. Ganha centralidade, assim, a discussão a respeito do planejamento regional integrado em saúde e como torná-lo instrumento de tomada de decisão por gestores nas regiões de saúde (Feliciello, 2021).

Ante os pressupostos, este estudo teve como objetivo analisar o grau de implantação do planejamento regional, considerando como condição traçadora os fluxos assistenciais para o câncer de colo de útero, em uma região de saúde do SUS no estado da Bahia. A região foi selecionada dentre as 28 regiões de saúde, pela destacada provisão de serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, tornando-a relevante na cobertura de exame citopatológico e, conseqüentemente, referência para linha de cuidado do câncer de colo de útero (Santos, 2015; Bahia, 2016; Santos; Giovanella, 2016; Bahia, 2017). Por fim, justifica-se a escolha de estudo de análise de implantação, por delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem o desenvolvimento de uma intervenção e possuir um grande potencial de generalização dentre as pesquisas avaliativas (Champagne *et al.*, 2011).

## Métodos

Trata-se de um estudo avaliativo, do tipo avaliação da implantação (Champagne *et al.*, 2011) do planejamento regionalizado em saúde, a partir de um estudo de caso (Yin, 1984) realizado no ano de 2018, na Região de Saúde de Vitória da Conquista (RSVC), integrante da Macrorregião Sudoeste do SUS Bahia. O estudo elegeu como condição traçadora a linha de cuidado para o câncer de colo do útero (CCU), por se tratar de uma doença com protocolos assistenciais estabelecidos em todos os níveis de atenção à saúde (Kessner; Kalk; Singer, 1973).

A referida região de saúde é composta por 19 municípios agrupados em quatro estratos populacionais, conforme desenho do Plano Diretor Regional (PDR) (Bahia, 2007; 2015). Na região, selecionaram-se quatro municípios (M1, M2, M3 e M4) com diferentes portes populacionais (Quadro 1), para a realização das 29 entrevistas semiestruturadas, análise documental das Secretarias Municipais de Saúde, Coordenadoria Regional do Núcleo Regional de Saúde, acompanhamento das reuniões mensais da Comissão Intergestores Regional e Centrais de Regulação dos fluxos assistenciais dos respectivos municípios, para identificar pautas relacionadas à linha de cuidado do câncer do colo de útero.

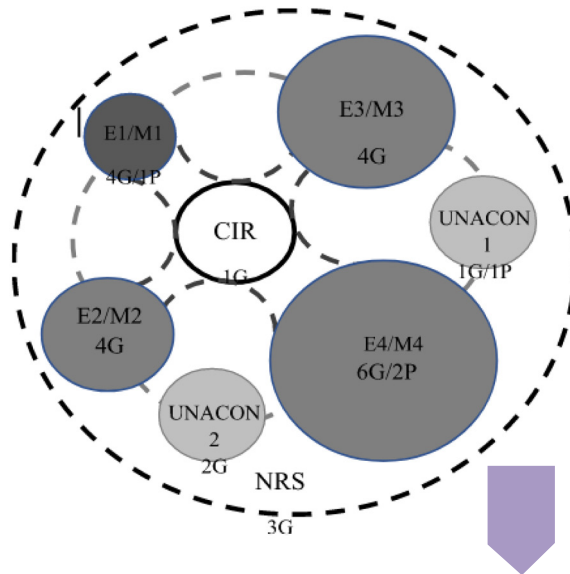
**Quadro 1.** Descrição dos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista incluídos no estudo, conforme estrato populacional, 2019

Descrição Municípios	Dist. Capital	Dist. Sede	Área Geog.	Pop. Estim. 2018	IDHM (2010)	PIB per capita (2015)	N. Eq. ESF	Cob. Pop. ESF
<b>Estrato 1 – até 10.000 habitantes</b>								
Cordeiros	680 km	162km	523.640 km <sup>2</sup>	8.904	0,579	5.757,34 R\$	04	100%
<b>Estrato 2 – entre 10.001 a 25.000 habitantes</b>								
Belo Campo	616 km	63,7km	772.757 km <sup>2</sup>	18.247	0,575	5.738,20 R\$	06	100%
<b>Estrato 3 – entre 25.001 a 50.000 habitantes</b>								
Barra do Choça	524 km	30,7km	765.157 km <sup>2</sup>	32.018	0,551	12.699,14 R\$	12	100%
<b>Extrato 4 - maior que 50.001 habitantes</b>								
V. da Conquista	519 km	Sede	3.704,018 km <sup>2</sup>	348.718	0,687	16.785,34 R\$	44	43,53%

**Fonte:** IBGE, 2017; MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB; Google maps.

As entrevistas previamente agendadas e guiadas por um roteiro de entrevista foram realizadas com atores-chave: secretários municipais de Saúde, coordenação da CIR, do Núcleo Regional de Saúde, da Atenção Básica, da Central de Regulação e de Marcação de Exames, direção de serviços hospitalares e de referência à saúde da mulher e gestores de Unidade de Alta Complexidade em Oncologia. Não houve recusa à participação, sendo as entrevistas realizadas presencialmente, nos locais de trabalho, com duração aproximada de uma hora cada (Figura 1).

**Figura 1.** Cenário e sujeitos do estudo na região de saúde de Vitória da Conquista-BA, 2019



<b>CODIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS</b>	
<b>Código</b>	<b>E4</b>
Secretários Municipais de Saúde	04
Coordenadores de atenção básica	04
Coordenadores da Central de Marcação de Exames	04
Diretor geral administrativo de hospital de pequeno porte	02
Diretor geral de Hospital do estado	01
Coordenadores de serviços especializados referentes a saúde da mulher	02
Coordenador do serviço de regulação	01
Coordenadores da UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia)	03
Gestores do Núcleo Regional de Saúde	03
Representante da CIR	01
<b>Gestores</b>	<b>25</b>
<b>Código</b>	<b>G1 a G25</b>
<b>Profissionais de saúde envolvidos com a saúde da mulher</b>	<b>04</b>
<b>Código</b>	<b>P1 a P4</b>
Médico	01
Enfermeiro	02
Técnico da central de marcação local	01

<b>CODIFICAÇÃO DOS LOCAIS</b>	
<b>Municípios visitados</b>	<b>04</b>
<b>Código</b>	<b>M1 a M4</b>
Extrato 1 (até 10.000 habitantes)	01
Código	E1
Extrato 2 (entre 10.001 a 25.000 habitantes)	01
Código	E2
Extrato 3 (entre 25.001 a 50.000 habitantes)	01
Código	E3
Extrato 4 (maior que 50.001 habitantes)	01
Código	E4

Fonte: Elaboração própria.

A análise documental contemplou o conteúdo de 103 documentos, incluindo atas da CIR, Programação Pactuada e Integrada (PPI), planos quadrienais de saúde municipais (PSM) e relatórios anuais de gestão (RAG). Ressalta-se que os PSM e os RAG foram acessados pelo Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) (Brasil, 2020).

Os documentos foram sistematizados em planilha do Microsoft Excel®, considerando-se especialmente: número de ata, ano, conteúdo das pautas das reuniões, informes, elementos discutidos, conflitos e os consensos entre os atores, tipos de negociação, planejamento, discussão sobre os instrumentos de gestão, agendas priorizadas, recomendações e as estratégias na linha de cuidado eleita.

Após transcritas, as entrevistas foram analisadas no software NVivo versão 12 *plus*, por meio de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação com classificação dos excertos. Os resultados foram interpretados tendo como referência: caracterização do contexto e da regionalização; gestão e governança regional (mecanismos de coordenação assistencial; sistemas de regulação e adequação do financiamento) e organização do planejamento regional (parâmetros e mecanismos de implementação do planejamento).

Para a apreciação do grau de implantação da intervenção, utilizou-se uma matriz de critérios e padrões previamente consensuada por especialistas, em etapa anterior do projeto original. Foram definidos os critérios e respectivos indicadores e parâmetros, pontuação esperada e peso de cada item de acordo com dimensões. A ponderação proposta foi submetida à apreciação de três especialistas para análise da coerência das pontuações.

Os critérios foram considerados (a) muito importantes com a média > 9; (b) importantes com a média > 8 e < 8. Em relação ao grau de consenso foi considerado: (a) critério com alto grau de consenso com desvio padrão < 1; (b) critério com médio consenso > 1 e < 2; (c) critério baixo grau de consenso > 2 e < 3 e; critério em dissenso > 3.

A pontuação final dos itens foi calculada multiplicando-se o número total de respondentes que considerou o item pertinente pelo valor dos pontos recebidos. Foram considerados consensuados, quanto à relevância, os itens considerados pertinentes por, no mínimo, oito dos dez participantes, equivalendo a pelo menos 80% dos especialistas e que apresentaram alto nível de concordância, confirmado pela análise da mediana das respostas. As informações sobre a pertinência foram analisadas segundo a estatística descritiva, média e desvio padrão no *software Stata* versão 15.0.

Em seguida, procedeu-se ao somatório dos pontos obtidos para cada critério a partir das respostas positivas, sendo multiplicados pelos pesos para cada indicador.

O cálculo do grau de implantação foi obtido pela relação entre a pontuação observada em cada critério, dimensão ou nível e suas respectivas pontuações máximas de cada, multiplicadas por 100:  $\text{Score} = \frac{\text{Pontuação obtida}}{\text{pontuação máxima}} \times 100$ ; Pontuação obtida =  $\sum$  da pontuação obtida em cada critério, dimensão ou nível; Pontuação Máxima =  $\sum$  da pontuação máxima de cada critério, dimensão ou nível.

A classificação final do grau de implantação foi determinada com base no somatório dos graus de implantação por dimensão de análise. Consideraram-se como pontos de corte para classificação do grau de implantação os seguintes parâmetros: incipiente > 25 e < 49 pontos; intermediário > 50 e < 74 pontos e; avançado > 75 pontos.

Este artigo constitui recorte do projeto “Integração Assistencial e Acesso aos Serviços de Saúde em Regiões de Saúde: Câncer de Colo do Útero como condição traçadora para compreensão dos fluxos assistenciais” aprovado e financiado pelo Edital FAPESB nº 003/2017 -Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS/BA FAPESB/SESAB/CNPq/MS, aprovado pelo CEP da Universidade Federal da Bahia, parecer nº 2.562.299, de 25 março 2018. Todos os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os autores declararam inexistência de conflitos de interesses.

## Resultados

De forma geral, o grau de implantação do planejamento regional revelou-se parcialmente adequado, contemplando um grau intermediário em três municípios (M1, M2 e M3) e o grau avançado em M4.

A análise por cada categoria demonstrou que a gestão regional se distingue obtendo-se como resultado global nos municípios: M1 (35,0), M2 (36,0), M3 (36,0) e M4 (39,0). A dimensão do planejamento regional alcançou um grau de implantação igual (15,0) nos quatro municípios abordados. Os resultados da avaliação normativa são detalhados a seguir por dimensão, componentes do modelo lógico e critérios de avaliação, tomando-se por base os níveis de análise do estudo. Os resultados encontram-se consolidados no Quadro 2.

**Quadro 2.** Matriz da sistematização da pontuação geral atribuída pelos especialistas aos padrões e critérios pertinentes e relevantes para avaliação do planejamento regional em saúde entre os municípios selecionados. Brasil, 2019

DIMENSÕES/ PADRÃO	MUNICÍPIOS				PONT. FINAL
	M1	M2	M3	M4	
<b>DIMENSÃO 1: GESTÃO E GOVERNANÇA REGIONAL</b>					
Padrão: Estabelecer diretrizes para a gestão compartilhada	35	36	36	39	43
Padrão: Estabelecer diretrizes para o financiamento e regulação	16	19,5	16	21	28,5
TOTAL PARCIAL DIMENSÃO 1	51	55,5	52	60	71,5
<b>DIMENSÃO 2: ORGANIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO REGIONAL</b>					
Padrão: Promover a institucionalização e pactuar diretrizes para o planejamento regional.	15	15	15	15	28,5
TOTAL PARCIAL DIMENSÃO 2	15	15	15	15	28,5
TOTAL (Parcial Dimensão 1 + 2)	66	70,5	67	75	100
MENSURAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO	INT	INT	INT	AVA	

Legenda: INT: intermediário, AVA: avançado.

Fonte: Elaborado pelos autores.

As análises realizadas permitiram sintetizar aspectos centrais relativos ao contexto de implantação do planejamento regional na região de saúde, considerando a gestão e planejamento regional e os principais padrões analisados (estabelecer diretrizes



para a gestão compartilhada e planejamento regional; promover a institucionalização dos instrumentos para o planejamento regional; e estabelecer diretrizes para o financiamento e regulação do planejamento regional).

A seguir, estes resultados são explicitados à luz das falas dos entrevistados e evidências da análise documental.

### **Contextualização da região de saúde e fluxos assistenciais**

Na região de saúde, todos os municípios assinaram o Pacto pela Saúde, contudo, dos 19 municípios, apenas dez assumiu o Comando Único. Os demais permanecem sob gestão estadual dos serviços de saúde.

Em relação à linha de cuidado, cabe destacar que, especificamente, prevê-se que o fluxo assistencial para controle do câncer de colo de útero se inicie na APS de cada município, com a realização do exame de Papanicolau. Posteriormente, as lâminas são encaminhadas para laboratórios pactuados com outros municípios ou contratados de forma direta pelos municípios, para obtenção dos laudos. Tendo a presença de alteração nesses laudos, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) realizam a busca ativa das mulheres e quando necessário, é ofertada pelo próprio município a consulta com médico ginecologista em serviço de referência que, do mesmo modo, oferta exames complementares para detecção do grau da lesão.

No caso de alterações no resultado do preventivo, as usuárias são encaminhadas para consulta com ginecologista e este, após diagnosticar o câncer de colo do útero comprovado pela biópsia, as encaminha para um serviço de alta complexidade.

Como parte do protocolo de diagnóstico para o CCU disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS), é necessária a biópsia de peças anatômicas para confirmação do câncer, sendo este um dos “gargalos” referenciados pela maioria dos gestores. Alguns destes optam por contratar de forma direta esse serviço, com o objetivo de amenizar a demora do diagnóstico e para inserir a usuária no serviço UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), o mais rápido e precocemente possível, conforme conduta médica. Incluem-se, na prestação de atenção especializada em oncologia, consultas e exames para acompanhamento, diagnóstico diferencial e definitivo de câncer e tratamento por cirurgia, oncologia clínica e cuidados. Além disso, é obrigatória a referência formal para radioterapia dos usuários, de acordo com aprovação na CIR e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A região de saúde de Vitória da Conquista comporta duas Unidades de Alta Complexidade (UNACON), sendo uma gerida e regulada pelo estado e a outra regulada pelo município-sede (Vitória da Conquista) com recurso federal. Ambas foram habilitadas pelo Estado da Bahia e seguem a regulamentação da Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada oncológica (Brasil, 2014).

No que concerne aos gestores, quando questionados sobre os processos relacionados ao diagnóstico e tratamento do CCU, a maioria informou que a rede demonstra de acesso das usuárias reguladas pelos municípios da região: “diagnóstico é precário, porque depende da biópsia, então tudo se ‘esbarra’ na biópsia, que é o primeiro exame que se faz para poder entrar na rede e saber se a pessoa realmente vai precisar entrar na rede ou não...” (G9/E3/M3). Corroborando a assertiva, outros gestores também trazem que: “dever-se-ia ter uma estruturação melhor por parte de diagnóstico e nem todos os municípios tem” (G5/E2/M2). E que o “diagnóstico é precário, o tratamento é efetivo, mas às vezes demora noventa dias para o paciente poder chegar no cirurgião oncológico” (G9/E3/M3).

Quanto à implementação dos fluxos assistenciais para o câncer de colo do útero, observou-se, nos quatro municípios analisados, que não há um fluxo bem definido dentro da região para essa condição traçadora, observando-se falhas dentro desse fluxo que impossibilitam os usuários de adentrarem aos serviços especializados: “é um gargalo essa situação do fluxo que nós temos, inclusive foi discutido na CIR recentemente esse fluxo para a UNACON” (G9/E3/M3).

Pode-se observar, também, que os municípios utilizaram outros meios para tentar resolver as demandas relacionadas ao diagnóstico e prevenção do CCU, como exemplo, contratar médico ginecologista para atendimento das mulheres com alterações em exames, aquisição de exames complementares de imagem e alguns como o município M2 e M4, optaram por contratualizar de forma direta os serviços de biópsia, a fim de facilitar o diagnóstico e estabelecer imediatamente o tratamento em serviços especializados.

[...] a biópsia realiza-se aqui no município no nosso hospital, então toda essa parte de diagnóstico é feita aqui no município, então já encaminhamos os pacientes com o diagnóstico fechado (G5/E2/M2), ou em falas como: quando está demorando no UNACON, eu encaminhando para o Hospital da Mulher. Quando a gente demora a conseguir consulta ou alguma coisa assim, a gente direciona, não perdemos tempo, tanto aqui quanto lá (G5/E2/M2).

Em síntese, apreendem-se fragilidades na estruturação da rede regional para abarcar a linha de cuidado do câncer de colo do útero, visto que a maioria dos gestores informam a precariedade dos serviços ofertados (biópsia) e a necessidade de ajustes dos fluxos assistenciais.

[...] na perspectiva regional é necessário que o fluxo seja definido e seguido, uma vez que já tem esse serviço ofertado e já foi dito em CIR. O que precisa ser definido é o fluxo e o município ter acesso (G9/E3/M3).

## Gestão e governança regional: atores e espaços decisórios

A gestão regional requer o envolvimento de representantes de todos os municípios da região de saúde, com participação e articulação entre os atores regionais, para viabilizar o processo de planejamento e a execução do plano regional.

Na região estudada, a governança e gestão regional envolve sujeitos com diferentes graus de autonomia nos variados espaços decisórios, como a CIR, Conselhos de Saúde, CIB e nas articulações com os prestadores de serviços públicos e privados, Diretores dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS), Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Secretarias Municipais Saúde e Secretaria Estadual de Saúde.

Cabe destacar que a CIR é a instância em que os gestores discutem, pactuam, monitoram e avaliam as intervenções definidas para a região de saúde, e definem as metas regionais e responsabilidades de cada ente para o alcance das intervenções definidas (Brasil, 2016). As representações na CIR, de acordo a Resolução CIB n.º 11/2015, são oficializadas por meio de Termo de Posse com registro em Ata da respectiva reunião, não dispendo de suplência, e com relação às funções dos representantes da SESAB do nível central e/ou regional da CIR. Estes podem desempenhar o papel de coordenadores de CIR, membros efetivos estaduais e membros efetivos estaduais regionais, indicados pelo secretário da Saúde do estado da Bahia para tal finalidade. São instâncias de caráter deliberativo sobre as competências definidas dentro do seu território, a partir de decisões tomadas por consenso, e a secretaria executiva é o próprio município-sede com um funcionário do estado em nível organizacional administrativo.

A CIR na região tem seguinte conformação: Plenário; Secretaria Executiva; e Câmara Técnica (CT-CIR), que pode contemplar Grupo de Trabalho (GT).

A pauta da CIR deverá ser definida pelo coordenador ou o coordenador adjunto da CIB, encaminhada para a secretaria executiva, para ser publicada para os integrantes. Nesse processo, cabe destacar que diversos gestores evidenciaram a relevância da atuação do Núcleo Regional de Saúde para o apoio, monitoramento, controle, supervisão e acompanhamento contínuo dos municípios da região.

[...] o núcleo continua sendo representação da parte do estado [...] eles têm importância porque o município sozinho não consegue, precisa dessa interação com o estado, precisa da participação do estado nas decisões e na execução, nas cobranças também, para tentar organizar estruturar a rede [...] (G5/E2/M2).

Nas reuniões, segundo as normativas vigentes, as deliberações devem ser tomadas por consenso dos membros presentes, com quórum mínimo estabelecido em regimento (maioria absoluta, isto é, no mínimo, metade mais um dos integrantes formais, contanto com a presença obrigatória de um representante do estado) (Bahia, 2015). Importante salientar que as deliberações que não são resolvidas no âmbito da CIR, são encaminhadas para a CIB.

A CIR foi avaliada como um importante espaço de governança regional, com reuniões fortemente participativas, colaborativas, resolutivas e deliberativas.

[...] A CIR é um espaço excelente, eu falo em relação à nossa CIR aqui, é bastante resolutiva, [...] porque é um espaço importante de se dialogar, cobrar e encaminhar também para pautas deliberativas na CIB, então é uma instância de extrema importância para os municípios estarem fechando os fluxos e as redes, organizando toda a estrutura de saúde de um modo macrorregional. [...] (G5/E2/M2).

Contudo, a partir das visitas *in loco*, foi possível ratificar que as pautas são sugeridas, prioritariamente pelos próprios secretários, a partir de demandas municipais (sendo apresentados constantemente debates relacionados a organização de demandas dos serviços de referência, processos assistenciais em saúde, credenciamento de serviços, aplicação dos recursos destinados à média e alta complexidade, dentre outros), assim como por demandas do Estado sinalizadas pelos NRS.

[...] apesar de ser muito efetiva quando se propõe as pautas a discutir e a se resolver, a CIR é bastante resolutiva, mas creio que não é suficiente para suprir a necessidade de todos os assuntos, nós temos muitas redes para serem aperfeiçoados, muitas redes para serem estruturadas e em uma reunião mensal, apenas não é suficiente, muitas vezes, se perde no meio de discussões políticas partidárias e acabam não tendo a resolutividade efetiva, no caso seria necessário para conseguir dar um adiantamento, teria que ter uma reunião pelo menos a cada 15 dias, mas isso inviabiliza a agenda dos gestores [...] (G5/E2/M2).

A análise documental permitiu identificar que, a partir do ano de 2016, algumas pautas relacionaram-se à implantação de mais um serviço UNACON na macrorregião Sudoeste, com discussões sobre as pactuações e fluxos em oncologia, tal como a destinação dos recursos financeiros referentes a gestão dos serviços que compõem a linha de cuidado. Todavia, restringiram-se a debates relacionados a organização de demandas dos serviços de referência, processos assistenciais em saúde, credenciamento de serviços públicos e privados, aplicação dos recursos destinados à média e alta complexidade, dentre outros.

Cabe destacar que um dos grandes desafios da região se relaciona à garantia da atenção de média complexidade. A regulação do acesso constituiu um dos eixos propostos para organizar a regionalização que estava presente nos municípios por meio das centrais de marcação de consultas e exames. Contudo, se configuravam, segundo os entrevistados como espaços onde a insuficiência da oferta prevalecia. Ademais, o complexo regulador, em parte nos municípios apresentavam fragilidades estruturais, observadas *in loco* e no quantitativo de profissionais. Para ampliação da oferta de serviços especializados, foi instalada uma policlínica regional de saúde, avaliada positivamente pelos entrevistados, por permitir o acesso a ações e serviços de saúde antes realizados com grandes dificuldades na capital.

No que concerne ao financiamento, observam-se fragilidades para negociação com os prestadores de saúde privados e, muitas vezes, os gestores utilizam recursos municipais para estabelecer mecanismos de diagnóstico das usuárias mediante a contratação de serviços privados. Na região de saúde, principalmente M1, M2 e M3 passaram a comprar ações e serviços da iniciativa privada.

O laboratório das biópsias a gente terceiriza o serviço de laboratório pra fazer exames laboratoriais e o município que paga [...] caso detectado aí precisa da biópsia, aí a gente tem que pagar ou então a paciente paga (G1/E1/M1).

De modo geral, predominou um processo de financiamento fracionado, pouca mudança na forma de alocação dos recursos e competição por recursos, pouco avanço na descentralização dos processos administrativos, por uma normatização vertical, excessiva e fragmentada; e pela ausência de discussão sobre implantação da PPI da atenção à saúde, com base na definição e organização das redes de atenção à saúde, ocasionando, conseqüentemente, a falta de identificação das prioridades e da formalização de um planejamento regional. Ademais, a falta de conhecimento na área da saúde e nos processos de gestão, e o descompromisso com as questões de

saúde regionais refletem-se em tomada de decisões muito rápidas, sem embasamento e informação, frequentemente equivocadas. As decisões nem sempre são produto do entendimento, mas muitas vezes os acordos são constrangidos pelos imperativos do “sistema”, do tempo (prazos) e das relações estabelecidas de poder.

Nesse contexto, ao comparar, entre os municípios selecionados, o grau de implantação da linha de cuidado para controle do CCU e a gestão regional, foram obtidos escores correspondentes a M1(16), M2 (19,5), M3 (16) e M4 (21) e apenas o M4 se aproximou da pontuação final considerada ideal (28,5). Esses critérios estavam relacionados à necessidade de se fortalecer os projetos de investimento, considerando o PDI e a existência de mapeamento atualizados, para viabilizar a distribuição e oferta mais equânime dos serviços de saúde.

## Organização do Planejamento Regional

O planejamento regional integrado estabelece a CIR como espaço de articulação e pactuação entre os três entes federativos quanto aos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada no SUS (Brasil, 2011). Dessa forma, os membros da CIR, ou outros atores (profissionais da rede pública de saúde da região) por ela designados, devem elaborar uma proposta de planejamento para a construção do Plano Regional (Bahia, 2009).

Para monitorar o alcance das ações, utilizam-se, como mecanismos de gestão, as Agendas de Saúde, Planos de Saúde, Relatórios de Gestão, Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Programação Pactuada e Integrada (PPI), previstos em normas e portarias elaboradas no âmbito da gestão nacional do SUS. Contudo, apesar de os gestores apontarem a importância desses mecanismos para a organização das ações, a maioria referiu não acompanhar as ações desenvolvidas nos municípios.

A maioria referiu pouca utilização dos dados com base nos instrumentos de gestão e que não tinham “condições de acompanhar de perto tudo o que estava planejado” nos Planos Municipais de Saúde (PMS), Plano Anual de Gestão (PAG), assim como os resultados dos Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatório Quadrimestral de Gestão (RDQA). Inclusive sobre a utilização do COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde), a maioria desconhecia o instrumento e não recordava de sua explanação na reunião da CIR. Houve convergência, também, quanto à insuficiência da Programação Pactuada e Integrada (PPI) vigente para o planejamento e a alocação de recursos.

No sistema SARGSUS, foram localizados apenas dois registros de Planos Municipais de Saúde relativos aos municípios M1 e M4 correspondentes aos quadriênios 2010-2013 e 2014-2017. O município M2 apresentou três registros: além dos mencionados anteriormente, incluía o período relativo aos anos 2018-2021; e o município M3 registrou apenas o plano referente ao quadriênio 2014-2017. Em boa parte desses planos, são mencionadas ações referentes a ampliação e qualificação da rede de atenção à Saúde da Mulher, através do desenvolvimento de ações de controle e prevenção do CCU; ampliação e organização da rede de referência e contrarreferência à saúde da mulher, com descrição do aumento de exames citopatológicos para o colo de útero na faixa etária de 25-59 anos e aumento percentual de seguimentos/tratamento informado referente a usuárias com diagnóstico de LIAG (lesões intraepiteliais de alto grau).

Destaca-se, inclusive, que para obtenção dos recursos financeiros advindos do estado e da união para os municípios, estes são obrigados a alimentar os sistemas de informação do MS, para que este possa acompanhar e monitorar todas as ações planejadas no período de quatro anos e o que está sendo realizado nos períodos anuais.

Essa análise também perpassa o descompasso entre a programação em saúde e a alocação dos recursos agravada pelo incipiente conhecimento técnico e habilidade para conduzir a política e a distribuição dos recursos de forma efetiva e resoluta, contemplando as ações que abarcam os fluxos assistenciais para o câncer de colo do útero na região de saúde. Mesmo diante desse cenário, não foram evidenciadas articulações direcionadas a uma capacitação dos gestores para assumir um planejamento regional.

Nesse processo, é importante mencionar que a atuação do apoio institucional do NRS não conseguiu abarcar o fortalecimento e a institucionalização do planejamento regional. A atuação foi mais pronunciada como cooperação e parceria e, segundo os entrevistados e as análises documentais realizadas, destacou-se mais em pactuar demandas dos municípios, da CIB e do nível central estadual.

Este cenário corrobora os resultados abarcados na matriz de mensuração de implantação do planejamento regional, na qual 10 critérios dentre os 21 foram pontuados com nota zero. Dentre os critérios não pontuados, a maioria se relaciona à não existência de um plano regional integrado para os fluxos assistenciais do CCU. Em relação aos demais critérios analisados, percebe-se que os municípios alcançaram pontuações mínimas em determinados critérios, que podem evidenciar

que mesmo com os processos de gestão regional bem articulados e gerenciados, ainda se há fragilidades nesse espaço regional para propiciar um processo de inserção do planejamento regional nas práticas, em coerência com o PDR e as pactuações estabelecidas.

## Discussão

O planejamento regional integrado (PRI) destaca-se como uma estratégia imprescindível para a organização regional do sistema de saúde, buscando garantir, da forma mais racional possível, o acesso da população a todos os níveis de complexidade da rede de atenção à saúde. Contudo, a análise de implantação revelou desafios relacionados aos processos que englobam tanto a institucionalização, quanto as pactuações das diretrizes no planejamento regional. Essa análise também perpassa o descompasso entre a programação em saúde e a alocação dos recursos agravada pelo incipiente conhecimento técnico e habilidade para conduzir a política e a distribuição dos recursos de forma efetiva e resoluta para contemplar as ações que abarcam os fluxos assistenciais para o câncer de colo do útero na região de saúde.

De modo geral, não se verificou o conhecimento dos gestores sobre a realidade regional, prevalecendo decisões com embasamento mais político do que técnico. As práticas de planejamento, apesar de expressas nos planos municipais e relatórios de gestão aprovados pelos conselhos municipais, representaram um papel meramente ritualístico que contribuiu para a falta de planejamento e de recursos necessários para responder às demandas regionais para os diferentes níveis de complexidade da rede de atenção à saúde.

Foi constatada a inexistência de planos regionais para a condição CCU, e o COAP, instrumento instituído pelo Decreto nº 7 508/11 não contribuiu para fortalecer a articulação e organização regional dos fluxos e ações de serviços de saúde. O estudo de Almeida (2015, p. 295) também demonstrou que o COAP assumia, de certa forma, um “poder sancionador para quem não cumpre as cláusulas”; ou seja, gerava insegurança entre os gestores para aderirem ao contrato que poderia significar “assumir responsabilidade alicerçada em problemas crônicos de subfinanciamento.” (Almeida, 2015, p. 295). Essas evidências fomentam o reduzido avanço dessa ferramenta de planejamento entre os gestores, cabendo novas discussões a respeito.

Observou-se um processo de financiamento fracionado, com predomínio de competição por recursos e pouca mudança na forma de alocação dos recursos. Além



disso, o incipiente avanço na descentralização dos processos administrativos por uma normatização vertical, excessiva e fragmentada, e pela ausência de discussão sobre implantação da PPI da atenção à saúde, com base na definição e organização das redes de atenção à saúde, ocasionou, conseqüentemente, a falta de identificação de prioridades e da formalização de um planejamento regional.

As situações expostas demonstram a necessidade de fortalecer a capacidade de governo, caracterizada como a perícia para conduzir, manobrar e superar as dificuldades encontradas pelo governo, podendo fazer uso de ferramentas existentes no campo do planejamento para subsidiar, de forma interdependente, tanto o projeto de governo quanto a governabilidade dos gestores (Matus, 1997). Isso indica que a região estudada terá que buscar alternativas para ampliar a capacidade dos gestores, minimizando assimetrias gerenciais, para propiciar um processo de inserção do planejamento regional nas práticas, em coerência com o PDR e as pactuações estabelecidas.

## Considerações finais

O planejamento em saúde é um instrumento importante na orientação das ações para os serviços de saúde, permitindo uma gestão compartilhada de forma equilibrada e ajustável mediante os processos administrativos e organizativos de cada município. Possibilita, ainda, a união e o diálogo entre os diferentes atores, para a construção de um objetivo comum, direcionado à mobilização de saberes e práticas para a superação das desigualdades regionais em saúde, dos processos de exclusão e da iniquidade na área da saúde.

Por outro lado, embora a prática do planejamento tenha ganhado mais espaço no cenário da saúde, percebe-se uma apropriação muito incipiente e, por vezes, ausente, desses conteúdos teórico-práticos pelas equipes de gestão, seja pelo desconhecimento dos instrumentos de planejamento, seja pela ausência de metodologias de planejamento regional aplicáveis pelos gestores.

O conjunto de evidências produzidas ao assumir aspectos metodológicos inclui a avaliação de implantação do planejamento regional, por meio do exame de critérios explicitados nas normativas, mas pouco interpretados pelos sistemas locais ou regionais. Os achados podem contribuir para o debate acerca do aperfeiçoamento de estratégias de monitoramento e avaliação contínua do planejamento regional.

No caso estudado, ainda que o planejamento não esteja institucionalizado, é importante ressaltar que há uma continuidade nas deliberações nos espaços de negociação e articulação, como a CIR, no qual os gestores debatem e discutem diversas questões de saúde envolvidas na regional, visando consistentemente construir alternativas para avançar nos principais desafios enfrentados no SUS. Por outro lado, os resultados apontam a necessidade de analisar e transmutar a estratégia incrementalista assumida na operacionalização da articulação regional, a fim de incluir os instrumentos de planejamento.

Por fim, para ampliar a capacidade de resposta real às necessidades de saúde da população e não apenas a uma resposta normativa, estabelecendo a identificação de vazios assistenciais, faz-se necessário investir em educação permanente, como forma de fortalecer a gestão participativa no território e ampliando a governança regional, tendo como ferramenta para consecução desse propósito, o Planejamento Regional Integrado (PRI).<sup>1</sup>

## Referências

ALELUIA, I. R. S. *et al.* Gestão do SUS em regiões interestaduais de saúde: análise da capacidade de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 5, p. 1883-1894, 2022.

ALMEIDA, P. F. Posição da Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado no município sede de Região de Saúde: o caso de Santo Antônio de Jesus. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. (org.). *Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde*. Salvador: EDUFBA, 2015. 309p.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 14, p. 753-762, 2009.

BAHIA. Assessoria de Planejamento e Gestão. *Pactuação das diretrizes, objetivos e indicadores 2017-2021 (SISPACTO)*. Manual de Orientação. Bahia: APG, 2017.

BAHIA. Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução CIB n.º 11/2015*. Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais do Estado da Bahia que aprova o regimento interno da CIR, 2015.

BAHIA. Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução CIB n.º 132*, em 20 de setembro de 2007. Aprova o novo desenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia. 2007. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/portalcib>. Acesso em: 1 dez. 2019.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2016 a 2019. *Rev. Baiana Saúde Púb.*, v. 40, Suppl 3, p. 1-124, 2016.

BISCARDE, D. G. S. *Gestão regional do SUS nas regiões metropolitanas de Salvador e de Fortaleza: instâncias, processos de pactuação e relações de poder*. 2016. 299f. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto nº 7.508*, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informação e gestão da atenção básica (e-Gestor). *Cobertura da Atenção Básica*. Brasília, 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de planejamento no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 140*, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva - organização e funcionamento*. 2. ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão*. Brasília, 2020. Disponível em: [https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!usuarioLogado.action?SARGSUS\\_TOKEN=FDOI-EWBT-SND5-JU23-SEGQ-5HN6-POVR-ZJKZ](https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!usuarioLogado.action?SARGSUS_TOKEN=FDOI-EWBT-SND5-JU23-SEGQ-5HN6-POVR-ZJKZ)

CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar as Intervenções. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

FELICIELLO, D. Aspectos conceituais e operacionais do planejamento em saúde com ênfase no SUS. *Caderno de Pesquisa NEPP*. Campinas, n. 90, 2021.

FERREIRA, J. *et al.* Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 1, p. 69-79, 2018.

GOOGLE MAPS. *Mapas dos Municípios do Nordeste da Bahia*. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/dir/Vit%C3%B3ria+da+Conquista,+BA/@-14.8617472,40.9145764,12z/data=!4m9!4m8!1m5!1m1!1s0x7463b073025e405:0x78be45452bd92ae3!2m2!1d-40.8445346!2d-14.8619237!1m0!3e0!5m1!1e1?hl=pt-BR&authuser=0>. Acesso em: 15 nov. 2018.

GRIN, E.J.; ABRUCIO, F. O comitê de articulação federativa no governo Lula: os percalços da cooperação territorial. *Rev Bras Ciênc Soc.*, n. 33, e339703, 2018.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo brasileiro de 2017*. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>.
- KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality – the case for tracers. *N Engl J Med.*, v. 288, p. 189-94, 1973.
- LATORRE, M.R.D.O. *et al.* A importância do registro de câncer no planejamento em Saúde. *Revista USP*, São Paulo, v. 128, p. 27-44, 2021.
- MATUS, C. *O Método PES: roteiro de análise teórica*. São Paulo: FUNDAP, 1997.
- MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n.4, p.1291-1310, 2017.
- NORONHA, J. C. *et al.* (org.). *Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.
- OUVERNEY, A.M. *et al.* Federalismo Cooperativo, Regionalização e o Perfil de Governança Institucional das Comissões Intergestores Regionais no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 26, n. 10, p. 4715-4726, 2021.
- PADILHA, A. *et al.* Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 24, n. 12, 25 nov-dez. 2019.
- SANTOS, A. M. Posição da Estratégia de Saúde da Família na coordenação do cuidado no município sede de Região de Saúde – o caso de Vitória da Conquista. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. (org.). *Atenção Primária à Saúde na Coordenação do Cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2015.
- SANTOS, V. P.; ALMEIDA, P. F. Estratégias de regionalização para garantia do cuidado integral em saúde: o caso de uma Comissão Intergestores Regional no Estado da Bahia. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. (org.). *Atenção Primária à Saúde na Coordenação do Cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2015.
- SILVA, J. F. M. *et al.* Fortalecimento da governança regional e da rede de atenção à saúde em municípios pequenos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 47, e120, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.120>.
- SILVA, R. C. F. *et al.* A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300331, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2020.v30n3/e300331/pt>.
- SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 65-86, 2007.
- VIANA, A.; IOZII, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 32, n. 2, p. 1-12, 2019.
- YIN, R. K. *Case Study Research*. Beverly Hills: Sage, 1984.

## Nota

<sup>1</sup> J. S. Oliveira, A. M. dos Santos, H. L. P. C. dos Santos, G. V. Afonso, D. G. dos S. Biscarde, T. B. S. Santos e N. M. de B. L. Prado: concepção, planejamento, análise, interpretação, redação do trabalho e aprovação da versão final submetida.

# *Abstract*

## *Integrated regional health management and planning in the SUS: analysis of government capacity in a health region in the state of Bahia*

This article aimed to analyze the degree of implementation of regional planning, considering care flows for cervical cancer as a defining condition, in a health region of the SUS in Bahia. This is an evaluative study, evaluating the implementation of regionalized health planning, based on a case study of the Vitória da Conquista Health Region (RSVC), state of Bahia. Twenty-nine interviews were carried out with managers and representatives of the Regional Intermanagers Commission (CIR) and 103 documents were analyzed. The evaluation matrix supported the measurement of the level of planning implementation by the municipalities, considered incipient, with three municipalities showing an intermediate level (M1, M2, and M3); only M4 reached an advanced grade. The political nature of persistent decision-making was observed, neglecting technical analysis and, consequently, not favoring access monitoring actions, which were punctual, and reducing the capacity for control and negotiation with private service providers. The challenges of management, systemic organization, and regional political context were decisive for the incipient implementation of planning given the incoherence between institutions and characteristics unfavorable to inter-municipal integration, making strategic actions necessary to strengthen the capacity for integrated planning between municipalities.

► **Keywords:** Health Planning. Health Evaluation. Regionalization. Regional development. Health Policy. Uterine neoplasms.

