



Política, Território e Desigualdade: os caminhos da regionalização da saúde no Rio de Janeiro

Politics, Territory, and Inequality: the paths of health regionalization in Rio de Janeiro

Política, Territorio y Desigualdad: los caminos de la regionalización de la salud en Río de Janeiro

Juliana Nunes Rodrigues ¹, Amanda Thereza Orozco ² e Rebeca da Silva Cabral³

¹ Universidade Federal Fluminense, Departamento de Geografia, Niterói, Brasil. juliananunes@id.uff.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3793-4785>

² Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós Graduação em Geografia, Niterói, Brasil.
aorozco@id.uff.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1330-958X>

³ Universidade Federal Fluminense, Departamento de Geografia, Niterói, Brasil. rebecacabral@id.uff.br
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3890-1813>

Recebido: 28/04/2025; Aceito: 03/08/2025; Publicado: 03/08/2025

DOI: [10.26512/2236-56562025e58035](https://doi.org/10.26512/2236-56562025e58035)

RESUMO

Este artigo analisa o processo de regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco nas relações entre os contextos territoriais, as trajetórias institucionais e os arranjos de governança. A partir de uma periodização em três ciclos (1990–2006, 2007–2011 e 2011–2024), examinam-se os principais avanços, impasses e descontinuidades que marcaram a implantação da regionalização no território fluminense. A metodologia combina levantamento bibliográfico, análise de documentos institucionais e atas das comissões intergestores regionais, além de entrevistas com gestores estaduais e municipais. Os resultados evidenciam que a efetividade da regionalização depende da construção de compromissos entre os entes federativos e da superação de desigualdades territoriais, revelando a importância das capacidades políticas locais e da indução federativa para a consolidação de redes regionais integradas de saúde.

Palavras-Chave: Regionalização, Política de Saúde, Rio de Janeiro, Geografia Política.

ABSTRACT

This article analyzes the process of health regionalization in the state of Rio de Janeiro since the creation of the Brazilian Unified Health System (SUS), focusing on the relationships between territorial contexts, institutional trajectories, and governance arrangements. Based on a periodization in three cycles (1990–2006, 2007–2011, and 2011–2024), the paper examines the main advances, setbacks, and discontinuities that have shaped the implementation of regionalization in the Fluminense territory. The methodology combines a literature review, analysis of institutional documents and minutes from regional inter-manager commissions, and semi-structured interviews with state and municipal managers. The findings show that the effectiveness of regionalization depends on the construction of commitments among federative entities and on overcoming territorial inequalities, highlighting the role of local political capacities and federal incentives in the consolidation of integrated regional health networks.

Keywords: Regionalization, Health Policy, Rio de Janeiro, Political Geography.

RESUMEN

Este artículo analiza el proceso de regionalización de la salud en el estado de Río de Janeiro desde la creación del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, con énfasis en las relaciones entre los contextos territoriales, las trayectorias institucionales y los arreglos de gobernanza. A partir de una periodización en tres ciclos (1990–2006, 2007–2011 y 2011–2024), se examinan los principales avances, retrocesos y discontinuidades que han marcado la implementación de la regionalización en el territorio fluminense. La metodología combina revisión bibliográfica, análisis de documentos institucionales y actas de las comisiones intergestores regionales, además de entrevistas semiestructuradas con gestores estatales y municipales. Los resultados muestran que la efectividad de la regionalización depende de la construcción de compromisos entre los entes federativos y de la superación de las desigualdades territoriales, destacando el papel de las capacidades políticas locales y de los incentivos federales en la consolidación de redes regionales integradas de salud.

Palabras clave: Regionalización, Política de Salud, Río de Janeiro, Geografía Política.

Só quando se conhece a realidade da saúde antes da criação do novo sistema é que é possível perceber a importância do seu alcance espacial. (Santini e Bulcão, 2024, p.166)

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) se orienta por princípios de universalização, de integralidade e equidade na atenção à saúde, produto de um processo de reforma sanitária associada à democratização do Estado e a uma agenda de ampliação de direitos. Em um país de grandes dimensões e prementes desigualdades, a aposta nesses princípios só pôde se fazer por meio da criação de caminhos de pactuação – entre agentes técnicos e políticos, entre partidos, entre instituições e entes federativos distintos. É sobre esse sistema de pactuação que vamos nos deter nas linhas que se seguem. Vamos focar recomposições político-territoriais que criam polos e centros de atendimento em espaços de compromissos que requalificam o próprio sistema.

O caso do estado do Rio de Janeiro é particularmente emblemático. A saúde fluminense é reconhecida por enfrentar desafios que nos levam a reconstituir o processo de formação territorial do Estado e a conflitos políticos entre as diferentes escalas de poder. Estudos sobre políticas públicas no estado indicam que há entraves históricos à implementação de políticas sociais coordenadas (Gerschman; Santos, 2016). São esses aspectos que nos interessam para compreender a regionalização do SUS no estado.

O recorte temporal privilegiado vai de 1990 a 2024. Nesse período, identificam-se três ciclos de regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro. O primeiro ciclo compreende os anos de 1990 até 2006, ano de publicação do Pacto pela Saúde¹, e corresponde ao período de adequação da atuação estadual à lógica regional do SUS, ainda sob forte influência de um modelo de valorização do município como ente federativo. O segundo ciclo vai de 2007 até 2011, e representa o último momento de avanço da regionalização no estado, com a

¹ O Pacto pela Saúde foi um acordo entre as três esferas de governo (União, estados e municípios) com o objetivo de aprimorar a gestão do SUS. Ele foi formalizado em 2006 e se organizou em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Esse acordo buscou ampliar a clareza sobre a descentralização de responsabilidades entre os entes federativos, rizando a regionalização, o planejamento ascendente e a qualificação da gestão.

implantação de importantes mecanismos de governança regional. Já o terceiro ciclo, entre 2011 e 2024, caracteriza-se por impasses e lentos avanços na política de regionalização.

Ao longo das próximas seções, o artigo combina elementos analíticos e empíricos para compreender como a regionalização da saúde se materializou no estado do Rio de Janeiro, em meio a diferentes conjunturas políticas, institucionais e territoriais. Partimos de um resgate histórico do processo de regionalização no Brasil, com atenção às ideias, normas e práticas que conformaram o SUS como um sistema territorializado. Em seguida, detalhamos a metodologia da pesquisa e os caminhos percorridos para a análise dos dados. Por fim, organizamos a trajetória da regionalização fluminense em três ciclos, a partir dos quais buscamos revelar como se constituem, disputam e tensionam os arranjos de governança regional e os compromissos federativos no campo da saúde.

2. Regionalizar a saúde: ideias, normas e práticas

Até a década de 1990, a saúde pública brasileira era marcada por forte fragmentação institucional, profundas desigualdades e limitações no acesso aos serviços. O modelo vigente era centrado na previdência social, voltado prioritariamente à população com vínculo formal de trabalho, e a assistência era prestada por meio de convênios com o setor privado, em uma lógica curativista, centrada nos hospitais (Paim, 2008; Escorel; Nascimento; Edler, 2005). Tratava-se, de “um sistema desarticulado e ineficiente” marcado por desigualdades profundas e pela ausência de coordenação entre os diferentes níveis de governo (Santini; Bulcão, 2004, p. 163). Durante o regime militar, a organização da saúde foi pautada por uma lógica centralizadora que priorizava a população com emprego formal. Com isso, uma parcela significativa da sociedade — especialmente os trabalhadores informais, os moradores das zonas rurais e das periferias urbanas — seguia à margem do sistema, sem acesso regular a serviços públicos de saúde. Para esses grupos, o atendimento dependia muitas vezes da iniciativa de instituições filantrópicas ou da oferta irregular de serviços estaduais (Escorel; Nascimento; Edler, 2005). A saúde, nesse contexto, não era um direito

universal, mas estava associada à posição social e à inserção no mercado de trabalho.

É sempre importante lembrar que o SUS resulta de movimentos sanitaristas que articulavam técnicos, intelectuais, gestores e usuários na luta pela ampliação do atendimento em saúde da população desde, pelo menos, a Primeira República (Lima; Fonseca; Hochman, 2005). Mas a consolidação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, firmados em 1988, só foi sendo ampliada ao longo dos anos 1990, por meio de normativas que primaram pela regionalização como forma de organização de hierarquias territoriais complementares para o atendimento em saúde nos seus diferentes níveis.

Durante os anos 1990, a saúde foi se consolidando como um direito que se ancora em um sistema eminentemente territorializado. A regionalização da saúde é uma forma de organização da hierarquia de polos de atendimento em distintos níveis de complexidade, inspirado na Teoria das Localidades Centrais de Christaller, segundo as capacidades infraestruturais e recursos humanos disponíveis nos municípios, que deve seguir uma lógica colaborativa e complementar entre municípios vizinhos (Fonseca; Rodrigues, 2021). Para isso, definem-se regiões de saúde, que agregam municípios de um mesmo estado ou de estados limítrofes. A partir delas, estruturam-se redes assistenciais, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que organizam e conectam todos os níveis de atenção no interior de cada região de saúde.

No entanto, a regionalização da saúde é também resultado de um processo político. A condução da política de saúde nas regiões reflete relações de dependência e distintas capacidades de negociação entre múltiplos agentes – gestores municipais, estaduais, técnicos, representantes do Ministério da Saúde, empresas públicas e privadas, movimentos sociais, usuários etc. – que operam segundo interesses diversos e nem sempre convergentes. As regiões de saúde traduzem, ao fim e ao cabo, resultados de acordos político-institucionais que expressam diferentes projetos políticos e capacidades governativas desiguais entre os entes federativos envolvidos.

Na mediação desse complexo sistema estão as comissões intergestores em distintas escalas, como a Comissão Intergestores Regional (CIR), que deve coordenar as ações em cada região de saúde. Voltaremos a elas mais adiante.

Por ora, vale destacar que esse modelo foi sendo aprimorado nas décadas de 1990 e 2000, por meio de sucessivos processos de mudança do seu desenho (Fonseca; Rodrigues, 2021), em consonância com tendências internacionais (Viana; Lima, 2011). Na Europa Ocidental e na América Latina, diversos países adotaram políticas de descentralização articuladas à regionalização, baseadas na organização de redes de serviços e na criação ou fortalecimento de autoridades sanitárias regionais (Bankauskaite, Dubois e Saltzman, 2007). No Brasil, os processos de descentralização e regionalização avançaram de maneira descontínua e, por vezes, desarticulada, contribuindo para a manutenção de direções desencontradas e competitivas entre os entes federativos.

A regionalização foi impulsionada como uma lógica complementar à descentralização. Enquanto a descentralização se volta para a redistribuição de responsabilidades e recursos entre as escalas de poder, a regionalização é uma estratégia territorial que busca promover maior coordenação horizontal entre municípios de uma mesma região de saúde (Fonseca; Rodrigues, 2021). No Brasil, a dissociação entre esses dois princípios logo nos primeiros anos de implantação do SUS comprometeu a construção de uma lógica territorial integrada, dificultando a formação de regiões de saúde com redes de atenção efetivamente articuladas (Viana; Lima, 2011).

A regionalização passou a receber maior atenção apenas a partir dos anos 2000, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Desde então, tem passado por constantes tentativas de aperfeiçoamento. Albuquerque (2013) identifica três fases principais de institucionalização da regionalização, cada uma marcada por mudanças institucionais que se ancoram em arranjos normativos e trajetórias particulares em cada escala de implementação.

Não cabe, neste texto, fazer um detalhamento de cada uma dessas fases, já exploradas em outras publicações (Fonseca; Rodrigues, 2021). Mas é válido

destacar algumas linhas que nos ajudarão a compreender os ciclos de implementação da regionalização do SUS no estado do Rio de Janeiro.

A primeira fase teve início em 2001. As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) foram criadas para regulamentar a implementação do SUS e organizar a política de atenção de média e alta complexidade de forma regionalizada. Com isso, buscou-se aprimorar os instrumentos de gestão do sistema e promover maior articulação entre os municípios, até então fortalecidos pela valorização do municipalismo pós- Constituição de 1988 (Albuquerque, 2013; Rodrigues, 2010). Essa proposta de regionalização foi inspirada na formação de regiões funcionais da Teoria das Localidades Centrais de Christaller, que invoca uma matriz teórica de base neopositivista na Geografia, centrada na racionalidade técnica e na otimização da oferta de serviços (Duarte et al., 2015).

Assim, foi priorizada a concentração de serviços em municípios-polo, reforçando-se hierarquias territoriais preexistentes. Na prática, esse modelo de “regionalização normativa” falhou em consolidar mecanismos de governança e em estimular a cooperação entre as escalas federativas, reproduzindo lógicas fragmentadas e competitivas (Albuquerque, 2013; Duarte et al., 2015; Fonseca; Rodrigues, 2021).

O segundo ciclo tem início com o Pacto pela Saúde, firmado pelos governos federal, estaduais e municipais a partir de 2006. O Pacto avança em relação às NOAS de 2001 e 2002 porque assume outra concepção de regionalização - a “regionalização viva”² - e cria uma forma colegiada de resolução de problemas entre municípios de uma mesma região de saúde - os Colegiados de Gestão Regionais (CGR), posteriormente denominados Comissões Intergestores Regionais (CIR). Esses colegiados reúnem gestores do estado e dos municípios de uma região de saúde para planejamento, pactuação, regulação, coordenação e acompanhamento de políticas. Com isso, buscava-se promover

² A expressão regionalização viva designa uma abordagem da regionalização da saúde que rompe com os modelos rígidos anteriores, propondo uma construção mais flexível, negociada e atenta aos contextos territoriais. Nesse modelo, os critérios para definição das regiões de saúde passam a considerar não apenas a infraestrutura assistencial, mas também as identidades culturais, econômicas e sociais, as características epidemiológicas e a existência de redes de transporte e comunicação (Albuquerque, 2013).

Revista Espaço & Geografia, v. 28, 2025 (DOI: 10.26512/2236-56562025e58035).

<https://periodicos.unb.br/index.php/espacoegografia/index>

maior articulação federativa e, ao mesmo tempo, favorecer processos de governança mais abertos à participação social. Promoveu-se também maior flexibilidade na definição das regiões de saúde, permitindo recortes mais ajustados às realidades locais. A regionalização passou a ser concebida como um processo negociado entre os gestores, em um contexto marcado pela divisão tripartite do poder e por grandes diversidades de situações sanitárias. Apesar dessas mudanças institucionais, os instrumentos de planejamento herdados da fase anterior foram mantidos, limitando a efetividade da negociação e enfraquecendo a capacidade de coordenação política no interior das regiões (Albuquerque, 2013).

Ainda assim, o Pacto consolidou avanços significativos no processo de regionalização. Essa premissa de cooperação regional, importante para garantir o atendimento complementar em saúde entre municípios de diferentes capacidades instaladas, muitas vezes não ocorria porque faltavam instrumentos de governança e de pactuação entre os entes locais. Para analisarmos essas dificuldades, nos voltamos para o caso particular do Estado do Rio de Janeiro, que nos parece bastante ilustrativo. Antes disso, porém, apresentamos alguns percursos metodológicos que embasaram a pesquisa sobre a regionalização em saúde no território fluminense.

3. Trajetórias de investigação e análise empírica

Para estudo da regionalização em saúde no território fluminense, combinamos três estratégias complementares: levantamento bibliográfico, análise documental e realização de entrevistas semiestruturadas. A primeira etapa da pesquisa consistiu no levantamento bibliográfico sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Os estudos sobre o SUS no Brasil foram utilizados como base para estabelecer parâmetros de comparação que permitissem compreender o desenho institucional do sistema. Já a análise documental incluiu diferentes conjuntos de fontes a partir das quais foi possível identificar os estágios de avanço da regionalização nas regiões de saúde do estado. Inicialmente foram analisados o Plano Diretor de Regionalização (PDR), os Diagnósticos regionais dos Planejamentos Regionais Integrados (PRIs) de 2012/2013 e de 2020, e os

próprios PRIs dos períodos 2013–2016 e 2025–2027. Foram observados aspectos como a definição e estabilidade do desenho regional adotado, a criação e consolidação das instâncias de governança regional (como os Colegiados e as CIR), e a adesão a políticas federais estratégicas – como o Pacto pela Saúde, o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) e os PRIs³ –.

Também foram analisadas as atas das Comissões Intergestores Regionais (CIR) para compreender as dinâmicas institucionais, os processos de pactuação e os padrões de participação dos gestores no SUS. As CIRs, como espaços de governança regional, são fundamentais para a articulação federativa e a organização das redes de atenção. Foram analisadas 200 atas, relativas ao período de 2013 a 2023. As atas foram sistematizadas em planilhas e submetidas a uma análise de conteúdo qualitativa, baseada em categorias pré-definidas. As categorias incluíram: a) presença e ausência dos gestores nas reuniões; b) temas recorrentes nas pautas; c) formas de deliberação e articulação intergovernamental; d) a formação de conflitos ou consensos entre os participantes. Com esse material reunido, foi possível reconstruir o percurso das decisões e mapear os principais eixos de tensionamento e negociação entre as escalas federativas, bem como identificar padrões diferenciados no funcionamento das CIRs.

Para se apreender a relação entre os desafios atuais e a trajetória da regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro, foram também realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores de diferentes escalas do sistema, abordando temas como: histórico da implantação dos mecanismos de governança regional, desafios da cooperação intermunicipal, capacidades governativas locais, percepções sobre o papel da Secretaria Estadual de Saúde, experiências na formulação dos PRIs e funcionamento das CIRs.

³ O COAP é um contrato em que os gestores pactuam metas, responsabilidades e recursos, promovendo maior integração e corresponsabilidade. No entanto, sua implementação efetiva foi limitada em grande parte do país (Ouverney et al, 2017). Diante disso, buscou-se uma nova estratégia com os Planejamentos Regionais Integrados (PRI), que se tornaram orientadores das ações em saúde nas regiões, com objetivo de fortalecer a governança regional e orientar a alocação de recursos. Sua elaboração parte do princípio do planejamento ascendente e da corresponsabilidade entre municípios e Estado, tendo como principal espaço de construção a Comissão Intergestores Regional (CIR).

Revista Espaço & Geografia, v. 28, 2025 (DOI: 10.26512/2236-56562025e58035).

<https://periodicos.unb.br/index.php/espacoegografia/index>

A combinação de revisão bibliográfica, análise documental e tratamento das entrevistas permitiu reconstruir trajetórias regionais distintas, delimitar ciclos de implementação e identificar variações nos estágios de consolidação da regionalização entre as regiões de saúde. As questões abordadas buscaram captar os principais entraves à governança regional e o estágio atual do processo.

Os achados dialogam com a literatura que aponta assimetrias entre entes federativos como um dos principais obstáculos à regionalização do SUS (Kuschnir et al., 2010; Vianna, 2012; Gerschman; Castanheira, 2013; Viana; Lima, 2011). Essas assimetrias se expressam em termos de capacidades técnicas e financeiras, mas também de capacidade articulação entre federativos. As entrevistas revelaram também entendimentos distintos sobre o papel do estado no estímulo e coordenação da regionalização e sobre os efeitos das dinâmicas locais — político-territoriais, técnicas e institucionais — na construção de compromissos nas escalas regionais.

A partir desse apanhado de levantamentos empíricos, foi possível ainda identificar dois casos contrastantes — Metropolitana I e Médio Paraíba — que oferecem uma possibilidade de comparar diferentes arranjos institucionais e níveis de integração regional em recortes territoriais particulares. Esses achados nos possibilitaram identificar três grandes ciclos da regionalização do SUS no estado do Rio de Janeiro, cada um marcado por conjunturas políticas, administrativas e normativas específicas que influenciaram a implementação do sistema e a dinâmica da governança em saúde no estado. Esses elementos serão aprofundados na seção seguinte.

4. Regionalizar a saúde no Rio de Janeiro: ciclos, avanços e impasses

O território fluminense tem se apresentado como um “estado-problema” em relação à integração e coordenação federativa de políticas públicas, especialmente no campo da saúde. Pode-se dizer que essa condição está enraizada em processos históricos e políticos que marcaram profundamente sua consolidação institucional e territorial.

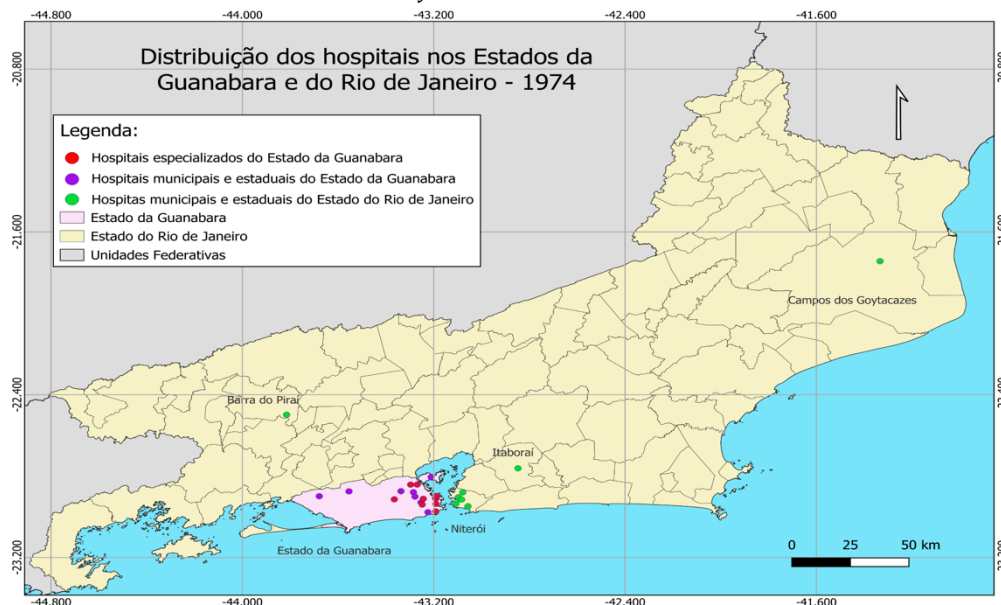
Antes de avançar para a análise dos ciclos de regionalização da saúde no Rio de Janeiro, é importante retomar alguns elementos históricos da política de saúde

pública no estado. Um dado fundamental é o fato de o Rio de Janeiro ter sido a capital do país entre 1763 e 1960, o que lhe garantiu um papel distinto em relação aos outros estados. Essa herança influenciou diretamente os ritmos, formatos institucionais e tensões que marcaram a implantação e o desenvolvimento do SUS no território fluminense.

Até 1975, o atual estado do Rio de Janeiro era dividido entre o estado da Guanabara – a capital –, e o antigo estado do Rio de Janeiro, que reunia os outros municípios. A Guanabara apresentava uma rede de saúde mais consolidada, enquanto o interior apresentava uma estrutura frágil e marcadas desigualdades intermunicipais (Parada, 2002). O mapa abaixo (Figura 1), de distribuição dos hospitais em 1974, evidencia a concentração de serviços na Guanabara e os vazios assistenciais no restante do estado. Após a fusão, essa configuração gerou uma prolongada dependência dos municípios do interior em relação à capital, dificultando o desenho das redes regionais de atenção.

Conduzida de forma impositiva e sem planejamento para integrar as redes existentes, a fusão de 1975 agravou as desigualdades entre capital e interior (Gerschman, 2010). Depois da unificação, a dependência dos municípios em relação à capital se aprofundou, ampliando a superlotação dos hospitais e os entraves ao deslocamento. O novo estado manteve um modelo administrativo centralizado, dificultando a coordenação entre municípios e a construção de políticas regionais articuladas. A ausência de mecanismos de governança comprometeu a gestão integrada da saúde e a distribuição equitativa dos recursos (Gerschman, 2010). No plano financeiro, os repasses federais foram insuficientes para sustentar a nova estrutura, que herdou as unidades de saúde da Guanabara e enfrentou custos ampliados, limitando a expansão da rede no interior e perpetuando desigualdades regionais (Ferreira, 2006).

Figura 1. Mapa da distribuição dos hospitais nos Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro em 1974.



Elaborado por Rebeca Cabral (2002).

Na década de 1980, a saúde foi marcada pela fragmentação institucional que resultou da fusão entre o estado da Guanabara e o antigo estado do Rio. Mesmo depois da unificação política, não houve integração efetiva dos sistemas de saúde: o município do Rio manteve autonomia e relação direta com o governo federal, enfraquecendo a articulação estadual e aprofundando as desigualdades regionais (Parada, 2002).

A implantação do SUS no estado, iniciada nos anos 1990, refletiu os efeitos dessa trajetória, permitindo identificar três ciclos distintos e sucessivos de regionalização, que acompanham marcos normativos federais e evidenciam como o contexto territorial moldou diferentes condições de implementação. As subseções a seguir apresentam a sistematização desses ciclos.

a) Primeiro ciclo (1990 - 2006)

A implementação do SUS no estado do Rio de Janeiro enfrentou, desde o início, dificuldades relacionadas à herança política e à estrutura administrativa local. A descentralização proposta pelo SUS, que exigia forte cooperação entre as três escalas de governo, encontrou obstáculos em razão da indefinição de papéis

institucionais e das especificidades históricas e territoriais do estado (Gerschman, 2010).

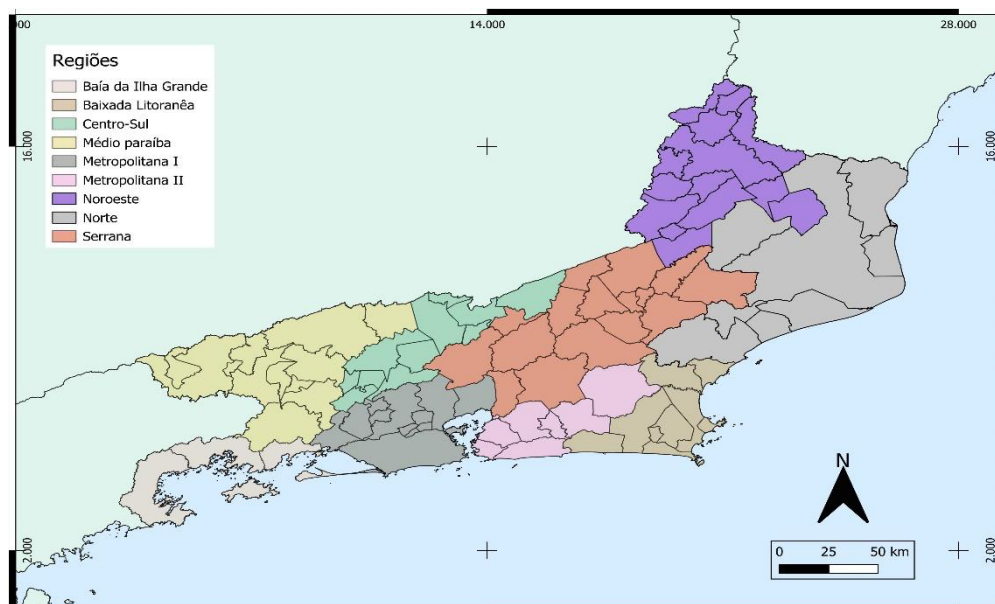
Esse primeiro ciclo coincide com a fase “municipalista” do SUS, marcada pelo fortalecimento da autonomia municipal. No contexto fluminense, a descentralização ocorreu em meio a práticas clientelistas, patrimonialistas e intensa competição por recursos, comprometendo a continuidade das ações e a articulação federativa (Gerschman, 2010). A descoordenação e a fragmentação se aprofundaram, com conflitos frequentes entre órgãos de diferentes níveis, especialmente envolvendo a Secretaria Estadual de Saúde (SES). Inserida em um cenário nacional de descentralização municipalista, a regionalização carecia de mecanismos institucionais para coordenar ações em nível intermunicipal. Com forte ênfase na autonomia local e a ausência de incentivos federais ou estaduais à cooperação, o esforço de regionalização limitou-se a recortes territoriais formais, sem consolidar uma estratégia efetiva de governança compartilhada entre municípios com capacidades instaladas complementares.

Dois marcos são centrais nesse período: a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) no plano federal, que, como mencionado na seção 2, introduz a valorização da regionalização, ainda de forma incipiente; e, no plano estadual, a mudança de governo em 1999, que trouxe à SES-RJ uma gestão mais comprometida com a integração regional. A regionalização retorna à agenda como prioridade estratégica, impulsionada por ações como a formulação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que define o desenho das regiões e microrregiões de saúde e a estruturação dos módulos assistenciais (Vianna, 2012).

Pela primeira vez, o estado do Rio de Janeiro definiu 9 regiões de saúde, apresentadas no mapa abaixo (Figura 2): Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana. Essa regionalização acompanha a regionalização administrativa do estado, ainda que algumas adaptações nas regiões Metropolitana I e Baixada

Litorânea⁴. Ao desconsiderar critérios sanitários, fluxos assistenciais e as especificidades microrregionais⁵, essa proposta afasta a regionalização da real demanda em saúde que se expressa nas escalas locais.

Figura 2. Regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro conforme estabelecido no Plano Diretor Regional de 2001.



Fonte: IBGE (1990); Plano Diretor de Regionalização do estado do Rio de Janeiro (2001). Elaborado por: Elis Herguet, 2025.

O funcionamento adequado do SUS exige, pois, a construção de redes regionalizadas de serviços, superando interesses localistas em favor de articulações pactuadas. Diante da ausência de mecanismos institucionais de coordenação compulsória, surgiram no estado iniciativas locais de cooperação, como os consórcios intermunicipais, que anteciparam esforços de cooperação regional e facilitaram a implantação de estruturas colegiadas.

Nos anos seguintes à década de 1990, a composição territorial das regiões de saúde no estado do Rio de Janeiro manteve-se relativamente estável, sem

⁴ Região Metropolitana I é redefinida com a exclusão dos municípios de Paracambi e Guapimirim, que passam a compor, respectivamente, as regiões Centro-Sul e Serrana. Da mesma forma, os municípios de Maricá, Rio Bonito e Silva Jardim, inicialmente vinculados às Baixadas Litorâneas, são incorporados à Região Metropolitana II, enquanto Cachoeiras de Macacu é transferido para a Região Serrana. Por outro lado, Itaguaí, anteriormente pertencente à região da Costa Verde (Baía da Ilha Grande), é incorporado à Região Metropolitana I (Kuschnir et al, 2010).

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

mudanças significativas. A reorganização e a definição de novas áreas de planejamento ocorreram de forma gradual, refletindo desafios na adaptação do sistema de saúde às necessidades regionais.

b) Segundo ciclo (2007 - 2011)

O segundo ciclo se inicia com a adoção do Pacto pela Saúde pelo estado do Rio de Janeiro. Esse período impulsionou a reestruturação da gestão estadual, com foco na regionalização e na melhoria da coordenação entre as escalas de governo. Destaca-se a adoção de estratégias de indução do governo federal que vinculava o acesso a recursos financeiros e programas estratégicos à adesão a determinadas diretrizes e instrumentos de gestão, como a pactuação nas comissões intergestores (Vianna, 2012).

Embora elaborada no contexto da “regionalização viva” do Pacto pela Saúde, optou-se por manter o desenho regional definido no PDR de 2001 (Figura 2). Um avanço importante foi a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), previstos como espaços de pactuação e articulação regional. No entanto, as entrevistas realizadas indicaram que sua implantação no Rio de Janeiro ocorreu de forma tardia, refletindo a dificuldade em romper com padrões localistas e insulados. Os CGRs só foram formalmente instituídos em 2009, impulsionados tanto por determinações federais⁶ quanto pela existência de iniciativas prévias de articulação intergovernamental, como as vice-presidências regionais do Cosems-RJ e os consórcios intermunicipais da década de 1990 (Vianna; Lima, 2013).

As investigações indicaram ritmos desiguais entre os CGRs fluminenses. Enquanto algumas regiões avançaram na pactuação e no planejamento compartilhado, outras enfrentaram limites relacionados a assimetrias de poder, capacidade técnica, fragilidade institucional e autonomia restrita (Vianna, 2012). Em regiões onde já existiam práticas de negociação intergovernamental e já possuíam estruturas regionais consolidadas na região, como Consórcios e Vice-presidências regionais do COSEMS, a implantação dos CGRs avançou mais

⁶ As políticas federais do período incentivaram a pactuação intergovernamental nas regiões, estabelecendo-a como condição para a implementação das ações e o repasse de recursos financeiros (Vianna; Lima, 2013).

Revista Espaço & Geografia, v. 28, 2025 (DOI: 10.26512/2236-56562025e58035).

<https://periodicos.unb.br/index.php/espacoegografia/index>

rapidamente. É o caso da região Médio Paraíba, que, segundo relato de uma apoiadora do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems-RJ), já contava com uma cultura de cooperação intermunicipal, impulsionada especialmente pela criação de um consórcio intermunicipal em 1998.

Já lá por 1999 a região já fazia discussões regionais, em relação a criar estruturas regionais de acesso à população. Então, essa questão da regionalização lá começa com os municípios se encontrando para discutir como é que eles em conjunto poderiam criar um sistema regional. Esse Consórcio é depois um embrião do CGR. Que aí cria o CGR como uma instância de pactuação da política, como um instrumento de gestão como ele é até hoje. Então, assim, tem um histórico de um importante desenvolvimento qualificado de sistemas de saúde na região que levou a ter recortes claros e prefeitos que defendiam o processo, principalmente em Volta Redonda, do desenvolvimento de um sistema público fortalecido (...) A região tem essa tradição de ter quadros técnicos muito fortes e gestores muito comprometidos ao longo dos anos (...) e isso garantiu uma continuidade de gestão e construção de sistemas de saúde fortalecidos. (Entrevistada 5, 18/06/2020).

Nesse contexto, o CGR não apenas ampliou a articulação entre os gestores, mas também promoveu avanços significativos na pactuação regional e, posteriormente, na ampliação da cobertura assistencial⁷. Em contraste, na região Metropolitana I, marcada por disputas políticas e fragmentação da gestão, o colegiado encontrou maiores dificuldades para consolidar a articulação regional, especialmente em razão do histórico de isolamento da capital em relação aos demais municípios que compõem a região (Vianna, 2012). Esses contrastes reforçam que mudanças institucionais, isoladamente, não garantem resultados, sendo decisivo considerar os contextos territoriais e as capacidades governativas locais.

c) Terceiro ciclo (2011 a 2024)

⁷ Nesse período, houve significativa expansão da atenção básica, com destaque para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e o aumento da produção ambulatorial, que passou de 633.305 atendimentos em janeiro de 2008 para 993.026 em dezembro de 2010, conforme dados do TabNet do DataSUS (<http://tabnet.datasus.gov.br>). Outrossim, destaca-se, segundo relatos de entrevistados, a implantação do Hospital Regional Zilda Arns, inaugurado em 2010 no município de Volta Redonda, como um dos principais resultados da trajetória de cooperação regional. A criação desse hospital representou um marco importante para a saúde da região, ao ofertar serviços de média e alta complexidade, incluindo urgência e emergência, internações clínicas e cirúrgicas, além de exames de imagem. Sua presença contribuiu significativamente para a redução da dependência de deslocamentos para a capital ou para outras regiões do estado.

Revista Espaço & Geografia, v. 28, 2025 (DOI: 10.26512/2236-56562025e58035).

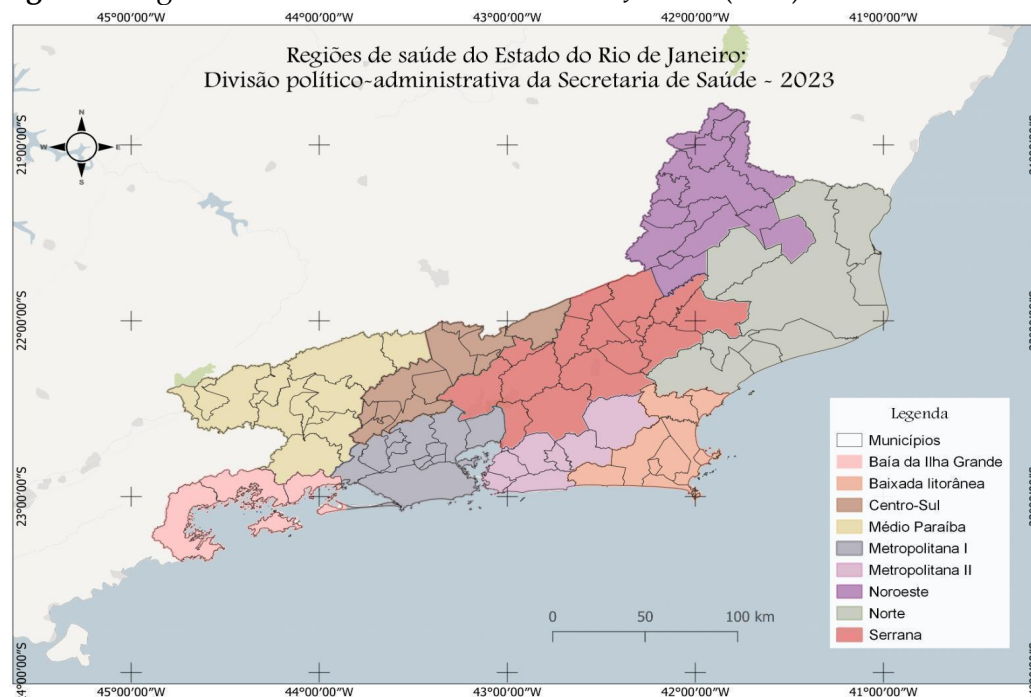
<https://periodicos.unb.br/index.php/espacoegografia/index>

O terceiro ciclo é marcado por avanços lentos – e, em alguns casos, retrocessos – na implementação da regionalização do SUS no estado do Rio de Janeiro. O marco inaugural desse ciclo foi o Decreto 7508 de 2011, que ampliou as atribuições deliberativas dos colegiados regionais e introduziu instrumentos como o COAP.

No entanto, no estado do Rio de Janeiro, os efeitos dessas inovações foram limitados. A crise econômica e política, o distanciamento da Secretaria Estadual de Saúde de seu papel de coordenação e a persistência de entraves historicamente constituídos, como a concentração de recursos e infraestruturas hospitalares na capital, enfraqueceram a capacidade de indução da regionalização.

Nesse processo, a Comissão Intergestores Bipartite do Rio de Janeiro (CIB/RJ) reafirmou o desenho regional do estado, estruturado em nove regiões de saúde (Figura 3). Durante as discussões, o município do Rio de Janeiro chegou a propor seu reconhecimento como uma região autônoma, desvinculando-se da Região Metropolitana I. No entanto, a proposta foi rejeitada por contrariar os princípios da integração regional e por potencializar o isolamento da capital em relação aos municípios do entorno e às pactuações interfederativas que sustentam a lógica da regionalização no SUS.

Figura 3. Regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro (2023).



Fonte: Plataforma de dados georreferenciados do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro/Resolução SES nº 2736/2005 - Núcleos Descentralizados de Vigilância da Saúde (2017)/IBGE. Elaborado por: Janaina de Oliveira Souza.

A análise das atas das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e das entrevistas com gestores revela como os diferentes graus de avanço da governança regional se expressam nos colegiados. Em várias regiões, especialmente a partir de 2017, observou-se queda significativa na participação dos gestores municipais, comprometendo a pactuação de políticas e o funcionamento das instâncias regionais. A dificuldade de articulação entre os entes federativos, somada às tensões políticas e à ausência de quórum para deliberação, prejudicou a capacidade das CIRs de coordenar ações e alocar recursos de forma compartilhada. A Secretaria Estadual de Saúde, por sua vez, enfrenta limitações estruturais e políticas que dificultam sua atuação como indutora da regionalização.

Esse cenário é especialmente crítico na Região Metropolitana I, onde se concentram a maior oferta de serviços e, paradoxalmente, os maiores vazios de cooperação. A ausência recorrente do município do Rio de Janeiro nas reuniões da CIR contribui para a fragmentação regional e enfraquece o caráter colegiado do processo decisório. Nessas condições, conforme entrevistados⁸, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF) tem assumido a condução das decisões regionais, separadamente do município do Rio de Janeiro. Com isso, a CIR torna-se um espaço esvaziado e de formalização de decisões tomadas fora de sua estrutura.

Nas entrevistas, muitos gestores relataram que a concentração das decisões nas mãos de poucos compromete o caráter colegiado que deveria marcar a regionalização, e isso se agrava quando o município do Rio de Janeiro, que

⁸ Em entrevista realizada em 17/06/2024, um integrante do Cosems-Rj, referindo-se à construção de pactos e compromissos regionais entre gestores destacou que “na metropolitana, isso não aconteceu dessa forma, e aí, nesse processo, as reuniões de CIR praticamente ficaram sem quórum de secretários. Ficavam esvaziadas, sem a presença de secretários, porque as reuniões de secretários, as reuniões mais, assim, de “maior peso”, eram as reuniões do CISBAF”. Complementarmente, outra entrevistada, reforça que “(...) os gestores municipais de saúde, e também os prefeitos, têm o CISBAF como a sua referência técnica e política, não é a Secretaria de Estado. Então, assim, você faz a reunião da CIR, não dá quórum. Você faz a reunião do CISBAF, todos os municípios estão presentes.” (Entrevistada 2, 04/04/2024).

Revista Espaço & Geografia, v. 28, 2025 (DOI: 10.26512/2236-56562025e58035).

<https://periodicos.unb.br/index.php/espacoegografia/index>

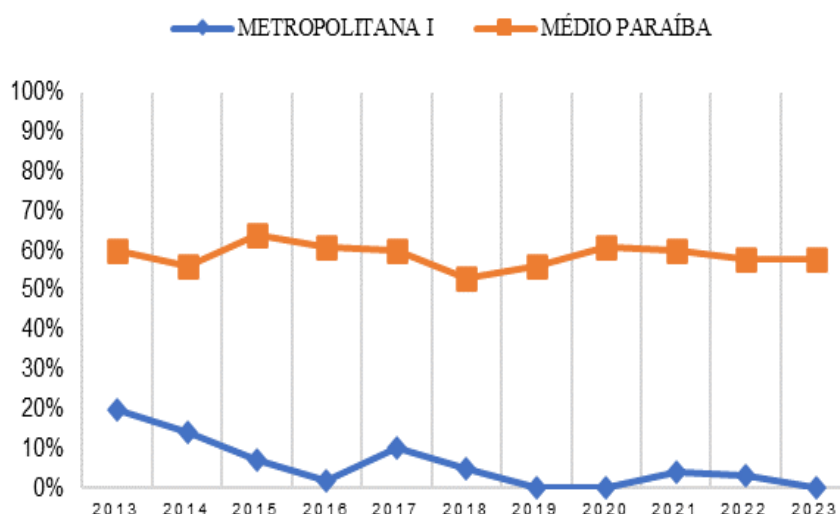
deveria liderar esse processo na Metropolitana I, não comparece regularmente às reuniões, como demonstram as atas da CIR.

A ausência dos gestores municipais da capital em discussões estratégicas para o desenvolvimento regional sugere uma falta de compromisso com a cooperação intermunicipal, acentuando um isolamento da capital e prejudicando a pactuação necessária para o avanço da regionalização. A falta de articulação política entre os municípios e a capital aprofunda os vazios assistenciais, dificultando a consolidação de um sistema de saúde que funcione de maneira integrada.

O Gráfico 1 (Figura 4) apresenta um comparativo entre duas CIR que se apresentam de maneira quase antagônica em termos de governança e coordenação federativa: a CIR Metropolitana I e a CIR Médio Paraíba. Optou-se por destacar essas duas experiências por representarem trajetórias quase opostas e que reforçam o argumento sobre a centralidade dos contextos territoriais na implantação das políticas de saúde.

Na CIR da Metropolitana I, a análise das atas de 2013 a 2023 revelou uma baixíssima participação dos secretários municipais nas reuniões, comprometendo o processo de tomada de decisão e enfraquecendo o papel da CIR como espaço de articulação e pactuação regional. Essa baixa adesão impacta negativamente a efetividade da colaboração intermunicipal, limitando a capacidade de construção de políticas integradas e dificultando a consolidação de processos regionalizados de gestão da saúde.

Figura 4. Média percentual de frequência dos gestores municipais nas CIR Metropolitana I e CIR Médio paraíba por ano (2013-2023).



Elaborado pelas autoras. Fonte: Atas da Comissão Intergestores Regional do estado do Rio de Janeiro (CIR/RJ), 2013–2023.

Por outro lado, a realidade de regiões como o Médio Paraíba evidencia uma dinâmica distinta, marcada por maior cooperação intermunicipal. Nessa região, os gestores entrevistados indicaram que arranjos pretéritos de cooperação regional têm sido fundamentais. Essa tradição de cooperação contribuiu para uma cultura política regional de cooperação intergestores que os torna mais engajados nas CIR e em outros fóruns de articulação regional, como o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISMEPA), contribuindo para a construção de redes de serviços mais integradas e adaptadas às demandas locais⁹. No Gráfico 1 é possível observar a consistência da presença dos secretários municipais de saúde

⁹ Neste ponto convém destacar duas falas de entrevistados: “O que sempre me chamou a atenção ali no Médio Paraíba, por exemplo, era que sempre teve uma articulação muito boa entre os atores, que ali trabalhavam, que ali atuavam no CGR, depois na CIR, considerando a participação do consórcio lá na região, tem um consórcio intermunicipal que é bem forte, o CISMEPA” (Entrevistada 2, 04/04/2024). “No Médio Paraíba, o que aconteceu? No Médio Paraíba, quando foi implantado o CGR, atual CIR, nós tivemos que optar pela existência, permanência do consórcio ou não. Aqui na região, nós tomamos a decisão do consórcio ir para a área de prestação de serviço, foi quando a gente decidiu que o consórcio seria o gestor do SAMU regional e que faria todo o processo de implantação de um hospital regional, que é o atual Zilda Arms (...) No CISMEPA, muitas vezes, a gente começa uma reunião de CIR, e quando tem que deliberar alguma pauta específica do CISMEPA, a gente interrompe a reunião CIR, abre uma assembleia de secretários do CISMEPA, para, no mesmo espaço, você ter, formalmente falando, as pactuações em esferas que mereçam realmente encaminhamentos distintos. (Entrevistado 4, 17/06/2024).

Revista Espaço & Geografia, v. 28, 2025 (DOI: 10.26512/2236-56562025e58035).

<https://periodicos.unb.br/index.php/espacoegografia/index>

nas reuniões da CIR da região, em contraste com a baixa participação observada na Metropolitana I.

Ainda assim, mesmo em regiões com histórico de cooperação como o Médio Paraíba, as entrevistas indicam que a partir de 2017 houve reveses. A intensificação das tensões políticas entre o governo estadual e os municípios passou a interferir nas discussões técnicas, comprometendo o diálogo e dificultando a pactuação de políticas regionais. Esses entraves demonstram que a estagnação da regionalização não decorre apenas de falhas institucionais ou administrativas, mas também de um contexto político adverso que afetou, em diferentes graus, todas as regiões do estado.

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é um dos principais instrumentos de gestão regional do SUS, organizando as redes de atenção a partir das regiões e macrorregiões de saúde. No entanto, no Rio de Janeiro, a CIB optou por não adotar as macrorregiões, estruturando as redes apenas pelas regiões de saúde, baseadas em recortes administrativos de 2001, sem considerar plenamente critérios epidemiológicos e demográficos.

Os primeiros PRI foram concluídos em 2012, impulsionados por exigências normativas e incentivos federais vinculados ao acesso a recursos. Baseados em diagnósticos regionais, os planos definiram metas e objetivos específicos para cada região. Contudo, as fragilidades na governança e a baixa cooperação intrarregional comprometeram a implementação efetiva das propostas, e os resultados ficaram aquém do esperado.

Embora os PRI devessem ser revisados a cada três anos, no Rio de Janeiro o processo foi marcado por morosidade, avanços pontuais e longos períodos de estagnação. O atraso decorreu da crise econômica e política que afetou a capacidade de gestão da Secretaria Estadual de Saúde (Peres et al., 2020) e da histórica fragmentação federativa fluminense, agravada em 2020 pela pandemia da Covid-19. Assim, observaram-se distintos estágios de elaboração do PRI, como relatado por uma entrevistada:

Umas andaram mais, outras andaram menos, teve região que fez muitas oficinas, de processo muito rico, e outras, onde a capacidade técnica municipal era mais incipiente, acabava ficando na mão de

poucos. Então, assim, para você fazer um planejamento regional, você tem que ter uma coordenação forte, e precisa ter uma estrutura técnico-política regional que anime permanentemente esse processo (Entrevistada 5, 18/06/2024).

O processo de planejamento regional no Rio de Janeiro dividiu-se em duas fases. A primeira, entre 2017 e o início de 2020, concentrou-se na elaboração dos diagnósticos das nove regiões e na realização do Seminário de Regionalização e Governança. A segunda fase se iniciou em 2021, com a adesão ao projeto PROADI-SUS "Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da Rede de Atenção à Saúde", voltado à atualização dos planejamentos regionais (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2025).

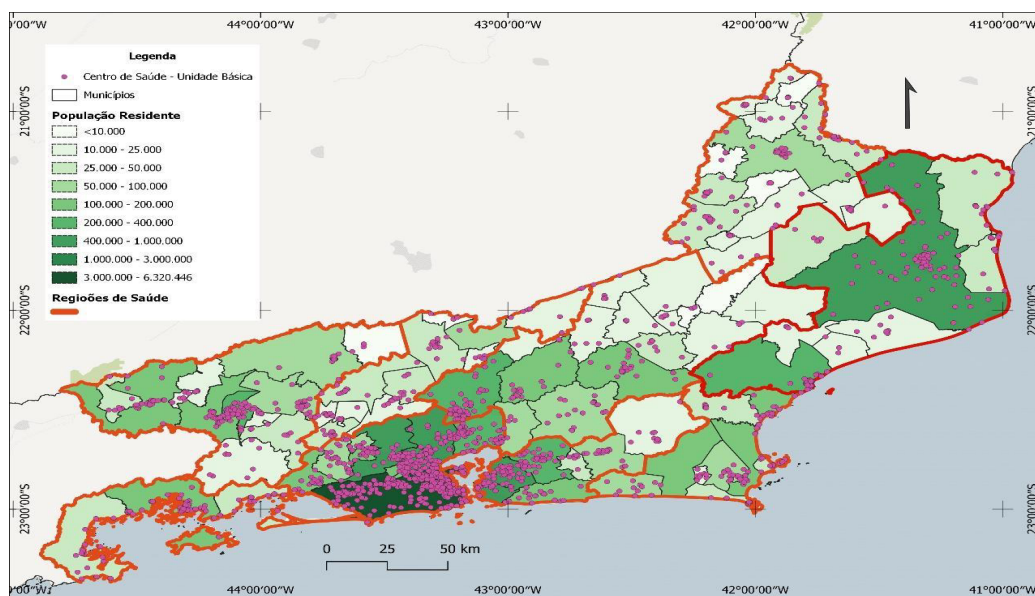
Foi apenas em 2024, com a implementação da nova Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) – que exige alinhamento das redes de média e alta complexidade ao planejamento regional –, que se consolidou a articulação para a conclusão dos planejamentos das nove regiões.

A partir das entrevistas e literatura consultada, pode-se afirmar que esse atraso reflete as dificuldades históricas de coordenação e a fragilidade da governança estadual, perpetuando um sistema de saúde fragmentado e insuficiente para atender às necessidades da população. Também evidencia a instabilidade no equilíbrio entre descentralização e centralização na política de saúde brasileira: em contextos de forte fragmentação federativa e vulnerabilização na condução estadual, como no Rio de Janeiro, os avanços na regionalização dependem de incentivos federais.

Nesse cenário, persistem no estado profundas desigualdades assistenciais. As Figuras 5 e 6 apresentam a distribuição espacial de hospitais de atenção primária e especializada, evidenciando que a organização das redes de saúde no Rio de Janeiro ainda reproduz desigualdades territoriais. O primeiro mapa mostra a concentração de unidades de atenção primária em algumas regiões, contrastando com áreas pouco cobertas, especialmente no interior e em zonas de expansão urbana. O segundo mapa revela uma distribuição ainda mais desigual dos serviços de média e alta complexidade, impondo longos deslocamentos para o atendimento especializado. Esses padrões espaciais mostram que, apesar de

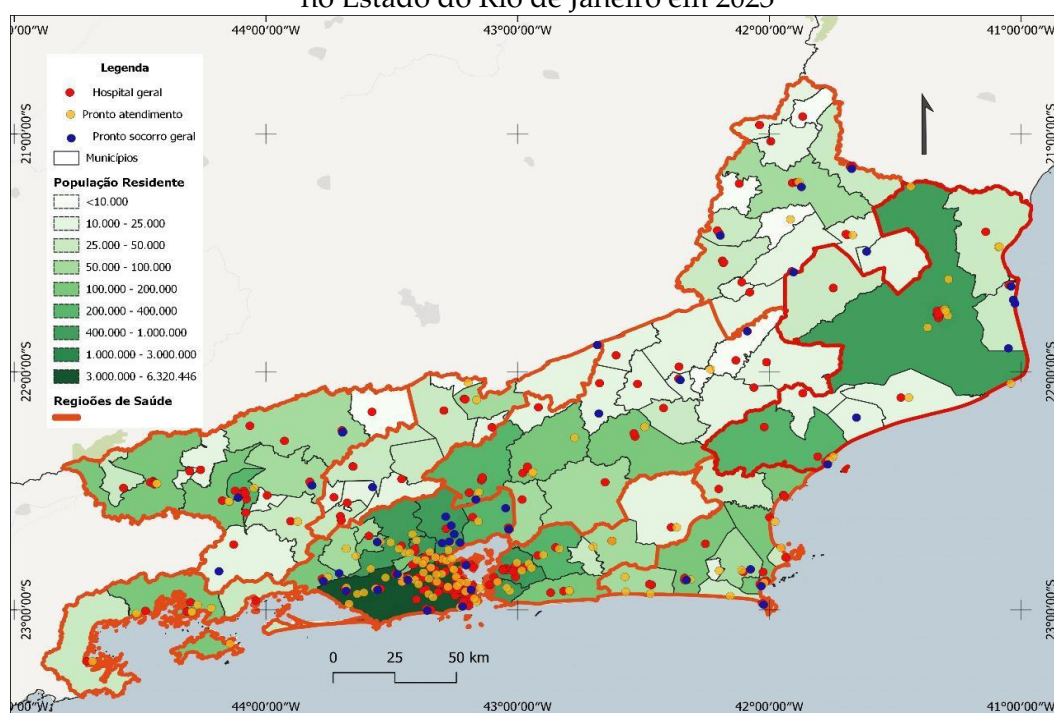
décadas de aperfeiçoamentos normativos, o acesso aos cuidados permanece fragmentado e desigual, evidenciando a necessidade de políticas que articulem de forma mais efetiva a organização das redes de saúde no território.

Figura 5. Distribuição de atenção primária no Estado do Rio de Janeiro em 2023.



Fontes: Plataforma de dados georreferenciados do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro/ IBGE ajustado para os limites da capital pela base IPP/MP em mapas (2017)/ Resolução SES nº 2736/2005-Núcleos Descentralizados de vigilância da Saúde (2017)/ CNESweb/ Datasus. Elaborado por: Janaina de Oliveira Souza

Figura 6. Distribuição de atenção especializada (MAC - Média e Alta Complexidade) no Estado do Rio de Janeiro em 2023



Fontes: Plataforma de dados georreferenciados do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro/ IBGE ajustado para os limites da capital pela base IPP/MP em mapas (2017)/ Resolução SES nº 2736/2005-Núcleos Descentralizados de vigilância da Saúde (2017)/ CNESweb/ Datasus. Elaborado por: Janaina de Oliveira Souza

Diante desse quadro, torna-se evidente que a regionalização da saúde no Rio de Janeiro exige mais do que colegiados formais como as CIRs, demanda a construção efetiva de arranjos cooperativos capazes de integrar municípios e estado em torno de objetivos comuns. A participação ativa dos gestores é necessária, mas insuficiente para consolidar a cooperação intermunicipal, a execução de pactos sustentáveis e o fortalecimento das capacidades de governança nas regiões de saúde.

Some-se a isso a fragilidade histórica da Secretaria Estadual de Saúde (SES-RJ), cuja limitada capacidade de coordenação tem dificultado a indução de processos regionais mais pactuados. Essas tensões fragilizaram as discussões nas CIRs e comprometeram a implementação de políticas integradas, exigindo soluções que articulem interesses diversos e respeitem as especificidades territoriais. A consolidação de uma regionalização efetiva no estado passa pela criação de espaços de diálogo mais inclusivos, pela indução de práticas cooperativas sustentadas por políticas federais articuladoras e por estratégias que considerem as diversidades socioeconômicas, institucionais e territoriais do Rio de Janeiro.

5. Considerações Finais

O percurso da regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro evidencia que os avanços e os impasses desse processo não podem ser compreendidos de forma homogênea ou linear. A partir da análise focada nos contextos territoriais e da periodização em ciclos, este trabalho buscou demonstrar que a regionalização é profundamente moldada pelas dinâmicas históricas, políticas e institucionais dos contextos municipais e estaduais.

Ao adotar uma perspectiva que valoriza os contextos territoriais e as trajetórias institucionais, o artigo contribui para evidenciar que a efetividade da regionalização depende não apenas da existência de normas ou colegiados de pactuação formais, mas das práticas políticas na construção de arranjos

cooperativos e da capacidade de articulação entre os entes federativos. A identificação e análise dos três ciclos permitiu destacar momentos de impulso e de descontinuidade nessas tendências, reforçando que a consolidação de redes integradas de saúde é um processo influenciado tanto pelas estruturas federativas quanto pelas práticas políticas locais.

O estado do Rio de Janeiro ilustra como a fragilidade de mecanismos de governança regional, a fragmentação histórica e a instabilidade federativa comprometeram a constituição de redes regionais duráveis. A experiência analisada aponta que o fortalecimento da governança – entendida como a capacidade de coordenar interesses, integrar ações e construir pactos sustentáveis – é central para que a regionalização possa, de fato, cumprir seu papel de reduzir desigualdades e ampliar o acesso à saúde.

Além disso, a análise realizada confirma a centralidade da dimensão territorial na construção e sustentação do Sistema Único de Saúde. O percurso da regionalização fluminense revela que o SUS, para se consolidar como um sistema universal e equitativo, requer a adoção de mecanismos de articulação federativa capazes de recompor a oferta de serviços no território, além de criar espaços de compromisso duráveis entre diferentes atores e agentes

As trajetórias analisadas mostram que as reconfigurações institucionais e territoriais do SUS não se dão de maneira automática pela criação de normas, mas envolvem disputas, acomodações e, sobretudo, a construção cotidiana de arranjos de cooperação, nos quais as capacidades políticas e técnicas locais desempenham papel decisivo.

Por outro lado, a persistência de vazios assistenciais, especialmente em áreas periféricas e no interior, evidencia que a territorialização da saúde no Brasil segue tensionada entre o ideal da universalização e os limites concretos impostos pelas desigualdades regionais, pela fragmentação federativa e pela fragilidade histórica dos mecanismos de coordenação.

A regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro segue como um projeto em disputa, cujo sucesso dependerá da construção de arranjos

cooperativos mais sólidos, do enfrentamento das desigualdades e de um compromisso efetivo com os princípios do SUS.

Financiamento:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) – Programa Jovem Cientista do Nosso Estado - e Bolsa Produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

6. Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, Mariana Viana de. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. 2013. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. URL: <https://doi.org/10.11606/T.5.2014.tde-01042014-114150>. Acesso em: jul., 2025.

BANKAUSKAITE, V; DUBOIS, H.F.W.; SALTMAN, R.B. Patterns of decentralization across European health systems. In: SALTMAN,R; BANKAUSKAITE, V; VRANGBAEK, K., Decentralization in health care: strategies and outcomes. England: Open University Press, 2007, p. 22-43.

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

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 7 out. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para a organização das macrorregiões de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/diretrizes>. Acesso em: 7 out. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023**. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde (PNAES) e dispõe sobre a organização da atenção especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, p. 199,

19 out. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.604-de-18-de-outubro-de-2023-517547992>. Acesso em: 26 abr. 2025.

CIB-RJ. **Deliberação CIB-RJ nº 6.475 de 12 de agosto de 2021**. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/736-2021/agosto/7200-deliberacao-cib-rj-n-6-475-de-12-de-agosto-de-2021.html>. Acesso em: 7 out. 2024.

DOWBOR, Monika. Escapando das incertezas do jogo eleitoral: a construção de encaixes e domínio de agência do movimento municipalista de saúde. In: LAVALLE, Adrián Gurza et al. (org.). **Movimentos sociais e institucionalização: políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2018. p. 89–118.

DUARTE, L. S. PESSOTO, U. C., GUIMARÃES, R. B., HEIMANN, L. S., CARVALHEIRO, J. da R., CORTIZO, C. T., RIBEIRO, E. A. W. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 472–485, abr. 2015.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R.; EDLER, Flavio. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima, Nísia Trindade et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.59-81. 2005.

FERREIRA, Marieta de Moraes. A fusão do Rio de Janeiro, a ditadura militar e a transição política. In: ABREU, A. A. (org.). **A democratização no Brasil: atores e contextos**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 163-203.

FONSECA, A. A.; RODRIGUES, J. N. Trajetória institucional e governança no Sistema Único de Saúde (SUS): uma abordagem político-territorial. In: OLIVEIRA, M. P. de; HAESBAERT, R.; RODRIGUES, J. N. (org.). Ordenamento territorial urbano-regional: territórios e políticas. Rio de Janeiro: Consequência, 2021. p. 199-226.

GERSCHMAN, Silvia. **Formulação e implementação de políticas de saúde no Estado do Rio de Janeiro**. In: UGÁ, Maria Alicia D; SÁ, Marilene de Castilho; MARTINS, Mônica; BRAGA NETO, Francisco Campos. **A gestão do SUS no**

âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2010. p.69-88.

GERSCHMAN, Silvia; CASTANHEIRA, Débora. Formulação e implementação da política de saúde no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 86–117, 2013. DOI: 10.12957/cdf.2013.9342.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, AMSP. **Saúde e políticas sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016, p. 63-98.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Planejamento Regional Integrado**. Disponível em: <https://www.rj.gov.br/saude/planejamento-regional-integrado>. Acesso em: 26 abr. 2025.

GUERRA, D.; LOUVISON, M.; CHIORO, A.; VIANA, A. Índice de Dependência Regional e Macrorregional: uma contribuição ao processo de regionalização do SUS. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 138, p. 431-443, jul./set. 2023. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7867>. Acesso em: 26 abr. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais**. Rio de Janeiro: IBGE, 1990.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O. & HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Opas, 2005.

LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira; O'DWYER, Gisele; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; KONDER, Mariana Teixeira. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 595-606, 2015.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo; LIMA, Anilka Medeiros; SONODA, Gilberto. Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. In: UGÁ, M. A. D. et al. (org.). **A**

Revista Espaço & Geografia, v. 28, 2025 (DOI: 10.26512/2236-56562025e58035).

<https://periodicos.unb.br/index.php/espacoegografia/index>

gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 215–240. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/9x6cp/pdf/uga-9788575415924-11.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2025. DOI: 10.7476/9788575415924.0011.

PAIM, JS. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

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

RODRIGUES, J. N. A contribuição teórica de Michael Mann em um estudo comparativo sobre a cooperação intermunicipal: França e Brasil. *Geosul*, v. 26, n. 52, 2010. p. [sem página indicada].

SANTINI, Luiz Antonio; BULCÃO, Clóvis;. **SUS: uma biografia: lutas e conquistas da sociedade brasileira.** 1. ed. Rio de Janeiro: Record, 2024.

OLIVEIRA, C. R.; PINTO, M. Vazios sanitários e concentração de serviços na Região Metropolitana 1 do Rio de Janeiro. **Revista Saúde & Transformação Social**, v. 11, n. 3, p. 303-312, 2020.

OUVERNEY, A. 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, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03002017> . Acesso em: junho, 2025.

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

SILVA, Edson Coutinho da. **Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

VIANA, A. L. d'A. et al. O SUS no Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 3, p. 641-657, 2001.

VIANA, A. L. d'A. et al. Regionalização e dinâmica política do Pacto pela Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 1047-1056, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KHn7Xc56jCn9tNyfZvqV4mq/?lang=pt>.

Acesso em: 7 out. 2024.

VIANA, A. L.; LIMA, L. D. de. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, A. L.; LIMA, L. D. de. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa, p.11-24, 2011.

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