REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

AUTONOMIA MUNICIPAL E COOPERAÇÃO REGIONAL NA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ANÁLISE HISTÓRICO-INSTITUCIONAL DE CINCO CASOS MUNICIPAIS

MUNICIPAL AUTONOMY AND REGIONAL COOPERATION IN THE IMPLEMENTATION OF THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK: A HISTORICAL-INSTITUTIONAL ANALYSIS OF FIVE MUNICIPAL CASES

AUTONOMÍA MUNICIPAL Y COOPERACIÓN REGIONAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL: ANÁLISIS HISTÓRICO-INSTITUCIONAL DE CINCO CASOS MUNICIPALES

Ronaldo Alves Duarte
Doutor em Política Social (UFF), Assistente Social e Professor no curso de Serviço Social da Universidade do Estado de Minas Gerais - Unidade Divinópolis, Brasil
E-mail: ronaldosocial1@gmail.com

Resumo

Este artigo analisa, em perspectiva histórico-institucional, como a autonomia municipal, as desigualdades locais e a necessidade de cooperação regional interferiram na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em cinco municípios de Minas Gerais, no período de 2013 a 2016. Trata-se de estudo qualitativo de casos múltiplos, com análise documental e entrevistas semiestruturadas realizadas com 18 participantes: cinco gestores, cinco presidentes de Conselhos Municipais de Saúde e oito trabalhadores da saúde. Os casos compreenderam um município-polo, com mais de 200 mil habitantes, e quatro municípios com população entre aproximadamente 5,5 mil e 11,8 mil habitantes, articulados por uma referência comum em saúde mental. O material foi organizado a partir das categorias de contexto, conteúdo, configuração local, atores e processo de implementação adotadas na pesquisa original. Nos casos analisados, a existência de região de saúde e de consórcio intermunicipal não assegurou, por si só, uma rede integrada: a referência em saúde mental apoiava-se, em parte, em acordos históricos pouco institucionalizados, enquanto diferenças de capacidade administrativa, instabilidade das pactuações, demora em habilitações, percepções de insuficiência do custeio e falhas de comunicação produziram respostas municipais distintas. A Atenção Primária apareceu como ponto relevante do cuidado territorial, embora com limites de articulação com a atenção especializada. Os dados possuem caráter histórico e não constituem diagnóstico atual dos municípios; além disso, usuários e familiares não foram entrevistados diretamente. Conclui-se que, naquele contexto, a regionalização dependia menos da simples existência de equipamentos e mais da construção de responsabilidades compartilhadas e institucionalmente sustentadas.

Palavras-chave: Saúde Mental; Regionalização; Municipalização da Saúde; Consórcios de Saúde; Implementação de Políticas Públicas.

Abstract

This article analyzes, from a historical-institutional perspective, how municipal autonomy, local inequalities, and the need for regional cooperation affected the implementation of the Psychosocial Care Network (RAPS) in five municipalities in Minas Gerais, Brazil, from 2013 to 2016. It is a qualitative multiple-case study based on documentary analysis and semi-structured interviews with 18 participants: five managers, five presidents of Municipal Health Councils, and eight health workers. The cases comprised one hub municipality with more than 200,000 inhabitants and four municipalities with populations ranging from approximately 5,500 to 11,800 inhabitants, linked by a common mental

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

health referral arrangement. The material was organized according to the categories of context, content, local configuration, actors, and implementation process adopted in the original study. In the cases analyzed, the existence of a health region and an intermunicipal consortium did not, by itself, ensure an integrated network: mental health referral relied partly on historically established but weakly institutionalized agreements, while differences in administrative capacity, unstable agreements, delays in accreditation, perceptions of insufficient funding, and communication failures produced distinct municipal responses. Primary Health Care emerged as a relevant point of territorial care, although with limitations in its articulation with specialized care. The data are historical and do not constitute a current diagnosis of the municipalities; moreover, users and family members were not interviewed directly. It is concluded that, in that context, regionalization depended less on the mere existence of facilities and more on the construction of shared and institutionally sustained responsibilities.

Keywords: Mental Health; Regionalization; Municipalization of Health; Health Consortia; Public Policy Implementation.

Resumen

Este artículo analiza, desde una perspectiva histórico-institucional, cómo la autonomía municipal, las desigualdades locales y la necesidad de cooperación regional interfirieron en la implementación de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) en cinco municipios de Minas Gerais, Brasil, entre 2013 y 2016. Se trata de un estudio cualitativo de casos múltiples, con análisis documental y entrevistas semiestructuradas realizadas a 18 participantes: cinco gestores, cinco presidentes de Consejos Municipales de Salud y ocho trabajadores de la salud. Los casos comprendieron un municipio-polo, con más de 200 mil habitantes, y cuatro municipios con poblaciones de aproximadamente 5,5 mil a 11,8 mil habitantes, articulados por una referencia común en salud mental. El material fue organizado a partir de las categorías de contexto, contenido, configuración local, actores y proceso de implementación adoptadas en la investigación original. En los casos analizados, la existencia de una región de salud y de un consorcio intermunicipal no garantizó, por sí sola, una red integrada: la referencia en salud mental se apoyaba, en parte, en acuerdos históricos poco institucionalizados, mientras que las diferencias de capacidad administrativa, la inestabilidad de las pactuaciones, la demora en las habilitaciones, las percepciones de insuficiencia del financiamiento y las fallas de comunicación produjeron respuestas municipales distintas. La Atención Primaria apareció como un punto relevante del cuidado territorial, aunque con límites en su articulación con la atención especializada. Los datos tienen carácter histórico y no constituyen un diagnóstico actual de los municipios; además, usuarios y familiares no fueron entrevistados directamente. Se concluye que, en aquel contexto, la regionalización dependía menos de la simple existencia de equipamientos y más de la construcción de responsabilidades compartidas y sostenidas institucionalmente.

Palabras clave: Salud Mental; Regionalización; Municipalización de la Salud; Consorcios de Salud; Implementación de Políticas Públicas.

1. Introdução

A Constituição Federal de 1988 redefiniu as bases político-institucionais da política brasileira de saúde. Ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado e estabeleceu um sistema público organizado segundo as diretrizes da descentralização, da integralidade e da participação social. A Lei nº 8.080/1990 e o Decreto nº 7.508/2011 regulamentaram

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

essa organização, reafirmando a articulação entre os entes federados, as regiões de saúde e as redes de atenção (NORONHA et al., 2012; BRASIL, 2011e).

A descentralização político-administrativa transferiu atribuições, recursos e poder decisório da União para os estados e, principalmente, para os municípios, que passaram a ocupar uma posição central na execução das ações, na administração dos serviços e na resposta direta às necessidades da população (ARRETCHE, 2000; LIMA et al., 2012).

A valorização do governo local apoiou-se no entendimento de que o município, por estar mais próximo do cotidiano dos cidadãos, possuiria melhores condições para conhecer as demandas presentes no território, definir prioridades e decidir sobre a alocação dos recursos. A municipalização também poderia favorecer o controle democrático e o desenvolvimento de soluções mais ajustadas às particularidades locais (SOUZA, 2004; DOURADO; ELIAS, 2011).

Entretanto, a transferência de responsabilidades para os municípios não produziu automaticamente maior capacidade de gestão ou igualdade na oferta dos serviços. Os governos locais brasileiros apresentam expressivas diferenças populacionais, econômicas, fiscais, administrativas, políticas e territoriais. Enquanto alguns municípios possuem estruturas técnicas e assistenciais diversificadas, muitos outros dependem intensamente das transferências financeiras e dos serviços disponibilizados por cidades de maior porte (ARRETCHE, 2000; ABRUCIO, 2005; VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

Como adverte Arretche (2000), a descentralização não se resume à transferência formal de responsabilidades, pois pressupõe a institucionalização, no plano local, das condições técnicas necessárias à implementação das tarefas de gestão. Quando essas condições não existem ou são insuficientes, os municípios assumem atribuições sem dispor dos meios necessários para executá-las adequadamente.

As desigualdades entre os governos locais tornaram insuficiente uma descentralização baseada exclusivamente na municipalização. A oferta integral das ações e dos serviços passou a exigir uma organização regional que articulasse municípios com diferentes capacidades e possibilitasse o compartilhamento de

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

estruturas, recursos e responsabilidades. A regionalização surgiu, portanto, como estratégia para enfrentar a fragmentação da provisão, as disparidades de escala e a concentração territorial dos equipamentos e dos fluxos assistenciais (DOURADO; ELIAS, 2011; LIMA et al., 2012; ALBUQUERQUE, 2013).

A regionalização deveria superar a fragmentação dos sistemas municipais e organizar redes capazes de garantir acesso, continuidade e integralidade da assistência. Nessa perspectiva, nenhum município precisaria oferecer isoladamente todos os serviços. As necessidades que ultrapassassem sua capacidade instalada seriam respondidas por meio de referências regionais e de relações solidárias e cooperativas entre os entes federados (BRASIL, 2006).

Essa organização pressupõe que os municípios reconheçam que determinadas demandas ultrapassam seus limites territoriais. Pressupõe, ainda, pactos duradouros, divisão das responsabilidades financeiras e assistenciais, definição dos fluxos de acesso e mecanismos de coordenação capazes de sustentar as decisões coletivas.

A cooperação, entretanto, não constitui uma característica espontânea do federalismo brasileiro. As relações entre os entes federados foram historicamente marcadas por disputas, competição por recursos e tentativas de transferência de custos e encargos. Em lugar de uma visão cooperativa, frequentemente se estabelece um jogo no qual os governos procuram maximizar suas vantagens particulares, ainda que essa conduta prejudique a construção de soluções coletivas (ABRUCIO; COSTA, 1998; ABRUCIO, 2005).

Essas contradições assumem especial relevância na política de saúde mental. A Lei nº 10.216/2001 redirecionou o modelo assistencial brasileiro e estabeleceu as bases para um cuidado integral, comunitário e territorializado. A atenção anteriormente concentrada no hospital psiquiátrico deveria ser substituída por um conjunto diversificado e articulado de serviços.

No período investigado, a Portaria nº 3.088/2011 constituía o marco normativo utilizado para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A norma reuniu pontos de atenção pertencentes à Atenção Básica, à Atenção Psicossocial Especializada, à Urgência e Emergência, à Atenção Residencial de Caráter

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

Transitório, à Atenção Hospitalar, às Estratégias de Desinstitucionalização e à Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011). Essa referência é empregada neste artigo em seu contexto histórico, correspondente à configuração normativa examinada na pesquisa de 2013 a 2016.

A integralidade do cuidado dependeria da articulação entre esses componentes. Os municípios precisariam organizar a assistência no território, estabelecer referências regionais, compartilhar informações e assumir responsabilidades pelo acompanhamento dos usuários nos diferentes momentos de suas trajetórias. Uma rede de atenção não corresponde apenas à presença de serviços, mas à interconexão sistemática entre estabelecimentos e ações de diferentes densidades tecnológicas, orientada ao atendimento integral (SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2013).

Nem todos os serviços integrantes da RAPS, nos termos da regulamentação examinada entre 2013 e 2016, foram projetados para ser implantados em qualquer município. Critérios populacionais, capacidade técnica, disponibilidade financeira e existência de outros equipamentos condicionavam a instalação de determinados pontos de atenção. A concentração de serviços especializados em municípios de referência também se relacionava à necessidade de escala, tecnologias e profissionais que não podiam ser mantidos em todas as cidades (SOLLA; CHIORO, 2012). Para os quatro municípios de pequeno porte estudados, a efetivação de parte da política dependia, portanto, de mecanismos regionais de cooperação.

Este artigo analisa, em perspectiva histórico-institucional, os desafios encontrados na implementação da RAPS em cinco casos municipais entre 2013 e 2016. A questão que orienta o recorte é: como as tensões entre autonomia municipal, desigualdades locais e necessidade de cooperação regional interferiram, naquele período, na implementação da RAPS?

O argumento central, delimitado aos casos e ao período estudados, é que a municipalização ampliou a responsabilidade dos governos locais pela execução da política de saúde, mas não eliminou as diferenças técnicas, administrativas, financeiras e demográficas entre eles. Na saúde mental, tais diferenças tornavam os municípios de pequeno porte dependentes de referências regionalizadas. Quando

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

essa regionalização se apoiava em pactos frágeis, contrapartidas pouco definidas, instabilidade administrativa e comunicação insuficiente entre os serviços, apareciam respostas locais fragmentadas, sobrecarga do município-polo e vazios assistenciais. O interesse contemporâneo dos dados não está em descrevê-los como situação atual, mas em examinar mecanismos político-institucionais observados naquele contexto e discutir sua transferibilidade analítica para problemas de cooperação regional.

2. Revisão da Literatura

2.1 Municipalização da saúde e desigualdades entre os governos locais

O federalismo brasileiro atribui autonomia política e administrativa à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. No campo da saúde, essa autonomia foi incorporada pelo princípio da direção única em cada esfera de governo. Não existe subordinação hierárquica direta entre as Secretarias Municipais, as Secretarias Estaduais e o Ministério da Saúde; cada ente possui responsabilidades próprias, embora a gestão do SUS deva ocorrer de forma complementar e cooperativa (BRASIL, 2003; DOURADO; ELIAS, 2011).

A ausência de hierarquia não significa independência absoluta ou possibilidade de atuação isolada. A organização de um sistema nacional exige coordenação interfederativa, pactuação e compartilhamento de responsabilidades. A descentralização da saúde ocorreu inicialmente com forte ênfase na municipalização, por meio da transferência de atribuições administrativas, responsabilidades gestoras, poder decisório e recursos aos governos locais (ARRETCHE, 2000; LIMA et al., 2012).

Os municípios passaram a ser considerados os entes mais bem posicionados para identificar as necessidades da população, organizar os serviços e possibilitar maior controle da sociedade sobre as decisões públicas. A municipalização também contribuiu para a expansão da cobertura e para a ampliação da capilaridade das políticas sociais (SOUZA, 2004; ABRUCIO, 2005).

Todavia, ela não eliminou as desigualdades históricas entre os governos locais. Muitos municípios, sobretudo os de pequeno porte, não dispunham de

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

capacidade técnica, administrativa e financeira compatível com as responsabilidades assumidas. A ausência de uma cultura cooperativa, as disparidades econômicas e administrativas e o grande número de pequenos municípios constituíram barreiras à coordenação territorial da política de saúde (ARRETCHE, 2000; ABRUCIO, 2005; ALBUQUERQUE, 2013).

Arretche (2000) chama a atenção para o fato de que os processos de descentralização das políticas sociais são condicionados pelas características estruturais e institucionais dos entes que assumem sua gestão. As diferenças econômicas, políticas, administrativas e demográficas interferem diretamente nas possibilidades de implementação.

O grande número de pequenos municípios existente no país também constitui elemento importante. A baixa arrecadação própria, a dependência das transferências constitucionais, a reduzida disponibilidade de trabalhadores especializados e a fragilidade das estruturas administrativas dificultam a organização de serviços mais complexos (SOUZA, 2004; LIMA et al., 2012).

A descentralização pode aproximar o Estado dos cidadãos, mas também pode transferir responsabilidades sem os meios necessários para cumpri-las. Nesse caso, a autonomia formal convive com uma dependência financeira e técnica em relação aos demais entes federados.

Em Estados federativos, os governos subnacionais possuem autonomia para decidir se aderem ou não a determinadas políticas. Por isso, a União e os estados não podem depender somente da imposição normativa; precisam construir estratégias de indução capazes de tornar a adesão municipal possível e vantajosa (ARRETCHE, 1999; 2000).

Os incentivos financeiros integram essas estratégias, mas não são suficientes. A implantação de um serviço implica compromissos permanentes com trabalhadores, instalações, equipamentos, transporte, alimentação, medicamentos e outros insumos. Mesmo depois da habilitação e do início dos repasses, os valores transferidos podem não cobrir integralmente os custos.

Nos municípios de pequeno porte, a decisão de implantar determinado serviço envolve avaliar não somente sua necessidade assistencial, mas a possibilidade de

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

sustentar sua manutenção. Quando essa equação não se mostra viável, o governo local pode recusar a proposta, abandonar uma pactuação ou transferir a demanda para outro município.

A implementação, portanto, não consiste na reprodução automática das diretrizes elaboradas nacionalmente. Entre o desenho da política e sua materialização existem atores, instituições, recursos, interpretações e contingências que podem modificar os resultados. As decisões acomodam-se às condições concretas, os objetivos podem ser alterados e as políticas são refeitas durante sua execução (FREY, 2000; FLEXOR; LEITE, 2006; BAPTISTA; MATTOS, 2011; BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Sob uma abordagem multicausal, os implementadores não são executores passivos. Eles negociam, interpretam, aderem, resistem, modificam e, em determinadas circunstâncias, abandonam os projetos. Como ressaltam Silva e Melo (2000) e Arretche (2001), os resultados da política dependem das escolhas, referências e relações construídas pelos atores que a implementam.

Essa capacidade decisória é particularmente visível na gestão municipal. Mudanças de governo, substituições de secretários, restrições financeiras e diferentes concepções sobre as prioridades podem modificar compromissos assumidos anteriormente.

Assim, a autonomia municipal, importante para a descentralização e para a democratização, também produz uma tensão: a política atribui a cada município poder de decisão, enquanto a integralidade da assistência depende da colaboração entre cidades com capacidades muito diferentes.

2.2 Regionalização e consórcios intermunicipais como respostas aos limites locais

A regionalização tornou-se uma estratégia para enfrentar os limites de uma municipalização excessivamente fragmentada. Sua finalidade é organizar os serviços em territórios que ultrapassam as fronteiras administrativas de cada cidade e permitir que os municípios compartilhem equipamentos e responsabilidades. Essa inflexão buscou responder à fragmentação da provisão, às desigualdades territoriais

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

e às dificuldades de coordenação produzidas pela descentralização municipalista (DOURADO; ELIAS, 2011; LIMA et al., 2012; ALBUQUERQUE, 2013).

Em uma região de saúde, os serviços devem ser distribuídos conforme critérios populacionais, epidemiológicos, territoriais e de capacidade instalada. Os municípios de maior porte tendem a concentrar os equipamentos especializados, enquanto as cidades menores organizam os serviços de maior capilaridade e encaminham as demandas que extrapolam suas possibilidades locais. Essa concentração pode ser necessária para assegurar economia de escala e disponibilidade de profissionais e tecnologias especializadas (SOLLA; CHIORO, 2012).

Essa divisão não significa que o município-polo se torne o único responsável pela população regional. Também não autoriza as cidades menores a se desobrigarem do acompanhamento dos usuários encaminhados. A regionalização pressupõe corresponsabilidade: o município de origem continua responsável pela identificação das necessidades, pelo acompanhamento territorial e pela continuidade do cuidado, enquanto o município de referência assume o atendimento especializado e deve manter comunicação com os demais pontos da rede.

Nos termos propostos pelo SUS, a regionalização deve ser solidária e cooperativa. Isso exige planejamento comum, definição dos fluxos, compartilhamento das informações, regulação do acesso e distribuição transparente dos custos e das responsabilidades (BRASIL, 2006). A região de saúde não é apenas um recorte geográfico, mas um espaço político no qual diferentes interesses, capacidades e relações intergovernamentais precisam ser processados (ALBUQUERQUE, 2013).

Os consórcios intermunicipais de saúde constituíram uma das estratégias utilizadas pelos governos locais para enfrentar as dificuldades produzidas pela municipalização. No referencial trabalhado na pesquisa original, esses arranjos permitiam compartilhar estruturas, contratar serviços, adquirir equipamentos, organizar transporte e ampliar o acesso a especialidades que municípios isoladamente não conseguiam oferecer (BRASIL, 1997; LIMA, 2000).

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

Para as cidades de pequeno porte, o consórcio podia representar uma alternativa importante. A soma de populações, recursos e demandas permitia alcançar escalas que individualmente seriam inviáveis. A expansão dos consórcios de saúde no contexto de implantação do SUS esteve associada justamente às limitações financeiras, materiais, humanas e administrativas enfrentadas pelos municípios diante das responsabilidades da municipalização (BRASIL, 1997; LIMA, 2000).

Entretanto, a existência formal de um consórcio não assegurava, nos casos estudados, cooperação efetiva em saúde mental. O arranjo intermunicipal possuía uma carteira própria de serviços, e os municípios exerciam autonomia para pactuar ou não sua utilização. A pesquisa documental registrou, inclusive, que alguns serviços ofertados pelo consórcio eram utilizados apenas por parte dos municípios consorciados.

Essa distinção foi decisiva para a análise: o consórcio existia formalmente, mas os demonstrativos de serviços examinados para o período de 2012 a 2016 não incluíam consultas psiquiátricas nem outros serviços de saúde mental. Assim, a condição de municípios consorciados não deve ser confundida com a existência de uma pactuação formal da assistência psicossocial.

A referência em saúde mental utilizada pelos quatro municípios de pequeno porte apoiava-se em um acordo histórico com o município-polo, originado no final da década de 1990. A contrapartida inicialmente oferecida pelo arranjo intermunicipal deixou de existir e, no momento da coleta, o atendimento seguia sem contrato ou contrapartida formalizada. Havia, portanto, diferença entre pertencer ao consórcio, contratar os serviços efetivamente ofertados por ele e utilizar uma referência em saúde mental sustentada por acordos históricos pouco institucionalizados.

Essa separação evita utilizar a palavra “consórcio” como sinônimo genérico de cooperação intermunicipal. No material empírico, o consórcio constituía uma organização formal; a referência regional em saúde mental, embora historicamente relacionada a ele, apresentava no período investigado uma institucionalidade distinta e mais frágil.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

Quando o cuidado dependia desses entendimentos pouco formalizados, mudanças de governo e de equipes podiam produzir perda da memória dos compromissos assumidos. A continuidade dos atendimentos permanecia apoiada na história da assistência e nas relações entre gestores e trabalhadores, e não em obrigações claramente documentadas.

A experiência analisada, portanto, mostrou o potencial dos consórcios para ampliar a capacidade dos pequenos municípios, mas também seus limites quando a saúde mental não integrava explicitamente o conjunto de serviços pactuados. Para o recorte histórico estudado, regionalização e consorciamento eram estratégias relacionadas, porém não equivalentes.

3. Metodologia

Este artigo retoma dados de uma pesquisa qualitativa de casos múltiplos sobre a implementação da política nacional de saúde mental no contexto municipal. Para o presente recorte, o estudo é apresentado como análise histórico-institucional, porque examina uma configuração delimitada no tempo e busca compreender relações entre contexto, instituições, atores, decisões e formas concretas de implementação, sem transformar os achados em diagnóstico contemporâneo (MINAYO, 2013; GIL, 2008).

A pesquisa de campo ocorreu entre 2013 e 2016. O recorte territorial foi composto por cinco municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais que integravam um mesmo consórcio intermunicipal e compartilhavam, naquele período, uma referência comum para parte da assistência especializada em saúde mental. A seleção foi intencional. A proposta inicial da tese abrangia os nove municípios consorciados, mas, diante da diversidade entre eles e das condições de realização da investigação, foram escolhidos o município-polo e os quatro municípios que mantinham com ele a mesma referência em saúde mental.

Para fins deste artigo, a expressão “municípios de pequeno porte” possui sentido operacional e se refere aos quatro casos que, em 2016, tinham entre 5.488 e 11.823 habitantes. O município-polo possuía 232.945 habitantes. As distâncias entre os quatro pequenos municípios e o polo variavam de aproximadamente 25 a

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

57 km (IBGE, 2016). O Quadro 1 apresenta a caracterização anonimizada relevante para o recorte analítico.

Quadro 1 – Caracterização anonimizada dos cinco casos.

Caso	Porte populacional em 2016	Distância aproximada do polo	Configuração local relevante no período
Município-polo	Mais de 200 mil habitantes	—	Rede mais diversificada, com CAPS III, ambulatório de psiquiatria, Serviço Residencial Terapêutico e, a partir de 2015, CAPSad III; concentrava a principal referência especializada utilizada pelos demais casos.
Caso A	Entre 5 e 7 mil habitantes	50–60 km	Atenção Primária e atendimento psicológico local; dependência da referência externa para atenção psiquiátrica especializada.
Caso B	Entre 5 e 7 mil habitantes	20–30 km	Atenção Primária, atendimento psicológico e NASF III; dependência da referência externa para atenção psiquiátrica especializada.
Caso C	Entre 10 e 12 mil habitantes	30–40 km	Atenção Primária; ambulatório de psiquiatria em processo de organização em 2016; permanência da referência externa.
Caso D	Entre 10 e 12 mil habitantes	20–30 km	Atenção Primária e ambulatório local de psiquiatria com oferta limitada; permanência da referência externa para parte da assistência especializada.

Fonte: elaboração a partir dos dados da pesquisa original e do IBGE (2016).

A unidade principal de análise foi a implementação municipal da política de saúde mental. As relações de referência, pactuação e circulação dos usuários entre os municípios foram tratadas como dimensões incorporadas a cada caso. A comparação buscou identificar convergências e contrastes entre as configurações locais e, em seguida, sintetizar os mecanismos que condicionavam o funcionamento loco-regional da rede.

Participaram da pesquisa 18 sujeitos: cinco gestores, cinco conselheiros municipais de saúde e oito trabalhadores da saúde. Foi incluído um gestor e um conselheiro de cada município. Entre os trabalhadores, participou um profissional de cada um dos quatro municípios de pequeno porte e quatro do município-polo. Os critérios de inclusão exigiam que os participantes estivessem no exercício de suas funções no momento da coleta; entre os trabalhadores, quando havia mais de um profissional disponível, priorizou-se aquele cuja prática mantinha relação com o cuidado às pessoas com transtorno mental.

Quadro 2 – Caracterização agregada dos participantes.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

Grupo	n	Distribuição e características registradas na pesquisa
Gestores	5	Um por município: quatro secretários municipais de saúde e um diretor municipal de saúde mental. Três possuíam graduação, um cursava graduação e um possuía formação técnica. Quatro já tinham vínculo com a administração municipal antes de assumir a gestão.
Conselheiros	5	Um por município; todos presidiam o Conselho Municipal de Saúde. Três representavam usuários e dois, trabalhadores. Quatro tinham experiência anterior em conselhos.
Trabalhadores	8	Quatro no município-polo e um em cada pequeno município. Todos possuíam nível superior; seis tinham especialização. Quatro possuíam vínculo estatutário e quatro, contrato celetista temporário.

Fonte: elaboração a partir dos dados da pesquisa original.

Entre os gestores, três permaneceram no cargo ao longo de 2013 a 2016; os demais assumiram em momentos posteriores, em contextos nos quais ocorreram substituições na condução das Secretarias de Saúde. Entre os conselheiros, os registros apontavam tempos distintos de exercício da presidência e experiências anteriores também desiguais. A composição do corpus foi definida pela cobertura das posições institucionais selecionadas e dos cinco casos; por fidelidade ao desenho original, não se atribui retrospectivamente à amostra um critério de saturação temática que não orientou a pesquisa.

A coleta combinou pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. Foram examinadas portarias ministeriais e interministeriais, leis e decretos, resoluções e recomendações do Conselho Nacional de Saúde, anais de conferências, planos de saúde, documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado de Saúde e pelos municípios, além de informações demográficas e estatísticas. No eixo normativo nacional, o levantamento original identificou 116 documentos entre 2001 e 2014 e selecionou 26 para análise aprofundada do cuidado integral. O conjunto loco-regional utilizado na investigação incluiu ainda planos municipais, documentos das instâncias intergestores e registros sobre serviços e pactuações; a tese não atribuiu a esse segundo conjunto um total único de documentos, razão pela qual esse número não é reconstruído retrospectivamente.

Os documentos foram localizados em sítios oficiais e, quando necessário, obtidos por contato com profissionais das instituições responsáveis. As entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador responsável, em horários e locais escolhidos pelos participantes, registradas em gravador eletrônico, transcritas e posteriormente

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

analisadas. A pesquisa original não sistematizou, para fins de relato, duração média das entrevistas, teste piloto, presença de terceiros ou devolução das transcrições; esses dados, portanto, não são acrescentados neste artigo.

A pesquisa documental e as entrevistas não foram conduzidas como etapas estanques. Informações obtidas em uma entrevista direcionaram a busca de novos documentos e, em sentido inverso, documentos suscitaram retornos ao campo; em algumas situações, o mesmo gestor, conselheiro ou trabalhador foi entrevistado mais de uma vez para esclarecimento de aspectos que emergiram no percurso. Essa dinâmica constituiu a principal forma de articulação entre as fontes.

Os dados foram organizados e categorizados com base no quadro teórico-metodológico da pesquisa original, construído a partir de Frey (2000), Flexor e Leite (2006), Walt e Gilson (1994), Araújo e Maciel (2001) e Baptista e Mattos (2011). Para este artigo, as categorias foram retomadas conforme o Quadro 3.

Quadro 3 – Eixos analíticos utilizados no recorte do artigo.

Categoria da pesquisa original	Foco mobilizado neste artigo
Conjuntura social, política e econômica	Descentralização, desigualdades municipais e condições históricas do período 2013–2016.
Conteúdo da política pública	Normas e documentos que organizavam a RAPS, a regionalização e os serviços no período investigado.
Configuração da política no contexto local	Capacidade instalada, trajetórias locais, vazios assistenciais e respostas construídas em cada caso.
Atores e arenas de decisão	Gestores, trabalhadores e instâncias de pactuação relevantes para decisões regionais.
Processo de implementação	Relações intergovernamentais, pactuações, financiamento, referência, contrarreferência e corresponsabilização.

Fonte: elaboração a partir das categorias da pesquisa original.

Embora cinco presidentes de Conselhos Municipais de Saúde tenham integrado a pesquisa original, seus depoimentos concentraram-se principalmente no funcionamento do controle social. Como o presente artigo recorta as relações intermunicipais, o financiamento, os fluxos assistenciais e a organização da RAPS, os excertos de conselheiros não foram utilizados diretamente nos resultados. Essa decisão decorre do recorte analítico, e não da exclusão desse grupo do corpus original.

Outro limite do desenho original é a ausência de entrevistas diretas com usuários e familiares. Assim, afirmações sobre deslocamento, espera, continuidade

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

do cuidado ou dificuldades de acesso são apresentadas como informações produzidas por gestores, trabalhadores e documentos, sem atribuir aos usuários experiências que não foram colhidas diretamente.

O pesquisador possuía inserção profissional no campo da política de saúde. A tese registrou essa proximidade como aspecto a ser explicitado e destacou que o trabalho de campo permitiu contato com dilemas, soluções, espaços e explicações que não se encontravam disponíveis em seu âmbito profissional cotidiano. Essa posição é reconhecida como parte das condições de produção da pesquisa, e não como garantia de acesso privilegiado à verdade dos casos.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense e aprovada sob o Parecer nº 1.854.973. A participação foi voluntária e formalizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A tese não registra o CAAE no corpo do texto, razão pela qual esse dado não é inserido neste artigo.

4. Resultados e Discussão

4.1 Entre a autonomia municipal e a necessidade de cooperação

A implantação regional da RAPS evidencia uma tensão central do federalismo sanitário brasileiro. De um lado, os municípios possuem autonomia para decidir sobre a organização de seus serviços. De outro, a integralidade da assistência depende de compromissos que ultrapassam suas fronteiras (DOURADO; ELIAS, 2011).

No período investigado, após a instituição da RAPS, o Estado e as regiões realizaram levantamentos dos serviços existentes e dos vazios assistenciais, formulando propostas sobre a configuração considerada necessária para os territórios. Essas propostas foram submetidas às Comissões Intergestores Regionais, nas quais os gestores municipais discutiam e pactuavam serviços. O artigo utiliza essas decisões como evidências do processo de implementação, sem pretender reconstruir sistematicamente a frequência, a presença dos participantes ou o acompanhamento de todas as reuniões dessas instâncias.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

As respostas, entretanto, não foram uniformes. Alguns gestores aceitaram as propostas e assumiram compromissos. Outros recusaram os serviços indicados, alegando ausência de demanda, falta de prioridade ou impossibilidade de custear a manutenção. A autonomia municipal fazia prevalecer a decisão local, mesmo quando o planejamento regional indicava a necessidade de implantação.

A proximidade das eleições e o término dos mandatos também interferiam. Gestores evitavam assumir compromissos cujas despesas e responsabilidades se estenderiam para a administração seguinte. Após as mudanças de governo, alguns pactos eram retomados, enquanto outros eram abandonados.

Esse movimento, nos casos analisados, indicou que algumas pactuações regionais não possuíam força institucional suficiente para atravessar alternâncias políticas. Em vez de compromissos percebidos como duradouros, podiam ser reinterpretadas como opções de uma administração específica. A situação se aproxima do argumento de Arretche (2001) de que os implementadores, ao atuar em contextos concretos, interferem nos resultados da política.

A associação entre municípios também aparecia, naquele contexto normativo, como possibilidade para serviços submetidos a critérios populacionais. A tese registrou, por exemplo, que a Portaria nº 3.088/2011 então examinada estabelecia o CAPS I para localidades com população acima de 15 mil habitantes. Como os quatro pequenos municípios estudados tinham entre 5,5 mil e 11,8 mil habitantes em 2016, não atingiam individualmente esse parâmetro, o que tornava a cooperação uma alternativa relevante para parte da rede (BRASIL, 2011; IBGE, 2016).

> Quando eu comecei a trabalhar aqui, eu estava muito empolgada em implantar um CAPS no município. Mas, quando fui conversar com o gestor, vi que era uma coisa muito difícil. Para montar o CAPS, teríamos de fazer uma associação com outras cidades. O problema é que não havia proximidade geográfica e não existia proximidade política. Os prefeitos nem se conheciam. Além disso, como o CAPS funcionaria aqui, o município seria responsável pelo transporte e pela alimentação dos pacientes, inclusive dos outros municípios. E aí não deu certo (T2).

O depoimento evidencia que a proximidade definida no planejamento regional não corresponde necessariamente à existência de relações políticas, administrativas ou históricas capazes de sustentar a cooperação.

Também demonstra uma distribuição desigual dos riscos. O município sede assumiria obrigações permanentes com trabalhadores, alimentação, transporte,

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

instalações e atendimento às situações imprevistas. Os demais se beneficiariam do serviço, mas sua participação financeira não estava claramente definida.

Diante dessa configuração, cada gestor analisava o compromisso segundo os custos e os benefícios para seu próprio município. A demanda regional era fragmentada em avaliações locais, reiterando práticas competitivas e pouco cooperativas presentes nas relações federativas (ABRUCIO; COSTA, 1998; ABRUCIO, 2005).

Nos casos analisados, a autonomia municipal coexistia com uma dependência regional concreta. A implantação de um serviço podia depender da decisão do município que o sediaria, enquanto seus benefícios, custos e responsabilidades ultrapassavam essa fronteira. Quando esses elementos não eram claramente pactuados, os relatos mostraram gestores avaliando os encargos a partir das condições imediatas de seus próprios municípios.

4.2 Financiamento, capacidade administrativa e continuidade da gestão

No período investigado, a implementação de determinados serviços dependia da aprovação dos projetos, da habilitação pelo Ministério da Saúde e do cumprimento de requisitos administrativos para o início do repasse federal. A pesquisa documental registrou que projetos de NASF do município-polo e de um dos pequenos municípios, aprovados na instância bipartite em 2015, permaneciam aguardando credenciamento federal em dezembro de 2016; a publicação da portaria de credenciamento e o registro no CNES eram condições para o repasse do incentivo.

Outro caso documentado foi o CAPSad III do município-polo: o serviço iniciou suas atividades em maio de 2015 e sua habilitação federal foi publicada apenas em 27 de dezembro de 2016. Durante esse intervalo, segundo os documentos e depoimentos reunidos na tese, o custeio permaneceu a cargo do município. Trata-se, portanto, de evidência documental de uma defasagem entre abertura e habilitação no caso estudado, e não de afirmação geral sobre o financiamento da RAPS.

Além desses elementos documentais, os depoimentos registraram percepções dos gestores acerca da sustentabilidade financeira dos serviços. Um

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

deles explicou os motivos que levaram um município a desistir de sediar um serviço regional:

> Para esse tipo de serviço, a gente tem que planejar não só a construção. Tem que pensar nos equipamentos e na manutenção. A partir do momento que se implanta um serviço, é preciso mantê-lo. O que o governo federal repassa, se colocar na ponta do lápis, não é suficiente. O município sede acabaria tendo de arcar com as despesas, enquanto os outros municípios não contribuiriam, embora seus pacientes fossem atendidos lá (G2).

O depoimento expressa a percepção do gestor sobre insuficiência do incentivo e ausência de divisão regional dos custos. A pesquisa não realizou mensuração contábil que permita comparar, para esse serviço específico, custo efetivo, valor normativo do incentivo e contrapartidas dos demais entes. Por isso, a insuficiência financeira é tratada neste artigo como percepção dos participantes, enquanto os atrasos de habilitação acima descritos são apresentados como situações documentadas.

Nos casos estudados, esses dois planos — a demora documentada de algumas habilitações e a percepção dos gestores de que o custeio poderia ser insuficiente — interferiam nas decisões sobre expansão da rede. O material empírico permite analisar seus efeitos político-institucionais sobre a implementação, mas não sustenta generalizações sobre a suficiência financeira do modelo para outros municípios ou períodos.

Além do financiamento, as capacidades administrativas interferiam na implementação. Nos quatro municípios de pequeno porte, equipes reduzidas e a concentração de diferentes funções em poucos trabalhadores apareciam como dificuldades para planejamento, elaboração de projetos e continuidade das ações.

Cecilio et al. (2007) observam que muitos gestores municipais, especialmente nos pequenos municípios, não contam com uma equipe de governo capaz de planejar, implantar políticas e avaliar os resultados da gestão em saúde. Nessas condições, um único profissional pode concentrar diferentes funções e tornar-se o principal apoio técnico do secretário municipal.

A experiência dos gestores também se mostrou limitada. Mesmo os que haviam participado de cursos de capacitação afirmaram que aprenderam principalmente durante o exercício do cargo, por meio do contato com trabalhadores, técnicos regionais e outros secretários.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

A aprendizagem prática é importante, mas sua centralidade evidencia fragilidade institucional. O tempo necessário para conhecer o SUS, dominar os instrumentos de planejamento, compreender as normas e organizar os serviços pode consumir parte significativa do mandato. A rotatividade agrava esse problema, pois as mudanças frequentes de secretários interrompem processos de aprendizagem, alteram prioridades e fragilizam pactos estabelecidos anteriormente.

Cada novo gestor precisa conhecer a estrutura da Secretaria, os fluxos, os contratos, as pactuações e as demandas. Enquanto isso ocorre, decisões estratégicas podem ser adiadas ou revistas. A implementação passa a depender das iniciativas individuais e das memórias dos trabalhadores que permanecem nos serviços.

Os instrumentos de planejamento poderiam reduzir parte desses efeitos. Entretanto, a pesquisa encontrou situações distintas em relação ao Plano Municipal de Saúde 2014–2017: em um município, o Plano não havia sido elaborado; em outro, o gestor não localizou cópia impressa ou digital do documento; em um terceiro, o Plano estava elaborado, mas ainda não havia sido aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em dezembro de 2016. Apenas dois dos cinco municípios dispunham, no momento da coleta, de Plano elaborado, aprovado pelo Conselho e disponível para consulta. A constatação foi documental e reforçou a desigualdade de institucionalização do planejamento entre os casos.

4.3 Município-polo, pequenos municípios e disputas sobre responsabilidades

A regionalização produz posições distintas dentro da rede. Os municípios-polo concentram serviços especializados e recebem usuários de outros territórios. As cidades de pequeno porte organizam a Atenção Básica e dependem das referências regionais para as demandas mais complexas. Essa distribuição relaciona-se às exigências de escala, capacidade instalada e disponibilidade de profissionais especializados (SOLLA; CHIORO, 2012).

Essa divisão é necessária em um sistema marcado por grandes diferenças populacionais e de capacidade instalada. O problema surge quando não há clareza sobre as responsabilidades de cada parte.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

Na experiência analisada, os cinco municípios pertenciam formalmente ao mesmo consórcio intermunicipal, mas a saúde mental não integrava a carteira de serviços registrada pelo consórcio no período examinado. O município-polo continuava atendendo usuários das quatro cidades de pequeno porte com base em um acordo histórico no qual, inicialmente, trabalhadores vinculados ao arranjo intermunicipal haviam sido disponibilizados como contrapartida. Esses trabalhadores deixaram o serviço e não foram substituídos; o atendimento, entretanto, permaneceu sem contrato ou nova contrapartida formalizada.

Um gestor do município-polo relatou:

> Entra governo, sai governo e os combinados vão se perdendo. São acordos que não foram documentados e muitas vezes as equipes de transição não são comunicadas. A gente continua atendendo porque essas pessoas já são acompanhadas aqui há muito tempo, mas não tem contrapartida, respaldo ou contrato. Precisamos resolver: ou interrompe os atendimentos ou pactua uma contrapartida (G5).

A situação evidenciava uma referência sustentada mais pela continuidade histórica da assistência do que por uma institucionalidade regional estável. Do ponto de vista do município-polo, o atendimento aos usuários externos ampliava a demanda sem que houvesse contrapartida definida. Do ponto de vista dos pequenos municípios, aquela referência era percebida como parte de uma relação consolidada ao longo dos anos.

Os discursos, contudo, não eram inteiramente convergentes. O município-polo enfatizava a sobrecarga e a ausência de respaldo formal. Já trabalhadores dos municípios de origem reconheciam a sobrecarga, mas também afirmavam que o polo constituía sua referência histórica e que parte dos problemas decorria tanto da gestão local quanto da gestão do serviço regional. Essa divergência é relevante porque mostra que a noção de “responsabilidade” era construída de forma diferente conforme a posição ocupada na rede.

> [...] A gente tem [o município-polo] como referência na saúde mental. Nós entendemos que [o município-polo] está sobrecarregado. Mas nossa referência é lá. Fazemos parte do Consórcio. Então, do lado de cá, a gente entende que nós temos o direito. Mas, infelizmente, nem todos os nossos pacientes conseguem atendimento lá. Temos vários problemas, e eu sei que parte é de nossa gestão, e parte é da gestão de lá. Hoje em dia, a gente só manda paciente para [o serviço regional] quando a gente vê que aqui não tem suporte mesmo! (T2).

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

Lidos em conjunto, os enunciados de G5 e T2 não funcionam apenas como confirmações de um mesmo fato: eles produzem sentidos concorrentes para a cooperação regional. Um fala a partir do lugar institucional que recebe a demanda e enfatiza ausência de contrato e contrapartida; o outro fala a partir do território dependente da referência, reconhece a sobrecarga, mas reivindica o acesso e admite responsabilidades compartilhadas pelos dois lados. Essa diferença ajuda a compreender a disputa em torno de quem deveria assumir os custos e a continuidade do cuidado.

Ao mesmo tempo, o município-polo restringiu, em determinadas situações, serviços recém-implantados à sua própria população, argumentando que a inclusão dos usuários regionais tornaria a demanda incompatível com sua capacidade. Nos casos analisados, essa decisão era compreensível a partir dos limites do município-sede, mas ampliava os vazios assistenciais experimentados pelas cidades vizinhas.

Nos casos analisados, portanto, a regionalização não eliminou as desigualdades; em determinadas situações, apenas as reorganizou. O polo concentrava equipamentos e sobrecarga, enquanto os pequenos municípios permaneciam dependentes de serviços externos. Essas posições não são interpretadas como resultado de qualidades morais de gestores individuais, mas como efeitos das relações entre autonomia municipal, financiamento, capacidade administrativa, critérios populacionais e fragilidade dos mecanismos de cooperação (DOURADO; ELIAS, 2011; LIMA et al., 2012).

4.4 Vazios assistenciais e respostas municipais fragmentadas

Para fins deste artigo, “vazio assistencial” não é utilizado apenas como sinônimo de ausência física de equipamento. A leitura comparada dos casos permitiu organizar os achados em pelo menos cinco formas relacionadas: vazios de oferta, quando determinado ponto de atenção não existia; vazios de implantação, quando o serviço havia sido pactuado ou projetado, mas não se materializara; vazios de sustentabilidade, associados a habilitação, custeio e capacidade administrativa; vazios de articulação, quando serviços existentes não se comunicavam adequadamente; e vazios de corresponsabilização, quando o encaminhamento

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

produzia transferência do caso sem continuidade compartilhada. Essa sistematização reorganiza evidências já presentes na pesquisa original.

Essas formas não apareciam isoladamente. Um serviço podia estar ausente porque o município não atingia os critérios então vigentes; uma pactuação podia não se concretizar pela indefinição sobre sede e custeio; ou um equipamento existente podia funcionar de maneira fragmentada em razão de problemas de referência e contrarreferência. Assim, a análise evita atribuir todos os vazios a uma única causa.

No município-polo, o levantamento realizado pela tese, com base na configuração da Portaria nº 3.088/2011 então vigente, registrou pelo menos um vazio em cada um dos componentes da RAPS: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011). Isso não significa que todos os pequenos municípios fossem elegíveis para implantar todos esses dispositivos; parte da questão regional decorria justamente dos critérios de implantação e da dependência do município-polo.

Entre os grupos para os quais os vazios apareceram de forma mais nítida estavam crianças e adolescentes e pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

No caso infantojuvenil, não havia CAPSi no recorte regional investigado. Os municípios dependiam de referência localizada na capital do estado para consultas psiquiátricas e, quando necessário, internação. O Tratamento Fora de Domicílio era mobilizado para o deslocamento. Em um dos casos, os depoimentos indicaram que escolas chegavam a organizar o agendamento junto ao serviço externo, enquanto a Secretaria de Saúde providenciava o transporte. O dado evidencia articulação com a educação, mas também uma fragilidade na coordenação sanitária do fluxo.

Essas estratégias respondiam a necessidades imediatas, mas não constituíam, por si, uma política regional integrada. As informações sobre as experiências das crianças, adolescentes e famílias são mediadas por gestores e trabalhadores, pois esses sujeitos não foram entrevistados diretamente.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

Na atenção às pessoas que faziam uso prejudicial de álcool e outras drogas, a implantação do CAPSad III no município-polo, em maio de 2015, representou ampliação da oferta local. Entretanto, o serviço passou a atender exclusivamente moradores do município-sede, interrompendo a referência anteriormente utilizada pelas quatro cidades de pequeno porte. Para esses casos, o avanço da capacidade instalada do polo não significou automaticamente ampliação do acesso regional.

Três dos quatro municípios de pequeno porte mencionaram, nos depoimentos, o recurso a comunidades terapêuticas como uma das respostas utilizadas diante da ausência de referência especializada local. As relações descritas eram predominantemente informais, com participação importante das famílias na negociação da vaga e, em algumas situações, no custeio. Esses estabelecimentos não são tratados neste artigo como equivalentes ao CAPS ou como substitutos da RAPS; aparecem apenas como uma resposta concreta mencionada pelos participantes no período investigado.

O material reunido não permitiu caracterizar de modo homogêneo natureza jurídica, financiamento, fiscalização e articulação territorial de todas as comunidades terapêuticas citadas. Por essa razão, sua presença é apresentada de forma delimitada, sem generalizar características entre instituições diferentes.

Os vazios também afetavam os serviços existentes. A sobrecarga da referência especializada produzia espera para consultas psiquiátricas e estimulava respostas distintas entre os municípios: contratação de psiquiatra local, organização de ambulatório, compra de consultas particulares ou licitação de atendimento em outra cidade. Essas soluções podiam reduzir a espera em cada território, mas também tornavam visíveis diferenças de capacidade financeira e administrativa entre os casos.

A comparação mostrou, assim, que um problema regional comum podia gerar estratégias municipais diferentes. Em vez de uma resposta única, a rede assumia configurações locais particulares, confirmando o caráter ativo e contingente da implementação discutido por Frey (2000), Arretche (2001) e Baptista e Mattos (2011).

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

4.5 Atenção Primária, território e intersetorialidade

Nos cinco casos, gestores e trabalhadores apontaram predominantemente os dispositivos de Atenção Primária como porta de entrada preferencial para o cuidado das pessoas com transtorno mental nos períodos de estabilidade. Estratégias de Saúde da Família e unidades básicas realizavam acolhimento, acompanhamento, renovação de receitas e visitas domiciliares; os agentes comunitários de saúde apareciam com frequência nos relatos por conhecerem o território e manterem contato continuado com usuários e famílias.

A capilaridade da Atenção Primária permitia que o cuidado ultrapassasse o espaço físico das unidades. Os depoimentos descreveram visitas de agentes comunitários, enfermeiros e médicos, acompanhamento de faltas, apoio para obtenção de medicamentos e, em situações de maior vulnerabilidade, auxílio na organização da terapêutica medicamentosa. Esses achados mostram que, no período investigado, a APS não funcionava apenas como setor de encaminhamento ao serviço especializado.

A pesquisa também identificou limites. Parte importante dos relatos sobre visitas domiciliares concentrava-se no uso de psicofármacos, na renovação de receitas e na frequência às consultas psiquiátricas. A própria tese problematizou essa centralidade, destacando que a proximidade territorial poderia também favorecer a compreensão das dimensões familiares, sociais e culturais das necessidades de cuidado.

As atividades coletivas variavam entre os municípios. Em três casos, os participantes mencionaram dificuldades de adesão das pessoas com transtorno mental aos grupos, relacionadas inclusive ao estigma e à resistência de usuários e familiares. Em um dos municípios de pequeno porte, que possuía NASF III, equipes da ESF e do NASF realizavam grupos de lazer e atividade física dos quais os usuários da saúde mental participavam junto com outros moradores, experiência interpretada positivamente pelos entrevistados.

Nos quatro municípios de pequeno porte, gestores e trabalhadores relataram ainda contato frequente entre as equipes de saúde e os Centros de Referência de Assistência Social. Oficinas, grupos e intervenções do Serviço Social do CRAS eram

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

acionados em situações nas quais as necessidades extrapolavam o campo estrito da saúde. Esses dados evidenciam uma dimensão intersetorial do cuidado territorial, ainda que construída com os recursos efetivamente disponíveis em cada município.

Os registros da pesquisa, entretanto, não permitem descrever de forma sistemática a existência, frequência ou formato de reuniões de matriciamento entre CAPS e APS, discussão compartilhada de casos, supervisão, apoio remoto ou Projeto Terapêutico Singular. Como essas informações não foram produzidas de maneira suficiente no estudo original, o artigo não as acrescenta retrospectivamente como práticas existentes. Esse limite deve ser considerado na interpretação do papel da Atenção Primária.

4.6 Referência, contrarreferência e continuidade do cuidado

A existência de serviços em diferentes municípios não constitui, por si só, uma rede. Para que a RAPS funcione, é necessário que os pontos de atenção se comuniquem, articulem suas intervenções e compartilhem responsabilidades. A concepção de Rede de Atenção à Saúde pressupõe justamente a interconexão entre estabelecimentos e níveis de atenção, orientada à integralidade do atendimento (SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2013).

Nas situações de crise, os usuários dos municípios de pequeno porte eram encaminhados ao serviço especializado localizado no município-polo. Diferentes depoimentos relataram dificuldades de comunicação no retorno: equipes de origem nem sempre recebiam informações sobre atendimento, permanência, alta ou orientações para continuidade. A abrangência do problema é apresentada conforme esses relatos, sem afirmar que toda transferência ocorria sem contrarreferência.

Uma trabalhadora relatou:

> Quando é caso de crise, a gente encaminha para o CAPS do município-polo. Mas há uma grande falha na comunicação. Muitas vezes você encaminha uma pessoa e depois não tem mais notícia. Quando o paciente recebe alta e volta sem encaminhamento, o caso pode se perder. Fica muito na sorte ou no azar ter uma estabilização lá e um acompanhamento aqui (T4).

Em parte das situações narradas, a falta de contrarreferência dificultava a corresponsabilização entre o serviço especializado e a Atenção Primária. A continuidade do cuidado acabava dependendo das informações transmitidas pela

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

família ou pelo próprio usuário. A tese registrou que o fluxo formal previa formulário próprio de referência e contrarreferência, mas trabalhadores de diferentes serviços afirmaram não receber o retorno em alguns casos.

Os relatos sobre crise permitiram detalhar parte desse percurso: a família ou a ESF identificava a desestabilização; o usuário podia passar inicialmente por unidade local ou pronto atendimento; o serviço especializado do polo avaliava a necessidade de medicação, retorno ao município, cuidado intensivo no CAPS ou permanência para estabilização. Em um episódio, uma trabalhadora descreveu deslocamentos sucessivos entre serviços ao longo do dia, internação por dez dias e dificuldade para obter informações após o encaminhamento, o que a levou a procurar o serviço acompanhada da mãe da usuária. O episódio ilustra o efeito da comunicação insuficiente sobre transporte, tempo e continuidade, sem ser tomado como padrão de todos os casos.

Essa fragmentação contrariava, no contexto normativo então analisado, a perspectiva do cuidado integral. A estabilização dos sintomas constituía uma etapa importante, mas não esgotava as necessidades da pessoa com transtorno mental. O retorno ao território podia requerer acompanhamento, apoio familiar, acesso aos medicamentos, inserção comunitária e articulação com recursos de outras políticas públicas, tal como pressupunha a organização da RAPS (BRASIL, 2011b).

A pesquisa registrou como meios concretos de comunicação o formulário de referência e contrarreferência e contatos telefônicos realizados por trabalhadores. Não foram produzidos dados sistemáticos sobre prontuário eletrônico, e-mail institucional ou outras tecnologias integradas; por isso, a análise não atribui retrospectivamente as falhas de comunicação à ausência de sistemas que não foram investigados. O problema empiricamente sustentado foi a descontinuidade das informações entre serviços e equipes.

Os depoimentos indicaram, portanto, dificuldades nos dois sentidos do fluxo: trabalhadores dos municípios de origem relataram ausência de retorno do serviço especializado e, em um dos municípios, os próprios profissionais locais demonstravam desconhecimento sobre o fluxo do serviço regional. Alguns participantes utilizaram a expressão “empurroterapia” para nomear, de forma

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

coloquial, situações em que o usuário era encaminhado entre serviços sem definição clara de continuidade. O termo é mantido apenas como categoria nativa dos entrevistados, e não como conceito analítico.

4.7 Implicações analíticas para uma regionalização cooperativa

As implicações a seguir são formuladas a partir dos mecanismos observados nos casos de 2013 a 2016. Não constituem protocolo atual de organização da RAPS nem substituem a normativa posterior ao período da pesquisa; representam desdobramentos analíticos coerentes com os problemas identificados no material empírico.

4.7.1 Institucionalização dos pactos

A experiência estudada sugere que compromissos regionais sustentados apenas por entendimentos verbais, relações pessoais ou acordos entre gestores específicos ficam mais expostos à descontinuidade. Nos casos analisados, a formalização de serviços, municípios atendidos, critérios de acesso, responsabilidades e formas de financiamento aparece como condição para reduzir a dependência de memórias individuais e de mudanças de governo.

4.7.2 Divisão transparente dos custos

Os conflitos observados indicam a importância de explicitar como os custos de um serviço regional são distribuídos. Quando o município-sede assume despesas e recebe usuários externos sem contrapartida claramente pactuada, amplia-se a possibilidade de disputa e restrição do acesso. A pesquisa não definiu um modelo de rateio, mas demonstrou a necessidade de tornar custos e responsabilidades objeto explícito da pactuação.

4.7.3 Financiamento e previsibilidade do custeio

Os casos documentados de espera pela habilitação e os relatos sobre custeio mostram que a previsibilidade financeira interfere na disposição dos municípios para implantar ou ampliar serviços. A análise sustenta a necessidade de considerar, nos

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

pactos, não apenas a implantação do equipamento, mas também sua manutenção e as responsabilidades dos diferentes entes, sem extrapolar para estimativas financeiras que a pesquisa não produziu.

4.7.4 Capacidade administrativa e apoio técnico

As diferenças de capacidade administrativa encontradas sugerem que a descentralização de responsabilidades precisa considerar as condições técnicas disponíveis em cada município. Nos pequenos casos estudados, a concentração de tarefas em poucos trabalhadores e a rotatividade de gestores fragilizavam planejamento e continuidade, reforçando a importância de mecanismos de apoio técnico e de preservação da memória institucional (CECILIO et al., 2007).

4.7.5 Continuidade institucional das decisões

As mudanças de governo observadas mostram a importância de mecanismos que preservem a memória e permitam reavaliar pactos sem que eles desapareçam simplesmente com a substituição dos gestores. Nos casos estudados, a continuidade das decisões dependia, em parte, do grau de institucionalização dos compromissos assumidos.

4.7.6 Comunicação entre os serviços

A análise dos fluxos indica que referência e contrarreferência precisam ser assumidas como responsabilidades institucionais. O material empírico mostrou que o encaminhamento sem retorno de informações fragilizava o acompanhamento no território; por isso, o registro do caso, a comunicação entre equipes e a definição do responsável pela continuidade aparecem como dimensões centrais da corresponsabilização.

4.7.7 Responsabilização compartilhada pelo cuidado

Os casos analisados sugerem que a referência especializada não deve significar transferência integral da responsabilidade. O município de origem permanecia necessário para o acompanhamento territorial, enquanto o serviço de

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

referência concentrava recursos especializados. A continuidade dependia da articulação entre essas funções, e não da atribuição exclusiva do caso a um dos lados.

4.7.8 Saúde mental nos arranjos intermunicipais

A experiência estudada recomenda distinguir a simples participação em um consórcio da existência de uma pactuação específica da saúde mental. No período investigado, os municípios eram consorciados, mas a carteira formal do consórcio não incorporava os serviços de saúde mental utilizados como referência. A cooperação nessa área permanecia apoiada em acordos históricos. Essa distinção deve ser explicitada sempre que se analisem arranjos intermunicipais (BRASIL, 1997; LIMA, 2000).

4.8 Limitações do estudo

A principal limitação decorre do caráter histórico do material: entrevistas e documentos empíricos foram produzidos entre 2013 e 2016. O artigo não pretende descrever a configuração atual da RAPS nos municípios pesquisados nem projetar automaticamente para o presente critérios populacionais, serviços existentes, fluxos ou pactuações daquele período. Sua contribuição é analítica, voltada à compreensão dos mecanismos observados na implementação.

O desenho original não incluiu entrevistas com usuários e familiares; suas trajetórias aparecem mediadas pelos discursos de gestores e trabalhadores. Também não produziu mensuração contábil sistemática dos custos dos serviços, inventário numérico único de todos os documentos loco-regionais, reconstrução completa do funcionamento das CIR, registro padronizado da duração de todas as entrevistas ou dados suficientes para caracterizar, de forma comparável entre os cinco casos, matriciamento, Projeto Terapêutico Singular, atenção hospitalar e tecnologias de informação. Onde essas evidências não existiam, o artigo restringiu suas conclusões em vez de preenchê-las retrospectivamente.

Finalmente, a identificação territorial poderia aumentar o risco de reconhecimento indireto dos participantes, especialmente em municípios de pequena

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

população e com poucos ocupantes de determinados cargos. Por isso, os casos são apresentados de forma anonimizada e os resultados privilegiam posições institucionais e padrões de implementação, preservando apenas as características necessárias à comparação.

5. Conclusão

A descentralização da política de saúde conferiu aos municípios posição central na implementação do SUS. Nos cinco casos analisados, essa responsabilidade encontrava condições muito desiguais de população, capacidade instalada, organização administrativa e disponibilidade de serviços, tornando quatro municípios de pequeno porte dependentes de uma referência regional em saúde mental (SOUZA, 2004; LIMA et al., 2012).

A análise histórico-institucional permitiu observar que essa dependência não era, em si, incompatível com a regionalização. O problema aparecia quando a referência especializada não vinha acompanhada de pactos estáveis, divisão reconhecida das responsabilidades, comunicação entre equipes e mecanismos capazes de sustentar as decisões ao longo das mudanças de governo.

A existência formal do consórcio não assegurava, por si só, uma rede integrada de saúde mental. No período estudado, os serviços de saúde mental não integravam sua carteira formal, embora os usuários dos pequenos municípios fossem historicamente encaminhados ao polo. Essa distinção ajuda a compreender por que a continuidade dos atendimentos podia coexistir com ausência de contrato e contrapartida claramente definidos.

A autonomia municipal aparecia, portanto, de forma ambivalente. Ela permitia respostas ajustadas às condições locais, mas também possibilitava recusa de pactos, criação de soluções isoladas e revisão de compromissos após mudanças de governo. O município-polo enfatizava sobrecarga e custos; os municípios de origem reconheciam parte desses limites, mas também reivindicavam a referência e identificavam responsabilidades dos dois lados. Essas posições concorrentes compunham o próprio processo de implementação.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

No plano financeiro, os dados sustentaram duas conclusões de natureza diferente: houve situações documentadas de defasagem entre implantação e habilitação de serviços, enquanto a afirmação de insuficiência dos repasses apareceu principalmente como percepção de gestores. A distinção entre evidência documental e avaliação dos participantes evita transformar relatos de dificuldade em mensuração objetiva que a pesquisa não realizou.

Mesmo quando os serviços existiam, a integração não estava assegurada. Relatos de diferentes equipes apontaram falhas de contrarreferência e dificuldades para acompanhar o usuário após o atendimento especializado. Ao mesmo tempo, a Atenção Primária realizava acompanhamento territorial, visitas domiciliares e articulações intersetoriais, demonstrando que o funcionamento da RAPS, naquele contexto, não podia ser reduzido à presença ou ausência de CAPS.

Os achados reforçam, assim, que uma Rede de Atenção Psicossocial não se constitui apenas pela presença de equipamentos distribuídos no território. Nos casos analisados, sua efetividade dependia das relações entre serviços e entes federados, dos fluxos de informação, do planejamento, da capacidade administrativa e da corresponsabilização pelo cuidado (BRASIL, 2011; SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2013).

Regionalizar, nesse sentido, não significava simplesmente encaminhar usuários de um município para outro. Significava organizar coletivamente respostas para necessidades que os pequenos municípios não conseguiam enfrentar isoladamente, sem transformar o município-polo em responsável exclusivo pelo cuidado.

A experiência de 2013 a 2016 mostrou que o cuidado precisava permanecer compartilhado ao longo do percurso assistencial. O deslocamento intermunicipal não deveria converter o usuário em responsabilidade exclusiva do serviço de destino, assim como a existência de uma referência regional não eximia o município de origem do acompanhamento no território. A responsabilidade pelo cuidado precisava ser construída entre os diferentes pontos e gestores da rede.

Entre autonomia municipal e cooperação regional havia, portanto, uma tensão constitutiva da implementação. Os dados históricos não permitem afirmar como essa

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

tensão se apresenta atualmente nos municípios estudados, mas evidenciam mecanismos — fragilidade de pactos, desigualdade de capacidades, disputa de responsabilidades, dependência do polo e falhas de continuidade — que ajudam a analisar os desafios da regionalização em contextos municipais heterogêneos.

Referências

Abrucio, Fernando Luiz, e Valeriano M. Ferreira Costa. *Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro*. Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung, 1998.

Abrucio, Fernando Luiz. "A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula." *Revista de Sociologia e Política*, no. 24, 2005, pp. 41-67.

Albuquerque, Mariana Vercesi de. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2013. Tese (Doutorado).

Araújo, José Luiz, e Rômulo Filho Maciel. "Developing an operational framework for policy analysis." *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, vol. 1, no. 3, 2001, pp. 203-221.

Arretche, Marta Tereza da Silva. "Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo." *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 14, no. 40, 1999.

Arretche, Marta Tereza da Silva. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Revan / FAPESP, 2000.

Arretche, Marta Tereza da Silva. "Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas." *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*, organizado por Maria Cecília Roxo Nobre Barreira e Maria do Carmo Brant de Carvalho, IEE/PUC-SP, 2001, pp. 41-55.

Baptista, Tatiana W. Faria, e Ruben Araújo Mattos. "Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas)." *Caminhos para análise das políticas de saúde*, organizado por Tatiana W. Faria Baptista e Ruben Araújo Mattos, 2011, pp. 52-91.

Baptista, Tatiana W. Faria, e Mônica de Rezende. "A ideia de ciclo na análise de políticas públicas." *Caminhos para análise das políticas de saúde*, organizado por Tatiana W. Faria Baptista e Ruben Araújo Mattos, 2011, pp. 138-172.

Brasil. Ministério da Saúde. *O Consórcio e a gestão municipal em saúde*. Ministério da Saúde, 1997.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. CONASS, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. "Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)." 2011.

Brasil. Presidência da República. "Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências." 2011.

Cecilio, Luiz Carlos de Oliveira, et al. "O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios." *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, vol. 1, no. 2, 2007, pp. 200-207.

Dourado, Daniel de Araujo, e Paulo Eduardo Mangeon Elias. "Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro." *Revista de Saúde Pública*, vol. 45, no. 1, 2011, pp. 204-211.

Flexor, Georges, e Sérgio Pereira Leite. *Análise de políticas públicas: breves considerações teórico-metodológicas. Avaliando a gestão das políticas agrícolas no Brasil: uma ênfase no papel dos policy-makers*. Relatório Final de Pesquisa, 2006.

Foucault, Michel. *Arqueologia do saber*. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves, Forense Universitária, 1995.

Foucault, Michel. *A ordem do discurso: aula inaugural do Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio, 2. ed., Edições Loyola, 1996.

Frey, Klaus. "Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil." *Planejamento e Políticas Públicas*, no. 21, 2000, pp. 211-259.

Gil, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed., Atlas, 2008.

IBGE. "Censo 2016." *IBGE*, 2016, http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/home-cidades. Acesso em: 22 out. 2016.

Lima, Ana Paula Gil de. "Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde." *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 16, no. 4, 2000, pp. 985-996.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 19/08/2026 - **Accepted:** 18/09/2026
Vol: 13.20
DOI: 10.66104/76rgab71
Pages: 1-33

Lima, Luciana Dias de, et al. “Regionalização da saúde no Brasil.” *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, organizado por Lígia Giovanella et al., 2. ed., rev. e ampl., Fiocruz, 2012, pp. 823-852.

Minayo, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed., Hucitec, 2013.

Noronha, José Carvalho, Luciana Dias de Lima, e Cristiani Vieira Machado. “O Sistema Único de Saúde - SUS.” *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, organizado por Lígia Giovanella et al., 2. ed., rev. e ampl., Fiocruz, 2012, pp. 365-393.

Paraíso, Marlucy Alves. *Currículo e mídia educativa brasileira: poder, saber e subjetivação*. Argos, 2007.

Pereira, Potyara Amazoneida P. “Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania.” *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*, organizado por Elaine Rossetti Behring et al., 2. ed., Cortez, 2009.

Silva, Pedro Luiz Barros, e Marcus André Barreto Melo. *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos*. NEPP/Unicamp, 2000. Caderno 48.

Silva, Silvio Fernandes, e Helvécio Miranda Magalhães Júnior. “Redes de atenção à saúde: importância e conceitos.” *Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS*, organizado por Silvio Fernandes Silva et al., 2. ed., Saberes, 2013.

Solla, Jorge, e Arthur Chioro. “Atenção ambulatorial especializada.” *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, organizado por Lígia Giovanella et al., 2. ed., rev. e ampl., Fiocruz, 2012, pp. 547-608.

Souza, Celina. “Governos locais e gestão de políticas sociais universais.” *São Paulo em Perspectiva*, vol. 18, no. 2, 2004, pp. 27-41.

Walt, Gil, e Lúcio Gilson. “Reforming the health sector in developing contries: the central role of policy analysis.” *Health Policy and Plonning*, vol. 4, no. 9, 1994, pp. 353-370.

Viana, Ana Luiza D’Ávila, Luciana Dias de Lima, e Roberta Gondim de Oliveira. “Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro.” *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 7, no. 3, 2002, pp. 493-507.

CC BY