

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

PATRÍCIA FREITAS MENDES

**ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES DE UMA REGIONAL DE SAÚDE
DO ESTADO DE GOIÁS NA GOVERNANÇA INTERFEDERATIVA DA
REGIÃO**

GOIÂNIA

2018

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRONICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autora, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: PATRÍCIA FREITAS MENDES

Título do trabalho: ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES DE UMA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS NA GOVERNANÇA INTERFEDERATIVA DA REGIÃO

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Patrícia Freitas Mendes

Assinatura da autora²

Ciente e de acordo:

Edsaura Ma Pereira

Assinatura da orientadora²

Mari Lúcia Batista A. Silva

Assinatura da coorientadora²

Data: 14 de Janeiro de 2019

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente
- Submissão de artigo em revista científica
- Publicação como capítulo de livro
- Publicação da dissertação/tese em livro

²A assinatura deve ser escaneada.

PATRÍCIA FREITAS MENDES

**ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES DE UMA REGIONAL DE SAÚDE
DO ESTADO DE GOIÁS NA GOVERNANÇA INTERFEDERATIVA DA
REGIÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

Orientadora: Professora Dra. Edsaura Maria Pereira

Coorientadora: Professora Ms. Marilúcia Batista Antônio Silva

GOIÂNIA

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

FREITAS MENDES, PATRÍCIA
ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES DE UMA REGIONAL DE SAÚDE
DO ESTADO DE GOIÁS NA GOVERNANÇA INTERFEDERATIVA DA
REGIÃO [manuscrito] / PATRÍCIA FREITAS MENDES. - 2018.
CXI, 111 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. EDSAURA MARIA PEREIRA; co
orientadora MARILÚCIA BATISTA ANTÔNIO SILVA.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto
de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2018.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, mapas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de
figuras, lista de tabelas.

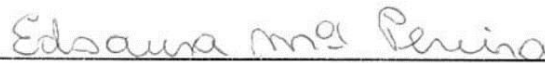
1. Saúde Coletiva. 2. Descentralização. 3. Regionalização. 4.
Governança. I. MARIA PEREIRA, EDSAURA, orient. II. Título.

CDU 614

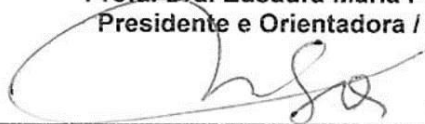


**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA**

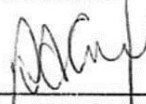
Aos 14 dias do mês de dezembro de 2018, as 15h30, na sala 403 do IPTSP – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/UFG – Goiânia - Go, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Edsaura Maria Pereira (Presidente da Banca e Orientadora), Dr. Revalino Antônio de Freitas (Membro Externo), Dra. Marta Roverly de Souza (Membro Interno). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: “**Análise das contribuições de Uma Regional de Saúde do Estado de Goiás na Governança Interfederativa da Região**”, em nível de **Mestrado**, área de concentração **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**, de autoria de **Patrícia Freitas Mendes**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta da mestrande. Terminada a exposição da mestrande e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata APROVADA (**Aprovada ou Reprovada**). Cumprindo as formalidades de pauta, às 17:40 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.



Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira
Presidente e Orientadora / UFG



Profa. Dra. Marta Roverly de Souza
Membro Interno



Prof. Dr. Revalino Antônio de Freitas
Membro Externo

Se a minha boca estivesse cheia de canto como o mar
E a minha língua de júbilo, como o bramido das ondas
E os meus lábios de louvor, como a amplidão do firmamento
E os meus olhos resplandessem como o sol e a lua
E as minhas mãos se estendessem como as águias do céu
E os meus pés fossem ligeiros como os das corças
Ainda assim eu não conseguiria Te agradecer

Senhor, meu Deus e Deus dos meus pais

E bendizer Teu nome
Por uma infinitésima parte
Dos benefícios que me faz todos os dias da minha vida

Uma pequena homenagem a grandes personagens...

Importantes hoje e sempre!

Meus Pais

Obrigada por me dar a vida por meio dessa força que os uniu. Eu me curvo diante dela e agradeço o resultado do amor de vocês: gratidão pela vida! Obrigada por nossa família e por fazer dela a melhor do mundo. Obrigada pelas dificuldades que me fizeram crescer e me prepararam para a vida. Olhando para mim hoje eu reconheço você, mamãe, e reconheço você, papai, em evidência dentro de mim, e em mim vocês permanecerão sempre juntos e por toda a minha existência. Cheguei até aqui porque o que me deram foi infinitamente maior do que o que não puderam me dar.

Meus Irmãos e Sobrinhas

Tú, meu amado irmão. Obrigada pelas constantes demonstrações de afeto, cuidado, carinho e bem querer que são, também, incentivo e estímulo. Obrigada pela sua solidariedade e disposição de sempre. Obrigada pelas três pedrinhas preciosas que você incluiu em nossa vida. E obrigada a elas por tornarem meus dias mais doces e brilhantes. **Bia**, grande companheira de vida, amiga, cúmplice, poeta... Irmã! A melhor parte de ter você é poder compartilhar. Obrigada por não ser ausente mesmo estando distante. Por compartilhar comigo suas formas de escrever e por me acalmar com sua reconfortante frase: "Pode ficar pior". Você é um misto de alegria, amor e humor na minha vida.

Meu Filho Amado

Meu mais profundo, visceral, urgente e prioritário amor. Se eu pudesse escolher um filho com as melhores qualidades, eu não acertaria tanto. Sou tão grata por ter a oportunidade de ser sua mãe. Desde que você apareceu eu não consegui mais parar de te olhar. Muito obrigada por compreender minha ausência e comemorar com entusiasmo todos os momentos que estamos juntos. **Teo**, eu te amo tudo e te amo infinito!

AGRADECIMENTOS

Meu profundo agradecimento à minha orientadora **Edsaura Maria Pereira** pelo seu apoio, discernimento e esclarecimento que estiveram presentes em todo percurso, impulsionando-me a ir em frente e atingir o objetivo desse projeto. Obrigada por me acolher em sua casa e no seu dia-a-dia;

À minha coorientadora **Marilúcia Batista Antônio Silva**. Considero um privilégio ter a cooperação dessa pessoa que valorizou cada passo compartilhado. Agradeço a dedicação de seu tempo a essa pesquisa;

À professora **Marta Roverly de Souza**. Obrigada por ver a particularidade no todo. Obrigada pela generosidade, influência positiva, atitude e carisma. Obrigada por estimular uma pessoa comum a desenvolver habilidades extraordinárias;

À professora **Carla Guimarães**, membro da minha banca de qualificação. Obrigada pelas orientações, recomendações, dedicação e prontidão. Suas considerações foram fundamentais para essa pesquisa;

Ao professor **Revalino Antônio Freitas**, membro externo da minha banca de defesa por se disponibilizar com tanta presteza e atenção. Obrigada por fazer parte da minha história mesmo sem me conhecer;

Aos professores, equipe do mestrado e colegas da turma 6 que foram indispensáveis no alcance desse resultado;

Ao **OCTETO**, meus amigos do coração... **Aline, Biancarla, Cláudio, Isadora, Luciano, Quéren e Renata**. Obrigada pelo sentimento de unidade e o prazeroso convívio. Por passear pela cidade, pela casa pra almoçar e descansar, e pelo brigadeiro de colher feito na hora. Obrigada pelo colo, pelo ombro e pela força. Sou abençoada por conhecer vocês;

Aos amigos **RESILIENTES...** **Daniela, Divino, Flavianne, Jaqueline, Mara, Núbia, Patrick, Rafaella e Wladimir** – Os momentos que passamos juntos me fazem crescer como pessoa e como profissional. Aprendo com vocês lições de responsabilidade, determinação, diligência, persistência e respeito. Vocês são muito especiais e são amigos do trabalho para a vida!

Às amigas-irmãs, que a vida me deu de presente: **Beneyde, Catia, Juliana, Lucilene, Patrícia Helena, Vanessa, Tia Paula e Daiana**. Obrigada pelas inúmeras

mensagens de incentivo e pelas orações. Eu recebi toda energia que dedicaram a mim. Obrigada por sempre estar nos bastidores;

À **SES/GO, GERNACE e Regional de Saúde Pireneus** por possibilitar e permitir a execução dessa pesquisa;

Aos colegas da Regional de Saúde Pireneus, CIR Pireneus, CIB Goiás e demais participantes dessa pesquisa por dividir comigo suas impressões acerca do tema do trabalho.

***A força da minha vida
Vem da mais íntima e profunda
Adoração a Deus***

MENDES, P.F. **Análise das contribuições de uma regional de saúde do Estado de Goiás na governança interfederativa da região.** [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado de Saúde (UG/NESC/SES) Goiânia; 2018.

RESUMO

Introdução: A Secretaria de Saúde de Goiás possui 18 Regionais de Saúde atuando como apoio administrativo para articular, aperfeiçoar e planejar a oferta dos serviços de saúde, identificando prioridades para intervenção de modo a possibilitar maior acesso dos cidadãos aos serviços. A Regional de Saúde Pireneus, situada na macrorregião Centro-norte é responsável pelo apoio a uma região que contempla dez municípios, com uma população de 500.652 pessoas. A compreensão acerca do potencial da Regional de Saúde como participante de orientações das ações da saúde coletiva na região pode favorecer a cooperação de cada uma das partes que compõe a região de saúde. **Objetivo:** Analisar a atuação da Regional de Saúde Pireneus do Estado de Goiás frente ao processo de regionalização do SUS. **Metodologia:** Estudo misto, descritivo, qualitativo, utilizando questionário aplicado aos servidores da Regional de Saúde Pireneus, pesquisa documental e entrevista em grupo focal com representantes dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde e instâncias colegiadas de articulação interfederativa (CIB, CIR e COSEMS). A análise e compreensão dos dados coletados se deram pela categorização das informações, através de planilhas e figuras formuladas no Microsoft Office (Excel) e pela utilização do software MAXQDA 2018. **Resultados:** Foi possível correlacionar o perfil demográfico e a força de trabalho da Regional de Saúde Pireneus, relacionar as ações realizadas e o nível de satisfação dos servidores e discutir as relações político-administrativas da Regional de Saúde Pireneus. Quanto às contribuições da Regional de Saúde para a região a ela jurisdicionada observou-se que a equipe possui capacidade técnica suficiente para o apoio aos municípios e região e realiza função administrativa e de apoio à região. Quanto às fragilidades apontadas destacam-se, pouca integração entre os setores da regional, dificuldade no monitoramento das ações e serviços realizados por esta regional e ausência do diagnóstico situacional da região com realização das ações de acordo com a demanda devido à insuficiência de recursos humanos. **Considerações Finais:** Essa pesquisa contribuiu para identificar pontos fortes e fragilidades da Regional de Saúde Pireneus com vistas a subsidiar a delimitação das suas responsabilidades e atribuições. Considera-se a importância de ampliar a capacidade técnica dos profissionais que trabalham na Regional estudada, institucionalizar processos de planejamento em todos os setores utilizando o monitoramento e avaliação das ações executadas, fortalecendo e incentivando o maior comprometimento dos servidores da instituição. Essa ação pode contribuir com o apoio às necessidades técnicas dos municípios, impulsionando a organização dos serviços de saúde de forma regional definida pelos municípios e estado, na efetivação, consolidação e gerenciamento das redes de atenção à saúde segundo as necessidades da região.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Descentralização; Regionalização; Governança.

MENDES, PF. **Analysis of the contributions of a regional health service of the State of Goiás in the governance of the region.** [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Master's Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Secretaria de Estado de Saúde (UFG/NES/SES) Goiânia; 2018.

ABSTRACT

Introduction: The Health Department of Goiás has 18 Health Regions acting as administrative support to articulate, refine and plan the health services offer, identifying priorities for intervention in order to allow greater access of citizens to services. The Pireneus Health Region, located within the central-north macroregion, is responsible for supporting a region that includes 10 municipalities, with a population of 500,652 people. Understanding the potential of Regional Health as a participant in guidelines for collective health actions in the region may favor the cooperation of each of the parts that make up the health region. **Objective:** To analyze the performance of the Regional of Pireneus Health of the State of Goiás before the process of regionalization of SUS. **Methodology:** Mixed, descriptive and qualitative study, using questionnaire applied to the servers of the Regional Health of the Pyrenees; documentary research and focal group interview with representatives of the workers of the Unified Health System and collegiate bodies of interfederative articulation (CIB, CIR and COSEMS). The analysis and comprehension of the data collected was based on the categorization of information, through spreadsheets and figures formulated in Microsoft Office (Excel) and by the use of MAXQDA 2018 software. **Results:** It was possible to correlate the demographic profile and the workforce of the Pireneus Health Region, to relate the actions performed and the level of satisfaction of the employees, and to discuss the political-administrative relations of the Pireneus Health Region. Regarding the Regional Health contributions to the region it was observed, it was observed that the team has sufficient technical capacity to support the municipalities and region and perform the administrative and support function for the region. As for the weaknesses pointed out, there is little integration among the regional sectors, difficulty in monitoring the actions and services carried out by the region, and absence of the situational diagnosis of the region with the implementation of the actions according to the demand due to insufficient human resources. **Considerations:** This research contributed to identify strengths and fragilities of the Pyrenean Health Region in order to subsidize the delimitation of its responsibilities and attributions. It is considered important to expand the technical capacity of professionals working in the region studied, institutionalize planning processes in all sectors using the monitoring and evaluation of actions performed, strengthening and encouraging the greater commitment of the institution's employees. This action can contribute to the technical needs of the municipalities, boosting the organization of health services in a regional manner defined by the municipalities and state, in the implementation, consolidation and management of health care networks according to the needs of the region.

Keywords: Collective Health; Decentralization; Regional health planning; Governance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Divisão Estadual por Macrorregião e Região de Saúde no Estado de Goiás.....	42
Figura 2 – Estrutura Organizacional da Regional de Saúde Pireneus.....	48
Figura 3 – Macrorregião Centro Norte e Regiões de Saúde que a Compõe.	48
Figura 4 – Região de Saúde Pireneus e os Municípios que a Compõe.	50
Figura 5 – Etapas da análise de conteúdo do grupo focal.....	55
Figura 6 – Categorias emergentes do grupo focal.....	56
Gráfico 1 – Faixa Etária dos Participantes	59
Gráfico 2 – Nível de Escolaridade dos Participantes.....	60
Gráfico 3 – Função Ocupada pelos Participantes	61
Gráfico 4 – Nível de Satisfação dos Participantes.....	76
Quadro 1 - Regionais de Saúde do Estado de Goiás.....	43
Quadro 2 - Atividades relatadas pelos servidores	64
Quadro 3 – Atribuições Gerais das Unidades Administrativas Regionais	64
Quadro 4 – Contribuições dos entrevistados.....	68
Quadro 5 – Panorama da regional de saúde na região de saúde como estrutura gerencial descentralizada.....	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Municípios do território adstrito da Região Pireneus.....	49
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas e Técnicas
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CRIE	Centro de Referência dos Imunobiológicos Especiais
GERNACE	Gerência das Regionais de Saúde e Núcleos de Apoio ao Controle de Endemias
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSEGO	Organização de Saúde de Goiás
PAS	Programação Anual de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMS	Plano Municipal de Saúde

PPI	Programação Pactuada Integrada
PQAVS	Programa de Qualidade de Ações de Vigilância em Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RS	Região de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RQDA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RSP	Regional de Saúde Pireneus
SARGSUS	Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão
SES	Secretaria do Estado da Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SISPACTO	Sistema de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
SUPEX	Superintendência Executiva
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância em Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	
2	INTRODUÇÃO	21
3	OBJETIVOS	26
3.1	Objetivo Geral	26
3.2	Objetivos Específicos	26
4	REVISÃO DE LITERATURA	28
4.1	Processo da Regionalização do SUS	28
4.2	Região de Saúde	30
4.3	Gestão em Saúde na Governança Interfederativa Regional	32
4.4	Papel do Estado na Regionalização	37
5	METODOLOGIA	47
5.1	Caracterização do Estudo	47
5.2	Cenário do Estudo	47
5.3	População e Amostra	51
5.4	Coleta e Organização dos Dados	51
	5.4.1 Questionário.....	51
	5.4.2 Grupo Focal	52
5.5	Análise de Dados	54
	5.5.1 Questionário.....	54
	5.5.2 Grupo focal	54
5.6	Aspectos Éticos	57
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
6.1	Perfil Demográfico e Força de Trabalho da Regional de Saúde Pireneus ...	59
6.2	Ações Realizadas pela Regional de Saúde Pireneus	63

6.3 Nível de Satisfação dos Servidores da Regional de Saúde Pireneus	73
6.4 Relações Político-Administrativas da Regional de Saúde Pireneus na Região	76
6.4.1 Impacto da Regionalização no Município.....	76
6.4.2 Planejamento das Ações em Saúde	79
6.4.3 Governança Regional	81
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
8 RECOMENDAÇÕES	88
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICES.....	98
ANEXOS.....	105

Apresentação

1 APRESENTAÇÃO

O tema da pesquisa nasceu das minhas indagações como enfermeira assistente no Sistema Único de Saúde (SUS), executando as ações programadas pelos gestores desse sistema na estratégia saúde da família e posteriormente, atuando na coordenação de atenção à saúde e na coordenação da vigilância epidemiológica. Sempre me ocorria os questionamentos sobre o sentido de uma regional de saúde e o seu papel no município. Neste período, tinha pouco conhecimento teórico acerca da regionalização, e nenhuma experiência no tema. Meu conhecimento se limitava a perceber a Comissão Intergestores Regional (CIR) como um espaço político de decisões e as reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como uma agenda do gestor municipal de saúde, porém não havia nenhuma sedimentação acerca das instâncias interfederativas do SUS, e de como uma regional de saúde influenciaria na situação de saúde dos municípios da sua região de abrangência.

Como coordenadora de um programa do Ministério da Saúde no município resolvia todas as questões diretamente na coordenação estadual do programa - ignorando totalmente a hierarquia e a relevância da Regional de Saúde, que tinha sede no município onde eu trabalhava - por desconhecimento do papel daquela instituição no município e pela facilidade do acesso que a coordenação estadual do referido programa dedicava a mim. Quando me tornei servidora de uma regional de saúde me deparei com as atribuições dos servidores dessa instituição no apoio técnico aos municípios, e a importância dessa assessoria no resultado das ações municipais e regionais.

Após algum tempo de trabalho na regional de saúde tive a oportunidade de ingressar no mestrado profissional. Para mim, essa experiência foi um marco, pois a partir daí me tornei mais reflexiva nas condutas profissionais e até mesmo na vida pessoal. O mestrado Profissional em Saúde Coletiva foi capaz de reunir uma equipe multidisciplinar e experiente, sob a tutoria de um corpo docente altamente qualificado, interessado em discutir e refletir acerca da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da sociedade, que é a visão da saúde coletiva, baseada em uma epidemiologia crítica, colocando em contraste a realidade de cada ambiente de trabalho, onde o foco era, muitas vezes, programas temáticos, grupos populacionais, abordagem normativa e epidemiologia descritiva. A visão da saúde

coletiva, em especial, foi capaz de produzir em minha atuação profissional a transformação das práticas de saúde e no trabalho interdisciplinar e intersetorial.

Dentre vários temas que compunham a grade curricular do mestrado profissional em saúde coletiva, continuava a me chamar a atenção à gestão em saúde, regionalização e planejamento do SUS. Diante da visão crítica e analítica proporcionada pelo mestrado profissional, surgiu a possibilidade de aplicar o conhecimento científico obtido no meu campo de trabalho por meio da pesquisa. E foi por esse estudo que, juntamente com alguns dos servidores da regional de saúde, fizemos questionamentos, levantamos problemas e discutimos acerca das atribuições e do trabalho da regional de saúde, bem como as formas de intervenção, monitoramento e avaliação do desempenho e capacidade técnica da instituição.

A organização do material apresentado segue os padrões e etapas de uma investigação científica. Inicialmente é exposta uma introdução que aborda acerca dos princípios da saúde coletiva que nortearam a investigação, e os objetivos da pesquisa. Logo após está exposta a revisão da literatura que reflete as evoluções legislativas ocorridas no SUS acerca da descentralização, regionalização e municipalização da saúde, o conceito região de saúde, a importância do planejamento regional, o conceito de governança interfederativa regional, o cenário atual da regionalização e a organização administrativa do estado de Goiás para apoiar as regiões de saúde definidas no Plano Diretor de Regionalização.

Em um terceiro momento é declarada a metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa. Trata-se de um estudo descritivo apoiado em métodos mistos, utilizando como método de coleta de dados a entrevista em grupo focal e o questionário, considerando assim a triangulação qualitativa dos dados. Nos próximos capítulos são exibidos os resultados encontrados e a discussão dos mesmos bem como uma retrospectiva das grandes linhas do procedimento. A guisa de finalização foi apresentada as considerações finais visto que a saúde coletiva e a regionalização são processos dinâmicos e estão sempre em evolução na finalidade de oferecer alternativas para o enfrentamento dos problemas de saúde apresentados na população.

De acordo com as normas estabelecidas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, as referências utilizadas na construção dessa investigação estão listadas no capítulo denominado referências e

foram organizadas conforme recomendação da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT). No final do material estão listados os apêndices e anexos utilizados durante a pesquisa.

Do ponto de vista acadêmico, esse estudo tem o propósito de estimular uma discussão a respeito do papel da Regional de Saúde do estado de Goiás, no processo da governança das políticas de saúde. De forma prática, representa um estímulo no sentido de buscar informações que possibilitem o empoderamento do papel da Regional de Saúde de cooperador participativo e demandante nas relações políticas entre o Estado e os municípios, com agenda política na governança da região e trabalhando conjuntamente para um SUS forte e estruturado.

Introdução

2 INTRODUÇÃO

A saúde coletiva é o pensamento que estrutura uma nova concepção de saúde, inserindo a determinação social da doença e a política pública de saúde como componentes essenciais para a mudança dos quadros sanitários (LEMOS, 2010). O estudo das políticas na área da saúde coletiva tem como desafio conjugar teoria e prática de forma a enfrentar os problemas de saúde encontrados no campo profissional. Obedecendo aos procedimentos metodológicos e científicos demonstrando a preocupação em estabelecer uma relação entre o sujeito e o objeto de saúde, assim como nas políticas de saúde e no desafio de buscar explicações para o impacto das sucessivas reformulações do SUS (COHN, 2012), em especial no que diz respeito à região e governança regional.

A descentralização ocorrida na primeira década do SUS foi uma estratégia assumida como uma das diretrizes básicas do sistema, com a distribuição das competências dos níveis federais, estaduais e municipais resultando na responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços em saúde de seus territórios. A descentralização no Brasil foi implantada no contexto de um país altamente centralizado, com políticas de saúde verticalizadas e programas federais focais voltados para um tipo de risco ou enfermidade, muitas vezes diferentes das necessidades regionais e municipais, cabendo aos municípios apenas a execução de ações ditadas pelo nível central e estadual (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Na urgência de se acabar com o centralismo federal da saúde, a descentralização dos serviços da rede assistencial dos municípios, estado e união, aconteceu privilegiando o município como o núcleo básico da organização do sistema e desconsiderando que muitos problemas de saúde não estavam dentro da governabilidade municipal, o que provocou disputas entre os municípios por recursos, ao invés de conformar uma rede interdependente e cooperativa (SANTOS; GIOVANELLA, 2014). Dessa forma, observou-se a municipalização, caracterizada pelas várias formas do município governar, tendo dois resultados em destaque. Por um lado, os municípios que se encontravam em um contexto favorável apresentaram as experiências exitosas, indicando que o modelo adotado era possível e efetivo. Do outro lado o fracionamento executivo municipal gerou iniquidade, desigualdade e comprometimento da sustentabilidade do SUS. Assim, uma estratégia que tinha por

finalidade aproximar a assistência à saúde do cidadão, deixando como responsabilidade do estado e da união a assistência de alta complexidade, resultou em um SUS executivo fragmentado, clientelista, privatista e ineficiente, cercado de programas sanitários com diferentes regras, formas de financiamento e prestação de contas. A municipalização trouxe aos municípios um conjunto de novas responsabilidades e desafios frente às necessidades de assistência à saúde da população e o enfrentamento dos agravos existentes (LAVRAS, 2011).

Diante dessa situação, percebeu-se a necessidade de articulação entre as unidades de saúde dos municípios vizinhos, em razão da escassez dos recursos financeiros e dificuldade na assistência dos procedimentos especializados, sendo imperativo, portanto, a implementação de uma estratégia de reorganização da atenção à saúde na lógica do planejamento regional, organizados em redes assistenciais articuladas dentro de uma determinada região para atender integralmente as necessidades de saúde da população (LAVRAS, 2011a; LAVRAS, 2011b) impactando positivamente na equidade e reduzindo custos impostos pelos deslocamentos dos usuários do SUS para fora de suas regiões (SILVA; GOMES, 2013).

Naturalmente relacionado à descentralização, o conceito de regionalização foi trabalhado e difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 60. O surgimento desse conceito ocorreu em 1920, pautado no referencial ideário dos centros de saúde distritais, como plano regional elementar, descrito como o agrupamento de municípios sob a centralização de um município sede. Nos países europeus com sistema público de saúde, a regionalização foi estruturada a partir da territorialização e o estudo populacional. As regiões sanitárias foram organizadas por nível de complexidade, sendo coordenadas pela atenção primária em saúde (FREIRE, 2006). No Brasil, o conceito começou a ser trabalhado nos projetos de reorganização sanitária a partir de 1970 (MELLO; VIANNA, 2012).

Fundamentalmente, a regionalização foi desenhada como a diretriz do SUS que direciona a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006). A regionalização no SUS foi uma estratégia para garantir o direito à saúde, reduzir as desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizar gastos, criar condições mais favoráveis para o uso adequado dos recursos e reforçar os efeitos do processo de descentralização (NEGRI, 2002).

Por meio da regionalização esperou-se melhorar a coordenação dos serviços de saúde, adequando os custos e proporcionando a maior participação das pessoas na tomada de decisão. Teve como principais instrumentos de planejamento e organização a Programação Pactuada Integrada, onde foram definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde; o Plano Diretor de Investimento, que informou os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas durante o planejamento do estado e região de saúde, refletindo as necessidades para suprir o atendimento da atenção básica da saúde e vigilância em saúde e parte da média complexidade em nível regional e a alta complexidade em nível macrorregional, e o Plano Diretor de Regionalização, que representou o processo de identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, com o desenho das Redes de Atenção à Saúde (RAS) dentro das regiões e macrorregiões de saúde em articulação com a Programação Pactuada Integrada (BRASIL, 2011c).

A regionalização descrita pelo Pacto pela Saúde presume uma rede de serviços de saúde interdependente e com responsabilidade recíproca entre os entes, porém sem subordinação, garantindo autonomia municipal e coordenação regional harmonizada pela governança pública na rede de serviços de saúde, onde todos os sujeitos tem voz (SANTOS; GIOVANELLA, 2014). Dessa forma, possibilita o desenvolvimento de estratégias voltadas para a integração de serviços, agentes, instituições e práticas interfederativas beneficiando o SUS regional (PINHEIRO et al., 2014). O processo da regionalização interfere positivamente no acesso à saúde visto que, na região, é possível observar os determinantes sociais de saúde como eles se apresentam no território. Também reflete as necessidades de organização do serviço de forma ampla, estabelece porta de entrada e hierarquia tecnológica de acordo com as necessidades e recursos disponíveis, potencializa a utilização dos recursos humanos e tecnológicos, garantindo resolutividade na atenção e incentiva o compartilhamento das responsabilidades entre os governos nos sistemas de saúde (LIMA et al., 2012).

Como forma de apoiar a articulação entre os municípios de uma região e o estado e na direção de produzir um sistema de saúde mais integrado e eficiente, foram criadas instituições administrativas no estado de Goiás, denominadas regionais de

saúde. As regionais de saúde têm o papel de apoiar a gestão municipal em suas necessidades técnicas e força de trabalho, fortalecer a integração entre os municípios e intermediar a construção de uma gestão compartilhada, cooperativa e interdependente, focada no planejamento regional integrado, estimulando a cooperação solidária entre os municípios de determinada região para garantir a integralidade da assistência. Esse apoio é uma estratégia de aproximação dos municípios da região para discutir as necessidades em saúde no nível regional, onde as soluções podem ser entendidas e buscadas como meta comum à integralidade da assistência da população (PINHEIRO et al., 2014).

A realização desse estudo foi justificada na busca da compreensão do objetivo, vocação e potencial da Regional de Saúde como participante de orientações das ações da saúde coletiva na Região de Saúde (RS) sob sua jurisdição, bem como seus limites e desafios. Essa percepção pode direcionar e aperfeiçoar o planejamento das ações da instituição, identificar as prioridades para intervenção e promover melhor articulação com os demais atores que governam no território de sua atuação, de modo a favorecer a cooperação de cada uma das partes que compõe a região de saúde.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a atuação da Regional de Saúde Pireneus do Estado de Goiás frente ao processo de regionalização do SUS.

3.2 Objetivos Específicos

- Relacionar o perfil demográfico dos servidores, a força de trabalho e a satisfação dos servidores da Regional de Saúde estudada;
- Descrever as ações realizadas pela Regional de Saúde estudada, na Região de Saúde Pireneus, e;
- Discutir as relações político-administrativas da Regional de Saúde Pireneus.

Revisão de literatura

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Processo da Regionalização do SUS

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado em 1990, pelas Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, com o objetivo de garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde, o financiamento e a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 2011a). Essas leis legitimaram as ações de saúde tendo como princípios ideológicos a universalidade, equidade e integralidade da assistência e como princípios organizativos a hierarquização e a participação popular, substituindo o modelo assistencial anterior, processo que ocorreu estimulado pela necessidade de dar resposta a situação de saúde que o povo brasileiro enfrentava. No decorrer dos anos um conjunto de leis e portarias foi instituído para determinar as regras e os mecanismos do processo de regionalização. Essa estratégia surgiu para estabelecer relações cooperativas e solidárias respondendo às demandas de saúde com qualidade e resolutividade (VIANA et al., 2008).

Na década de 1990 foram editadas as Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOB), representando um importante instrumento de regulamentação do processo de descentralização, pois estabeleceram mecanismos e critérios para a transferência das responsabilidades aos estados e municípios. Apresentou-se a NOB-SUS 01/91 abordando o financiamento por procedimento e a gestão do SUS; NOB-SUS 01/92; a NOB-SUS 01/93 apontando a regionalização como fundamental para a construção do SUS tratando da municipalização, e discorrendo acerca dos fundos de saúde bipartite e tripartite. A NOB-SUS 01/96 trouxe a criação do Piso de Atenção Básica, descentralizou para o município a atenção básica em saúde, e estabeleceu instrumentos de planejamento para a conformação de redes regionalizadas e para a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis no município de residência visando à qualificação das regiões de saúde e consolidando a função do gestor de saúde municipal (BRASIL, 2011b). Nessa mesma década o relatório final da Décima Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1998) norteou as iniciativas que consolidaram o papel decisório dos conselhos e das conferências com ampliação da municipalização da saúde (LIMA, 2005).

A descentralização impulsionada por essas normas apresentou como resultados o fortalecimento da capacidade institucional de estados e municípios na saúde e a expansão das redes de serviços municipais da saúde. Entretanto, esse avanço evidenciou a necessidade de estados e municípios se organizarem no planejamento, coordenação e regulação dos sistemas municipais de saúde e das redes de atenção à saúde. No contexto da descentralização dos anos 90, a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) teve como ênfase a regionalização, com desafios e estratégias de enfrentamento a serem adotados pelos gestores (VIANA et al., 2015).

As NOAS 01/2001 e 01/2002 enfatizaram o processo de regionalização e a organização da atenção especializada por um sistema de referência. Em 2001 foi criada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/01, responsabilizando os municípios pela atenção básica e definindo assim a regionalização da saúde, com objetivo de proporcionar o acesso da população aos serviços de saúde o mais próximo possível de sua residência (BRASIL, 2011b). Também propôs a regulação com uma rede de serviços e mecanismos para garantir resolutividade, qualidade na assistência, equidade, integralidade, por meio de um sistema de referência e contrarreferência. Além disso, introduziu a concepção dos módulos assistenciais e regiões expressas no Plano Diretor de Regionalização (PDR), onde o estado poderia se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Em 2002 a NOAS 01/02 estabeleceu a região de saúde como a base territorial de planejamento da atenção à saúde, definida pela secretaria estadual de saúde de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado (BRASIL, 2011b).

O Pacto pela Saúde, publicado em 22 de fevereiro de 2006, consolidou o SUS e apresentou mudanças significativas para sua execução, dentre elas a adesão aos Termos de Compromisso de Gestão (TCG) e a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização (BRASIL, 2007). No Pacto pela Saúde o território regional requereu uma nova dinâmica de relações do Estado, que teve o papel de coordenar a assistência em saúde do SUS e realizar as ações e serviços em caráter complementar garantindo o acesso de ações e serviços de saúde que respeitem os princípios do SUS (MARTINELLI; VIANA; SCATENA, 2015).

Em caráter complementar, o Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011 regularizou a estrutura organizativa do SUS, orientando a região de saúde como espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011c). O referido decreto se propôs a encorajar o planejamento regional integrado e ascendente; oferecer assistência à saúde organizada pelas redes de atenção à saúde (RAS); e, substituir o Colegiado de Gestão Regional (CGR) pela a Comissão Intergestores Regional (CIR) como instância de articulação dos gestores municipais. Esse espaço de negociação é responsável por criar um canal contínuo e permanente de negociação e decisão entre os municípios e o estado (SANTOS; GIOVANELLA, 2014). Dessa forma, trouxe dispositivos para o planejamento regional em saúde e mudanças no processo de produção das políticas públicas e na operação do SUS, repercutindo nos arranjos da governança em saúde (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

Recentemente, a Resolução CIT nº 23/2017 estabelece as diretrizes gerais acerca dos processos de regionalização, Planejamento Regional Integrado (PRI) e Governança da RAS, considerando de fundamental importância a execução do PRI na região de saúde. A Resolução CIT nº 37/2018 que dispõe sobre o processo de planejamento regional integrado e a organização das macrorregiões de saúde, considerando a instituição de espaços regionais ampliados, com um mínimo populacional de 700 mil habitantes, visando organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para garantir a resolubilidade da atenção à saúde e a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade. Essas leis, decretos e resoluções tem o importante papel de delinear o caminho da regionalização da saúde no Brasil.

4.2 Região de Saúde

O SUS possui a descentralização como diretriz constitucional que o estrutura ao organizar os três entes governamentais federados, a União, os Estados e os Municípios, para cooperar entre si e, ao mesmo tempo prevê a integração das ações e serviços de saúde por meio de uma rede de saúde integralizada e hierarquizada.

Dessa forma, há que se aprofundar na discussão do tema região de saúde na descentralização e regionalização, isto é, regionalizar a descentralização no sentido de aglutinar o que a descentralização poderia ter fracionado (SANTOS; CAMPOS, 2015). A regionalização é uma construção política permanente que envolve a descentralização com a participação de todos os entes federados pactuando e compartilhando as responsabilidades de uma região de saúde (SHIMIZU et al., 2017). O sistema regional de saúde reorganiza os serviços ao agregar, em um sistema cooperativo, um conjunto de municípios (SILVA; GOMES, 2013).

Regiões de saúde são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Sua identificação considera as identidades culturais, econômicas e sociais, observando também a infraestrutura, comunicação e transporte. São definidas na saúde com a finalidade de atender às demandas da população dos municípios a ela vinculados, garantindo acesso, equidade e integralidade do cuidado com a saúde (VIANA et al., 2008). Como recorte territorial na produção de políticas públicas, a região de saúde representa o campo de práticas, normas e valores e o território utilizado para colocar em prática a abordagem aos problemas regionais e locais, na formulação de políticas públicas e gestão participativa (MARTINELLI; VIANA; SCATENA, 2015). Nessa perspectiva, a Região de Saúde pode corresponder ao território político que aguarda a construção de respostas articuladas em nível social e institucional, a problemas cuja solução requer a colaboração coordenada de sujeitos governamentais e não governamentais (RIBEIRO, 2015).

É um local de atuação interfederativa bem como o ambiente adequado para a integração dos serviços de saúde de forma a oferecer uma assistência com qualidade e integralidade, construída de acordo com suas necessidades de saúde, mediante acordos solidários, visando à equidade no SUS. Como campo de intervenção das políticas públicas, a região de saúde se configura no terreno político-social, com assimetrias, contradições e conflitos de poder, sendo o local prioritário pela normativa federal para o planejamento governamental, baseado na negociação e formação de consensos entre os atores que compartilham objetivos em comum (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017). Todavia, hoje se apresenta como uma organização administrativa fruto do PDR e como esta, manifesta fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e serviços de saúde e dependência orçamentária estadual e federal (SANTOS; CAMPOS, 2015).

As regiões de saúde devem possuir autonomia sanitária e ser governada por uma gestão compartilhada, interfederativa e responsável, com ações definidas por meio de um planejamento integrado. A organização desse espaço administrativo e de gestão interfederativa pode promover equidade entre os entes ao reconhecer e atuar solidariamente frente às desigualdades e possibilidades municipais. Com isso, verifica-se a necessidade da organização de regiões de saúde resolutivas, delimitadas por acordos políticos embasados por informações coerentes com a dinâmica de uso do território (VIANA et al., 2008). Além disso, é importante que as decisões realizadas nesse local tenham o envolvimento conjunto e cooperativo dos atores sociais, econômicos e institucionais na promoção do desenvolvimento regional que contemplem as necessidades regionais (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

Ao agregar um conjunto de municípios em um sistema cooperativo se observa a necessidade da organização dos serviços de saúde eficiente e de qualidade que atenda a demanda da região superando a fragmentação dos serviços. Além disso, é fundamental a consciência de pertencimento regional, substituindo a atitude de competição pela cooperação intermunicipal com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde (SILVA; GOMES, 2014). Para tanto, o planejamento regional de saúde deve atender às decisões dos gestores por serem frutos de suas percepções sobre as necessidades de sua população, expressando as responsabilidades dos gestores na garantia do acesso e da integralidade da atenção à saúde.

Todas as ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada de interesse regional, assim como as responsabilidades dos entes para com as ações e serviços devem estar contidas em um plano regional como parte do processo de planejamento do SUS, com o objetivo de promover a equidade regional, a integralidade na atenção à saúde, a racionalização dos gastos e otimização dos recursos e o estabelecimento dos mecanismos de governança (BRASIL, 2016).

4.3 Gestão em Saúde na Governança Interfederativa Regional

Gestão em saúde refere-se ao conhecimento aplicado na articulação das

organizações de saúde e abrange a administração dos cuidados diretos; das instituições de saúde; e a conformação e operação de redes de serviços de saúde que ofereça assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população. Para Lorenzetti et al (2014), a relevância das relações entre os gestores das três esferas do SUS são aspectos estruturais para a transformação positiva da situação de saúde. Para os autores, as críticas à gestão em saúde no Brasil são amplas, diversas e mostram a dimensão dos problemas a serem enfrentados, e abrangem setores de saúde resistentes à mudança, subordinação dos usuários aos serviços e pouco governo dos gestores para atuar sobre as corporações. Desse modo, a autonomia e atribuições de cada esfera de gestão do SUS continuam sendo objeto de intensa disputa frente à descentralização e municipalização da saúde no Brasil (LORENZETTI et al., 2014).

A responsabilidade da gestão do SUS implica em compreender a política como produção de realidade social a fim de extrapolar sua definição como resistência e defesa de interesses, não mais mantendo a fixação hierárquica e excludente, mas o direito de todos ao pertencimento e à diferença, que supõe necessariamente o acesso ao bem comum e a relação com o outro, tendo como desafio a construção de novos dispositivos institucionais e saberes como recursos de cogestão do sistema de saúde. Assim, Guizardi e Cavalcanti (2010) observam que a cogestão na saúde representa extrapolar os limites das necessidades particulares dos municípios em direção à regionalização do sistema de saúde trabalhado pelo enfoque nas regiões de saúde, criando maior plasticidade nos mecanismos da gestão. Nesse sentido, a cogestão é uma forma de romper a centralização e concentração do poder normativo dos processos decisórios da administração, articulando desenhos institucionais adequados às especificidades locorregionais (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

Para Avelino; Barberia; Biderman, (2014) existe certo consenso quanto ao fato de que tanto a descentralização quanto a regionalização da saúde são recomendadas como alternativas para melhorar a eficiência administrativa e a maior participação dos serviços, com destaque para a participação e autonomia locais, bem como para favorecer a redistribuição do poder e, eventualmente, reduzir as 75 tensões locorregionais. Estes processos devem ser viabilizados por mecanismos financeiros e administrativos. O Decreto nº 7.508/2011, conforme colocado anteriormente, busca

esclarecer os instrumentos para promover a regionalização do SUS mediante uma rede de atenção; no entanto, ainda não está claro como estruturá-la em níveis acessíveis ao cidadão. Concernente à discussão sobre planejamento regional trazidos, tanto pelos instrumentos normativos do Ministério da Saúde (MS) como pelas instâncias de cogestão do SUS, ainda existe grandes dificuldades para a operacionalização da regionalização em saúde, que se caracteriza como espaço permeado pelo poder, por contradições e conflitos permanentes (AVELINO; BARBERIA; BIDERMAN, 2014).

Cogestão implica na inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão sendo exercida por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, a gestão participativa (SANTOS et al, 2001). No contexto da cogestão a Resolução CIT 37/2018 define o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) como a expressão das responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados. Nessa articulação a atenção à saúde deve ser definida a partir das regiões de saúde; e para garantir a resolutividade devem ser organizadas num espaço regional ampliado/macrorregião, com a construção de um plano regional de saúde, identificando a situação de saúde no território, as necessidades de saúde da população e a capacidade instalada (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

O conceito de governança foi disseminado pelo Banco Mundial em 1992 quando se pensava no papel do Estado na efetividade das políticas públicas, vista como a capacidade de exercer autoridade, controle e poder na administração dos recursos do país. Para a Organização das Nações Unidas (SHENG, 2009), os padrões para uma boa governança são pautados na participação, transparência, responsividade, orientação ao consenso, equidade e inclusão, efetividade e eficiência, Estado de Direito, e, *accountability*. No debate da Comissão das Comunidades Europeias (2001) foi definido como governança o conjunto de práticas, regras e processos que colaboram com a qualidade do exercício do poder no que se refere à responsabilidade, transparência, coerência, eficácia e eficiência.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), governança em saúde

compreende a união de dispositivos e práticas que tem o objetivo de capacitar e responsabilizar gestores diante das demandas da sociedade e organismos superiores e de gestão. Ribeiro, Tanaka e Denis (2017) definiram que governança é uma forma de articular as políticas públicas, reforçando a ideia e as práticas de ação multinível, cooperação e coordenação. Na construção da governança há que se considerar que todos os envolvidos se responsabilizem pela redução das iniquidades e inserindo a saúde em todas as políticas. A governança da regionalização é influenciada por vários fatores, entre os quais se elencam a estabilidade do quadro institucional, a abrangência dos atores, e, o tipo de relações estabelecidas entre os governos, verificando a possibilidade do estabelecimento de uma direção voltada para a realização dos objetivos e metas acordados entre eles (LIMA et al., 2012).

Mendes (2011) afirmou que os sistemas integrados de atenção à saúde são organizados de forma poliárquica, dentro das várias instâncias interfederativas, gerido pela governança sistêmica que interage a atenção primária à saúde dos municípios, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da região, planejados observando a situação de saúde da população da região e macrorregião de saúde. Em contrapartida, o autor descreve o modelo estadocêntrico com a decisão e liderança estatal, ações intervencionistas baseadas em uma visão de superioridade hierárquica e coercitiva, resumindo-se na criação e cumprimento de leis. No modelo ideal multicêntrico de governança pública em saúde a tomada de decisão é um assunto público, com múltiplos centros de deliberação (HEIDEMANN, 2009). As intervenções são elaboradas inicialmente pelo estado com iniciativa de diversas origens e orienta ações para o enfrentamento de problemas de relevância coletiva.

Para fins de definição, entende-se como governança regional o processo de participação e negociação entre uma ampla gama de sujeitos com diferentes graus de autonomia, representando os interesses públicos e privados com o fim de favorecer as relações de cooperação entre os entes. A governança regional pode ser usada para investigação e compreensão das condutas e tomadas de decisão na região de saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2014). De forma geral pode-se dizer que os gestores no SUS atuam no âmbito político e técnico de maneira co-participativa. Na esfera política, eles se relacionam com outros atores sociais para a tomada de

decisão de sua atribuição técnica, desempenhando seu papel de poder executivo (PEREIRA, 2010).

A governança regional reflete uma política que tem por objetivo responder aos desafios atuais e à perda de função dos governos centrais no nível regional, complementando as estruturas representativas do sistema político, constituindo redes de parceria orientadas ao desenvolvimento sustentável da região. Tem como desafio organizar e ampliar a participação dos atores da região e fornecer suporte aos projetos de desenvolvimento intersetorial visando às soluções dos problemas da região (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

Dentre as instâncias de negociação e decisão, podem-se destacar, como participação do gestor municipal e estadual, os conselhos de saúde e os conselhos de representação dos secretários de saúde tais como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), e as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Regional (CIR); que constituem uma teia de forças e de articulação de pactos federativos sobre as políticas públicas no Brasil (VIANA et al., 2010). Sendo assim, os gestores podem realizar suas atividades de forma coletiva e participativa, juntamente com seus pares e com atores não governamentais de forma a planejar suas ações de maneira compartilhada, dentro dos espaços de negociação (GIOVANELLA et al., 2012).

A CIR, instância de participação e negociação interfederativa mais próxima da gestão municipal e regional de saúde, possui o ambiente propício para o planejamento de ações para a região que representa com a discussão dos problemas locais regionais com a proposição de soluções na mesa de negociação e pactuação, promovendo assim a regionalização cooperativa definida no pacto de gestão do SUS. Viana et al (2015) destacaram o potencial do papel central da CIR como um espaço para superar os obstáculos que existem na garantia do acesso a saúde. Reforça a importância da CIR no favorecimento da criação de uma capacidade institucional regional voltada para o planejamento e coordenação de ações e serviços de saúde, além da criação de uma governança local baseada na solidariedade, democratização da decisão e cooperação intergovernamental.

No processo de governança da região não existe uma voz de comando, mas sim interações entre os entes que a compõe e acordos com a finalidade de melhorar a saúde da região (IBANHES et al., 2007). As regras governamentais são voltadas para a ação coletiva que requer divisão das responsabilidades e o estabelecimento de relações dos atores para governar no território feito pela CIR, Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Região de Saúde, traduzindo cooperação e participação de cada representante, com vistas à melhoria da atenção a saúde do SUS. A consolidação e fortalecimento da CIR são fundamentais para a governança regional e a efetivação das redes de atenção em saúde (MEDEIROS et al., 2017).

4.4 Papel do Estado na Regionalização

O novo pacto federativo definido pela Constituição Federal de 1988 trouxe consequências para as políticas sociais: de um lado a descentralização e a desresponsabilização da esfera federal quanto ao papel de provedor e executor da assistência em saúde; do outro, a redefinição do papel dos estados e municípios. Assim, os municípios são responsáveis pela gestão da atenção básica de saúde e o estado pela atenção de média e alta complexidade (SILVA; GOMES, 2013).

O papel do estado na discussão acerca da regionalização iniciou-se a partir dos anos 2000, com a necessidade de firmarem acordos e responsabilidades locais e regionais. (SANTOS et al., 2015). Com a regionalização, esperou-se mudança no exercício do poder no interior da política de saúde, com redistribuição e inter-relação, entre governo, agentes, instituições e cidadãos, sendo instrumento de integração assistencial, planejamento e gestão, construída de forma coordenada e cooperativa. No âmbito das regiões, o papel do governo estadual é coordenar o processo de planejamento, do qual os municípios são entes políticos autônomos (SHIMIZU et al., 2017), oportunizando condições para que os municípios possam desempenhar seu papel de forma plena e articulada (SILVA; GOMES, 2013).

A regionalização convocou o compromisso estadual, com o objetivo de agregar um modelo assistencial integral e resolutivo capaz de romper as dificuldades de acesso, organizando os serviços do SUS. Essa política que veio para reverter o municipalismo radical, tem se mostrado de difícil operacionalização e demanda por avaliação desse sistema (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010). Nesse contexto, o

governo estadual tem a responsabilidade de desenvolver mecanismos para a reorientação do financiamento no território, construção e acompanhamento das políticas de saúde, o fortalecimento dos espaços de governança no nível federal, estadual, e municipal, e, o reescalonamento da produção de serviços e o poder de decisão para o nível regional, que possui coordenação e orientação estadual com a corresponsabilização intermunicipal (SANTOS et al., 2015). Tem também a responsabilidade de criação das regiões de saúde realizada por meio das pactuações entre o governo estadual e dos municípios que compõem cada região, de forma cooperativa (DUARTE et al., 2015).

A regionalização do sistema de saúde somente é possível com a participação efetiva do estado, seja pela articulação dos municípios, apoio financeiro, assistência de média e alta complexidade, ou, o gerenciamento dos sistemas de saúde, essencialmente para os municípios que não têm autonomia suficiente para ficar independente do governo estadual (SILVA; GOMES, 2013).

O Estado de Goiás é uma das 27 unidades federativas do Brasil e está localizado na região Centro-Oeste ou Planalto Central do Brasil, ocupando 341.289,5 Km², o que representa 3,99% da área do país. Faz limite com os estados do Tocantins, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Bahia e Minas Gerais. E segundo projeção intercensitária de 2016, apresentou uma população de 6.695.855 de habitantes (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS, 2017a).

A primeira organização estrutural da saúde do estado de Goiás é relatada a partir da década de 1930, coincidindo com as mudanças no quadro político do Brasil, quando o presidente Getúlio Vargas nomeou Pedro Ludovico Teixeira interventor de Goiás. Nesse contexto foi criada a Diretoria de Higiene, subordinada à Secretaria de Segurança e Assistência Pública. Orientada pelo Decreto N° 714 de 1931, realizou-se a divisão do território goiano em cinco zonas sanitárias, responsáveis pela política de saúde e por um grupo de cidades e, para cada município, foi nomeado um responsável pela vigilância sanitária (CAMPOS; SILVA, 1996). Em 1938 houve uma reorganização do serviço sanitário estadual, que passou a ser dividido em distritos sanitários, onde Goiânia, Cidade de Goiás, Jataí, Santa Rita, Paranaíba, Arraias e Porto Nacional ficaram responsáveis pelo desenvolvimento de ações de saúde em seu município e de alguns adjacentes. Nesse mesmo período foram criados os

hospitais regionais de referência em Goiânia, Jataí e Porto Nacional (MACHADO, 1990).

A Secretaria do Estado da Saúde foi criada pela Lei nº 27, de 29 de novembro de 1947, artigo 39 a 46, e alterada pela Lei nº 17.257 de 25 de janeiro de 2011. (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS, 2017b). A Lei nº 4.920 de novembro de 1964 instituiu a Organização de Saúde do Estado de Goiás (OSEGO), responsável pela saúde e ações sanitárias (MORAES, 1995). Em 1975 instalou-se o primeiro Escritório Regional de Saúde no município de Ceres, abrangendo vinte municípios, que tinha como propósito promover a descentralização administrativa da saúde e melhorar a operacionalização da assistência médico-sanitária de forma integrada e regionalizada (SOUZA, 2005).

Na década de 1980, foram criados vinte e dois Escritórios Regionais de Saúde, definidos pelo Despacho Governamental nº 568/1980. Esses escritórios regionais de saúde sofreram substanciais modificações na sua estrutura organizacional, passando a denominação para Diretorias Regionais de Saúde. Nessa mesma década foram criadas seis sub-regiões denominadas Distritos Sanitários com autonomia de Diretoria Regional de Saúde e desvinculada da 1ª Diretoria Regional, cuja extinção deu-se em 1990. Nesse período ocorreu a divisão de Goiás criando o Estado do Tocantins, território que sediava algumas diretorias regionais goianas (SOUZA, 2005).

Na década de 1990 foi realizado diagnóstico situacional da Gestão da Saúde de Goiás, que definiu a situação de saúde do estado por uma absoluta desorganização e abandono, espelhados pelas volumosas dívidas herdadas dos exercícios anteriores a 1998 e pela ausência de um ordenamento nas ações da Secretaria de Saúde. Também foi relatada a desestruturação dos recursos humanos, em boa parte sem qualificação adequada; falta de informatização da SES e regionais de saúde inoperantes, necessitando de uma redefinição de seu papel e do estabelecimento de uma identidade (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS, 1999a e b). Diante desse quadro, impôs-se uma necessidade de redefinição do papel e de reestruturação das Regionais de Saúde, para torná-las instrumento do gestor estadual na harmonização dos sistemas municipais de saúde, e de cooperação técnico junto aos municípios para assumirem as responsabilidades e encargos

decorrentes da descentralização, reduzindo suas dificuldades na medida em que a articulação entre municípios se estabelecia (SOUZA, 2005).

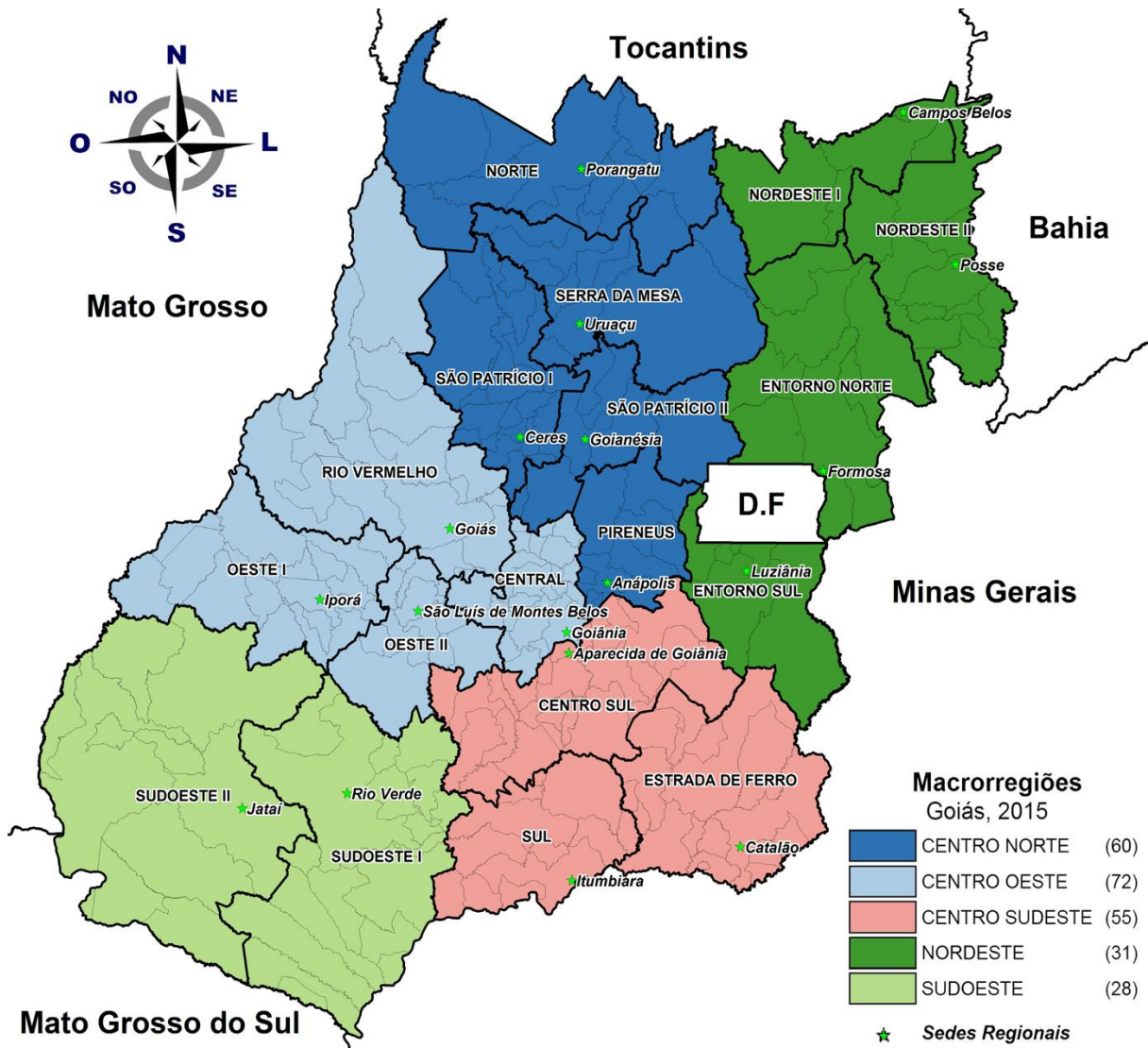
A partir de então se desencadeou um processo para redefinição e reestruturação das regionais de saúde e a implementação de um “Novo Modelo de Saúde Pública” para o Estado de Goiás (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS, 1999a e b), tendo como um de seus objetivos, a redefinição e reestruturação das 22 Regionais de Saúde (SOUZA, 2005). Desencadeou-se um amplo processo de negociação e pactuação entre estado e municípios, tendo resultado na instituição do PDR em 2001, estabelecendo 16 regiões de saúde pactuadas pela Resolução CIB-GO Nº 055/2001.

Souza (2005) propôs a redefinição da política de regionalização para o estado de Goiás, com o desafio de ir além dos limites assistenciais impostos pelas NOAS e a dimensão temporal dos mandatos dos governos (estadual e municipal). Nesse mesmo ano foi realizada nova alteração pela Resolução CIB-GO Nº 052/2005, com migração de municípios entre as microrregiões e módulos assistenciais. Em 2007, com o processo de adesão à nova política nacional estabelecida pelo Pacto pela Saúde, a CIB-GO pactuou ajustes necessários à operacionalização das regiões de saúde, extinguindo os formatos de microrregiões, módulos assistenciais e municípios polos. As 16 regiões de saúde foram mantidas e conformadas em cinco macrorregiões, como também, 16 Colegiados de Gestão Regional (CGR) foram constituídos (PAULA, 2014).

Impulsionada pelo Decreto 7.508/2011 na discussão da necessidade de conformação das redes de atenção à saúde que atendam as demandas regionais, a coordenação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás (CIB) aprovou, por meio da Resolução Nº 028/2012, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), estabelecendo o desenho da regionalização do Estado de Goiás. Com vistas a distribuir e ordenar os espaços territoriais do estado, a secretaria de saúde do estado de Goiás integrou o desenho final das regiões de saúde estabelecidas por meio da Resolução CIB nº 344/2014 com cinco macrorregiões de saúde e dezoito regiões de saúde conformadas pelo PDR do Estado (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS, 2017a). As cinco macrorregiões de saúde estão subdivididas em 18 regiões de saúde, agrupando os 246 municípios. No processo de descentralização e hierarquização da saúde, cada uma das regiões de saúde possui

um município sede da Regional de Saúde, representando a Secretaria de Estado da Saúde, com ações administrativas e técnicas (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS, 2017b). A divisão estadual de Goiás por macrorregião segundo o Plano Diretor de Regionalização está demonstrada na Figura 1.

Figura 1 - Divisão Estadual por Macrorregião e Região de Saúde no Estado de Goiás.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Goiás, 2014.

O processo de regionalização no estado de Goiás buscou contemplar a lógica do planejamento integrado com ênfase na territorialidade, identificação de prioridades para a intervenção e conformação de sistemas funcionais de saúde. As dezoito regiões de saúde definidas pelo PDR foram assumidas por unidades administrativas denominadas Regionais de Saúde que têm por finalidade apoiar os municípios em suas necessidades, representando a administração central. As Regionais de Saúde estão distribuídas nos municípios polo das regiões de saúde conforme o Quadro 01.

Quadro 1 - Regionais de Saúde do estado de Goiás.

MACRORREGIÃO	REGIONAL DE SAUDE	MUNICÍPIO POLO	MUNICÍPIOS JURISDICIONADOS	POPULAÇÃO
Centro Oeste	Central	Goiânia	26 municípios	1.781.530 habitantes
	Rio Vermelho	Goiás	17 municípios	199.333 habitantes
	Oeste 1	Iporá	16 municípios	116.841 habitantes
	Oeste 2	São Luís dos Montes Belos	13 municípios	112.423 habitantes
Centro Norte	Norte	Porangatu	13 municípios	140.321 habitantes
	Serra da Mesa	Uruaçu	09 municípios	125.947 habitantes
	Pireneus	Anápolis	10 municípios	488.380 habitantes.
	São Patrício 1	Ceres	20 municípios	167.159 habitantes
	São Patrício 2	Goianésia	08 municípios	167.391 habitantes
Nordeste	Entorno Norte	Formosa	08 municípios	248.821 habitantes
	Entorno Sul	Luziânia	07 municípios	812.707 habitantes
	Nordeste 1	Campos Belos	05 municípios	45.686 habitantes
	Nordeste 2	Posse	11 municípios	100.179 habitante
Sudoeste	Sudoeste 1	Rio Verde	18 municípios	420.427 habitantes
	Sudoeste 2	Jataí	10 municípios	215.282habitantes
Centro Sudeste	Centro Sul	Aparecida de Goiânia	25 municípios	849.421 habitantes
	Estrada de Ferro	Catalão	18 municípios	286.433 habitantes
	Sul	Itumbiara	12 municípios	243.991 habitantes

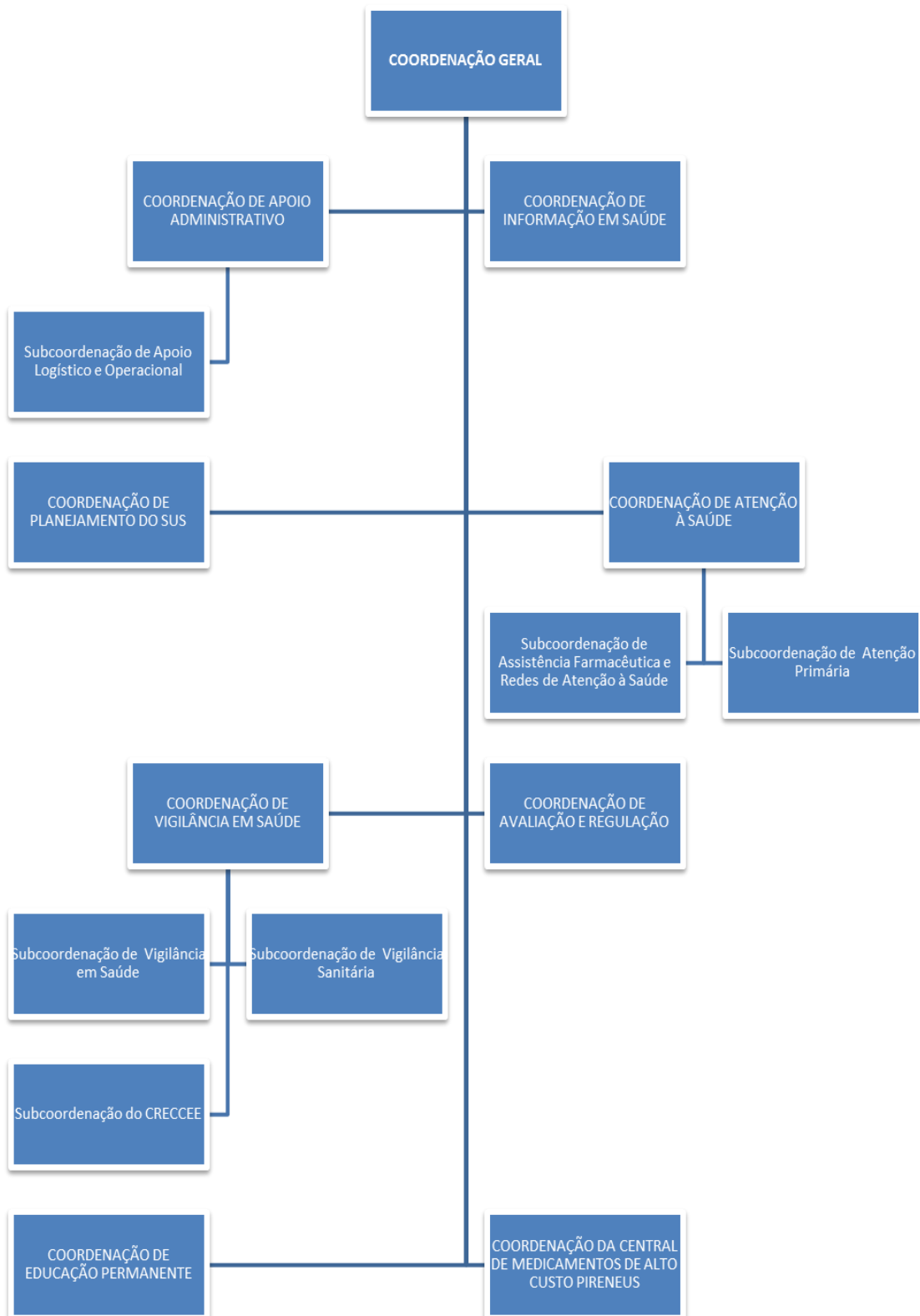
Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Goiás, 2014.

As Regionais de Saúde são unidades desconcentradas da SES e tem a responsabilidade de atender as demandas diretas dos municípios e atuam coordenando a relação interinstitucional e apoiando os processos nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), concernentes às questões técnicas, políticas e operacionais. Além disso, contribui por meio da articulação interfederativa e regional, no desenvolvimento do modelo de regionalização e de critérios de financiamento da

saúde considerando as especificidades regionais, como estratégia de descentralização. Participando efetivamente na condução de planos, projetos ou políticas interfederativas desenvolvidas para as regiões (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS, 2015). Sua estrutura organizacional é composta por uma coordenação regional geral, seis coordenações regionais e seis subcoordenações regionais conforme o organograma da Regional de Saúde Pireneus expresso na Figura 2 (REGIONAL DE SAÚDE PIRENEUS, 2018).

Dessa forma, a Regional de Saúde Pireneus tem a responsabilidade de apoiar a secretaria estadual de saúde de Goiás na coordenação do SUS regional e das ações e serviços de saúde na região, coordenar a gestão da governança regional através do desenvolvimento de ações e serviços que respeitem os princípios do SUS para a melhoria da qualidade de vida da população da região de saúde Pireneus, em consonância com as instâncias de controle social e conselhos de participação da gestão da saúde, garantindo a intersetorialidade no sistema de saúde da região.

Figura 2 – Estrutura Organizacional da Regional de Saúde Pireneus.



Fonte: Regional de Saúde Pireneus, 2018.

Metodologia

5 METODOLOGIA

5.1 Caracterização do Estudo

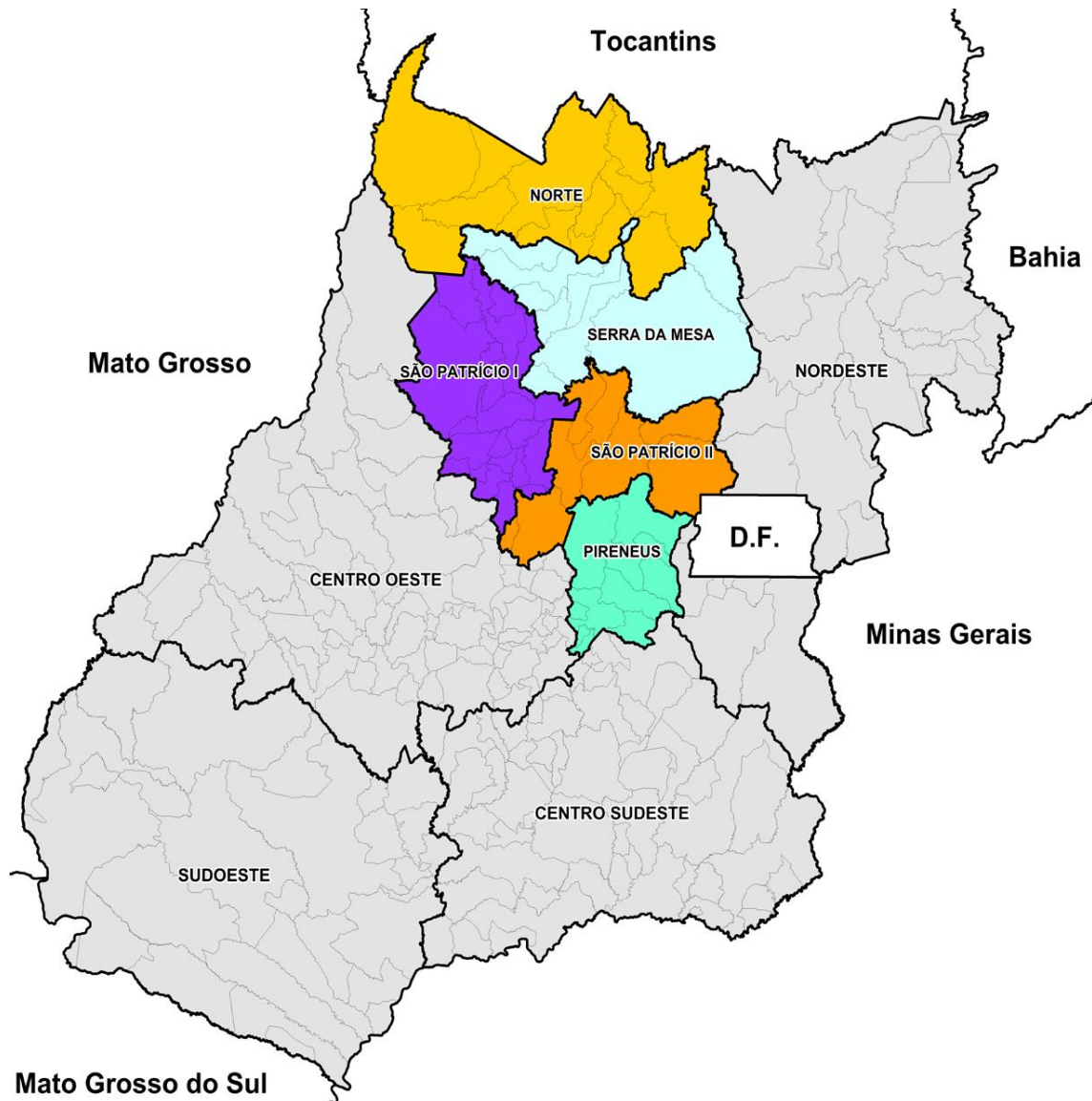
Foi realizado um estudo misto, do tipo descritivo e exploratório, com a utilização de abordagens qualitativa e quantitativa para de coleta e análise dos dados a partir do instrumento questionário e entrevista em grupo focal, aplicados no ano de 2018.

5.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado na Regional de Saúde Pireneus (RSP), órgão público do poder executivo estadual de apoio administrativo da Secretaria de Estado de Goiás que responde hierarquicamente à Gerência das Regionais de Saúde e Núcleos de Apoio ao Controle de Endemias (GERNACE). As regiões de saúde foram criadas em função do Plano Diretor de Regionalização (PDR) com o objetivo de articular, aperfeiçoar, promover e apoiar o planejamento da oferta dos serviços de saúde, identificando prioridades para intervenção e garantindo o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde com resolutividade, equidade, universalidade e integralidade. Em sua construção foram consideradas as identidades culturais, econômicas e sociais e o compartilhamento de infraestrutura de transporte e redes de comunicação, como orientado pelo Decreto 7508/2011.

O Plano Diretor de Regionalização goiano estabeleceu, em 2014, a existência de dezoito regiões de saúde, com suas respectivas regionais estabelecidas pela secretaria estadual de saúde, aproximando a organização administrativa da Secretaria de Estado da Saúde (SES) às regiões de saúde e integrando organização, planejamento e execução das ações e serviços de saúde, para apoiar tecnicamente os municípios na condução de suas políticas de saúde, na articulação e pactuação dos interesses regionais, na defesa dos princípios e diretrizes do SUS (PINHEIRO et al., 2014). A RSP está situada na Região Pireneus, macrorregião Centro Norte (Figura 1) e faz limite com as regiões de saúde Entorno Sul, São Patrício II, Centro Sul e Central.

Figura 3 – Macrorregião Centro Norte e Regiões de Saúde que a compõe.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Goiás, 2014.

O território sanitário da Regional de Saúde Pireneus compreende dez municípios, tem o município de Anápolis como polo e é responsável pelo apoio à Região Pireneus (Tabela 1, Figura 3).

Tabela 1 - Municípios do território adstrito da Região Pireneus.

Município	População estimada 2016	Distância (km) da sede da Regional Pireneus	Distância (km) da Capital do Estado
Abadiânia	18.427	43,6 km	85 km
Alexânia	26.457	66 km	114 km
Anápolis	370.875	Sede	55 km
Campo Limpo de Goiás	7.219	17,7 km	66 km
Cocalzinho de Goiás	19.352	72,3 km	129 km
Corumbá de Goiás	11.024	53,2 km	108 km
Gameleira de Goiás	3.721	42,8 km	101 km
Goianápolis	11.460	25 km	48 km
Pirenópolis	24.604	63,4 km	121 km
Terezópolis de Goiás	7.513	27,2 km	26 km
Região de Saúde Pireneus	500.652	Anápolis	55 km

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016).

Figura 4 – Região de Saúde Pireneus e os Municípios que a Compõe.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Goiás, 2014.

5.3 População e Amostra

Do total de servidores lotados na instituição, 27 trabalhavam na farmácia de alto custo, 21 se encontravam de licença e/ou férias no período de coleta dos dados, três eram responsáveis pela limpeza e um era o próprio pesquisador, os quais foram excluídos da pesquisa conforme os critérios de inclusão e exclusão. Assim, apesar de haver 57 prováveis sujeitos de pesquisa, sete deles se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2) por motivos pessoais (12,3%), tendo resultado em 50 participantes.

Para a entrevista em grupo focal foram selecionados representantes dos trabalhadores do SUS que possuíam experiência com o objeto de estudo, tais como os secretários municipais de saúde, os coordenadores municipais, os representantes das superintendências estaduais de saúde, os coordenadores da Regional de Saúde Pireneus, os representantes das instâncias de pactuação interfederativa da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de Goiás e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Goiás (COSEMS). Com isso, foram incluídas 12 pessoas, das quais oito compareceram à entrevista.

5.4 Coleta e Organização dos Dados

A coleta de dados se deu em duas etapas considerando que a combinação de métodos produz a triangulação metodológica o que contribui para aumentar o conhecimento sobre determinado tema, alcançar os objetivos traçados, observar e compreender a realidade estudada (BRUGGEMANN; PARPINELLI, 2008). A primeira etapa consiste na aplicação do questionário, a qual foi seguida pela entrevista por grupo focal.

5.4.1 Questionário

O questionário é uma técnica de investigação composta por questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas e etc. (GIL, 2008). O questionário aplicado nesta pesquisa foi construído, revisado e validado pela

pesquisadora com o objetivo de identificar as ações realizadas, caracterizar a força de trabalho e a satisfação dos servidores da Regional de Saúde Pireneus, no Estado de Goiás, no ano de 2018 (Apêndice 1). A validação foi realizada por meio de um teste piloto, realizado com um servidor da Regional de Saúde, o qual não participou da pesquisa.

No item “satisfação profissional” foi utilizada a Escala *Likert* recomendada por Silva Júnior e Costa (2014) por ser o modelo mais utilizado nesse tipo de pesquisa. Ela consiste em um conjunto de afirmações, nas quais os participantes da pesquisa emitem seu grau de concordância de acordo com o número de pontos escolhidos pelo pesquisador (SILVA; ASSIS, 2014). Esse modelo tem como vantagem a facilidade de manuseio pelo pesquisado, entretanto por considerar duas dimensões de análise (conteúdo e intensidade) pode aumentar o nível de complexidade cognitiva da escala (SILVA JÚNIOR; COSTA, 2014). Para sanar esse entrave, o pesquisador orientou cuidadosamente o preenchimento da escala e esteve à disposição para o esclarecimento das dúvidas quando as mesmas apareceram.

A aplicação do questionário se deu no período de 19 de fevereiro a 29 de março de 2018. Os sujeitos foram abordados individualmente, após terem sido esclarecidos sobre a pesquisa e decidiram se participariam do estudo. Aqueles que aceitaram participar receberam uma cópia do questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2). Os participantes escolheram o horário para preencher o questionário, cuja devolução dos formulários preenchidos ocorreu após uma semana do início do preenchimento. Todos os questionários entregues foram preenchidos.

5.4.2 Grupo Focal

A entrevista em grupo focal tem sido bastante utilizada com o objetivo de produzir informações válidas e confiáveis, garantindo credibilidade ao estudo (MICHEL, BARROS, 2000). É considerada uma metodologia da pesquisa qualitativa, com caráter subjetivo de investigação que se propõe a buscar resposta acerca do que as pessoas pensam por meio da comunicação e interação aberta e acessível em torno de um tema de interesse comum dos participantes (DEBUS, 1997; BAUER; GASKELL, 2002). Assim, o grupo focal, além de coletar informações, é capaz de

gerar novas concepções, colaborando com a transformação e reflexão crítica do participante na tomada da decisão, pois sua conduta é fundamentada na troca de experiências que o grupo focal proporcionou, contribuindo para repensar atitudes, concepções, práticas e políticas sociais (BACKES et al., 2011).

A entrevista em grupo focal foi utilizada para verificar as opiniões do grupo sobre as relações político-administrativas e as ações realizadas pela instituição campo desse estudo. A escolha da metodologia se justifica pela mínima influência do pesquisador sobre o processo da entrevista, possibilidade de obtenção dos dados com rapidez e observação das questões de saúde sob o ângulo social, o que é inteiramente interessante na pesquisa de saúde coletiva (BORGES; SANTOS, 2005).

A reunião do grupo focal foi previamente agendada com todos os participantes e iniciada às 9h da manhã do dia 11 de maio de 2018 na Universidade UniEvangélica de Anápolis-GO. O horário e local foram previamente definidos com todos os participantes, considerando a importância de uma sala que garantisse ambiente tranquilo e confortável a todos. A entrevista teve duração de duas horas, obedecendo assim o tempo máximo para evitar o desgaste dos participantes. No início do grupo focal ocorreu a apresentação da pesquisa, dos objetivos e da pesquisadora. Cada um dos participantes e colaboradores também tiveram a oportunidade de se apresentarem e todos os envolvidos possuíram uma placa de identificação com nome e instituição que representava visando potencializar a interação entre a moderadora e os sujeitos da pesquisa. Também foi solicitada a autorização para gravação das reuniões a fim de facilitar a análise dos dados. Todos os presentes concordaram com a execução da gravação da entrevista e aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE (Apêndice 3).

Na entrevista houve o apoio de três observadores, dentre eles a pesquisadora. A moderadora foi responsável pela condução do grupo focal tendo sido escolhida pelo amplo conhecimento e habilidade em conduzir o grupo (TRAD, 2009). Tanto os observadores quanto a moderadora foram orientados a respeito de suas responsabilidades na entrevista (Apêndices 4 e 5). Após a entrevista foi realizada uma reunião entre os apoiadores para verificar as impressões do debate, e para decidir a necessidade de se realizar uma nova entrevista. Considerando-se a qualidade e a riqueza do conteúdo da discussão a realização de uma reunião foi suficiente para responder aos objetivos da pesquisa (KIND, 2004). Para esclarecer

os possíveis vieses que a pesquisadora poderia incluir na interpretação das falas foi utilizada a conferência das mesmas pelos observadores e pela moderadora. A teoria disponível foi importante na confirmação dos dados encontrados, além da utilização do *software* MAXQDA versão 2018, um programa para análise qualitativa de dados e métodos mistos para organizar e categorizar os dados (FLICK, 2009).

5.5 Análise de Dados

5.5.1 Questionário

A análise e compreensão dos dados do questionário se deu pela organização, estudo minucioso do conteúdo, tabulação e categorização das informações, por meio de planilhas e figuras formuladas no *software Office Excel* versão 2010, desenvolvido pela empresa *Microsoft*. Esse aplicativo é utilizado para organização de dados em linhas e colunas, sendo possível a elaboração de relatórios e gráficos. Utilizaram-se frequências absolutas e relativas, analisados descritivamente. A fim de validar o banco de dados foi realizada a dupla digitação. Com o objetivo de perceber os possíveis erros, os dados foram digitados e redigitados.

5.5.2 Grupo focal

Para a análise e compreensão dos dados da entrevista em grupo focal foi utilizada a estratégia denominada análise de conteúdo, entendida como um conjunto de técnicas que tem o objetivo de descrever e dar sentido ao conteúdo das mensagens, refletindo os objetivos da pesquisa por meio da interpretação do documento, levando em consideração o contexto social e histórico sob o qual foi produzido (CAMPOS, 2004). Como referência teórica utilizou-se a conceituação e procedimentos de Bardin (2010) por ser o mais citado nas pesquisas que utilizam a análise de conteúdo como técnica de análise de dados. Esse autor realiza a análise dos dados em pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Segundo esse modelo, os procedimentos para a análise do conteúdo iniciaram-se pela transcrição na íntegra da gravação com revisão da fala de cada participante por meio da escuta pela pesquisadora, das três gravações realizadas pelos

observadores a fim de se garantir a compreensão de todo conteúdo da entrevista em grupo focal (PETER, 2010). Realizada a transcrição, o material foi submetido à pré-análise pela leitura flutuante e exaustiva e a sistematização das ideias iniciais (SILVA; ASSIS, 2010). Após essa etapa o material foi organizado para verificar se todos os aspectos do roteiro foram contemplados e se os conteúdos estavam adequados aos objetivos do trabalho para a constituição do *corpus* de análise. Posteriormente procedeu-se a exploração do material, com a análise do conteúdo por esquema de codificação para a formação das unidades de análise por meio da marcação dos fragmentos das falas (LERVOLINO; PELICIONE, 2001).

Após a análise do conteúdo da entrevista em grupo focal, o material foi submetido ao processo de categorização não apriorística (enunciados que emergem do contexto) e agrupados por temas segundo seu grau de proximidade que resultam em elaborações que atendam ao objetivo do estudo (CAMPOS, 2004). Segundo esse autor é recomendado nessa fase que o pesquisador se baseie em seus conhecimentos teóricos, sensibilidade, intuição e experiência para a formação das categorias. Com isso, o processo de análise do conteúdo e cada uma de suas fases foram sistematizados conforme o modelo de Bardin (2010). Assim, foi incluído o grupo focal, transcrição, pré-análise, constituição do corpo de análise, análise do conteúdo e categorização de seus dados (Figura 3).

Figura 5 – Etapas da análise de conteúdo do grupo focal.



Fonte: Pesquisadora, 2018.

Do conteúdo da entrevista em grupo focal emergiram as categorias: governança regional, planejamento das ações em saúde e impacto da regionalização no município (Figura 4).

Figura 6 – Categorias emergentes do grupo focal.



Fonte: Pesquisadora, 2018.

Após o processo de categorização e subcategorização, o conteúdo foi interpretado levando em consideração o conhecimento teórico e os contextos social e histórico, numa produção de inferências. Conforme Campos (2004), produzir inferência sobre o texto é a razão de ser da análise de conteúdo, pois embasa situações concretas com os pressupostos teóricos do tema, conferindo relevância teórica a pesquisa (CAMPOS, 2004). Para a análise dos dados da entrevista em grupo focal utilizou-se também o *software* MAXQDA versão 2018, que trata dados não numéricos e não estruturados (texto, imagem, vídeo, áudio) de apoio a análises qualitativas dos dados, possibilitando e favorecendo a estruturação de categorias e códigos, bem como, controlar e filtrar os dados com o objetivo de responder às questões que emergem de uma investigação.

Dos participantes do grupo focal dois sujeitos representaram o nível municipal, sendo que um deles representou também o COSEMS-GO e a CIR da região estudada, quatro sujeitos representaram a esfera regional e dois a CIB-Goiás. Todas as participantes possuem sexo feminino. Sobre a profissão, cinco eram enfermeiras, uma biomédica, uma assistente social e uma bacharela em história. Dos cargos exercidos pelas participantes, cinco eram gestoras, uma exercia função técnica e duas eram apoiadoras. Com relação à participação dos sujeitos no grupo focal, das

61 falas, oito (13,2%) foram realizadas pelas representantes da esfera municipal, 30 (49,2%) pelo nível regional, 13 (21,3%) pela CIB e 10 (16,3%) pela moderadora.

5.6 Aspectos Éticos

A atenção aos procedimentos éticos legais se deu por meio da observância da Resolução 466/2012 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa em seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido e autorizado na Plataforma Brasil e no Comitê de Ética e Pesquisa da SES-GO. A coleta de dados foi realizada após o parecer favorável do comitê e anuência das instituições envolvidas (Anexos A, B, C e D). Os TCLE foram distribuídos individualmente (Apêndices B e C). Os dados mantidos em um banco de dados de pesquisa, com o acesso restrito da pesquisadora. Para minimizar os riscos foi garantido ao participante que preenchesse o questionário no local e horário que o mesmo se sentisse mais confortável e a entrega do questionário se deu por meio de envelope, garantindo o anonimato.

Resultados e Discussão

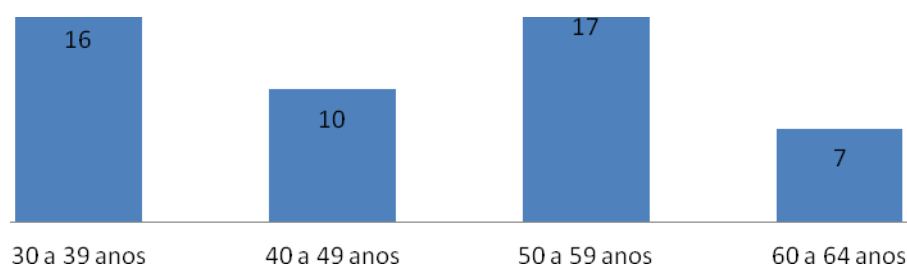
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos objetivos propostos pela pesquisa foi possível correlacionar o perfil demográfico e a força de trabalho da Regional de Saúde Pireneus, associar as ações realizadas ao nível de satisfação dos servidores e discutir as relações político-administrativas da Regional de Saúde Pireneus.

6.1 Perfil Demográfico e Força de Trabalho da Regional de Saúde Pireneus

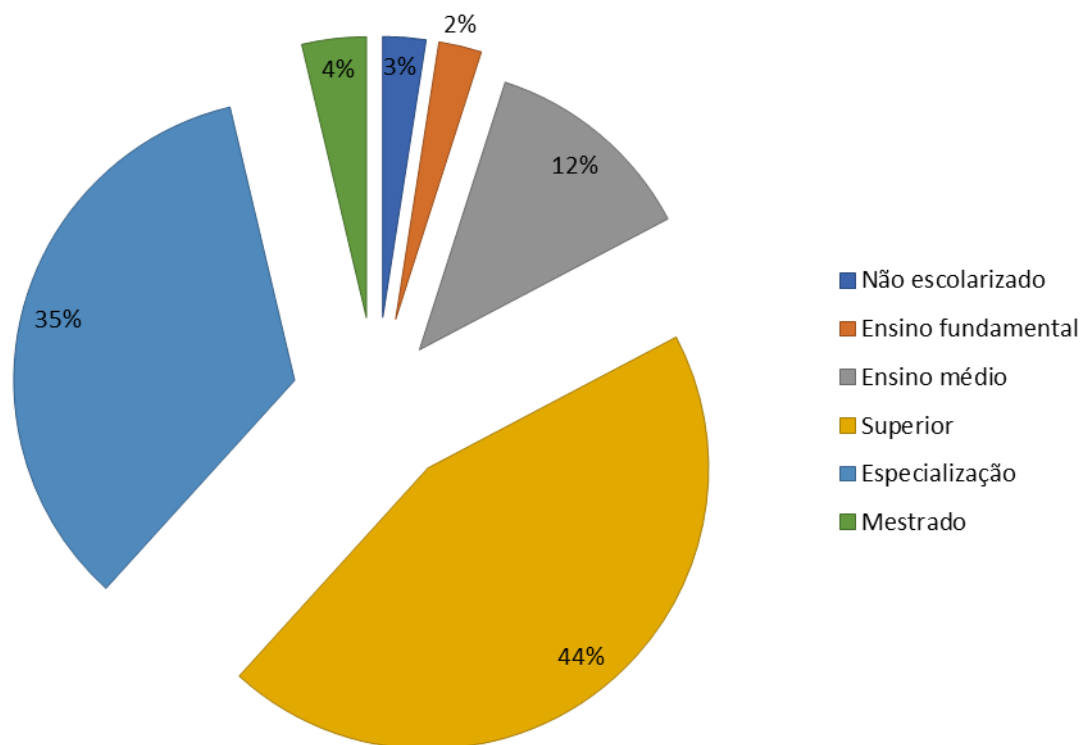
Do total de 50 servidores da Regional de Saúde Pireneus avaliados, 37 (74%) são do sexo feminino e 13 (26%) ao sexo masculino, distribuídos nas faixas etárias entre: 30 a 39 anos (16), 40 a 49 anos (10), 50 a 59 anos (17), e, 60 a 64 anos (7).

Gráfico 01 – Faixa Etária dos Participantes.



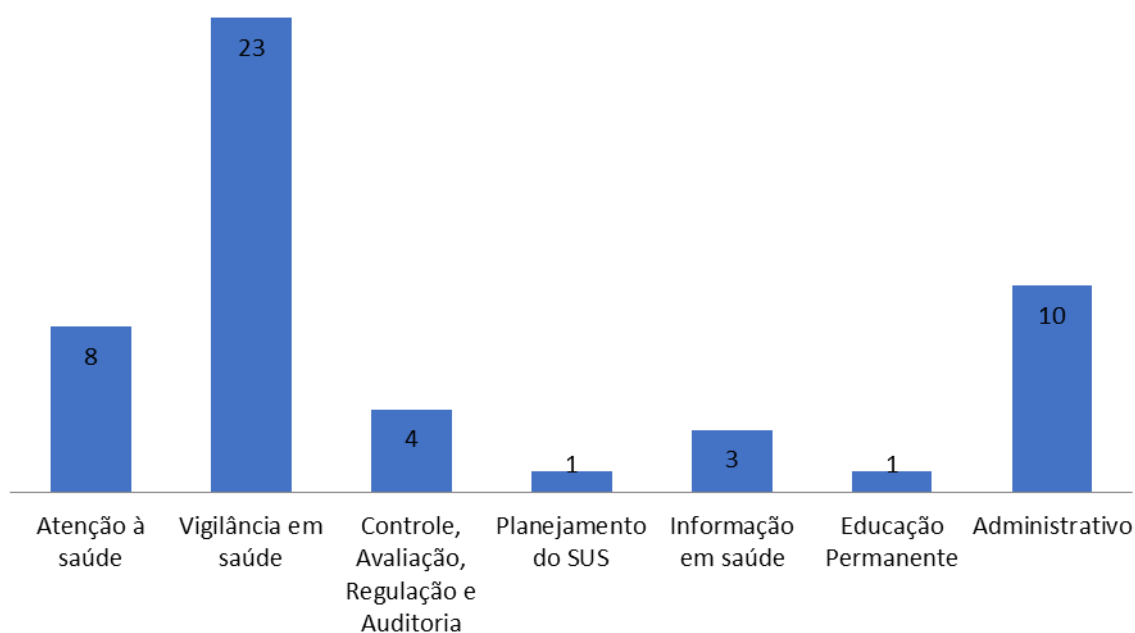
Fonte: Pesquisadora, 2018.

Quanto à escolaridade, os sujeitos da pesquisa foram distribuídos entre não escolarizado, ensino fundamental, médio e superior. Foram observados que 72% dos sujeitos possuíam nível superior, 20% dos indivíduos tinham o nível médio, 4% corresponderam aos sujeitos com ensino fundamental assim como os que declararam não escolarizados (4%). Dentre os portadores de nível superior de graduação, 28 (78%) sujeitos possuíam especialização e três (8%) eram mestras. Sobre as especializações 31 (58%) relacionaram-se à saúde coletiva.

Gráfico 02 – Nível de Escolaridade dos Participantes.

Fonte: Pesquisadora, 2018.

No que diz respeito à função que ocupavam na instituição pesquisada foram encontrados seis (12%) coordenadores, seis (12%) subcoordenadores, três (6%) auditores e 35 (70%) técnicos dos setores de atenção à saúde, vigilância em saúde, controle, regulação, avaliação e auditoria, planejamento do SUS, informação em saúde, educação permanente e apoio administrativo.

Gráfico 03 – Função Ocupada pelos Participantes.

Fonte: Pesquisadora, 2018.

Quanto à liderança, houve 12 entrevistados com cargos de liderança e 38 cargos técnicos. A distribuição de servidores nos setores da Regional de Saúde Pireneus foi heterogênea. As coordenações que possuíram mais servidores foram: a Coordenação de Vigilância em Saúde (23) e a Coordenação de Atenção à Saúde (8), em detrimento da Coordenação de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria (4), da Coordenação de Informação em Saúde, da Coordenação de Educação Permanente (3), e, da Coordenação de Planejamento e Gestão (1).

Quanto à força de trabalho, os servidores da instituição pertenceram predominantemente ao sexo feminino, com nível superior de ensino, e em sua maioria enfermeiros. Dentre as especializações relatadas, 31 (58%) relacionaram-se à saúde coletiva. No estudo de Shimizu (2013) foi verificado que a formação dos profissionais de saúde esteve voltada para os interesses do mercado privado. Diferentemente, neste estudo foi observada uma formação profissional voltada para a saúde coletiva, demonstrando que a instituição tem capacidade técnica qualificada.

Os servidores estiveram lotados adequadamente com a sua formação profissional e executavam atribuições pertinentes ao seu setor e função. Com relação à capacidade técnica da equipe foi observado um reconhecimento das habilidades dos servidores e os mesmos estiveram satisfeitos com a oportunidade de se qualificar, pois se sentiam valorizados na instituição. No entanto, foi mencionada a necessidade de capacitação, reconhecimento e autonomia por parte de alguns servidores. Também foi visto que equipe da Regional de Saúde possui qualificação diversa o que permitiria ampliar o seu campo de atuação, oferecendo capacidade técnica diante das necessidades da região.

Apesar de atuar no apoio dos municípios, foi relatada fragilidade da regional em dar continuidade no processo pela necessidade de atender as demandas de urgência e solicitadas pelas superintendências. A Regional de Saúde estudada é responsável por dez municípios, dos quais apenas o município polo tem mais de 30 mil habitantes (Anápolis, com 370.875 habitantes). Com isso, é importante lembrar que a maioria dos municípios possui pequeno porte (menor município com 3.721 habitantes e maior município com 26.457 habitantes), exigindo assim maior necessidade de apoio por parte da regional de saúde e maior atenção para o apoio técnico, diagnóstico situacional, monitoramento e avaliação.

A distribuição dos servidores nos setores da Regional de Saúde, por sua vez, não é uniforme e segue a prioridade da esfera central, uma vez que a coordenação de Vigilância em Saúde e a coordenação de Atenção à Saúde são os setores que mais tem visibilidade. Foi relatado que essa distribuição diferenciada dificulta o processo de trabalho, sobrecarrega alguns servidores, o que repercute na qualidade de suas produções. Grande parte das falas do grupo focal abordou acerca da importância do planejamento nas ações de saúde e apesar disso a coordenação de Planejamento e Gestão possuiu apenas um servidor.

Assim, foi observado que a quantidade de servidores é insuficiente para o volume das demandas. Cabe salientar que uma equipe técnica capacitada, porém fragilmente organizada e articulada pode comprometer a resolução das ações. Dessa forma, deve-se considerar que nem sempre a solução dos entraves encontra-se na capacitação de recursos humanos, mas sim nos processos de planejamento institucional interno (SAMPAIO et al., 2011). O acúmulo de trabalho para poucos técnicos disponíveis impede a presença mais assídua da Regional de Saúde nos

municípios. No estudo de Souza (2005) sobre as Regionais de Saúde de Goiás também foi observado que o quadro de recursos humanos era insuficiente. Além disso, também havia pouca qualificação e perfil inadequado para o desempenho das funções, diferentemente do achado obtido nesta pesquisa, cuja equipe técnica foi considerada adequada.

Apesar disso, foi apontado o potencial técnico dos profissionais da Regional de Saúde Pireneus, a capacitação da equipe e a importância da mesma em apoiar os municípios e qualificar a assistência em saúde da região, por meio da capacitação dos profissionais dos municípios. Uma vez que as principais responsabilidades da esfera estadual do SUS na instituição regionalizada da saúde são cooperação técnica, avaliação, planejamento, programação e monitoramento (SAMPAIO et al., 2011), os técnicos da regional de saúde têm cumprido a função de apoiar os municípios em suas demandas e necessidades, ainda que de forma superficial.

6.2 Ações Realizadas pela Regional de Saúde Pireneus

As ações descritas pelos servidores da instituição estudada foram dispostas por coordenação conforme relacionado no Quadro 2.

Quadro 2 - Atividades relatadas pelos servidores.

COORDENAÇÃO REGIONAL	ATRIBUIÇÕES ELENCADAS
ATENÇÃO à SAÚDE	<p>Apoiar e acompanhar o processo de implantação, habilitação e emitir pareceres quanto à criação de novos serviços especializados e implantação de políticas, programas e projetos de atenção à saúde, considerando as prioridades e as realidades locais (CAPS, residências terapêuticas, centros de reabilitação, entre outros);</p> <p>Incentivar o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família e apoiar no processo de tutoria;</p> <p>Ordenar, juntamente com os municípios a definição dos fluxos das RAS nos diversos níveis de atendimento;</p> <p>Contribuir para o aperfeiçoamento de métodos, técnicas, ferramentas e procedimentos a serem adotados e/ou implementados para a qualificação da atenção a saúde da região e assessorar os municípios no desenvolvimento das ações de saúde visando à tomada de decisão;</p> <p>Pactuar a programação das atividades de atenção à saúde na rede de serviços no âmbito regional;</p> <p>Participar de eventos municipais, estaduais e nacionais de interesse da atenção à saúde;</p> <p>Contribuir na elaboração de normas, instruções e procedimentos técnicos para o desenvolvimento das atividades voltadas a todos os níveis de atenção;</p> <p>Apoiar o desenvolvimento de estratégias que estabeleçam a humanização e o acolhimento nos serviços de saúde.</p> <p>Solicitar, distribuir e armazenar de insumos farmacêuticos e realizar o controle de temperatura/ambiente na sala da assistência farmacêutica;</p> <p>Realizar orientação farmacêutica aos usuários dos medicamentos de alto custo e dos programas atendidos pelo estado e Ministério da Saúde;</p> <p>Participar de encontros e oficinas da Assistência farmacêutica;</p> <p>Assessorar, acompanhar e supervisionar os municípios na gestão da assistência farmacêutica com relação à aquisição de medicamentos e insumos do componente básico e estratégico;</p> <p>Estimular a adesão e implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica.</p>
PLANEJAMENTO E GESTÃO	<p>Apoiar, acompanhar e monitorar os municípios na elaboração correta dos instrumentos de gestão e inserção nos respectivos sistemas, tais como SARGSUS, SISFACTO, SIOPS, RQDA; PMS, PAS, LDO, LOAS, entre outros;</p> <p>Encaminhar as demandas da CIB (legislações, comunicados), CIR (pautas, atas, resoluções) e câmara técnica da região, e participar ativamente das reuniões, subsidiando os municípios com informações e apoiando-os nas discussões e pactuações.</p>
APOIO ADMINISTRATIVO	<p>Realizar confecção de diárias;</p> <p>Conduzir servidores ou documentos para municípios que fazem parte da regional, buscar material ou medicamentos.</p> <p>Realizar pedido de material para a sede em Goiânia, controlar entrada e saída de insumos e organizar estoque, realizar inventário do patrimônio da instituição.</p> <p>Realizar controle de banco de horas e sistema de ponto eletrônico e avaliação de produtividade;</p> <p>Realizar redação de documentos oficiais e acompanhamento de publicações no diário oficial;</p> <p>Receber, consolidar, analisar, orientar, acompanhar, encaminhar e executar os documentos e ou processos administrativos de aposentadorias, licenças, férias, plano de cargos, avaliação de desempenho, estágio probatório e demais demandas dos servidores</p>

	<p>bem como protocolar e acompanhar andamento dos mesmos na SEI.</p>
INFORMAÇÃO EM SAÚDE	<p>Realizar Interlocução regional e suporte municipal em sua operacionalização e funcionamento dos sistemas de saúde do Ministério da Saúde;</p> <p>Realizar suporte aos servidores na operação de programas como Word, Excel, Power point e utilização de impressoras;</p> <p>Realizar atendimento das demandas internas quanto ao funcionamento dos equipamentos de informática.</p>
CONTROLE, AVALIAÇÃO e REGULAÇÃO	<p>Realizar auditoria e visitas técnicas nas ações e serviços de saúde demandadas pela gerência de auditoria e processamento da informação da SES GO.</p>
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	<p>Identificar e informar a ocorrência de agravos de notificação compulsória, indicando as medidas para a promoção e prevenção da saúde, controle de doenças e agravos à saúde e elaborando relatórios técnicos;</p> <p>Analisar e acompanhar o comportamento epidemiológico de doenças e agravos de interesse estadual, regional e municipal, monitorando os sistemas de informação e avaliando indicadores e metas de vigilância de doenças transmissíveis e não transmissíveis agravos e fatores de risco;</p> <p>Assessorar tecnicamente os municípios na execução das ações de vigilância epidemiológica para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle;</p> <p>Desenvolver ações de coleta de dados epidemiológicos e qualificação da informação.</p> <p>Apoiar as ações de epidemiologia com relação às zoonoses e monitorar dos sistemas de informação de interesse da pasta;</p> <p>Planejar e realizar visitas domiciliares e apoio aos municípios como agente de endemias bem como transportar agentes e participar em mobilizações contra o <i>aedes</i> e no combate as endemias;</p> <p>Participação de reuniões da Câmara Técnica da CIR, SUVISA e municípios;</p> <p>Secretariar a coordenação geral;</p> <p>Assessorar e apoiar os municípios sob jurisdição na elaboração de estratégias diferenciadas para alcance de metas das coberturas vacinais e indicadores de saúde do tema; na realização das campanhas nacionais e em caso de surtos ou eventos adversos pós vacinais;</p> <p>Coordenar a dispensação de imunobiológicos e insumos estratégicos nos municípios;</p> <p>Monitorar SIPNI dos municípios, coberturas vacinais e prazos;</p> <p>Participar de processos de desenvolvimento e qualificação de educação permanente para técnicos que atuam nas salas de vacinas e coordenadores de imunização municipais;</p> <p>Coordenar, avaliar e encaminhar pedidos e respostas de processos de requerimento de imunobiológicos especiais CRIE;</p> <p>Repassar informações por meio de planilhas online para o estado sobre acidentes peçonhentos e dispensação de soros e imunoglobulinas</p> <p>Inspeccionar e fiscalizar serviços na área da saúde e ambientes de trabalhos para identificação dos riscos e medidas de controle e realizar seus desdobramentos, tais como liberar alvarás, orientar o público e avaliações prévias em projetos. Articular de ações (capacitações, inspeções, visitas, avaliações) entre os setores internos e nos municípios jurisdicionados;</p>
EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O SUS	<p>Realizar todas as ações relacionadas à educação permanente.</p>

Fonte: Pesquisadora, 2018.

Apesar de haver um documento interno emitido pela Gerência das Regionais de Saúde e Núcleo de Apoio às Endemias (GERNACE) indicando as competências e atribuições das Regionais de Saúde, elas estão fora da estrutura formal do Estado de Goiás, aprovada pelo Decreto nº 9.059/2017 do Governo Estadual de Goiás, tratando-se de um modelo administrativo para garantir efetividade nas ações de saúde e aproximar a administração central dos municípios e usuários do sistema, exercendo o papel de apoio e cooperação técnica aos municípios.

A GERNACE, como apoiadora e orientadora destaca, como competências fundamentais das Regionais de Saúde gerir as ações técnicas e administrativas da SES-GO, no âmbito da região de saúde, promovendo estratégias de intervenção, visando qualificar a gestão regional do SUS e ser o espaço de cooperação, apoio e articulação da SES-GO para as relações interinstitucionais e nas ações de saúde dos municípios da sua área de abrangência. As atribuições gerais das unidades administrativas regionais são definidas como:

Por meio de comparação entre as atividades referidas pelos servidores e as esperadas pela administração central da saúde do estado de Goiás foi possível perceber que a Regional de Saúde Pireneus atende parcialmente as expectativas da administração central

No questionário houve um espaço reservado para os comentários, opiniões, críticas e sugestões, os quais foram relacionados, organizados e distribuídos por assunto e categorizados em Gestão de Pessoas e Processos e Gestão Administrativa (Quadro 3).

Quadro 3 - Atribuições Gerais das Unidades Administrativas Regionais.

<p>Representar a SES-GO junto aos municípios e às instâncias regionais do SUS, coordenando a relação interinstitucional nas questões relativas ao processo de regionalização, promovendo o fortalecimento, articulação e integração entre os gestores do SUS, visando qualificar a atenção à saúde e o enfrentamento das dificuldades encontradas na implantação das políticas de saúde dentro de sua área de abrangência;</p>
<p>Cooperar e apoiar tecnicamente os municípios nas ações de: avaliação da situação de saúde; fortalecimento das ações de prevenção e promoção; desenvolvimento de políticas públicas; planejamento e gestão do SUS; ações de atenção e vigilância à saúde; fortalecimento de mecanismos de participação e controle social; normatizações de controle, auditoria e fiscalização municipais; promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde; desenvolvimento de recursos humanos; melhoria da qualidade dos serviços de saúde; desenvolvimento de pesquisas e reorganização do modelo de atenção à saúde;</p>
<p>Articular, estimular e fortalecer parcerias intra e interinstitucionais com as secretarias municipais de saúde, contribuindo com a gestão e o desenvolvimento de recursos humanos, identificando necessidades e facilitando o processo de formação, capacitação e educação permanente em saúde;</p>
<p>Acompanhar a demanda de denúncias, realizando contato com os demandados a fim de buscar informações precisas e agilidade em suas resoluções, comunicando aos demandantes as respostas obtidas e as providências tomadas, seja através do sistema de Ouvidoria do SUS ou não;</p>
<p>Acompanhar e avaliar a execução dos recursos do SUS na respectiva região de saúde;</p>
<p>Gerenciar e executar as ações de saúde pública de caráter supramunicipal;</p>
<p>Participar, implementar e contribuir no planejamento e formulação de estratégias, planos, programas e projetos da SES-GO, concernentes a sua área de abrangência.</p>

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, 2018.

Quadro 4 – Contribuições dos Entrevistados.

ESFERA DE ATUAÇÃO	APONTAMENTOS
GESTÃO DE PESSOAS E PROCESSOS	<p>Necessidades de apoio, reconhecimento e autonomia dos sujeitos em relação à coordenação geral;</p> <p>Democratização na tomada de decisões;</p> <p>Processo de avaliação dos sujeitos transparente;</p> <p>Realização de capacitações periódicas;</p> <p>Maior comunicação interpessoal;</p> <p>Possibilidade de participação na CIR.</p>
GESTÃO ADMINISTRATIVA	<p>Ampliação da quantidade de computadores;</p> <p>Estrutura física adequada e em conformidade com a vigilância sanitária;</p> <p>Conduta do gestor baseada nas necessidades técnicas;</p> <p>Gestão de finanças voltada para as necessidades da instituição;</p> <p>Maior competência na administração local.</p>

Fonte: Pesquisadora, 2018.

Quanto às atividades realizadas pelos servidores foi percebido que os mesmos possuem um rol de atividades pré-estabelecido e sentem-se satisfeitos com a oportunidade de apoiar os municípios, porém solicitaram a oportunidade de participar da CIR. Silva e Gomes (2013) defendem que o papel do estado como apoiador dos municípios pressupõe uma cooperação gerenciada pela CIR, que é um espaço de decisão. Ao identificar as potencialidades e entraves no processo do planejamento regional integrado em uma região de saúde do Rio Grande do Sul, Medeiros et al (2017) relataram que os servidores estaduais entendem que as reuniões da CIR são importantes para reforçar o compromisso entre os gestores municipais da região na apresentação de propostas para a área da saúde.

Foi elencado pelo grupo, como atribuição essencial, o apoio institucional da Regional de Saúde aos municípios, os conduzindo a se organizar, inclusive na troca da gestão municipal. Silva e Gomes (2014) encontraram o mesmo resultado em seu estudo na região do grande ABC paulista, onde um dos entrevistados referiu que o governo estadual precisa assumir um papel de liderança na coordenação da região,

junto aos municípios. Nesse sentido, o grupo referiu que a Regional precisa se munir de informação e conhecimento técnico para realizar esse apoio e conhecer cada um dos municípios, inclusive o que foi pactuado no TCG municipal.

Além disso, houve consenso de que o papel da Regional de Saúde na CIR é o de levar informações, propostas, apoio técnico, auxiliar na resolução de problemas e capacitar e qualificar a gestão. Martinelli, Viana e Scatena (2015) reforçaram a necessidade do apoio regional quando afirmaram que o modelo regionalizado requer ações coordenadas, como apoio estadual para estabelecer as relações de equilíbrio e interdependência, minimizando as heterogeneidades do território. Igualmente, no trabalho de Souza (2005) acerca das regionais de saúde do estado de Goiás, dentre as funções das regionais, estava o de facilitar os mecanismos de comunicação e socialização do conhecimento e a articulação interinstitucional.

O grupo mencionou a falta da atuação da regional de saúde na CIR e o desafio em promover a discussão interfederativa. Diante dessa problemática, a Regional de Saúde, no espaço da CIR, pode propor sugestões para negociação e consenso, além de orientar nas necessidades dos municípios e região (MEDEIROS et al., 2017). Silva e Gomes (2014) afirmaram que os municípios pouco contribuem para o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa devida as divergências e conflitos de interesse entre os próprios municípios e entre os municípios e o estado. Medeiros et al (2017) encontrou a mesma situação, onde os gestores municipais se sentiam satisfeitos em contar com o apoio da Regional de Saúde, se colocando como ouvintes e não como protagonistas da decisão, justificando a conduta por não deter conhecimento suficiente. Dessa forma, o processo de regionalização expõe a tensão que se manifesta na defesa dos interesses dos entes federados em função de suas diferenças sociopolíticas (SILVA; GOMES, 2014).

Neste sentido, consideraram a falta de atuação e comprometimento dos servidores regionais no processo de definição das redes de atenção à saúde. Essa constatação foi reforçada por Medeiros et al (2017) quando afirmaram a falta de clareza dos gestores municipais e servidores regionais a respeito da importância da Regional de Saúde para apoiar na resolução dos problemas de saúde da região. Agindo dessa forma o sistema de governança é prejudicado, pois há fragilidade na articulação e cooperação entre os atores sociais e políticos. Em Brasília, um estudo com gestores

de saúde apontou a falta de resolutividade e a pouca resposta do estado com relação às suas necessidades de saúde como principais falhas. Assim, quando o município é demandado pelas necessidades rotineiras, tende a ser mais afetado pela urgência na resposta dos problemas, e aguarda apoio da esfera estadual (SHIMIZU, 2013).

Outro papel da Regional de Saúde elencado pelo grupo é o de promover e executar a organização e monitoramento do planejamento regional integrado na RS, definindo as políticas de pessoal, investimento e organização do cuidado, com participação efetiva dos municípios da região. Com isso, a Regional de Saúde como instituição descentralizada do estado deve se empenhar em promover a construção do planejamento como resposta aos problemas locais, por meio de políticas públicas regionais desenvolvidas por todos os entes da federação. Para a formulação de políticas e programas, o planejamento integrado pode oferecer ao gestor municipal os subsídios para a tomada de decisão (SAMPAIO et al., 2011).

O monitoramento e avaliação são ferramentas de planejamento com vista ao desenvolvimento das atividades compatíveis com a realidade. Por meio das falas percebe-se a reivindicação para que a regional esteja presente nas dificuldades enfrentadas pelo município, apoiando os gestores no planejamento, monitoramento e avaliação das ações da região. De maneira semelhante, Ferreira (2013), identificou em seu estudo a necessidade de diagnóstico de saúde, avaliação e monitoramento dos indicadores epidemiológicos de saúde e necessidade de integração entre os sujeitos responsáveis por estas informações em seu campo de pesquisa.

Apesar de evidente, observa-se também a integração dos setores de Vigilância em Saúde e Atenção à Saúde promovida pelo setor de Planejamento do SUS que organizou, em 2018, uma reunião de trabalho para discussão dos indicadores de saúde nos municípios de forma individual, antes da elaboração dos documentos de gestão pelos municípios (RAG, SISACTO e PQAVS). Por meio de uma equipe multidisciplinar foi realizada uma análise integrada e um auxílio no diagnóstico situacional discutindo individualmente cada indicador e auxiliando nas fragilidades. Essa iniciativa da regional de saúde em promover o planejamento juntamente com os municípios foi apontada, assim como a necessidade de dar continuidade no processo para realizar o monitoramento. Os dados corroboram com aqueles

achados por Pinheiro et al. (2014) sobre a importância do apoio regional presencial e à distância para apoiar na elaboração do diagnóstico da região e instrumentos de apoio de gestão. Nesse contexto, Ribeiro, Tanaka e Denis (2017) também reforçam que o apoio regional deve possuir mecanismos de trabalho para acompanhar e instrumentalizar o gestor municipal, utilizando meios que permitam a análise da situação de saúde, estratégias de atuação e avaliação dos resultados obtidos pelas ações de saúde no município e região, como mecanismo de apoio loco regional.

O grupo percebeu a importância do planejamento regional estratégico e solidário para o crescimento da região de saúde, com apoio ativo da Regional de Saúde Pireneus para fomentar uma visão regionalizada com decisões pautadas em discussões interfederativas. Para democratizar as decisões em saúde e promover o planejamento integrado é importante a utilização do ambiente da CIR, definida como espaço de estabelecimento de pactos para a conformação de redes de atenção (MACHADO et al., 2014). Ainda em 2005 já se havia verificado a falta de um plano de fortalecimento para as regionais, elaborado pelo nível central da SES, essas instituições funcionavam como executoras das ações de saúde e pouco indutoras do processo de implantação do SUS (SOUZA, 2005).

O grupo manifestou a preocupação em qualificar a atenção básica para atender as necessidades da população. Santos et al.. (2015) afirmaram essa importância quando referiram que o fortalecimento de redes de média e alta complexidade sem o ordenamento de fluxo sob a coordenação da atenção básica pode provocar desregulação da oferta e demanda. Santos e Giovanella (2014) observaram que as Diretorias Regionais de Saúde na Bahia contribuem no apoio técnico-pedagógico e agregam os municípios em torno de projetos que requerem ampla adesão, como no caso da tutoria e planificação da atenção à saúde.

Por meio do apoio realizado pela Regional de Saúde Pireneus na planificação da atenção à saúde foi percebido que a diferença nas práticas dos municípios com a preocupação de promover a resolutividade das demandas gerando resultados positivos para as equipes de saúde e repercutindo na saúde da população. Além disso, após o apoio da RSP foi verificado um interesse dos profissionais dos municípios em acompanhar outros agravos à saúde e modificar suas práticas, aumentando o interesse em adquirir conhecimento no assunto. Shimizu (2013) reforçou a importância de qualificar a atenção básica como coordenadora do

cuidado para alicerçar as redes de cuidados integrais a fim de fornecer aos usuários do SUS resposta adequada.

Por outro lado, o isolamento percebido entre os setores da Regional de Saúde pode contribuir para o enfraquecimento do potencial técnico da instituição, pois segundo Sampaio et al (2011), a articulação entre os diversos atores possibilita a ampliação das competências disponíveis, facilitando a tomada de decisão para o planejamento de uma determinada ação. Na fragmentação dos processos de trabalho, o que deveria ser entendido como uma atividade estruturante é considerada como mais uma tarefa. É importante reforçar que as ações desarticuladas fomentam processos de trabalho fragmentados e com baixa capacidade resolutiva (MEDEIROS et al., 2017).

É mencionada a dificuldade de comunicação e integração entre os setores da Regional de Saúde, as superintendências estaduais e o Ministério da Saúde, inclusive com centralização de informações. Quanto a essa problemática Ribeiro, Tanaka e Denis (2017) relataram que os conflitos entre a autocoordenação regional e as demonstrações de poder hierárquico são problemas da governança regional que devem ser considerados. Também referiram que a persistência de culturas institucionais e organizacionais centralizadoras e setorializadas podem ser obstáculo para a gestão regional. Nesse contexto, Sampaio et al (2011) reforçaram que quanto menos hierarquizada a gestão, maior será a integração entre os envolvidos, e conseqüentemente, maior será a capacidade de resolução das demandas. . O grupo concordou que quando o planejamento não é tomado como prioridade à capacidade de apoio aos municípios e região pode ficar comprometida. A implantação de processos de trabalho estrategicamente planejados e coletivamente operacionalizados pode evitar que a instituição deixe de trabalhar com demandas emergenciais e se concentre no planejamento de suas ações (SAMPAIO et al., 2011).

Foram apontadas as fragilidades percebidas tanto pelos profissionais que trabalham na regional de saúde quanto por aqueles que trabalham nos municípios ou na central, tais como a dificuldade em realizar diagnóstico situacional e planejamento regional integrado, desrespeito a hierarquia por parte do nível central e em relação aos municípios, priorização de alguns setores em detrimento de outros e dificuldade de integração entre os setores da regional, assim como no nível central e união.

Características como recursos ambientais, infraestrutura, interações econômicas, sócio-político-cultural, entre outros, são fatores que devem ser estudados antes de proceder ao planejamento regional (RIBEIRO, 2015). Souza (2005) já apontava a necessidade de incremento da capacidade institucional das regionais de saúde com a organização dos processos de trabalho por meio da implementação de um plano de desenvolvimento institucional das regionais de Saúde da SES-GO. Recomendou ainda a definição de diretrizes para elaboração dos planos regionais de saúde e viabilização de sua elaboração junto às regionais de saúde com vistas a desencadear um processo de articulação e integração da política de descentralização, redefinindo as competências e atribuições do nível regional da SES.

6.3 Nível de Satisfação dos Servidores da Regional de Saúde Pireneus

O entendimento que a satisfação do servidor interfere em suas ações laborais norteou esse item do questionário (Gráfico 1) (MARQUEZE; MORENO, 2005; WANDERBROOKE, 2018). Mailhiot (1976) colaborou ao informar que a produtividade e eficiência de um grupo de trabalho não se limitam apenas à competência de seus trabalhadores.

Nos itens “Participação nas reuniões da CIR” e “Autonomia em relação à superintendência estadual da saúde a qual está vinculado para executar ações consideradas necessárias na melhoria dos serviços de saúde da região”, houve predomínio da resposta “indiferente”. O grupo mencionou um bom relacionamento e apoio técnico recebido pelas superintendências estaduais. Contudo, foi identificada quebra da hierarquia, onde o Estado vai até o município sem comunicar a Regional de Saúde, ainda que convidado pelo município, o que gera incômodo aos servidores.

No estudo desenvolvido por Sampaio et al (2011) observou-se que a descentralização de responsabilidades e a definição das funções dos técnicos promove o empoderamento desses atores, ampliando assim a base de apoio. Com essa experiência foi avaliado que assumindo de forma crítica suas funções, os técnicos da Regional de Saúde podem se perceber proativos no desempenho de suas atividades o que é fundamental quando se deseja uma gestão

estrategicamente planejada. Seguindo as explanações do mesmo autor, a governabilidade pode ser expressa por meio da distribuição do poder administrativo e das funções nos diversos níveis organizativos.

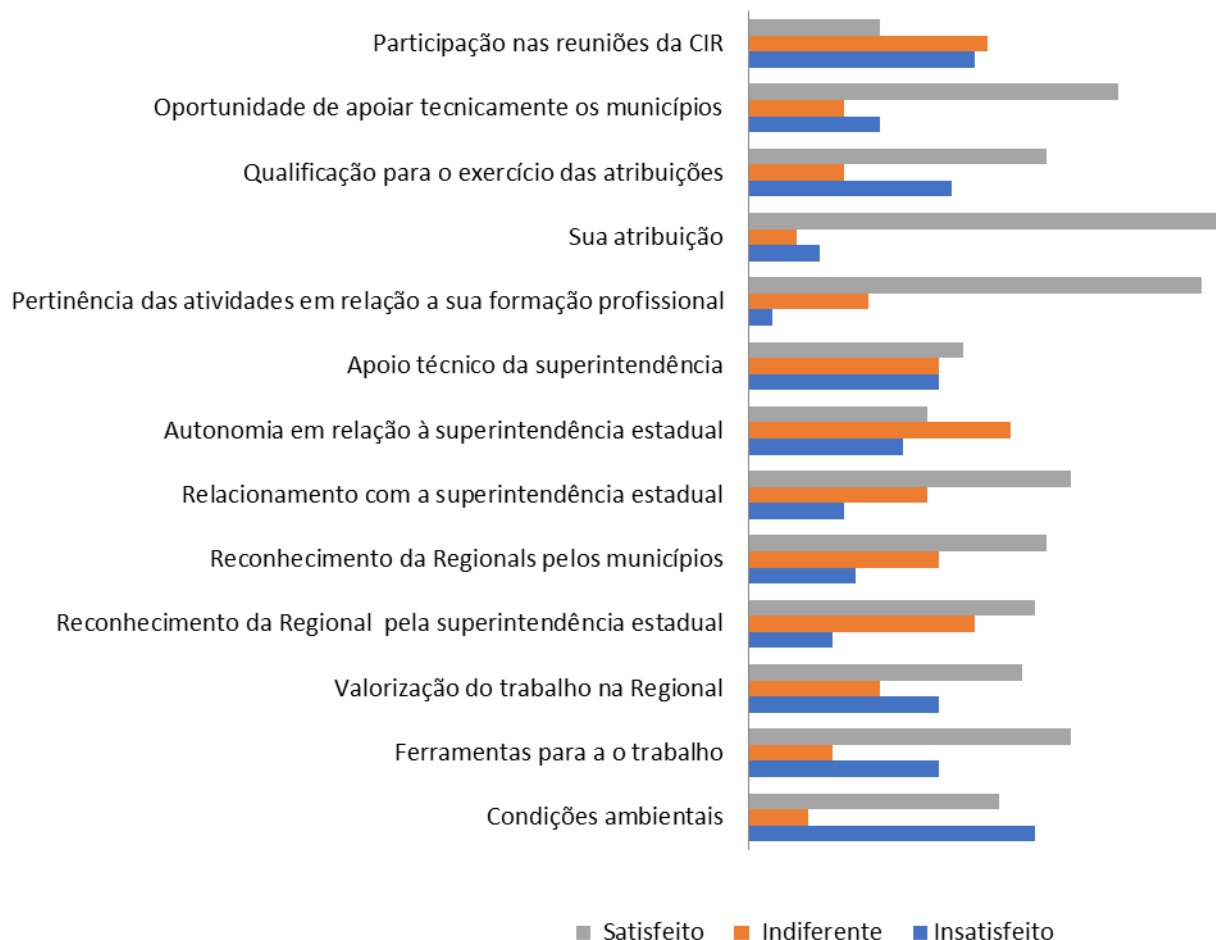
A Regional de Saúde enquanto representante do estado no nível regional é responsável por responder as demandas municipais dentro da região. Todavia, a quebra da hierarquia parece demonstrar que a Regional de Saúde não possui um espaço administrativo bem definido em relação à região de saúde de sua jurisdição, apesar de ser tecnicamente responsável pela mesma. Além disso, foi visto que a Regional não apresenta resolutividade satisfatória, levando o gestor municipal a buscar o nível central.

Houve predominância das respostas “satisfeito” nos itens “oportunidade de cooperar e apoiar tecnicamente os municípios da região”, “qualificação”, “atualização ou capacitação para a execução das atribuições”, “atribuições no setor e função que está lotado”, “pertinência das atividades que exerce em relação a sua formação profissional”, “apoio técnico da superintendência em que está vinculado”, “relacionamento com a superintendência estadual da saúde a qual está vinculado”, “valorização do trabalho realizado relação ao (s) seu (s) superior (es) na Regional de Saúde”, “oferta de tecnologia, instrumentos, insumos e outros itens importantes para a realização do trabalho” e “reconhecimento da importância da Regional de Saúde pelos municípios com os quais trabalha”.

Em relação à resposta “insatisfeito” foi identificado apenas o item acerca do “nível de satisfação em relação a condições técnicas, físicas e estruturais do ambiente em que trabalha”. A Regional de Saúde Pireneus está sediada em um prédio antigo e mantém condições físicas que interferem nas condições laborais dos servidores. Nesse quesito pode-se afirmar a significativa influencia do ambiente físico no desempenho de tarefas (PEPE, 2009). Além disso, o ambiente de trabalho influi no conforto social, pois com condições precárias de trabalho as pessoas não podem trabalhar adequadamente (MAGALHÃES, 1990).

Em relação às condições ambientais da instituição é mencionado que a estrutura física é inadequada inclusive mediante os padrões da vigilância sanitária, e 49% dos sujeitos referiram insatisfação com o ambiente de trabalho. 27% estão satisfeitos com as condições de trabalho, porém foi mencionada a falta de informatização das

unidades ou de computadores. Os registros de Souza (2005) já apontavam a discussão acerca da infraestrutura das regionais e sua influência no desempenho das funções dos servidores. É relevante considerar quais as alternativas disponíveis para que as condições de trabalho não comprometam as habilidades desejadas, pois sem estrutura física e equipamentos adequados a capacidade produtiva fica enfraquecida. A insatisfação dos sujeitos nesse quesito pode contribuir com o enfraquecimento da capacidade técnica do grupo. Tal resultado é corroborado por Sampaio et al (2011) quando afirmaram que a capacidade de uma gestão pode ser comprometida pelas condições de trabalho em que as pessoas estão inseridas.

Gráfico 4 – Nível de satisfação dos participantes

Fonte: Pesquisadora, 2018.

Para a análise do conteúdo da entrevista em grupo focal foram definidos os eixos governança regional, planejamento das ações em saúde e impacto da regionalização no município que são discutidos em seguida.

6.4 Relações Político-Administrativas da Regional de Saúde Pireneus na Região

6.4.1 Impacto da Regionalização no Município

Na discussão em grupo foram percebidos os principais regulamentos que abordam a regionalização, demonstrando que os participantes conhecem a legislação e consideram sua importância. Foram mencionadas a organização da saúde do

estado em Regiões de Saúde e a organização da assistência em saúde pelas RAS, com a importância do planejamento regional integrado para essa organização e os acordos firmados entre os entes da federação para a inserção da atuação municipal. O grupo esteve atento às decisões da esfera federal focadas na regionalização e na conformação das redes de assistência à saúde pelas macrorregiões.

Foi observado que o grupo tem conhecimento que houve a pactuação por meio dos TCG, porém não conhecem o teor dos mesmos. A regionalização provocou a necessidade da instituição do Pacto pela Saúde como um acordo interfederativo, introduzindo o sentido de gestão pública responsável e por resultados (CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014). Com a municipalização o gestor local teve maior autonomia nas tomadas de decisões relacionadas aos problemas sanitários do município com aumento do poder de operação, entendendo que as prioridades de saúde são reconhecidas e enfrentadas a nível local (PIRES; MATOS, 2006).

A descentralização da gestão proposta pelo Pacto de Gestão responsabilizou os municípios do estado de Goiás por parte da atenção à saúde. Neste estudo, o grupo avaliado referiu que depois da pactuação, os TCG não foram socializados e não existe disponibilidade para a consulta dos mesmos na gestão subsequente. Nesse contexto percebe-se o desafio na saúde em encontrar o equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia na distribuição de atribuições entre os entes federados para sua operacionalização e financiamento (RIBEIRO, 2015). Assim destacam-se as diversas dificuldades que o gestor municipal enfrenta no exercício da sua função e como isso influencia na tomada da decisão.

O grupo também afirmou que existem nos municípios preocupações políticas em torno das necessidades municipais de forma individual. Shimizu et al (2017) corroboram esse achado quando afirmaram que tem sido verificado que os municípios, isoladamente, não conseguem prover todas as ações e serviços que a população necessita e que a desigualdade de condições políticas, técnicas, financeiras e de saúde nos municípios brasileiros tornou o processo de descentralização extremamente complexo. Medeiros et al (2017) referiram que a implementação da regionalização no SUS tem sido de difícil realização porque requer uma postura solidária entre os entes federativos.

As desigualdades no acesso e a dificuldade de formulação de arranjos mais cooperativos puderam ser percebidas pelo grupo. Desde 1990 existem sistemas locais isolados sem capacidade de gestão para viabilizar as redes intermunicipais. Uma vez que a regionalização é um atributo que tem a meta de fortalecer os princípios de universalidade e integralidade por meio da conformação de uma rede interdependente e cooperativa, há a necessidade de retomar o planejamento de ações para a região, fortalecendo assim os municípios (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

O grupo referiu a importância da CIR no esclarecimento de dúvidas para potencializar soluções loco regionais, tanto no aspecto técnico quanto no político. Medeiros et al (2017) relataram que os gestores municipais utilizam o espaço da CIR para compartilhar seus problemas e necessidades com os colegas de função e trocar experiências entre si. O estudo de Shimizu et al (2017) também apontou que a CIR é considerada importante ambiente para a pactuação das ações e serviços necessários para a região. Suas reuniões foram consideradas essenciais para a tomada de decisões coletivas com a finalidade de suprir as necessidades da população.

O autor pondera que, apesar de potente, o espaço da CIR ainda é insuficiente pela construção política frágil e morosa para responder as necessidades cotidianas, que requer decisões rápidas e constantes (SHIMIZU et al., 2017). Percebe-se a necessidade de qualificar a integração solidária na medida em que se encontram individualmente fragilizados e deficientes tecnicamente para garantir a assistência integral à saúde. Sendo assim, a utilização dos espaços interfederativos pode auxiliar os gestores nas necessidades locais e regionais (MEDEIROS et al., 2017).

Além da interdependência loco-regional, a formação profissional dos gestores municipais da saúde interfere no modo de gestão e na compreensão da utilização dos documentos de gestão. Essa formação insuficiente para a gestão em saúde pode implicar na competência técnica para desempenhar sua função, como foi apontado por Junqueira et al (2010). Ademais, a falta de conhecimento na área da saúde pode ocasionar decisões sem embasamento e equivocadas. Assim, quem detém o conhecimento passa a ser o detentor do poder fazendo que muitas vezes, as decisões sejam definidas em virtude dos prazos e das relações de poder. É fundamental que os atores da saúde possuam um conhecimento profundo e

homogêneo do processo saúde-doença na especificidade do território sanitário para propor as abordagens em saúde (RIBEIRO, 2015). Um exemplo da necessidade de capacitação da gestão mencionada pelo grupo diz respeito à dificuldade dos gestores em realizar a PPI. Essa deficiência técnica dos municípios ganha importância já que são por meio dos processos de negociação e pactuação que são garantidos os serviços para a atenção integral à saúde do cidadão (SILVA; GOMES, 2014). Em detrimento das fragilidades municipais a Regional de Saúde oferece apoio aos municípios, o que é reforçado pela afirmação no grupo da necessidade que os municípios têm da presença dos servidores da regional na execução de atividades tais como o combate aos vetores.

6.4.2 Planejamento das Ações em Saúde

Essa categoria reflete a importância de planejar as ações de saúde para uma assistência adequada ao usuário, baseado nas necessidades da população. Para instituir uma rede de serviços é necessário conhecer as necessidades da região. O planejamento da assistência à saúde veio responder a importância de ampliação e equalização do acesso aos serviços de saúde, integração de instituições, unidades e serviços com gestão descentralizada e compartilhada entre os entes federados e a racionalização e otimização dos recursos na provisão das ações e serviços (RIBEIRO, 2015).

O grupo relatou que as RAS não estão bem planejadas, o que prejudica a assistência integral da saúde dos usuários que residem na região estudada. O desenho das RAS foi realizado pelo nível estadual sem a participação da região de saúde e levado no ambiente da CIR apenas para aprovação, porém na CIR essas redes foram reavaliadas para representar a realidade da RS. Ainda assim, mesmo após a readequação e aprovação das RAS, houve dificuldades de funcionamento integral, pois pareceu não atender as necessidades da região. Dessa forma, foram reconhecidas dificuldades operacionais para implementar as redes regionalizadas. Shimizu (2013) reforçou o papel do estado na estruturação da política sanitária visando à superação da fragmentação do sistema por meio do processo de regionalização. Santos et al (2015) reafirmaram tal papel na participação efetiva para a conformação da estratégia de fortalecimento e indução das redes locais de saúde,

o que contribui para a consolidação da atenção primária. Nesse quesito é solicitada a presença da Regional de Saúde para buscar as soluções e disseminar as informações para o desenho e funcionamento das RAS na CIR. Ribeiro, Tanaka e Denis (2017) observaram que existe na governança regional do SUS certa desproporção entre os esforços na construção das parcerias de estrutura das redes, seus objetivos e os resultados obtidos, assim como encontrado nessa pesquisa.

A mais recente estratégia orienta que a integração da organização, planejamento e execução das ações e serviços de saúde deve ocorrer na região de saúde, no intuito de obter o desenvolvimento de uma visão regional dos problemas (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017). Nesse contexto, é importante considerar que o planejamento da assistência em saúde em determinado território deve ser participativo, tomando como ponto de partida a situação de saúde que se quer alcançar no futuro. É fundamental reconhecer a especificidade do processo saúde-doenças em cada localidade para encontrar as configurações para as respostas regionais, como concorda o grupo. Para atender os problemas relacionados à restrição no acesso aos serviços de proteção e cuidado da saúde foram estabelecidas as RAS (RIBEIRO, 2015) que se configuram e se mobilizam em torno de um ou mais problemas de interesse público, formando parcerias entre instituições públicas e privadas para obter melhoras efetivas nas condições de vida e saúde em cada lugar. Guimarães e Giovanella (2004) informaram que é por meio da articulação dos sistemas municipais para a organização assistencial em redes regionalizadas de atenção à saúde que será garantida a integralidade da assistência, definindo-a como integração solidária.

Em se tratando de qualificação de recursos humanos a rotatividade dos profissionais e gestores no município na mudança da gestão municipal, e até mesmo dentro de uma mesma gestão foi considerada um grande entrave para a qualidade dos serviços do município. Quanto a essa problemática, Sampaio et al (2011) também observaram que a mudança dos secretários de saúde interferiu negativamente na condução da gestão, pois enfraqueceu o grupo de apoio, uma vez que tal mudança não repercutiu apenas na liderança, mas também na definição dos perfis e quantidade de profissionais que a organização necessita. Resultados semelhantes foram verificados no Estado do Rio Grande do Sul, onde a alta rotatividade na gestão municipal foi referida como um entrave devido à descontinuidade no

processo de planejamento. Assim, a mudança de gestor, ainda que não represente uma descontinuidade de trabalho, pode modificar as ações desenvolvidas pela secretaria municipal interferindo na capacidade de governo da gestão (MEDEIROS et al., 2017).

6.4.3 Governança Regional

Nessa categoria foi observada a governança regional como processo de participação e negociação entre os sujeitos dentro dos componentes da rede regionalizada, representando os interesses públicos e privados de forma que favoreça as relações de cooperação entre os governos, organizações e cidadãos com o objetivo de estabelecer um elo entre os sujeitos e as instituições (MENDES, 2010). O grupo avaliado concordou que o espaço da CIR é o ambiente adequado para a governança regional, promovendo a discussão da situação de saúde da RS e dos processos de formulação de políticas e gestão de sistemas de saúde na região (FLEURY et al., 2010).

Também referiram que, para o enfrentamento dos problemas de saúde da região é necessário um sistema ordenado pelos sujeitos que participam da governança da região de saúde. A governança remete à coordenação, ao relacionamento e à liderança a partir dos atores sociais (SILVA; GOMES, 2013). Quando não há uma organização articulada, cooperativa e interdependente, os vazios assistenciais ficam evidentes. Nesse caso, cabe aos articuladores do processo de governança despertar a consciência de pertencimento regional e ajustar a oferta dos serviços de saúde de forma cooperativa, superando a fragmentação da atenção à saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

O grupo de estudo percebeu a CIR como um espaço institucional deliberativo com a função de governança loco regional que interfere nas políticas da RS. Observaram qualidade nas discussões da CIR, com pautas voltadas às necessidades da RS e a criação de Grupos Técnicos (GT) na CIR para a discussão das necessidades regionais. Para Santos e Giovanella (2014), o fortalecimento da governança da região de saúde se dá principalmente por meio da CIR, pois nesse espaço a tomada da decisão é realizada por diferentes atores interfederativos, o que possibilita a negociação das ações e serviços de interesse da região.

No que tange à articulação interinstitucional, Souza (2005) já indicavam que a reestruturação das regionais de saúde facilitou a mobilização, articulação e integração dos municípios na região, propiciando a troca de experiências e o respeito mútuo. Todavia é referida a dificuldade de alguns dos gestores em participar ativamente dos interesses da região, com definição de pautas estabelecidas pelos gestores municipais.

No estado da Bahia foi observado que os gestores se dispersavam durante os debates nas reuniões da CIR, e apenas retornavam à plenária quando era necessário aprovar ou homologar decisões, sem a possibilidade do delineamento de um planejamento ou avaliação regional (SANTOS; GIOVANELLA, 2014). É fato que o fortalecimento da região de saúde depende da integração de todos os municípios da região, principalmente pela participação menos passiva e mais engajada e propositiva (SILVA; GOMES, 2013).

O grupo de estudo também percebeu entraves nas reuniões da CIR e na assistência da região referente às dificuldades de alguns gestores municipais em ter uma visão regionalizada da saúde, responsabilizando a Regional de Saúde por desenvolver nos gestores a habilidade de perceber a saúde em uma visão regional. A complexidade da cooperação entre os municípios reside no fato de que o ganho de cada município depende das escolhas de todos.

Silva e Gomes (2014) reforçaram que a necessidade de coordenação implica formas de centralizações das decisões, sem ferir a autonomia dos entes federados, uma vez que a regionalização tem como objetivo solucionar o problema de ação coletiva na área da saúde, incentivando a solidariedade e a cooperação em prol do interesse comum. Com isso, não é possível avançar no desenvolvimento da região enquanto houver impasses entre os municípios (SILVA; GOMES, 2013).

Foi realizada uma sistematização dos resultados e recomendações dos pesquisados com os principais achados desta pesquisa (Quadro 4).

Quadro 5 – Panorama da Regional de Saúde na Região de Saúde como Estrutura Gerencial Descentralizada.

PANORAMA DA REGIONAL DE SAÚDE NA REGIÃO DE SAÚDE COMO ESTRUTURA GERENCIAL DESCENTRALIZADA		
DIMENSÃO	CENÁRIO	RECOMENDAÇÕES
Cooperação técnica com os municípios	Recurso humano insuficiente em relação às demandas e dimensionamento desproporcional da equipe em relação às coordenações	Realizar estudo de capacidade instalada e dimensionamento dos recursos humanos, a fim de proceder as mudanças necessárias para adequação de recursos humanos e insumos e encaminhar ao nível central um relatório do estudo realizado, modificações efetivadas e necessidades residuais de contratação de novos quadros profissionais e aquisição de insumos.
	Equipamentos em quantidade insuficiente	
	Infraestrutura inadequada segundo as normas vigentes	Enviar relatório ao nível central explicitando as inadequações e solicitando nova infraestrutura
	Pouca integração e comunicação entre os setores da Regional de Saúde	Instituir grupos de trabalho intersetorial permanente para integrar os setores que compõe a estrutura organizacional da Regional de Saúde
Articulação com os gestores municipais	Participação infrutífera da Regional de Saúde na CIR e nas câmaras técnicas de apoio ao colegiado de gestão	Verificar o nível de participação dos atores e a consistência de suas contribuições no que diz respeito à capacidade de convencimento na tomada de decisão.
Organização das linhas de cuidado integrais	Realização da tutoria e planificação da atenção à saúde para o fortalecimento da atenção primária à saúde dos municípios.	Utilizar os grupos de trabalho regional para a realização cooperativa do desenho os fluxos de referência resolutivos definidos pela demanda da região.
Tecnologia de gestão	Monitoramento e apoio para a alimentação e qualidade dos dados que compõe os sistemas de informações em saúde	Sistematizar as informações de base regional para diagnóstico situacional da região.
Planejamento Regional Estratégico Solidário	Realização das ações de acordo com a demanda	Elaborar, implementar e monitorar o Plano Regional de Saúde com responsabilidades compartilhadas junto a CIR.
	Ausência do diagnóstico situacional da Região	Desenvolver projetos permanentes de diagnóstico, implementação, monitoramento e avaliação das ações da regional para os municípios.
	Utilização das ferramentas de gestão para promover a regionalização cooperativa	Coordenar a implementação da programação pactuada e integrada de ações e serviços de saúde em conjunto com os municípios e demais ferramentas de gestão
Política de educação permanente	Inserção da educação permanente em todos os setores	Constituir e efetivar a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.
	Necessidade de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos voltados para as necessidades da Regional de Saúde e RS	Estabelecer prioridades de intervenção a partir do Plano Regional de Saúde e promover educação permanente em saúde com base nas prioridades elencadas.
	Necessidade de qualificação técnica da CIR	Elaborar, implementar e monitorar o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde com participação de todos os atores envolvidos.
	Conhecimento de gestão heterogêneo	Realizar a qualificação da gestão e de apoiadores que atuem transversalmente e intersetorialmente

Fonte: Pesquisadora, 2018.

Considerações finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a análise da atuação da Regional de Saúde Pireneus na região de saúde jurisdicionada, por meio de correlação às ações realizadas, ao perfil demográfico dos servidores, a força de trabalho e a satisfação dos servidores da regional de saúde estudada. Além disso, discutiu as relações político-administrativas da Regional de Saúde Pireneus, tendo contribuído para identificar os pontos fortes e as fragilidades da Regional de Saúde Pireneus a fim de subsidiar a delimitação das suas responsabilidades e atribuições. E obteve como principais achados, no nível administrativo, o recurso humano insuficiente em relação às demandas e necessidade de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos voltados para as necessidades da Regional de Saúde e RS; dimensionamento desproporcional da equipe em relação às coordenações; equipamentos em quantidade insuficiente; infraestrutura inadequada segundo as normas vigentes e pouca integração e comunicação entre os setores da Regional de Saúde.

Quanto ao apoio na região de saúde Pireneus, observou-se, de forma negativa a necessidade de qualificação técnica dos participantes da CIR; o conhecimento de gestão heterogêneo; a participação infrutífera da Regional de Saúde na CIR e nas câmaras técnicas de apoio ao colegiado de gestão e a realização das ações de acordo com a demanda devido à ausência do diagnóstico situacional da Região. De forma positiva aponta-se a realização da tutoria e planificação da atenção a saúde para o fortalecimento da atenção primária à saúde dos municípios; o monitoramento e apoio para a alimentação e qualidade dos dados que compõe os sistemas de informações em saúde e a utilização das ferramentas de gestão para promover a regionalização cooperativa e a inserção da educação permanente em todos os setores.

A principal vulnerabilidade da Regional de Saúde apontada pelos representantes foi a inexistência de uma rotina de planejamento das ações, tanto internamente quanto nas decisões dos gestores de saúde. Para o grupo é importante desenhar o mapa da saúde da RS, realizar o levantamento dos pontos de assistência e das necessidades de forma integrada, utilizando os instrumentos de planejamento municipal (PMS e PAS) com a participação da regional e os municípios em prol da região e a partir desse diagnóstico elencar suas prioridades.

Tendo em vista os resultados dessa pesquisa, observa-se que o Sistema de Saúde depende da articulação territorial, interdependência municipal e planejamento integrado, tendo a gestão estadual como coordenadora (SANTOS et al., 2015). Ainda que seja composta por vários atores, percebe-se uma governança interfederativa regional carente de gestão articulada, solidária e firmada na execução de serviços para uma população regional. Em contraste, o que se observa é a municipalização competitiva e pouco solidária, caracterizada pelo isolamento do município que foi deixado sozinho para organizar um sistema de saúde complexo, enfrentando a judicialização da saúde devido à diluição das responsabilidades do Estado e da União, tornando-o assim o SUS regional vulnerável e desigual. Com isso, entende-se que uma governança interfederativa se torna efetiva quando os gestores da região são capazes de construir a integração resolutiva, estruturada e integralizada do serviço em rede para um apoio sanitário com qualidade e efetividade (SANTOS; CAMPOS, 2015).

É necessário reconhecer que a gestão regional deve ser operacionalizada pelas esferas estadual e municipal de forma solidária e cooperativa, refletindo o consenso das decisões, sendo fundamental que os participantes da governança regional atuem com parceria e diálogo frente às necessidades de saúde da região, buscando as soluções mais convenientes para a região.

Recomendações

8 RECOMENDAÇÕES

A Regional de Saúde deve incentivar e definir estratégias para elaboração, aplicação e monitoramento de um plano de ação regional integrando as ações e serviços de saúde na RS por meio da definição das responsabilidades de cada componente da governança regional. A participação na consolidação e fortalecimento como articuladora do processo de planejamento da região de saúde é imprescindível. Para tal, a Regional de Saúde deve manter o planejamento regional como prioridade. Além disso, sua contribuição inclui apoiar a CIR na organização das discussões de necessidades da região de forma ativa e sistemática, com a participação dos setores da regional de saúde e de representantes dos municípios.

Ainda de fundamental importância, a educação permanente em saúde tem a função de nivelar o conhecimento de todos os atores da governança regional, levando-os a formular, implementar e avaliar as políticas municipais de saúde com o objetivo de fomentar o fortalecimento regional. A formação da gestão na regional de saúde com responsabilidade organizativa e planejadora do serviço público de saúde, sob a governança política da CIR, com equipe técnica interdisciplinar e integrada, irá promover a integração dos serviços com distribuição equitativa das competências sanitárias, atendendo a quase totalidade das necessidades de saúde.

É importante considerar a ampliação da capacidade técnica dos profissionais que trabalham na Regional de Saúde estudada, assim como a institucionalização dos processos de planejamento em todos os setores utilizando o monitoramento e avaliação das ações executadas, fortalecendo e incentivando o maior comprometimento dos servidores da instituição. Essa ação pode contribuir com o apoio das necessidades técnicas dos municípios, impulsionando a organização dos serviços de saúde de forma regional definidas pelos municípios e estado, na efetivação, consolidação e gerenciamento das redes de atenção à saúde segundo as necessidades da região.

Ressalta-se a necessidade de realização de novos estudos que possam analisar em maior profundidade alguns aspectos como o processo de trabalho ou a importância das condições locais da regional na operacionalização de suas funções. As limitações do estudo se referiram às mudanças ocorridas durante a pesquisa, após a

coleta dos dados, devido à alteração da coordenação geral da Regional de Saúde Pireneus, as quais foram alteradas, sem, entretanto ter comprometido os resultados.

Referências

REFERÊNCIAS

AVELINO, G.; BARBERIA, L. G.; BIDERMAN, C. Governance in managing public health resources in **Brazilian municipalities**. *Health Policy and Planning*, v. 27, p. 694-702, 2014.

BACKES, D.S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BAUER, N.W.; GASKELL, J. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BORGES, C.D.; SANTOS, M.A. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. **Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, v. 6, n. 1, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONAS). **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011a.

_____. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Os municípios e as redes de atenção à saúde no SUS**. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: CONASEMS, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Departamento de Apoio à descentralização. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Departamento de Apoio à descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Decreto nº 7508, 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. Brasília-DF: Diário Oficial da União, 2011c.

_____. **Manual de Planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Rev. esc. enferm. USP, São Paulo**, v. 42, n. 3, p. 563-568, 2008.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. bras. enferm**, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CAMPOS, G.W.S.; SILVA, S.F. **A Construção do SUS a partir do Município**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

COHN, A. **O estudo das políticas de saúde**: implicações e fatos. Parte II, cap. 8, In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p 219-246.

- CARNEIRO, P.S.; FORSTER, A.C.; FERREIRA, J.B.B. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde debate**, v. 38, n. 100, p. 57-68, 2014.
- CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, 2013.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS. **Governança Europeia**. Um Livro Branco. Bruxelas, 2001. Disponível em: http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com2001_0428pt01.pdf. Acesso em 01 Nov. 2018.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde - 2 a 6 de outubro de 1996**. Brasília-DF: MS, 1998. 88 p.
- DEBUS, M. (Org.). **Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales**. Pennsylvania: University of Pennsylvania/ Applied Communications Technology, Needham Porter: NOVELLI, 1988.
- DUARTE, C.M.R. et al. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1163-1174, 2015.
- FERREIRA, A.D.P. **O processo de trabalho em uma perspectiva de gestão participativa**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia-GO, 2013.
- FLEURY, S. et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010.
- FLICK, U. **Introdução para a pesquisa qualitativa**. 3 ed. São Paulo: Artmed, 2009.
- FREIRE, J.M. El sistema nacional de salud espanhol em perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones. **Claridad – Sanidad**, v 1, p 31-45, 2006.
- GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008. 220 p.
- GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- GUIMARÃES, L., GIOVANELLA L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Rev. Panam. Saúde Pública**, v.1 n. 6 p.283-288, 2004.
- GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F.O. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 34, p. 633-646, 2010.
- HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.
- HEIDEMANN, F.G. Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento. In:

HEIDEMANN, F.G.; SALM, J.F. (Org.) **Políticas públicas e desenvolvimento**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2009.

IBANHES, L.C. et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 575-584, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades. População estimada 2016**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/home-cidades>. Acesso: 16 Abr. 2017.

JUNQUEIRA, T.S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, V 10, n. 15, 2004.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011a.

LAVRAS, C. Descentralização e estruturação de redes de atenção à saúde no SUS. In: IBANEZ, P.; ELIAS, P.; SEIXAS, P. **Política e gestão política em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011b.

LEMOS, C.L.S. **Os embates do SUS: movimento de reforma sanitária e o neoliberalismo na saúde**. 2010, 171 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação, Goiânia-GO, 171 f., 2010. p. 26-42

LERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.

LIMA, L.D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

LIMA, N.T. et al. Saúde e democracia. In: _____. **Saúde e democracia**. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LORENZETTI, J. et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto contexto - enferm**, v. 23, n. 2, p. 417-425, 2014.

MACHADO, C.V. et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 642-650, 2014.

MACHADO, M.C.T. **Pedro Ludovico: um tempo, um carisma, uma história**. Goiânia, 1990.

MAILHIOT, G.B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. 3ª. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

MAGALHÃES, C. **Técnica da chefia e do comando**. 9ª. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1990. 104p.

MARQUEZE, E.C.; MORENO, C.R.C. Job satisfaction – a short review. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 30, n. 112, p. 69-79, 2005.

- MARTINELLI, N.L.; VIANA, A.L.A.; SCATENA, J.H.G. O Pacto pela Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. **Saúde debate**, v. 39, n. spe, p. 76-90, 2015.
- MEDEIROS, C.R.G. et al. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saúde soc.**, v. 26, n. 1, p. 129-140, 2017.
- MELLO, G.A.; VIANA, A.L. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **Hist. cienc. saúde - Manguinhos**, v. 19, n. 4, p. 1219-1239, 2012.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, E.V. **Redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília: OPAS, 2011.
- MICHEL, J.L.M.; BARROS, A.L.B.L. A utilização da entrevista em grupo focal para validação de um instrumento de coleta de dados em enfermagem. **Acta Paul Enf.**, v.13, Número Especial, Parte II, p. 138-142, 2000.
- MORAES, C.C.P. **As estratégias da purificação dos espaços na capital da Província de Goiás**. Dissertação (Mestrado em História das Sociedades Agrárias) – Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO, 1995.
- NEGRI, B. **A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites**. In: NEGRI, B. VIANA, Al. (org.). O sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Governança para o enfrentamento das causas mais profundas das iniquidades em saúde: implementando ações sobre os determinantes sociais em saúde. In: _____. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde – documento de discussão**. 2011. Cap. 1, p. 11-16.
- PAULA, D.G. **Governança regional do SUS em Goiás: análise situacional para implantação do COAP**. Dissertação (Mestrado Profissional em saúde) – Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Goiânia-GO, 2014.
- PEPE, B.S. **Ambiente de trabalho e as relações interpessoais**. Blog Benito Pepe, 2009. Disponível em: <http://www.benitopepe.com.br/2009/06/13/ambientede-trabalho-e-as-relacoes-interpessoais/>. Acesso em: 05 Out. 2018.
- PEREIRA, E.M. **Contextualização histórica das políticas públicas e das lutas sociais por saúde no Brasil**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2010.
- PETER, E. **Understanding nursing research for nursing students**. Parkstone, Poole. BEBC Distribution: Albion Close, 2010.
- PINHEIRO, R. et al. Apoio regional no estado do Rio de Janeiro, Brasil: um relato de experiência. **Interface (Botucatu)**, v. 18, supl. 1, p. 1125-1133, 2014.
- PIRES, M.R.G.M.; DEMO, P. Health Policies and Crisis of The Welfare State: repercussions and possibilities for the Unified Health System. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 56-71, 2006.
- REIS, Y.A.C.; CESSE, E.A.P.; CARVALHO, E.F. Consensos sobre o papel do gestor

estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 10, supl. 1, p. s157-s172, 2010.

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

RIBEIRO, P.T.; TANAKA, O.Y.; DENIS, J.L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1075-1084, 2017.

SAMPAIO, J. et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 1, p. 279-290, 2011.

SANTOS, A. R. et al. Gestão do conhecimento como modelo empresarial. In: _____. **Gestão do conhecimento: uma experiência para o sucesso empresarial**. Curitiba: Champagnat, 2001.

SANTOS, F.A.S. et al. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. **Cad. saúde colet.**, v. 23, n. 4, p. 402-408, 2015.

SANTOS, L.; CAMPOS, G.W.S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde soc.**, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS (SES-GO). **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Goiânia-GO: SES-GO, 2015. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/p.s.-2016-2019.pdf>. Acesso em: 06 Out. 2018.

_____. **Análise Funcional da gestão do Sistema de saúde do estado de Goiás**. Goiânia-GO: NESCON/FM/UFMG, 1999a.

_____. **Um Novo Modelo de Saúde Pública**. Goiânia-GO: SES-GO, 1999b.

_____. **Situação de Saúde de Goiás**: Cartilha de Indicadores de Saúde Georreferencial/ Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Goiânia: SES-GO, 2017a.

_____. **Regulamento da Secretaria do Estado da Saúde**. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde, 2017b. Disponível em: http://www.saude.go.gov.br/arquivos/Regulamento_SES_Atual.pdf. Acesso em: 05 Out. 2018.

_____. **Regiões de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/regiões-de-saude/>. Acesso em 05 de outubro de 2018.

SHENG, Y.K. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific - What is Good Governance? In: UNITED NATIONS. Poverty Reduction Section, UNESCAP, UN Building: Rajdamnern Nok Ave, Bangkok, 2009.

SHIMIZU, H.E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis**, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.

- SHIMIZU, H.E. et al. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1131-1140, 2017.
- SILVA, E.C.; GOMES, M.H.A. Impasses no processo de regionalização do SUS: temas locais. **Saude soc.**, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, 2013.
- SILVA, E.C.; GOMES, M.H.A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saude soc.**, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, 2014.
- SILVA, J.R.S.; ASSIS, S.B. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v.10, n.1, p.146-152, 2010.
- SILVA, J.R.S.; ASSIS, S.B. Mensuração e análise de verificação: uma análise comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. **PMKT – Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, v.15, p.1-16, 2014.
- SILVA JÚNIOR, S.D.; COSTA, F.J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de *Likert* e *Phrase Completion*. In: XVII SEMEAD Seminários em Administração, Out., 2014. ISSN 2177-3866.
- SOUZA, J.A. **Reestruturação das Regionais de Saúde em Goiás**: limites e possibilidades. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador-BA, 2005.
- TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, v. 19, n. 3, 2009.
- VIANA, A.L.A. et al. Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.
- VIANA, A.L.A.; LIMA, L.D.; FERREIRA, M.P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5. p. 2317-2326, 2010.
- VIANA, A.L.D. et al. Avaliação nacional das Comissões intergestores Bipartite (CIBs): as CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS. **Relatório teórico metodológico**, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/descentralizacao/cibs/pdf/RelatorioTeorico_Metodologico_Pesquisa_CIBs_Regionalizacao_vf.pdf. Acesso em: 13 Abr. 2017.
- VIANA, A.L.A. et al. Tipologia das regiões de saúde: determinantes estruturais da regionalização no Brasil. **Saúde soc.**, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.
- WANDERBROOKE, A.C.N.S. et al. O sentido de comunidade em uma equipe hospitalar multiprofissional: hierarquia, individualismo, conflito. **Trab. educ. saúde**, 2018.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

DADOS PESSOAIS			
Data de nascimento:	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
ESCOLARIDADE			
<input type="checkbox"/>	Não escolarizado		
<input type="checkbox"/>	Ensino fundamental		
<input type="checkbox"/>	Ensino médio		
<input type="checkbox"/>	Superior de graduação/ Qual?		
<input type="checkbox"/>	Especialização de nível superior/ Qual (is)?		
Mestrado/ Qual área?			
Doutorado/ Qual área?			
DADOS PROFISSIONAIS			
Experiência profissional anterior:			
Lotação de origem (caso transferido de outra instituição):			
Tipo de vínculo:			
No caso de profissional concursado, as suas atividades estão relacionadas às atribuições descritas no edital do concurso?			
Função atual na Regional de Saúde:	<input type="checkbox"/>	Coordenador	
	<input type="checkbox"/>	Subcoordenador	
	<input type="checkbox"/>	Técnico do setor	
	<input type="checkbox"/>	Outro/ Qual?	
Assumi a função por qual motivo? Caso haja mais de um motivo, marque o que considera principal:	<input type="checkbox"/>	Indicação	
	<input type="checkbox"/>	Experiência na área	
	<input type="checkbox"/>	Formação profissional	
	<input type="checkbox"/>	Outro/ Qual?	
Setor onde trabalha atualmente:	<input type="checkbox"/>	Atenção à Saúde	
	<input type="checkbox"/>	Vigilância em Saúde	
	<input type="checkbox"/>	Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria.	
	<input type="checkbox"/>	Gestão e Planejamento	
	<input type="checkbox"/>	Informação à Saúde	

		Apoio Administrativo
		Outro
Tempo de permanência na função:		
Ações realizadas por você no setor e função onde trabalha atualmente:		
Tempo de permanência na Regional de Saúde:		
SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NA REGIONAL DE SAÚDE		
Em uma escala de 1 a 3, onde os valores representam, respectivamente: 1 – Insatisfeito 2 – Indiferente 3 – Satisfeito, Responda às questões abaixo, com valor de 1 a 3, como você se posiciona em relação à:		
	Condições técnicas, físicas e estruturais do ambiente em que você trabalha.	
	Oferta de tecnologia, instrumentos, insumos e outros itens importantes para a realização do seu trabalho.	
	Valorização do trabalho realizado por você em relação ao(s) seu(s) superior (es) na Regional de Saúde.	
	Reconhecimento da importância da Regional de Saúde pela superintendência estadual da saúde a qual você está vinculado	
	Reconhecimento da importância da Regional de Saúde pelos municípios com os quais você trabalha	
	Relacionamento com a superintendência estadual da saúde a qual está vinculado	
	Autonomia em relação à superintendência estadual da saúde a qual você está vinculado para executar ações que você julga necessárias na melhoria dos serviços de saúde da região.	
	Apoio técnico da superintendência em questão	
	Pertinência das atividades que exerce em relação a sua formação profissional	
	Sua(s) atribuição (ões) no setor e função que está lotado	
	Qualificação, atualização ou capacitação para a execução de suas atribuições.	
	Sua oportunidade de cooperar e apoiar tecnicamente os municípios da região	
	Sua participação nas reuniões da CIR	
Registre nesse espaço os comentários, opiniões, críticas e sugestões:		

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – QUESTIONÁRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), de uma pesquisa, a qual sou a pesquisadora responsável.

Meu nome é Patrícia Freitas Mendes, enfermeira e aluna da Pós-Graduação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás.

Após ser esclarecido (a) das informações sobre sua participação e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinará no final deste documento, que contém a minha assinatura, em duas vias. Uma delas é sua e a outra é para arquivo da pesquisa.

Esclareço que, em caso de recusa na participação, você não será penalizado (a) de forma alguma.

Se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas por mim pessoalmente, pelo e-mail: enf.patriciamendes@gmail.com ou por ligação a cobrar, pelo telefone: (62) 98155-9582.

Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante da pesquisa, você poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, no telefone (62)3521-1215.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa com o título “**Análise das Contribuições de uma regional de saúde do Estado de Goiás na governança interfederativa da região**”, propõe analisar a atuação de uma Regional de Saúde no Estado de Goiás. Ele foi analisado e aprovado por uma Comissão de Ética em Pesquisa em seres humanos pelo número de protocolo de aprovação (CAAE: 75505417.8.0000.5083) e SUPEX (CAAE: 75505417.8.3001.5082), conforme preconizado pela Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Sua participação é muito importante. Se você decidir participar, preencherá um questionário não identificado que responderá às questões do estudo.

A participação não resulta em benefício direto para o participante. Mas como benefício indireto, você contribuirá na descrição das relações político-administrativas de uma Regional de Saúde, bem como das ações realizadas pela mesma como participante das ações de governança da saúde coletiva na região de saúde.

Os riscos desse estudo são relacionados à exposição pessoal sobre os seus conhecimentos e percepções. Em caso de sensibilização ou constrangimento seja ele moral ou emocional, devido à exposição ao instrumento de pesquisa, você será amparado pela pesquisadora até que se sinta confortável para continuar suas atividades rotineiras.

Como pesquisadora responsável pelo projeto, asseguro que todos os cuidados serão tomados para garantir a sua não identificação, assim como, a redução dos riscos de uma eventual possibilidade de coação, frente aos esclarecimentos ou divulgação do tema da pesquisa.

Nenhuma penalidade lhe será imposta caso não queira participar ou até mesmo, na desistência, em qualquer momento, de continuar contribuindo com o estudo. Não está prevista nenhuma forma de ressarcimento, uma vez que este estudo não implica em gastos financeiros para você, como sujeito participante.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, CPF _____ e RG _____, informo ter mais de dezoito (18) anos de idade e concordo em participar, como sujeito do estudo “**Análise das Contribuições de uma regional de saúde do Estado de Goiás na governança interfederativa da região**”, que tem como objetivo analisar a atuação de uma Regional de Saúde no Estado de Goiás.

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me imponha qualquer penalidade, sobretudo na minha atividade profissional.

Anápolis, _____ de _____ de 2017.

Assinatura por extenso do (a) participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO FOCAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) de uma pesquisa da qual sou responsável. Meu nome é Patrícia Freitas Mendes, enfermeira e aluna do curso de Pós-Graduação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás.

No caso de aceitar fazer parte do estudo, assinará no final deste documento. Em caso de recusa na participação, você não será penalizado (a) de forma alguma. Se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas por mim pessoalmente, pelo e-mail: enf.patriciamendes@gmail.com ou por ligação pelo telefone: (62) 98155-9582. Persistindo as dúvidas sobre seus direitos como participante da pesquisa, você poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, no telefone (62)3521-1215.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa com o título “**Análise das Contribuições de uma regional de saúde do Estado de Goiás na governança interfederativa da região**”, propõe analisar a atuação de uma Regional de Saúde no Estado de Goiás. Foi submetida e aprovada nos comitês de ética de pesquisa envolvendo seres humanos da UFG (CAAE: 75505417.8.0000.5083) e SUPEX (CAAE: 75505417.8.3001.5082).

Sua participação é muito importante. Se você decidir, participará de um grupo focal com discussões de temas que responderão às questões do estudo. Para registro das falas, solicito a sua permissão para realizar a gravação do áudio do ambiente durante o período do grupo focal.

A participação não resulta em benefício direto para o participante. Mas como benefício indireto, você contribuirá na descrição das relações político-administrativas de uma Regional de Saúde, bem como das ações realizadas pela mesma como participante das ações de governança da saúde coletiva na região de saúde.

Os riscos desse estudo são relacionados à exposição pessoal sobre os seus conhecimentos e percepções. Em caso de sensibilização ou constrangimento devido à exposição no grupo você será amparado pela pesquisadora até que se sinta confortável para continuar suas atividades rotineiras.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____ concordo em participar, como sujeito do estudo “**Análise das Contribuições de uma regional de saúde do Estado de Goiás na governança interfederativa da região**”, que tem como objetivo analisar a atuação de uma Regional de Saúde no Estado de Goiás.

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me imponha qualquer penalidade, sobretudo na minha atividade profissional.

Anápolis, 11 de maio de 2018.

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura por extenso do (a) participante

APÊNDICE D - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES DE UMA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS NA GOVERNANÇA INTERFEDERATIVA DA REGIÃO

OBJETIVO GERAL

Analisar a Governança de uma Regional de Saúde, no Estado de Goiás.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as relações político-administrativas de uma Regional de Saúde, no Estado de Goiás.

Identificar as ações realizadas por uma Regional de Saúde no Estado de Goiás.

Caracterizar a força de trabalho e a satisfação dos servidores de uma Regional de Saúde no Estado de Goiás.

1. ABERTURA:

Explicitação dos objetivos

Assegurar que todas as opiniões são bem-vindas

Solicitar que falem um de cada vez

Evitar interrupções desnecessárias

Permissão para gravação

2. PREPARAÇÃO

Apresentação dos participantes

3. DEBATE EM GRUPO

Questões mais concretas para as mais abstratas

Explorar desacordos legítimos entre os participantes

4. ENCERRAMENTO

Identificar juntamente com o grupo os temas principais

Consolidar questões que ficaram abertas

Identificar diferenças principais

5 AVALIAÇÃO DO GRUPO

Verificar se as necessidades de informação foram satisfeitas

PAPEL DO OBSERVADOR

Realizar a gravação do áudio

Captar as informações não verbais

Auxiliar o moderador a analisar os possíveis vieses

Tomar nota das principais impressões verbais e não verbais

Elaborar um quadro geral das ideias preponderante

Verificar se as necessidades de informação foram satisfeitas

APÊNDICE E - PERGUNTAS NORTEADORAS PARA USO DO MODERADOR DURANTE O GRUPO FOCAL

ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES DE UMA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS NA GOVERNANÇA INTERFEDERATIVA DA REGIÃO

ATUAÇÃO DA REGIONAL DE SAÚDE:

1. COMO FIO CONDUTOR NO FORTALECIMENTO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

Utilização de mecanismos para promover a articulação e pactuação regional entre os gestores municipais e o nível central

Cooperação técnica na CIR referente à gestão compartilhada e cogestão do SUS

Empoderamento político para tomada de decisões pelo Estado no fortalecimento da região, com espaço representativo na agenda política da cúpula e trabalhando conjuntamente com as superintendências do Estado versus espaço administrativo.

Mediando o autoritarismo do Estado e Ministério da Saúde e a decisão do município em não acatar as imposições

Contribuições e fragilidades percebidas

2. NO APOIO AO ACESSO, CONTINUIDADE E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DA REGIÃO:

Atuação referente aos problemas de saúde que extrapolam a governabilidade municipal

Papel na organização, implementação, fortalecimento das redes integrais de atenção à saúde.

Captação e atendimento de demandas municipais para capacitação e educação permanente voltada às necessidades regionais

3. NO PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SUS NA REGIÃO:

Assessoramento na elaboração, monitoramento e avaliação do plano de saúde com foco na situação de saúde da região.

Organização e pactuação com os municípios do processo de referência intermunicipal das ações e serviços de saúde de acordo com a programação pactuada integrada de ações e serviços de saúde

Monitoramento dos fluxos assistenciais de referência e contra referência com retorno para os municípios e avaliação da resolutividade dos serviços de referência da região de saúde


Acompanhamento da relação entre oferta e demanda dos serviços e tetos pactuados entre os municípios

Estratégias para a garantia da alimentação e qualidade dos dados que compõem os sistemas de informações em saúde

Anexos

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	CENTRO DE EXCELÊNCIA EM ENSINO, PESQUISA E PROJETOS "LEIDE DAS	
----------------------------------	--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TENDÊNCIA E CONTRIBUIÇÕES DE UMA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS NO PROCESSO DE GOVERNANÇA DA REGIÃO

Pesquisador: PATRICIA FREITAS MENDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 75505417.8.3001.5082

Instituição Proponente: Superintendência Executiva - SUPEX

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.431.929

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo apoiado na metodologia qualitativa, utilizando como método a entrevista em grupo focal, a aplicação de instrumento de coleta de informações e a pesquisa documental, considerando assim a triangulação qualitativa dos dados. Esse estudo tem o propósito de iniciar uma discussão a respeito do papel da Regional de Saúde do Estado de Goiás no processo da governança da saúde. De forma prática, represente estímulo no sentido de buscar informações que possibilitem o empoderamento do papel da regional de cooperador participativo e demandante nas relações políticas entre o Estado e os municípios.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a governança da Regional de Saúde Pireneus, no Estado de Goiás, no período de 2014 a 2017.

Objetivo Secundário: Descrever as relações político-administrativas da Regional Pireneus, no Estado de Goiás, no período 2014 a 2017; Identificar e analisar as ações realizadas pela Regional Pireneus, no Estado de Goiás, no período de 2014 a 2017.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Trata-se de um estudo com poucos riscos envolvidos, tendo em vista que o tipo de pesquisa não utilizará métodos agressivos ou prejudiciais à saúde. São relacionados à exposição

Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS
Bairro: Bairro Santo Antônio CEP: 74.853-070
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3201-3408 E-mail: cep.ceepp@gmail.com

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

CENTRO DE EXCELÊNCIA EM
ENSINO, PESQUISA E
PROJETOS "LEIDE DAS



Continuação do Parecer: 2.431.929

pessoal sobre os seus conhecimentos e percepções.

Benefícios: A participação não resulta em benefício direto para o participante. Mas como benefício indireto, o sujeito contribuirá para compreensão da missão, vocação e potencial da Regional de Saúde Pireneus como participante da governança das ações de saúde coletiva na sua região de saúde, bem com seus limites e desafios, além de elucidar o melhor planejamento das ações da instituição, identificar as prioridades para intervenção e promover melhor articulação com os atores que também atuam na região de saúde Pireneus.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa relevante.

O projeto atende os aspectos éticos relacionados à pesquisa que envolve seres humanos, segundo sua legislação.

A pesquisadora possui os requisitos necessários para a realização desta pesquisa.

A pesquisa oferece risco mínimo aos participantes(possível exposição pública) e os pesquisadores se comprometem com o anonimato dos participantes.

A pesquisa não trará ônus à SES-GO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios (Folha de rosto, TCLE e Termos de Compromisso das pesquisadora)s foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, sem inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos pesquisadores que apresentem relatório parcial a cada seis meses e relatório final no encerramento da pesquisa. É obrigatória a apresentação desses relatórios. O relatório parcial deve descrever os danos e efeitos provocados pela pesquisa (se eles ocorreram ou não) e medidas de proteção e recuperação da saúde realizadas. O relatório final deve descrever os danos e efeitos provocados pela pesquisa e medidas de proteção e recuperação da saúde realizadas, bem como descrever os resultados da pesquisa. Os relatórios devem ser anexados numa notificação realizada na Plataforma Brasil. O relatório tem modelo próprio, por favor, solicite o modelo pelo email <cep.cepp@gmail.com>.

Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS

Bairro: Bairro Santo Antônio

CEP: 74.853-070

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3201-3408

E-mail: cep.cepp@gmail.com

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

CENTRO DE EXCELÊNCIA EM
ENSINO, PESQUISA E
PROJETOS "LEIDE DAS



Continuação do Parecer: 2.431.929

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Termo_compromisso_orientadora.pdf	13/11/2017 14:56:29	João Batista de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa.pdf	04/09/2017 10:56:32	PATRICIA FREITAS MENDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/08/2017 08:56:11	PATRICIA FREITAS MENDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 12 de Dezembro de 2017

Assinado por:
YARA HILARIO MEDEIROS PEIXOTO
(Coordenador)

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELA SEST SUS

04/01/2018

:: SEI / GOVERNADORIA - 0880307 - Memorando ::



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E TRABALHO PARA O SUS

Memorando nº: 205/2017 SEI - SEST- 03776

GOIANIA, 29 de dezembro de 2017.

Da (o): SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E TRABALHO PARA O SUS
Para: GERÊNCIA DAS REGIONAIS DE SAÚDE E NÚCLEO DE APOIO AO CONTROLE DE ENDEMIAS

Assunto: **Autorização da Pesquisa**

Senhor Gerente,

Após cordialmente cumprimentá-lo, informo que as pesquisadoras, **Patrícia Freitas Mendes, Edsaura Maria Pereira e Marilúcia Batista Antônio Silva**, solicitaram autorização para realizar o projeto de pesquisa científica intitulado “ *Tendência e Contribuições de uma Regional de Saúde no Estado de Goiás no Processo de Governança da Região*”, cuja coleta de dados será feita na Regional de Saúde Pireneus / GERNACE - Gerência das Regionais de Saúde e Núcleos de Apoio ao Controle de Endemias

Foram apresentadas as documentações exigidas pela Portaria nº 230/2017-GAB/SES, a saber:

1. Projeto da Pesquisa Científica
2. Autorização para execução da pesquisa, emitida pelas diretorias das unidades supramencionadas;
3. Parecer consubstanciado de aprovação ética dos Comitês de Ética em Pesquisa da UFG;

A Gerência do Centro de Excelência em Ensino, Pesquisas e Projetos – Leide das Neves Ferreira, por meio do Memorando nº 50/2017SEI – GCEEPP-LNF/SEST-SUS/SES-GO, manifestou que “ *Trata-se de uma pesquisa relevante para Analisar a Governança da Regional de Saúde Pireneus, no Estado de Goiás, no período de 2014 a 2017.*”

Assim, em cumprimento à Portaria nº 230/2017-GAB/SES, consubstanciado na manifestação da GCEEPP-LNF, **autorizo** a pesquisa supracitada.

Ademais, também conforme a supracitada portaria, os pesquisadores envolvidos no projeto de pesquisa tem o dever de:

1. Entregar um resumo expandido, com os principais resultados da pesquisa. O prazo para entrega é de 30 dias após a data prevista para finalização do projeto. Caso haja atraso na finalização do projeto, o fato deve ser notificado ao Centro de Excelência em Ensino, Pesquisas e Projetos, a fim de evitar impedimentos desnecessários;
2. Citar a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) como instituição parceira quando houver publicação científica elaborada a partir dos resultados obtidos na pesquisa.

Informo ainda que cabe à Unidade envolvida o papel de supervisionar a coleta de dados, garantindo o cumprimento do plano do projeto de pesquisa, das normatizações nacionais sobre ética em pesquisa e das normas da SES-GO.

Atenciosamente,

Documento assinado eletronicamente por **FABIANA APARECIDA DOS SANTOS**,

ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

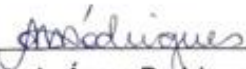
A GERNACE está de acordo com a execução da pesquisa intitulada "Tendência e contribuições de uma regional de saúde do Estado de Goiás no processo de governança da região", coordenada pela pesquisadora Patrícia Freitas Mendes desenvolvida em conjunto com a professora orientadora Edsaura Maria Pereira pela Universidade Federal de Goiás em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, a ser realizada na sede da Regional de Saúde Pireneus.


A Regional de Saúde Pireneus assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados através de questionário e disponibilização de documentos de gestão.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados.

Autorizamos a publicação do nome da instituição no relatório final bem como em futuras publicações em eventos e periódicos científicos.


Armando Zafalão Júnior
Gerente geral da GERNACE


Ana Maria Ázara Rodrigues
Coordenadora especial da Regional de Saúde Pireneus


Patrícia Freitas Mendes
Pesquisadora responsável