

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

CLÁUDIO SILVA CAMPOS

**ANÁLISE DE UMA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DO ESTADO DE
GOIÁS NA ESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

GOIÂNIA
2018

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

Na qualidade de titular dos direitos de autor, 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:

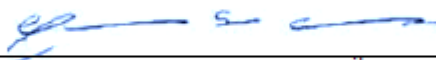
Nome completo do autor: **Cláudio Silva Campos**

Título do trabalho: **Análise de uma Comissão Intergestores Regional do estado de Goiás na estruturação das redes de atenção à saúde.**

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.



Assinatura do autor²

Ciente e de acordo:



Assinatura do(a) orientador(a)

Data: 17 / 09 / 2018

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.

² A assinatura deve ser escaneada.

CLÁUDIO SILVA CAMPOS

**ANÁLISE DE UMA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DO ESTADO DE
GOIÁS NA ESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Trabalho apresentado na qualificação ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Nível Mestrado Profissional da Universidade Federal de Goiás como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a Edsaura Maria Pereira

Co-orientadora: Prof^a. Me. Carla Guimarães Alves

GOIÂNIA

2018

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

Silva Campos, Cláudio
ANÁLISE DE UMA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DO ESTADO DE GOIÁS NA ESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE [manuscrito] / Cláudio Silva Campos. - 2018.
CXLV, 145 f.

Orientador: Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira; co-orientadora Carla Guimarães Alves.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Professional), Goiânia, 2018.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui abreviaturas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Saúde Coletiva. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Governança. I. Maria Pereira, Edsaura, orient. II. Título.

CDU 614



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

Aos 28 dias do mês de agosto de 2018, as 15h, na sala 403 do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/IPTSP/UFG – Goiânia - Go, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Edsaura Maria Pereira (Presidente da Banca e Orientadora), Dr. Nelson Bezerra Barbosa (Membro Externo) e Dra. Marta Rovey de Souza (Membro Interno). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: “**Análise de Uma Comissão Intergestores Regional do Estado de Goiás na Estruturação das Redes de Atenção à Saúde**”, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Claudio Silva Campos**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou o candidato sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta do mestrando. Terminada a exposição do mestrando 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 o candidato Aprovado (**Aprovado ou Reprovado**). Cumprindo as formalidades de pauta, às 17h 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 Rovey de Souza
Membro Interno

Prof. Dr. Nelson Bezerra Barbosa
Membro Externo

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIA

Agradeço a Deus, que por meio de Nosso Senhor Jesus Cristo, nos concede sua infinita bondade e misericórdia e nos capacita pelo o Espírito Santo para servi-lo amando e respeitando ao próximo. Dedico tudo que sou, faço e tenho a Ti meu DEUS.

A Nossa Senhora das Graças e São João Evangelista, pela intercessão em todos os momentos da minha vida e fonte inspiradora para ser um cristão cada vez melhor.

Lilliã, minha amada esposa e companheira, a você dedico meu eterno amor.

Meus presentes de Deus, Paulo Eduardo, Pedro Henrique e João Lucas, dedico a vocês minha vida.

Meus pais, Paulo Afonso e Helena Maria, o que sou como pessoa dedico a vocês.

Meus sogros, Joaquim Duarte(†) e Maria das Graças(†), por terem acreditado no meu potencial.

Meus Irmãos, Luciano e Renata, obrigado por serem companheiros desde o início de nossas vidas.

Aos meus sobrinhos, cunhados, primos e amigos, em especial Idelmar, por tudo que vocês representam em minha vida.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Edsaura Maria Pereira, por acreditar no meu potencial e pelos ensinamentos e compreensão. A minha co-orientadora, Prof^a Carla Guimarães Alves pelo incentivo desde a intenção em realizar este mestrado até concretização deste trabalho. Sou grato a vocês duas por todos os ensinamentos, palavras de incentivo e força.

Prof^a. Dr^a. Marta Rovey de Souza, não poderia deixar de fazer um agradecimento em especial pela pessoa, profissional e exemplo que foste para nossa turma durante este mestrado. Obrigado Prof^a. Marta, Deus te abençoe sempre e a todos os professores do mestrado.

Ao nosso octeto do mestrado, amizades sedimentadas na rocha. Aline, Biankarla, Isadora, Luciano, Patrícia, Quéren e Renata, obrigado pela amizade, cumplicidade,

carinho, companheirismo e *tour* gastronômico. Amizade por toda vida. Aos demais colegas da turma 6, Fernando, Géssica, Tânia, Julimara, Maria Angélica, Isabella, Adriana, Érika, Deusa Simone e etc., pelas amizades, trocas de experiência e momentos maravilhosos que vivenciamos. Essa conquista é de todos nós!

*“O Coração do Homem dispõe os seus caminhos,
mas é o Senhor quem dirige os seus passos.”*

Provérbios 16, 9

CAMPOS, CS. **ANÁLISE DE UMA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DO ESTADO DE GOIÁS NA ESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.** [Dissertação] Goiânia (GO): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás, Goiânia; 2018.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O processo de descentralização tem aproximado o Sistema Único de Saúde (SUS) das necessidades da população, atribuindo aos gestores o desafio de organizar redes de ações e serviços de saúde. A estratégia utilizada para consolidar a regionalização é a estruturação das redes de atenção à saúde (RAS), por meio da superação de modelos assistenciais fragmentados. Um componente empregado na construção deste modelo de atenção é a governança por intermédio de relações intergestores, principalmente a nível regional, no caso a Comissão Intergestores Regional (CIR). **OBJETIVOS:** Descrever e analisar a natureza das deliberações da CIR do estado de Goiás e investigar seu processo de governança e estruturação das RAS; relacionar a composição de serviços de saúde dessa região; identificar o perfil dos gestores; descrever a organização da CIR em estudo e analisar a percepção dos secretários municipais de saúde sobre a governança CIR e a consolidação das RAS. **MÉTODO:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizando análise de conteúdo de dados coletados a partir de entrevistas orientadas por um roteiro semiestruturado, com os gestores que compõe a CIR, associados à análise de documentos produzidos pela CIR, como atas de reuniões, resoluções e pautas. **RESULTADOS:** O estudo demonstrou que a CIR em questão apresenta uma institucionalidade consolidada, uma estruturação organizacional e técnica adequadas, com um processo de governança colaborativo e consensual com ausência da representação estadual nas decisões, e em relação às RAS, houve um reconhecimento da importância da CIR como ator principal na governança, contudo não se definiram claramente os mecanismos de execução desse processo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo apontou a necessidade de ampliar a participação de outros atores no processo de governança regional, como a regional de saúde, conselhos de saúde e outros, do aprimoramento dos gestores em relação às RAS, de um planejamento institucional e normativo, de instituir processos de monitoramento e avaliação das RAS e da redefinição do papel e a relação da atenção primária à saúde nas RAS e suas redes temáticas.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Sistema Único de Saúde; Governança.

CAMPOS, CS. **ANALYSIS OF A REGIONAL INTER-MANAGERS COMMISSION OF THE STATE OF GOIÁS ON THE STRUCTURING OF HEALTH CARE NETWORKS.** [Dissertation] Goiânia (GO): Graduate Program in Collective Health of the Institute of Tropical Pathology and Public Health of the Federal University of Goiás, Goiânia; 2018.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The decentralization process has brought the Unified Health System (UHS) closer to the needs of the population, giving managers the challenge of organizing health service networks and services. The strategy used to consolidate regionalization is the structuring of health care networks (HCN), by overcoming fragmented care models. One component employed in the construction of this model of attention is governance through inter-managers relations, mainly at the regional level, in the case of the Regional Inter-managers Commission (RIC). **OBJECTIVES:** To describe and analyze the nature of the deliberations of the RIC of the state of Goiás and to investigate its process of governance and structuring of HCN; to relate the composition of health services in this region; identify the profile of managers; to describe the organization of the RIC under study and to analyze the perception of the municipal health secretaries on RIC governance and the consolidation of HCN's. **METHOD:** Descriptive study with a qualitative approach, using content analysis of data collected from interviews guided by a semi-structured script, with the managers that make up the CIR, associated with the analysis of documents produced by RIC, such as meeting minutes, resolutions and guidelines. **RESULTS:** The study showed that the RIC in question has a consolidated institutional structure, adequate organizational and technical structuring, with a collaborative and consensual governance process with no state representation in the decisions, and in relation to the HCN, there was a recognition of the importance of RIC as a key actor in governance, but the mechanisms for implementing this process have not been clearly defined. **FINAL CONSIDERATIONS:** This study pointed out the need to broaden the participation of other actors in the regional governance process, such as health regional, health councils and other, improving managers in relation to HCN's, institutional and normative planning, institute processes for monitoring and evaluation of HCN's and redefining the role and relationship of primary health care in HCN's and their thematic networks.

Keywords: Collective Health; Unified Health System; Governance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estado de Goiás em Macrorregiões e Regiões de Saúde, 2018	51
Figura 2 - A mudança dos sistemas hierárquicos e piramidais para os poliárquicos das RAS	53
Figura 3 - A estrutura operacional das RAS	54
Figura 4 - Modelo institucional e espaços de governança no SUS	65
Figura 5 - Mapa da Região de Saúde Pireneus, 2018	74
Figura 6 - Pirâmide Populacional da Região Pireneus Pireneus, 2017	77
Figura 7 - Mortalidade Geral e Infantil da Região Pireneus, 2017.....	78
Figura 8 - Experiência em gestão dos secretários municipais de saúde da Região Pireneus	82
Figura 9 - Fluxo de trabalho da CIR Pireneus	84
Figura 10 - Assuntos das RAS discutidos nas reuniões da CIR Pireneus em 2017.....	85
Figura 11 - Frequência relativa de falas dos gestores nas discussões das reuniões da CIR Pireneus em 2017	86
Figura 12 - Assiduidade dos gestores nas reuniões da CIR Pireneus em 2017.....	87

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Categorias e subcategorias após análise de conteúdo	88
Quadro 2. Conceitos utilizados para categorização	89
Quadro 3. Síntese dos achados empíricos nas entrevistas frente aos desafios dimensionados nas categorias	116
Tabela 1. População e distâncias entre municípios da Região de Saúde Pireneus, estado de Goiás	75
Tabela 2. Fecundidade e Nascidos vivos dos municípios da Região de Saúde Pireneus	77
Tabela 3. Leitos hospitalares da Região de Saúde Pireneus em 2018	80
Tabela 4. Dados de formação dos secretários municipais de saúde da Região Pireneus	81
Tabela 5. Resoluções emitidas pela CIR Pireneus em 2017 e seus respectivos temas	87
Tabela 6. Frequência das Categorias e subcategorias nas entrevistas	90

LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CF/88 – Constituição Federal do Brasil de 1988
CGR - Colegiado de Gestão Regional
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS – Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
CT – Câmara Técnica
FNS – Fundo Nacional de Saúde
GM – Gabinete do Ministro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LC – Linhas de Cuidado
MS - Ministério da Saúde
NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
Pacs – Programa de agentes comunitários de saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PDI – Plano Diretor de Investimento
PES – Plano Estadual de Saúde
PPI – Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RCPD – Rede de Cuidados de Pessoas com Deficiência

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RS – Regional de Saúde

RT – Redes Temáticas

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SES – GO - Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFG – Universidade Federal de Goiás

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIA	
EPIGRAFE	
RESUMO E PALAVRAS CHAVE	
ABSTRACT AND KEY-WORDS	
LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE QUADROS DE TABELAS	
LISTA DE ABREVIATURAS	
APRESENTAÇÃO	15
1 – INTRODUÇÃO	17
2 – OBJETIVOS	27
2.1 – Objetivo Geral	28
2.2 – Objetivos Específicos	28
3 – REVISÃO DA LITERATURA	29
3.1 - O Sistema Republicano e Federativo Brasileiro	30
3.2 - O Sistema Único de Saúde - SUS	34
3.3- Regionalização da Saúde	46
3.4- Redes de Atenção à Saúde	52
3.5- Sistemas de Governança e Relação Intergestores	61
4 – METODOLOGIA	68
4.1 - Desenho do Estudo	69
4.2 - Participantes da Pesquisa	69
4.3- Coleta de Dados	70
4.4 - Análise de Dados	71
4.5 - Aspectos Éticos	72
5 – RESULTADOS E DISCUSSÕES	73
5.1 – Região de Saúde Pireneus	74
5.1 .1 - Regional de Saúde Pireneus	80
5.2 - Perfil dos Gestores	81
5.3 - Análise dos Documentos da CIR	83
5.3.1 - Organização da Comissão	83
5.3.2 - Competências da CIR	83

5.3.3 - Fluxo do processo de trabalho -----	84
5.3.4 - Cronograma e funcionamento das reuniões -----	84
5.4 - Análise de Conteúdo das Entrevistas Com os Gestores -----	88
5.4.1 - Modelos de Atenção à Saúde -----	90
5.4.2 - Estrutura Operacional das RAS -----	91
5.4.3- Atenção Primária à Saúde -----	92
5.4.4- Pontos de Atenção -----	94
5.4.5 - Sistemas de Apoio e Logísticos -----	96
5.4.6- Governança-----	99
5.4.7- População -----	103
5.4.8- Eixo Estruturante do SUS -----	104
5.4.9- Financiamento -----	106
5.4.10 - Regionalização -----	108
5.4.11- Trabalhador em Saúde e Educação Permanente -----	110
5.4.12- Participação nas Instâncias Intergestores -----	111
5.4.13- Ênfase Político-Partidária e Assessoria Técnica -----	112
5.5 – Síntese dos achados -----	116
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	118
7 - RECOMENDAÇÕES -----	122
8 – REFERÊNCIAS -----	124
APÊNDICES -----	132
ANEXOS -----	138

APRESENTAÇÃO

A saúde como direito do cidadão e definida pela Organização Mundial da Saúde como completo bem-estar biopsicossocial, nos remete ir além de intervenções assistencialistas e de combate a processos patológicos, nos leva a lutar por ideais holísticos, visando o ser humano além de seus males, mas como um todo, um ser que sonha, tem emoções e vive em um coletivo chamado sociedade. O SUS mais que um sistema público de saúde é um reflexo destes ideais, sua proposta é motivadora e suas diretrizes encantadoras as quais me motivaram primariamente a estudar e pesquisar saúde coletiva e nada mais incentivador que executá-lo no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.

Dissertar sobre a gestão do SUS e seus mecanismos interfederativos e intergestores não é uma tarefa fácil, porém preenchida de prazer, pois em meu percurso profissional, principalmente como Secretário Municipal de Saúde, Vice-presidente do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde de Goiás (COSEMS-GO) e coordenador da Comissão Intergestores Regional (CIR), enfrentei vários desafios, obtendo sucesso em alguns e falhas em outros, porém sempre necessitando conhecer intimamente os processos norteadores do sistema, o qual serviu de motivação extra para execução deste estudo.

Os fluxos e nível de discussões, bem como, a participação efetiva dos gestores na câmara técnica e Reuniões Ordinárias da CIR se revela como fundamentos essenciais para o fortalecimento do processo de governança em saúde coletiva na região. Portanto se não ocorrer o protagonismo dos gestores neste processo, há um enfraquecimento desta instância intergestora, gerando como frutos a dificuldade na implementação e robustecimento das Redes de Atenção à Saúde - RAS, o comprometimento da eficiência da gestão de sistema de saúde no espaço regional e fragmentação de serviços de redes já existentes ou em fase de implementação. (MENDES, 2010)

Nesse trabalho busquei através da conexão entre os conteúdos das entrevistas com os gestores e os documentos emitidos pela CIR, como pautas, atas, resoluções e regimento interno, sustentados em uma base literária e científica, a identificação e qualificação desse protagonismo dos gestores no processo de governança da CIR, principalmente nos componentes de redes.

Discorrer em relação ao processo de governança de uma CIR, principalmente na estruturação das RAS, remete a uma responsabilidade transformadora, visto que as informações geradas neste estudo poderão servir para mostrar a importância dos espaços da CIR e sua contribuição na consolidação da regionalização e redes de atenção à saúde e servir de base para o planejamento e futuras tomadas de decisão não só para CIR à qual o estudo propõe, mas para as CIR's que vivem realidades semelhantes.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, como república, passou por grandes transformações políticas, econômicas, demográficas e sociais, principalmente nos últimos 40 anos. No setor saúde houve uma evolução a partir de 1904, com a Revolta da Vacina, perpassando por uma assistência médica baseada em um modelo liberal privado tradicional ou aquela ofertada pelas Santas Casas e outras instituições de caridade, pelo nascimento de uma política estatal de saúde no campo da medicina assistencial através da medicina previdenciária das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) e posteriormente dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que se unificaram na concepção do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e adiante o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde (CAMPOS, BILAC, CUNHA, 2017).

No entanto, a datar do meado da década de 70, com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), houve a postulação da democratização da saúde como parte da democratização da sociedade, do Estado e da cultura, justamente num período nos quais novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura militar e o autoritarismo das práticas de saúde. A Reforma Sanitária Brasileira expressou a cólera da sociedade frente às ultrajantes desigualdades sociais e a mercantilização da saúde, sendo caracterizado como um acontecimento político abarcado em torno de um clamor social pelo respeito, liberdade e igualdade, tendo a saúde como direito universal de cidadania (AROUCA, 2003).

Os avanços no pensamento de saúde coletiva e surgimento de atores e instituições relevantes no movimento da reforma sanitária que posteriormente serviriam de fundamentos para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) sofreram também a influência de movimentos internacionais como a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas) o qual expressou a necessidade de ação urgente dos governos em desenvolver e promover saúde para os povos (CAMPOS, BILAC, CUNHA, 2017).

Para Minayo (2001) a década de 80 foi um momento histórico distinto para a consolidação da cidadania. No campo da saúde foi marcado pela expansão do movimento sanitarista, que elaborou teorias, realizou experiências e práticas voltadas para implementação de uma política pública de saúde que saísse do aprisionamento do modelo excludente, hospitalocêntrico, discriminatório e ineficiente do INPS.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, foi um marco da mobilização social pela reforma do sistema de saúde, com repercussões práticas imediatas através de um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, os quais serviram de fundamentos para elaboração da seção da saúde da Constituição Federal de 1988 (CONASS, 2011a).

O Sistema Único de Saúde - SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, sendo que, para sua implementação, foram criadas as Normas Operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais. Essas normas definiram as responsabilidades de cada esfera de governo, estratégias e movimentos que visam dar operacionalidade ao sistema e, a partir disso, realizar uma avaliação da implementação e do desempenho do SUS (CONASS, 2011a).

Na organização do sistema, os atos normativos foram grandes impulsionadores do processo de regionalização no SUS, primeiramente as Normas Operacionais Básicas (NOB 91, NOB 93, NOB 96) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 2001/02), seguidas do Pacto pela Saúde, a Portaria 4.279 / 2010 que estabeleceu diretrizes das redes de atenção à saúde (RAS) e o Decreto 7.508 / 2011 (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015). A regionalização como eixo estruturante do SUS, orienta o processo de identificação e construção das regiões de saúde, que, por sua vez, conta com meios organizados a fim de garantir a integralidade da atenção à saúde e, ao mesmo tempo, potencializar os processos de negociação e pactuação entre os gestores (RIBEIRO, 2015).

Na busca pela consolidação, o SUS foi marcado por movimentos de descentralização da saúde, o que favoreceu o crescimento da atenção primária

à saúde (APS) e a ampliação da universalidade do acesso aos serviços de saúde, contudo são inúmeros os desafios e dificuldades enfrentadas, principalmente na efetivação do processo de regionalização (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

Em outros sistemas universais de saúde, percebem-se dificuldades semelhantes à do SUS. No canadense, o processo de regionalização iniciou-se há mais de vinte anos, aonde as províncias buscaram avanços na tomada de decisões da comunidade, na integração dos serviços de saúde e na prestação de cuidados no lar e na comunidade com a finalidade de restringir os custos de saúde. Apesar de ganhos na integração dos serviços de saúde, um plano para um conjunto de serviços de saúde quase perfeito não foi realizado e o financiamento para os serviços de saúde continua focado nos cuidados hospitalares e médicos, e os gastos com saúde foram pouco considerados, pelas autoridades regionais (BARKER; CHURCH, 2017).

O processo de regionalização da atenção em saúde no sistema britânico, o *National Health Service* (NHS), ganhou força a partir da reforma iniciada em 1997, aonde os Grupos de Atenção Primária (GP *Fundholders*) que compravam serviços de qualquer área geográfica, a partir de 1999, só podiam comprar serviços dentro da área de abrangência da Autoridade Distrital Sanitária (DHA). Somado a isso, os recursos dos GPs passaram a ser provenientes das Autoridades Sanitárias, tornando-se subordinados a estes e consequentemente, diminuindo o grau de autonomia dos Grupos de Atenção Primária (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

No Brasil, os principais desafios do SUS na efetivação da regionalização consistem em romper a intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrados através de: vazios assistenciais importantes; financiamento público insuficiente e fragmentado; emprego insuficiente dos recursos financeiros; configuração inadequada de modelos de atenção; incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção; fragilidade na gestão do trabalho; a pulverização dos serviços nos municípios, pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (CIT, 2010).

Apesar de alguns estados, como Paraná e Minas Gerais, terem realizado desde a década de 90 a organização do processo de regionalização, de maneira geral, no Brasil, houve um atraso neste processo, provocando desalento na capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, desenvolvendo disputas entre os municípios por recursos, ao invés de conformar uma rede interdependente e cooperativa. Por conseguinte, a ausência de planejamento regional para as estratégias de descentralização no SUS exasperou as desigualdades dos entes federados, fragilizou e comprometeu o papel das esferas estaduais, resultando em sistemas locais isolados sem capacidade de gestão para viabilizar a integralidade e sem aptidão e mecanismos para conformação de redes intermunicipais (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Mediante este cenário houve uma necessidade de construir e inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento de Redes de Atenção a Saúde (RAS), com objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica, produzindo assim, impacto direto e positivo nos indicadores de saúde da população (CIT, 2010).

A concepção das redes regionalizadas e hierarquizadas, quanto das RAS foram inspiradoras para o modelo de regionalização, sofrendo forte influência da perspectiva britânica, em um primeiro momento, através da organização da população com bases territoriais, hierarquização dos serviços e autonomia da provisão dentro da região (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Visando assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, no Brasil, foram criados a Portaria 4.279 / 2010 e posteriormente o Decreto 7.508 / 2011. Sendo que, a Portaria 4.279 / 2010 orientou a constituição de redes regionalizadas de atenção à saúde e o Decreto 7.508 / 2011 definiu regiões de saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde.

Porém, permanece a necessidade de configuração, estruturação e consolidação destas redes (BRASIL, 2014).

As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos (SILVA, 2011).

Desse modo, Mendes (2011) descreveu que a estrutura operacional das RAS é constituída por cinco componentes: o centro de comunicação; a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. E o quinto componente é o sistema de governança, o qual governa as relações entre os quatro primeiros.

Segundo Jessop (2003), governança é relativo à capacidade governativa, que envolve a capacidade do estado, como um todo, na formulação e implementação das políticas, aspirando o cumprimento de metas coletivas através de mecanismos e procedimentos que permeiam uma dimensão participativa e plural da sociedade, necessitando de meios aperfeiçoados de interlocução e administração dos diversos interesses.

A governança permite a gestão de todos os componentes das redes, por meio de estruturas, processos e instrumentos, em um ambiente solidário e interdependente entre os atores com objetivo de fomentar uma missão e uma visão nas organizações, determinando objetivos e metas que devem ser alcançados, intermediando as políticas institucionais, desenvolvendo a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gestores e da organização (MENDES, 2010).

Os sistemas de saúde canadense e australiano têm diferentes padrões de governança para a prestação de serviços de saúde, mas há tendências centralizadoras muito evidentes em ambos os sistemas. No Canadá, o debate federal, provincial e territorial concentrou-se na necessidade de mais coordenação, padrões comuns e políticas consistentes de acesso à saúde. No

coração da governança em saúde estão a liderança e o gerenciamento de um empreendimento extremamente complexo que incorporam uma mistura rica de clínicos, pessoal de apoio, gerentes, formuladores de políticas e políticos que lidam com questões de vida ou morte em um contexto de aumento de custos e de tecnologia. Na Austrália, a divisão entre federal e estadual tem sido uma fonte de discussão vigorosa. Este debate tornou-se mais proeminente após a recomendação que o governo da Austrália assuma maior responsabilidade financeira pelo sistema como financiador e comprador (PHILIPPON; BRAITHWAITE, 2008).

Para Santos e Giovanella (2014) a governança depende do desenho institucional e da interlocução com os grupos organizados da sociedade para definição, acompanhamento e implementação de políticas públicas. A governança no SUS é expressa em vários momentos, em nível local até federal, entre conselhos de saúde e gestores. No entanto, nas RAS, é realizada, principalmente, por meio de arranjos interfederativos, no âmbito nacional, através da Comissão Intergestores Tripartite - CIT; nos estados, por meio das Comissões Intergestores Bipartite - CIB; e nas regiões de saúde, através das Comissões Intergestores Regionais – CIR (BRASIL, 2011a).

A implementação destes novos modelos assistenciais no SUS vem exigindo dos gestores inúmeras funções e, também, um conjunto de novas responsabilidades que cada município deve assumir no processo de regionalização, com vista a orientar a consolidação de regiões de saúde tendo como ponto de partida o Plano Diretor Regional, o qual é um instrumento de planejamento sistêmico e organização na região de saúde, para a otimização e racionalização de recursos humanos, tecnológicos e financeiros visando à garantia do direito à saúde (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

Nesse sentido, devem potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação, por meio das CIR's, propiciando que os gestores, de forma cooperativa, executem suas funções de planejamento, orçamento, coordenação e avaliação das estratégias e dos serviços regionais, visando garantir o amplo acesso às ações de saúde em diferentes níveis de atenção, possibilitando a equidade e a integralidade por meio da gestão do cuidado.

Dessa forma, considera-se as CIR's inovadoras, pois constituem-se como instâncias de cogestão, no espaço regional, ao criarem um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o estado, preenchendo um “vazio” na governança regional (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

A CIR consiste em uma instância de gestão colegiada e integrada do SUS na região, sustentada na institucionalidade, o qual se fundamenta na legalidade, configuração da região e estratégias de regulação, buscando aperfeiçoamento da efetividade do processo de regionalização e nas práticas de governança mediante inter-relação das instâncias e atores envolvidos no planejamento e implementação de intervenções em saúde e as estratégias gerenciais e ações implicadas (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

O Decreto 7.508/2011 instituiu a CIR como foro interfederativo regional de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e ao funcionamento das ações e dos serviços de saúde integrados em RAS, sendo este foro composto por todos os gestores municipais da Região de Saúde e os representantes da gestão estadual (CONASS, 2015).

O interesse pela temática surgiu pelo desejo em estudar de forma mais abrangente o sistema de governança, em específico a CIR Pireneus, a partir da necessidade de conhecer e ao mesmo tempo analisar as atividades por eles executadas, saber quais ações são desenvolvidas, em especial na construção e consolidação das redes de atenção à saúde, verificando as possibilidades de investigação das potencialidades e as fragilidades enfrentadas no âmbito da comissão.

A CIR Pireneus é uma instância colegiada de articulação, negociação e pactuação visando à operacionalização e condução das políticas públicas de saúde no âmbito do SUS na Região de Saúde Pireneus, em Goiás. Foi criada pela Resolução CIB-GO nº 045, de 28 de fevereiro de 2012, e está vinculada à SES-GO para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB-GO, e seu colegiado é composto pelos secretários de saúde dos municípios da região e suas reuniões ordinárias ocorrem de forma mensal

e itinerante com discussão bipartite entre os gestores municipais e a regional de saúde como representação estadual (CIR PIRENEUS, 2017).

Conforme Art. 3º do Regimento Interno são objetivos da CIR Pireneus:

- I. decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;
- II. definir diretrizes, de âmbito regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de atenção e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;
- III. fixar diretrizes sobre a Região de Saúde, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados (CIR PIRENEUS, 2017, p. 1).

As principais atribuições da CIR Pireneus são: assegurar a participação dos gestores de saúde dos municípios que compõem a Região de Saúde e da representação estadual no processo de planejamento regional de saúde, na identificação, monitoramento e avaliação de necessidades, definição de prioridades e no estabelecimento de soluções, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros, além de elaborar, avaliar e atualizar fluxos regulatórios e a PPI da região, implementar política de formação e educação permanente para os trabalhadores do SUS no âmbito regional e desenhar, estruturar e monitorar as redes regionais de atenção à saúde (CIR PIRENEUS, 2017).

É perceptível a dificuldade em estabelecer diálogos permanentes entre gestores, do mesmo modo edificar colegiados onde os debates sejam para atender as necessidades em saúde da população de uma região, em um cenário aonde prevalece uma baixa autonomia dos gestores perante o executivo municipal e os planejamentos são gerados de modo fragilizados visando atender primariamente uma demanda eleitoral (SANTOS; GIOVANELLA, 2014). Espera-se então, identificar as concepções dos gestores sobre o processo de governança e a importância da CIR e sua contribuição na consolidação da regionalização e redes de atenção à saúde.

Dessa forma, surgem algumas questões. De que maneira a CIR da Região Pireneus atua na gestão e coordenação regional? Em que medida a CIR da Região Pireneus influencia nos mecanismos de governança das redes de atenção à saúde? Esses são alguns problemas e questionamentos que direcionam o desenvolvimento da pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever e analisar a natureza das deliberações da CIR e investigar seu processo de governança e estruturação das redes de atenção à saúde.

2.2 Objetivos Específicos

1. Apresentar a composição dos serviços de saúde da Região de Saúde Pireneus;
2. Identificar o perfil dos secretários municipais de saúde, considerando as variáveis: faixa etária, sexo, escolaridade, experiência na gestão, tipo de vínculo e motivação para o cargo;
3. Conhecer a organização da CIR em relação aos aspectos: natureza das pautas e resoluções, fluxo das atividades desenvolvidas e participação dos secretários nas reuniões;
4. Analisar a percepção dos secretários municipais de saúde da Região Pireneus sobre a governança da CIR e seu papel na consolidação das RAS.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O Sistema Republicano e Federativo Brasileiro

O conceito de república não é único e o mesmo vem sendo aplicado ideologicamente e analiticamente na política para se referir a diferentes questões. Os sentidos mais comumente relacionados a este conceito referem-se, primariamente, a uma forma de governo instituída pela vontade da comunidade política, o que se aproxima dos regimes democráticos e, posteriormente, a uma forma de prática política fundamentada no primor do interesse comum, a qual requer a participação da comunidade na direção da coisa pública, principalmente nos princípios, práticas e procedimentos que configuram as instituições (AQUINO; CUNHA; MEDEIROS, 2013).

A partir da década de 80, a república reaparece como alusão fundamental nas reflexões sobre a política, resgatando ideias básicas como bem comum, bom governo, a coisa pública, conduta cívica, entre outras inerentes à etimologia da *res publica*, as quais têm sido utilizadas tanto para proposição nos diferentes contextos de interação política, quanto para abordar a efetividade do Estado Democrático de Direito (AQUINO; CUNHA; MEDEIROS, 2013).

Arretche e Schlegel (2014) afirmam que democracia pode ser compreendida em definição sintética como auto-governo, razão pela qual os cidadãos detêm a autoridade soberana sobre todas as questões relevantes que digam respeito à organização do Estado. É notório que afirmar a inclusão da democracia e da soberania popular no conceito de Estado de Direito também é prestigiar a perspectiva histórica, pois os conceitos de império da lei e democracia desenvolveram-se juntos, portanto pode-se afirmar que a peculiaridade do Estado Democrático de Direito é sua vocação a superar a atual contradição do Estado contemporâneo – que ou preserva a todo o custo a liberdade dos indivíduos ou, em alguns casos, cresce desproporcionalmente ao concentrar os poderes necessários para realizar a tarefa de distribuição das prestações materiais necessárias à vida digna do indivíduo (MORAES, 2014).

O republicanismo contemporâneo orienta uma política que busca integração das referências modernas de liberdade individual e garantia de direitos subjetivos na esfera privada com as noções de virtude cívica e bem comum ligadas à ação no espaço público. No Brasil, o surgimento deste movimento ocorre simultaneamente com o processo de redemocratização política e da elaboração e vigência da Constituição Federal de 1988 (CF/88), considerado o marco jurídico-institucional consubstanciado o qual forneceu ao país um arcabouço inovador, reafirmando e favorecendo sua condição republicana e federativa, ainda que não tenha definido inteiramente seus contornos (AQUINO; CUNHA; MEDEIROS, 2013).

Na filosofia política moderna o tema federalismo aparece com força a partir de Maquiavel, que introduz mecanismos confederativos como um dos mecanismos utilizados pelas nações na consolidação dos poderes (RIBEIRO; MOREIRA, 2016). Abrucio, Franzese e Hironobu (2013) definem o federalismo como uma forma de organização territorial do Estado que demonstra as inter-relações das unidades da nação, diferenciando-se do Estado unitário, outra forma clássica de organização política do território. Nos países unitaristas, o governo central é anterior e superior às instâncias políticas locais, e as relações de poder obedecem a uma lógica piramidal, no entanto nas conformações federativas prevalecem os princípios de autonomia dos governos subnacionais e de compartilhamento da legitimidade e do processo decisório entre os entes federados (ABRUCIO; FRANZESE; HIRONOBU, 2013).

O federalismo como arranjo institucional tem uma extrema importância para a definição de políticas no Brasil, não apenas no aspecto configurativo, mas pela trajetória histórica oscilatória em relação à centralização política associada aos diferentes regimes republicanos. Embora a estrutura tenha sido mantida desde o regime político-jurídico anterior, o atual modelo brasileiro apresentou um traço marcante ao qualificar os municípios como ente federativo, ou seja, entidade com autonomia político-constitucional (MACHADO; PALOTTI, 2015). Na tradicional teoria dos Estados, estado federativo é uma forma particular de governo dividido verticalmente, de tal modo que diferentes níveis de governo têm autoridade sobre a mesma população e território, a qual geralmente não

são atribuídos aos municípios essa qualidade de ente federado dotado de autonomia político-constitucional. (ARRETCHE, 2012).

Segundo MENDES (2011), o federalismo aplicado no Brasil é singular no quadro mundial devido ao fato dos municípios possuírem autonomia política, administrativa e financeira, com competências constitucionais e infraconstitucionais bem estabelecidas como entes federativos, o qual os doutrinadores convencionaram designar federalismo de terceiro grau ou de terceira ordem

No federalismo brasileiro as instituições políticas não limitam mudanças no *status quo*, ou seja, apesar do verticalismo federativo a CF/88 autoriza o governo federal iniciar legislação em todas as áreas políticas, incluindo aqueles com implementação descentralizada, de modo que na maioria das áreas, não são necessárias emendas para aprovar a legislação. Legislação sobre as finanças, políticas e gastos de unidades subnacionais podem ser submetidas ao Congresso ou como leis complementares, dirigidas a regulamentar artigos constitucionais, ou como leis ordinárias (ARRETCHE, 2013).

Segundo Arretche (2013) no Brasil é comparativamente fácil aprovar emendas constitucionais, não havendo necessidade de realizar referendos ou obter a aprovação das legislaturas estaduais, mesmo que os interesses subnacionais se arrisquem a ser afetados negativamente. Como resultado, existem poucas arenas nas quais as unidades subnacionais podem fazer uso de vetos. Isso demonstra que no federalismo brasileiro há uma centralização das competências políticas, combinada com o princípio da maioria para mudar a legislação federal, significando que não há supermaioria necessária para mudar o *status quo* de grande parte das questões subnacionais.

Machado e Palotti (2015) descrevem que na atual conjuntura brasileira, no que diz respeito às responsabilidades dos entes federados, a União destaca-se com sua eminente função de formuladora, coordenadora e supervisora do processo das políticas sociais, os quais são constitucionalmente estabelecidas como competências comuns entre os entes, sendo definidas no campo legislativo como concorrentes a estas três esferas de governo, portanto há uma concentração de receitas públicas nesse sentido, uma vez que existem

poderes normativos diferenciados que afetam a transferência de recursos e responsabilidades entre as esferas de governo, o que permite a União controlar, auditar e, em muitos casos, punir os desvios do padrão estabelecido nacionalmente ou o uso inadequado de recursos de estados e municípios.

O Brasil possui um modelo de federalismo altamente centralizado, em que há uma grande pluralidade de critérios alternativos de federalização. Isso torna mais fácil e propensa a ocorrência da centralização, pois há distintos fatores que a permitem (RANGEL *et al.*, 2016). Segundo Arretche (2012) isso fica claro por meio da distinção de quem formula e de quem executa, o qual permite inferir que, no caso brasileiro, embora os governos subnacionais tenham um papel importante no gasto público e na provisão de serviços públicos, suas decisões de arrecadação tributária, alocação e execução de políticas públicas são largamente afetadas pela regulação federal. Além disso, pode-se destacar as políticas nacionais de redução das desigualdades e seus efeitos sobre a desigualdade territorial de receita, das políticas nacionais de regulamentação e supervisão do gasto e seus efeitos, a qual a parte mais expressiva das transferências federais no Brasil tem sua origem no objetivo de reduzir desigualdades territoriais de capacidade de gasto, que historicamente tem sido um elemento central de construção do Estado brasileiro, similarmente a outras federações, em que a idéia de uma comunidade nacional única prevaleceu sobre as demandas por autonomia regional.

Segundo CONASS (2016, p.10):

As tensões do federalismo contemporâneo, situadas basicamente entre a exigência da atuação uniformizada e harmônica de todos os entes federados e o pluralismo federal, são resolvidas em boa parte por meio da colaboração e atuação conjunta das diversas instâncias federais. A cooperação se faz necessária para que as crescentes necessidades de homogeneização não desemboquem na centralização. A virtude da cooperação é a de buscar resultados unitários e uniformizadores sem esvaziar os poderes e competências dos entes federados em relação à União, mas ressaltando a sua complementaridade (CONASS, 2016, p.10).

Sendo assim, as competências comuns dos entes federados definidas constitucionalmente apontam para as decisões partilhadas, aliadas ao planejamento e financiamento comuns das políticas públicas, o que indica uma

ação conjunta na prestação dos serviços públicos, portanto as decisões partilhadas resultam da cooperação que viabiliza a gestão conjunta de interesses e serviços (CONASS, 2016).

O federalismo assume outra importância na política de saúde brasileira após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual revela em seu arcabouço jurídico e administrativo o esforço de fortalecer uma política de caráter nacional em um cenário federativo e democrático, expresso na configuração das relações interfederativas através das comissões intergovernamentais, dos conselhos de saúde e na regulação do processo de descentralização político-administrativo (VIANA, MACHADO, 2009).

3.2 O Sistema Único de Saúde - SUS

A Constituição brasileira de 1988 (CF/88), fruto da queda de um regime autoritário, traduz os desejos de uma sociedade excluída, gerando uma consciência ávida por profundas mudanças sociais, traduzidas nas narrativas constitucionais emancipatórias das normas programáticas. Sua natureza está em evidente antagonismo à “programaticidade conservadora-corporativista” das constituições brasileiras anteriores, motivo pelo qual a consolidação da legitimidade da CF/88 deriva em parte de seu caráter dirigente, pois nasceu de uma esperança. Uma esperança por transformações (MORAES, 2014).

A Constituinte gerou ao povo brasileiro direitos sociais, dentre eles, o direito à saúde, expressos nos preceitos da universalidade da atenção, equidade no acesso aos serviços e participação social na definição e acompanhamento das políticas e fiscalização da utilização dos recursos, sendo considerado estes preceitos o próprio processo de origem do SUS. A saúde na CF/88 foi definida no interior da Seguridade Social e como direito de todos e dever do Estado. O detalhamento dos princípios do novo Sistema de Saúde Brasileiro, o SUS, foi discriminado na Lei Orgânica da Saúde de 1990, que propôs fundamentalmente um sistema acessível a todo cidadão, independente de sua capacidade financeira ou integração no mercado de trabalho, uma reorganização da oferta de serviços públicos em uma programação regionalizada, por meio das necessidades indicadas pelo perfil demográfico e

epidemiológico, uma ótica preventivista e não apenas curativa, operar de modo articulado a integralidade do cuidado e um processo de gestão participava entre entes e sociedade (MINAYO, 2001).

A CF/88 introduziu como expressão dos direitos sociais relativos à cidadania uma concepção de seguridade social, integrando saúde, previdência e assistência social. Dentre o proposto pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira a CF/88 reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013).

Em 1988, criou-se o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que somado ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) criado em 1980 e o Ministério da Saúde passariam a compor a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), colegiado responsável pelo sistema de governança e gestão do SUS (CONASS, 2009).

O SUS foi regulamentado pelas Leis n. 8.080 e n. 8.142, ambas de 1990, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, com o princípio da universalidade, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças pecuniárias sob qualquer alegação. Desta forma, o SUS é garantido a todo cidadão, sendo seu financiamento de forma tripartite realizado através de recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais pagos pela sociedade. A participação do setor privado no SUS é de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado, visando suprir a assistência à saúde quando as unidades públicas forem insuficientes para garantia de acesso e integralidade a população de uma determinada região (ROCHA, 2016).

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e estabelece mecanismos para operacionalização das disposições constitucionais, definindo as atribuições do SUS em suas três esferas de governo, definindo assim o seu modelo

operacional (BRASIL, 1990a). As principais dificuldades enfrentadas para implementação do SUS foram: a manutenção das forças conservadoras nas instâncias de Poder; o financiamento do setor; a cultura de clientelismo, a mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população; os crescentes custos do processo de atenção; as formas de gerenciamento do sistema de saúde; o corporativismo dos profissionais de saúde, entre muitas outras (PAIM *et al.*, 2011).

Ainda em 1990, em 28 de dezembro, foi aprovada a Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, além de definir os principais instrumentos de gestão e controle social para a gestão do sistema (BRASIL, 1990b).

A última década do século XX foi caracterizada pela edição de atos normativos e administrativos para a implementação e a operacionalização da política de saúde, particularmente quanto a seu eixo de descentralização focada na municipalização da gestão direta das ações e serviços. Entre as ações desta década pode-se ressaltar a IX Conferência Nacional de Saúde, realizada com dois anos de atraso sob pressão do movimento sanitário sobre o Governo então fragilizado, as vésperas do *impeachment*, a qual teve como tema central “Saúde: A municipalização é o caminho” (CONASS, 2011a).

As Normas Operacionais Básicas (NOB), instituídas com finalidade de definir competências de cada esfera do governo na implantação SUS, atribuições de gestão e critérios para repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. A NOB/1991 apresentou uma forte conotação centralista fruto da cultura prevalecente do INAMPS, porém houve um início do processo de municipalização com as transferências das Unidades Básicas Estaduais e até mesmo federais para gestão dos municípios para constituírem-se em redes. Seguiu-se a NOB de 1992, ainda editada pelo INAMPS, porém consensuada de forma tripartite entre MS, CONASS e CONASEMS, teve como objetivo normatizar a assistência à saúde no SUS; estimular implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do

sistema; e fornecer de forma real subsídios e instrumentos operacionais para o cumprimento dos preceitos constitucionais da saúde (CONASS, 2011a).

De acordo com Paim *et al.* (2011) seguindo a década de 90, com a extinção do INAMPS em 1993, o SUS rompe com a herança de um Estado brasileiro pautado na centralização e com a concepção de cidadania regulada e vinculada à inserção formal no mercado de trabalho. Neste mesmo ano a NOB de 1993 foi editada formalizando os princípios aprovados na IX Conferência Nacional de Saúde, destacando a institucionalização da CIT e CIB's, gerando dessa forma, um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas, além de impelir o processo de municipalização da saúde, habilitando os municípios como gestores do sistema. No ano seguinte houve a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implementação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

Em 1996 é editada a NOB-SUS/01/96, sendo implementada em maio de 1998, é considerada um dos principais instrumentos estruturantes do SUS, a qual solidifica a política de municipalização, estabelecendo o pleno exercício do poder na função de gestor da saúde na condição de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, redefinindo a responsabilidades da União e estados. Entre outras características da NOB-SUS/96, destaca-se: o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS, por meio das comissões intergestores como espaço de negociação e pactuação; o estabelecimento do vínculo entre cidadão e o SUS; a criação de mecanismos de referenciamento por meio da relação gestor-gestor através de programações definidas, sendo o instrumento formalizador destas relações a Programação Pactuada e Integrada (PPI); reorganização do modelo de atenção, adotando como estratégia principal a ampliação da cobertura do PSF e Programa De Agentes Comunitários de Saúde (Pacs); e o aumento do percentual da transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos federais, incluindo nessa modalidade mecanismos como Piso da Atenção Básica (PAB), Incentivo ao PSF, Fração Assistencial Especializada (FAE), entre outras (CONASS, 2011a).

Para Siqueira (2013), ainda que a reforma sanitária tenha sido prioridade secundária do governo, no final da década de 90 ainda teve outras iniciativas além das citadas anteriormente, como um programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, maiores esforços para o controle do tabagismo, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o estabelecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) com regulamentação dos planos de saúde, a criação de um modelo de atenção à saúde indígena, a redução dos índices de mortalidade infantil e o estabelecimento de ampla cobertura vacinal para todas as crianças brasileiras, dignas de serem comemoradas.

A Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) – 2001, institui os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e Planos Diretores de Investimentos (PDI) e inclui a idéia de redes de assistência a saúde, além de ampliar as responsabilidades dos municípios e recursos relativos à atenção básica, definir os processo de regionalização e criar mecanismos para o fortalecimento da gestão e precede os critérios para habilitação de estados e municípios. Em 22 de novembro de 2001, foram estabelecidos alguns critérios na reunião da CIT e seus resultados geraram a instituição da NOAS 01/2002, publicada em 27 de fevereiro de 2002 através da Portaria GM/MS n. 373. Com a publicação dessa Norma, a descentralização passa a ser associada à regionalização da assistência, a qual cria um cenário que exige dos gestores municipais uma maior articulação para negociação e a pactuação intermunicipais, gerando a necessidade de fortalecimento da capacidade gestora, em nova perspectiva, do estado e municípios no exercício das funções de regulação, controle e avaliação do sistema (CONASS, 2009).

De modo geral, pode-se destacar da NOAS 01/2002 o processo de elaboração do PDR e da PPI, coordenada pelos estados, com a participação efetiva dos municípios e gerando a otimização dos recursos aplicados para esta finalidade; a ampliação do financiamento federal da atenção básica utilizando a lógica *per capita*; a qualificação das regiões/microrregiões de saúde; e determinação de uma política mais adequada para alta complexidade, na busca de uma

alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão (CONASS, 2011a).

Em agosto de 2004, foi organizada pelo Ministério da Saúde uma oficina denominada “Agenda do Pacto de Gestão”, com representação do CONASS, CONASEMS e do Ministério da Saúde, com o intuito de iniciar a discussão de uma revisão normativa do SUS a fim de estabelecer diretrizes, conteúdos e metodologia de trabalho para a elaboração de propostas para pactuação de questões fundamentais para o processo de gestão do SUS. Na reunião da CIT de agosto de 2004, foi aprovado um documento-base para o processo de trabalho de discussão e elaboração de propostas para a construção do pacto de gestão, organizado de forma tripartite, pelos gestores do SUS. O documento apontava como princípios fundamentais: a construção da equidade, a integralidade da atenção, a garantia do acesso universal do cidadão e a participação social e controle público do sistema. Apontava também como princípios organizativos e operacionais: a organização do sistema pela lógica da necessidade, a descentralização com direção única, a hierarquização e regionalização solidária e cooperativa e o financiamento e alocação de recursos na lógica da necessidade (CONASS, 2011b).

A partir das discussões envolvendo o que se chamava na época de Pacto de Gestão, houve a compreensão pelos gestores das três esferas da urgência de se pactuar também metas e objetivos sanitários a serem alcançados, assim como a necessidade de envolver a sociedade na defesa do SUS. Determinou-se, então, a instituição de um Pacto pela Saúde, com finalidade de responder aos repositos da gestão e organização do sistema, para dar respostas reais às necessidades de saúde da população brasileira, tornando a saúde uma política de Estado mais do que uma política de governo. A finalidade desse processo de pactuação era a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas (LIMA *et.al.*,2012).

Entre 2004 e 2005, após amplas discussões e trabalho conjunto realizado em inúmeras reuniões dos Grupos de Trabalho, o qual demandou uma construção de consensos, o documento contendo as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite e no

Conselho Nacional de Saúde e efetivado por meio da Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplando três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Em seguida foi publicada a Portaria GM/MS n. 699, que regulamentou as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, e a Portaria GM/MS n. 698, que instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento, que posteriormente foi substituída pela Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007 (CONASS, 2011b).

Segundo Lima *et. al.* (2012), o Pacto foi percebido como uma inovação apta a fortalecer a gestão ainda descentralizada do sistema, sugerindo a redefinição das responsabilidades coletivas das três esferas de gestão e a pactuação de prioridades, objetivos e metas a serem atingidos no âmbito setorial. Posteriormente, vários documentos foram publicados com o objetivo de detalhar algumas propostas e instrumentos operacionais do Pacto pela Saúde, bem como de fornecer instrumentos para a negociação intergovernamental e a implantação de estratégias e políticas em áreas específicas.

O Pacto pela Vida correspondeu a uma mudança radical na forma de pactuação do SUS, reforçando a necessidade de uma gestão pública por resultados, gerando uma definição de prioridades, as quais as metas objetivam a melhoria das condições de saúde da população. Entre as prioridades elegidas no Pacto pela Vida, tem-se a, fortalecimento da Atenção Primária, redução da mortalidade materno-infantil, ação integral às pessoas vulneráveis ou vítimas de violência, ações de promoção à saúde, saúde do idoso, do trabalhador, mental e o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes, endemias e às pessoas com deficiência (CONASS, 2011a).

O Pacto em Defesa do SUS apontou a necessidade de uma articulação política mais ampla, aclarando algumas iniciativas e ações focadas na efetivação da garantia dos princípios e diretrizes da reforma sanitária, que ultrapassem os limites setoriais ampliando a base de apoio à política de saúde nos governos e envolvendo diferentes setores da sociedade brasileira. No entanto, o Pacto de Gestão criou um ambiente propício para o exercício de um federalismo mais

cooperativo, prescrevendo diretrizes para o aperfeiçoamento da gestão do SUS pautadas em nove aspectos: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde. Esse pacto apresentou mudanças significativas nas responsabilidades sanitárias das instâncias gestoras para execução do SUS, dentre as quais, ressaltamos: a permuta do processo de habilitação aos termos de compromisso de gestão; a regionalização como eixo estruturante do processo de descentralização; estruturação das regiões sanitárias; e o fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartite (LIMA et.al., 2012).

No Pacto pela Saúde, no contexto da regionalização, foi criado um importante mecanismo de gestão regional, o Colegiado de Gestão Regional (CGR), como espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa, constituído pelos gestores municipais de saúde da região e por representantes da gestão estadual (CONASS, 2011b).

Guerreiro e Branco (2011) afirma que de fato o Pacto pela Saúde só ocorreu a partir de 2007 e posteriormente houve uma preocupação com o fato de que tais avanços alcançados no Pacto, executados de forma isolada, tendem a não garantir a adesão dos gestores, a efetivação das metas, o alcance dos indicadores pactuados e por menor o uso do pacto de maneira dinamizadora.

Trata-se de um processo mais complexo, sendo necessário o envolvimento dos gestores, dos técnicos, da população e das instâncias representativas do SUS para que o Pacto pela Saúde não represente apenas mais uma tentativa de imprimir uma gestão eficiente no SUS, pautada pelo diálogo entre as instâncias gestoras. Esses mecanismos de cooperação é que irão permitir a superação do *status* pré-hobbesiano¹ de guerra de todos contra todos, em que alguns estados e municípios buscam, cada vez mais, aumentar recursos e delegar funções, postura incompatível com os princípios do pacto federativo e do Pacto pela Saúde. O governo federal, no exercício do papel de

¹A filosofia hobbesiana foi desenvolvida por Thomas Hobbes (1588-1679), um teórico político, filósofo e matemático inglês. Sua obra mais evidente é "Leviatã", cuja ideia central era a defesa do absolutismo e a elaboração da tese do contrato social que visava superar a guerra de todos contra todos (*bellum omnia omnes*). Sua filosofia define as condições de existência para todos, além de explicitar os direitos dos indivíduos e o exercício do poder na sociedade civil (BOBBIO, 1991).

coordenador e indutor do processo de pactuação, deve buscar arbitrar esses conflitos e incentivar a atuação conjunta entre as esferas de poder, contribuindo para a constituição de uma rede federativa mais solidária (GUERREIRO E BRANCO, 2011, p. 1697).

Contudo, mais de vinte anos após a criação do SUS e evolução de seus atos normativos, desponta a necessidade de regulamentação de dispositivos da Lei Orgânica da Saúde, em face de lacunas legais quanto à organização do sistema, ao planejamento da saúde, à assistência a saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011b).

A regulamentação ocorreu por meio do Poder Executivo Federal através da promulgação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, ocorrendo em um momento em que tanto os gestores quanto os profissionais de saúde e trabalhadores detêm maior compreensão sobre a organização constitucional e legal do SUS e também o usuário sobre o seu direito à saúde e contribui para o esclarecimento dos órgãos de controle, Ministério Público e Poder Judiciário a respeito das competências e atribuições dos entes federativos nas redes de atenção à saúde, garantindo maior segurança jurídica nas relações interfederativas, além expressar o objetivo de fortalecimento do controle social e ampliação dos espaços de participação dos usuários na avaliação das ações e serviços de saúde e no acompanhamento da gestão (BRASIL, 2011b).

Os recentes avanços legais do SUS inferidos pelo decreto 7508/11, aliados a outras legislações como a Lei n. 12.466, de 24 de agosto de 2011, que acrescentou os artigos. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, dispondendo sobre as comissões intergestores do SUS, o CONASS, o CONASEMS e suas respectivas composições, aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS e a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, a qual regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal² para

²§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º (Redação da pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015);

II- II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000);

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde (CAMPOS; BILAC; CUNHA, 2017)

Apesar do financiamento federal, por si não garantir, mas estimulam avanços reais como: universalização e qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) para resolver 85 a 90% das necessidades de saúde da população, sob a orientação do acesso universal na APS e nos demais níveis de atenção preventiva e curativa, efetivando o funcionamento das redes e linhas de cuidados, dando concretude ao processo da regionalização, sendo que estes avanços estão mais correlacionados às forças econômicas e políticas, do que ao grau de consciência dos direitos sociais e mobilização social. Para que estas coisas aconteçam de forma efetiva, deverá haver uma ampla e criativa comunicação social e avanço na consciência do direito à atenção integral à saúde, incluindo os vários segmentos da sociedade como os trabalhadores de saúde, os gestores municipais e regionais, os conselhos de saúde e os legislativos (SANTOS, 2013).

Em relação à organização do SUS, o Decreto 7508/2011 demonstra claramente sobre Regiões de Saúde para provisão mínima de ações serviços que as mesmas devem conter nas áreas de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e de vigilância em saúde (BRASIL, 2014).

É atribuída aos entes federados a definição de alguns elementos das RAS, que devem ser acordadas compreendendo seus limites geográficos; população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços que serão ofertados e respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços na busca em promover o atendimento da integralidade da assistência à saúde, que se inicia e se completa dentro das RAS (LAVRAS, 2011b).

As portas de entrada de acesso ao SUS serão a APS, sendo esta prioritária, a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto, como por exemplo, o atendimento diferenciado por motivo de agravo e de situação laboral. O planejamento deverá ser de forma

ascendente e integrado, reportando as necessidades políticas e orçamento de recursos (BRASIL, 2011b).

Outro aspecto importante é o Mapa de Saúde, uma ferramenta disponibilizada pelo Ministério da Saúde como recurso essencial no reconhecimento das necessidades de saúde, orientando o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para a construção de metas compartilhadas e configuração dos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde. É definido como georreferenciamento da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido pelos indicadores de saúde do sistema. O mapeamento é realizado de forma ascendente, partindo do município, permeando pela região até chegar ao país como um todo (DUARTE et al., 2015).

No âmbito da assistência à saúde, foi determinado a criação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que compreende todas as ações e serviços do SUS ofertados nos territórios, as quais devem ser pactuadas nas comissões intergestores suas responsabilidades, inclusive sobre o financiamento. Na assistência farmacêutica a consolidação é intermediada através da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que padroniza os medicamentos indicados à atenção básica em saúde e programas estratégicos do SUS, definido critérios de financiamento e acesso, além das conformidades de prescrição (BRASIL, 2011a).

Outro aspecto importante do decreto diz respeito à organização das relações interfederativas, é a constituição das Comissões Intergestores Regionais (CIR's), as quais se discutem, decidem e pactuam de maneira consensual toda a gestão da saúde, de modo compartilhado no âmbito regional, substituindo os CGR's. O pacto a ser firmado entre os entes federativos deverá ser consubstanciado em termos que consagrem os compromissos assumidos. Para tanto, o decreto prevê a criação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), cuja função é organizar e integrar, nas Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais, as responsabilidades dos entes federativos na garantia da integralidade da

assistência aos seus usuários. É um instrumento estratégico concebido para aprimoramento da gestão pública da saúde, assentado em dois pilares: avaliação do desempenho dos gestores, com ênfase nos resultados e na melhoria do acesso, e gestão participativa, que considere a opinião, as necessidades e interesses dos cidadãos (BRASIL, 2011b).

De acordo com Carvalho, Jesus e Senra (2017), mediante a todo contexto estruturante do SUS, fica cada vez mais evidente a necessidade de arquitetar políticas com enfoque regional, adequadas sempre a uma realidade que considere os aspectos histórico-culturais dos processos de gestão, permitindo alicerçar o desenvolvimento imparcial do SUS. Neste sentido, vale ressaltar o aprimoramento dos instrumentos de planejamento e as práticas de monitoramento e avaliação; para tanto, será necessário investir nas pessoas que operam o sistema, notadamente em processos de educação permanente, que viabilizem profissionalizar a gestão do sistema.

Por fim, o SUS não deve ser entendido como sucessor do INAMPS, mas sim a forma como o Governo deve prestar saúde pública, descentralizada e gratuita a todo cidadão de acordo com as suas necessidades. Sua concepção a partir da CF/88 traz uma nova organização política e organizacional para o reordenamento das ações e serviços de saúde, pautados em uma assistência baseada no modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde (CAMPOS; BILAC; CUNHA, 2017).

O SUS é alicerçado por princípios organizacionais que visam constituir objetivos estratégicos que dêem concretude ao modelo de atenção desejada, são estes: a participação da comunidade na formulação e controle da execução das políticas de saúde através dos respectivos Conselhos e Conferências de Saúde; a descentralização político-administrativa através da distribuição das responsabilidades entre os vários níveis de governo com ênfase no processo de municipalização; a complementaridade do setor privado quando for necessário, destinado a suprir os déficits de ofertas do setor público, sendo formalizada por meio de contratualização, seguindo a lógica preferencial pelos serviços não lucrativos; a resolutividade dentro do seu limite de complexidade e capacidade tecnológica; a intersetorialidade abrangendo as ações de diversos

setores para intervenção em fatores condicionantes e determinantes da saúde; a hierarquização e a regionalização permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada e o acesso à rede deve ocorrer por meio dos serviços primários, e se fizer necessário, referenciados a um nível de maior complexidade (CONASS, 2011b).

3.3 Regionalização da Saúde

A regionalização na saúde ficou bem estabelecida na Constituição Federal de 1988 em seu Art. 198³ aonde estabelece que as ações e os serviços públicos de saúde devem estar organizados de forma regionalizada, fortalecida pelo Artigo 23⁴ que reporta que a cooperação intergovernamental é requisito ao “equilíbrio do desenvolvimento e devem estar em âmbito nacional” (BRASIL, 1988). Na Lei Orgânica da Saúde em seu Art. 7º⁵ a regionalização figura como um dos princípios organizativo do SUS e reafirmada sua importância na organização do sistema no Art. 3º⁶ do Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 1990, BRASIL, 2011a).

No Brasil, a regionalização ganha importância de modo relativamente recente na política nacional de saúde. Apesar de presente nas diretrizes do SUS, o processo de regionalização somente é reforçado a partir de 2000, com a NOAS 2001 e 2002 e de forma mais incisiva com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, sendo concebida como uma estratégia para integração dos sistemas

³Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo(BRASIL, 1988).

⁴Art. 23. Parágrafo único. Leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional(BRASIL, 1988).

⁵Art. 7º IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; (BRASIL, 1990)

⁶Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011a).

municipais através da concepção de sistemas regionais, de ampliação do acesso, da efetivação da integralidade e redução da iniquidade em saúde (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Segundo Lima *et al.* (2012) a descentralização atribui novas responsabilidades entre os entes federados e substancia a importância dos executivos subnacionais na direção da política de saúde, envolvendo a transferência do poder decisório, da gestão de prestadores e de recursos financeiros, antes concentrados na união para estados e, principalmente, para os municípios. A fortificação desses governos é fundamentada na promoção da democracia, no aperfeiçoamento da eficiência e dos mecanismos de *accountability*⁷ nas políticas públicas, considerando o desenho federativo e acolhendo aos interesses territoriais da nação.

O CONASS (2011b) define que a regionalização constitui estratégia prioritária na garantia do direito à saúde, na atenuação das desigualdades sociais e territoriais, na promoção da equidade e a integralidade da atenção, na racionalização os gastos, na otimização os recursos e potencialização do processo de descentralização e ainda:

A regionalização oferece os meios para melhorar a coordenação e integração do cuidado em saúde e os custos e proporciona escala mais adequada e maior participação dos cidadãos no processo de tomada de decisão. Contudo, a regionalização, apesar dos benefícios, apresenta desafios, tais como as dificuldades para integrar e coordenar as ações e serviços, em diferentes espaços geográficos, com distintas gestões e gerências para atender as necessidades de saúde e demandas da população na escala, qualidade e custos adequados. Para isso, requer a existência de sistemas de informação em tempo real para orientar a tomada de decisão e a busca constante de alternativas para otimizar recursos e organizar a gestão compartilhada (CONASS, 2011b, p.120).

Segundo Dourado e Elias (2011) a regionalização se origina da necessidade fundamental de integração dos componentes do SUS para efetivar as garantias constitucionais à saúde no Brasil. Pela essência federativa do sistema, isso só

⁷ O exercício da cobrança de direitos, por parte do povo aos deveres assumidos pelos seus representantes. Nessa caracterização, está contido um sentido moral, pela sociedade, de adjudicar a prestação de contas dos seus representantes, o que supostamente traz elementos para que a população possa avaliar a eficiência e a efetividade da gestão pública (MORAIS; TEXEIRA, 2016, p.82).

é passível de acontecer mediante arranjos institucionais concebidos entre os entes federados. Para ocorrer a consolidação da regionalização de ações e serviços de saúde no país, devem ser respeitados as características do modelo federalista aplicado e do desenvolvimento das relações intergovernamentais, observando a inclusão de atores regionais como instâncias administrativas não coincidentes com os entes federados.

Ribeiro (2015) afirma que qualquer política pública, de abrangência regional, estadual ou federal, está de frente a desafios de buscar o equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia na distribuição de atribuições entre União, Estados e municípios para sua operacionalização e o melhor arranjo intergovernamental para o seu financiamento e ainda, a distribuição de responsabilidades entre entes federados na efetivação da ação regional do sistema de saúde requer a compreensão entre os entes envolvidos de que os recursos e serviços existentes na região devem ser planejados, organizados e geridos em regime de colaboração. Provavelmente a maior dificuldade possa ser a capacidade política de identificar o território regional como campo de responsabilidade e investimento comum, portanto é fundamental o esforço coletivo de construção, principalmente com a sociedade, de uma visão compartilhada para uma futura ação dos governos na região, a qual pode ter também como obstáculo incompatibilidade político-partidária dos governos locais.

Carvalho, Jesus e Senra (2017) apontam que recentes estudos desenvolvidos com a finalidade de avaliar a regionalização do SUS, expressam que esse processo vem sendo construído, sob um olhar tecnopolítico, com a participação efetiva dos gestores estaduais e municipais em processos de institucionalidade e governança complexos e por vezes, conflituosos, convencionado através de diferentes níveis de relações entre os governos, cidadãos e os diversos segmentos da sociedade, porém ainda dependente da condução do Gestor Federal.

No processo de regionalização, uma diretriz essencial e estruturante é a base territorial. Em uma perspectiva legal, o sistema municipal de saúde se refere ao território municipal, suas fronteiras e suas vizinhanças. Aglutinam-se a esse

território municipal as relações de corresponsabilidade solidária, entre os entes federados, a qual é a base fecunda da Região de Saúde (CONASEMS, 2016).

De acordo com Ribeiro (2015), semelhante importância para a formulação de estratégias e programas de abrangência regional é o entendimento das especificidades do processo saúde-doença locorregional diferenciados em relação ao nacional, tornando-se fundamental a compreensão da região como recorte de um território mais amplo do que o território sanitário, o qual não deve ser somente identificado como mero suporte de uma oferta instalada de serviços. A região como recorte territorial para a produção de políticas públicas, em tempos de relativização da escala nacional e de reescalonamento global, constitui-se, pois, como:

- i) campo de práticas, de normas, internas e externas, e de valores sociais, mercadológicos, culturais e políticos, semeado por contradições entre os processos institucionais globais e nacionais que nela incidem e as relações entre os indivíduos e atores sociais que ali vivem, circulam e interagem;
- ii) território usado, que assume na atualidade globalizada um novo funcionamento, resultante das verticalidades e horizontalidades que acontecem simultaneamente como redes e como espaço de todos (RIBEIRO, 2017, p. 408).

Em relação à estrutura, o Decreto 7.508/2011 define região de saúde em seu Art. 2º 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, 2011a).

Ao definirem-se os territórios sanitários, é preciso estabelecer a abrangência das ações e serviços e a responsabilidade dos gestores do SUS. Dessa forma, propõe-se que no território municipal se desenvolvam todas as ações e serviços de atenção primária à saúde e básicas de vigilância em saúde; nas microrregiões ou regiões de saúde, haja a suficiência em serviços especializados; e na macrorregião de saúde, haja serviços especializados de maior densidade tecnológica (CONASS, 2009). Os componentes mínimos de ações e serviços normatizados pelo Decreto 7.508/2011 para instituição de uma região de saúde são: atenção primária; urgência e emergência;atenção

psicossocial;atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

A organização das regiões de saúde inicia-se através da elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), já previsto na NOAS e reafirmado no Pacto pela Saúde, e adquire caráter mais sistêmico e alcance intersetorial ao permitir diferentes combinações de variáveis (de saúde, econômicas, sociais e culturais) para o estabelecimento das regiões de saúde em cada estado da federação, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis. No PDR as Secretarias de Estado de Saúde (SES) assumem um papel de destaque por meio da implantação e/ou reconfiguração das regiões de saúde, com isso houve a necessidade de fortalecer suas estruturas regionais (coordenadorias, diretorias, escritórios ou núcleos regionais) (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Como instrumento de planejamento da regionalização o PDR deve identificar e expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, em suas diferentes formas, em cada estado, objetivando a garantia do acesso, da promoção da equidade, da integralidade da atenção, e qualificação do processo de descentralização, racionalização dos gastos e otimização do aproveitamento dos recursos (SAUTER, GIRARDON-PERLINI, KOPF, 2012).

O PDR da saúde do estado de Goiás buscou ordenar o processo de regionalização da saúde no estado, ampliando o processo de descentralização, além de estabelecer a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde através da definição de redes de serviços hierarquizados, e também estabelecer mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, que possibilitem garantir a integralidade da assistência e melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, de modo a atender a suas necessidades com eficiência e racionalidade, o mais próximo possível do local de residência do cidadão. Este instrumento teve a pretensão de tornar explícito o desenho da regionalização dos serviços de saúde no Estado de Goiás, mencionando, a estimativa de investimentos necessários à conformação

das regiões/microrregiões e módulos assistenciais, e, também, critérios e parâmetros para distribuição de recursos assistenciais (GOIÁS, 2004).

A Secretaria da Saúde do Estado de Goiás - SES-GO foi uma das pioneiras no Brasil a realizar seu Plano Diretor de Regionalização, iniciou a estruturação do projeto baseando na estrutura de regionalização da saúde canadense. em 2001, após ampla discussão com os municípios e com setores envolvidos, o PDR contemplou 15 regiões de saúde com respectivas administrações regionais de saúde (ARS). Em 2002, através de um convênio entre o Estado de Goiás e a região de Quebec no Canadá, houve o processo de estruturação do plano de regionalização goiano. Em 2005 o PDR foi revisto, havendo em 2012 uma redefinição em 5 (cinco) Macrorregiões, 17 Regiões de Saúde, 246 Municípios e 17 Sedes ARS e em dezembro de 2014, foi criada a região de saúde São Patrício II, composta por municípios desmembrados das regiões Pirineus e São Patrício, sendo assim, o estado de Goiás passou a ter 18 Regiões de Saúde, descritas na Figura 1 (GOIÁS, 2004, CIB-GO, 2012, CIB-GO, 2014).

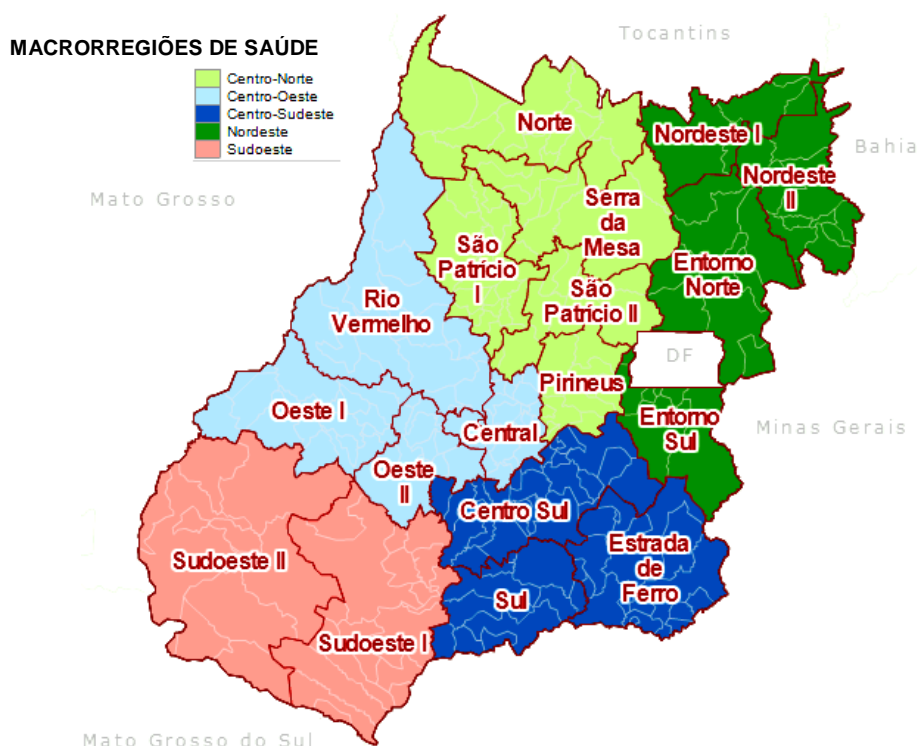


Figura 1 - Estado de Goiás em Macrorregiões e Regiões de Saúde, 2018.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em:

<<http://mapadasaude.saude.go.gov.br/#l=pt;v=map3>>, Acesso em 02 abr 2018.

3.4 Redes de Atenção à Saúde

Os sistemas de saúde têm vários desafios a serem defrontados, dentre eles operacionais, estruturais e de gestão para garantir o aprimoramento do acesso, a proteção universal e a redução das arbitrariedades. Cabe aos governos encarar esses desafios para garantir recursos humanos e a infraestrutura adequados para o setor (CONASS, 2009).

Segundo Santos et al. (2015, p. 403)

O fortalecimento das arenas de discussão colegiada fez surgir a necessidade da construção de uma ideia de funcionamento do sistema-rede, pois o funcionamento do sistema de saúde possui contornos próprios e que necessitam de uma interconexão municipal, estadual e federal cujo alicerce é a atenção básica, que coordena o cuidado em saúde e integra diversos sistemas para a garantia da atenção integral e resolutive.

Este sistema-rede pode ser chamado de redes de atenção à saúde (RAS), defina por Mendes (2010, p. 2300) como:

Organizações poliárquicas⁸ de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população

A ideia hierárquica e piramidal do sistema deve ser permutada pela das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais, conforme demonstrado na Figura 2.

⁸A concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas redes de atenção à saúde, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde, apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam (CARNEIRO, et al., 2014, p. 43).

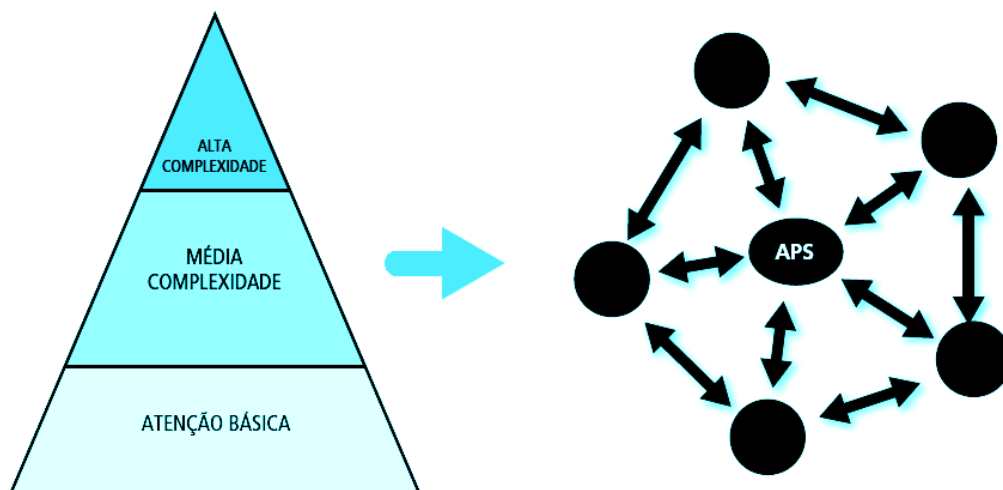


Figura 2 - A mudança dos sistemas hierárquicos e piramidais para os poliárquicos das RAS.
Fonte: MENDES, 2011.

Conforme afirmam Carneiro et al. (2014), as propostas de redes têm sido utilizadas para gerir políticas e planos em que há escassez de recursos e problemática de maior complexidade; onde há relação de entes públicos e privados, centrais e locais; onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã. A gestão eficaz das redes implica em operar continuamente na geração de consensos; operar com situações em que todos os envolvidos se beneficiem; pacificar os decisores políticos e administrativos; agenciar as soluções; e monitorar e avaliar de forma contínua os processos.

Há percepção de duas formas de organização dos sistemas de saúde: os sistemas fragmentados de saúde e os sistemas integrados de saúde ou as RAS, em respostas às situações de saúde se apresentando em um contínuo que vai desde a fragmentação até a integração. Informados dessa situação, os gestores do SUS resolveram estabelecer as RAS no País, através da publicação da Portaria GM/ MS n. 4.279/2010, no modelo de redes temáticas, priorizando algumas linhas de cuidado, uma vez que a ideia de RAS acolhe e redefine os novos modelos de atenção à saúde que estão sendo experimentados e que têm se mostrado efetivos e eficientes no controle das condições crônicas (CONASS, 2015).

As RAS apresentam três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. O primeiro elemento é a razão

da existência das RAS, uma atenção à saúde com base em uma população vinculada ao sistema, adstrita a um território sanitário singular, organizada socialmente em famílias e registrada em sub-grupos por riscos sociais e sanitários, rompendo assim com a gestão baseada em oferta e assumindo uma gestão baseada em necessidades de saúde. O segundo elemento constitutivo é a estrutura operacional constituída pelos “nós” das redes e pelas conexões materiais e imateriais que se relacionam esses diferentes nós. Essa estrutura operacional é constituída por cinco componentes chaves: i) o centro de comunicação, a APS; ii) os pontos de atenção secundários e terciários; iii) os sistemas de apoio; iv) os sistemas logísticos; v) sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos “nós” das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós, e o quinto é que conduz as relações entre os quatro primeiros. Esta operacionalidade das RAS se observa na Figura 3 (MENDES, 2011).

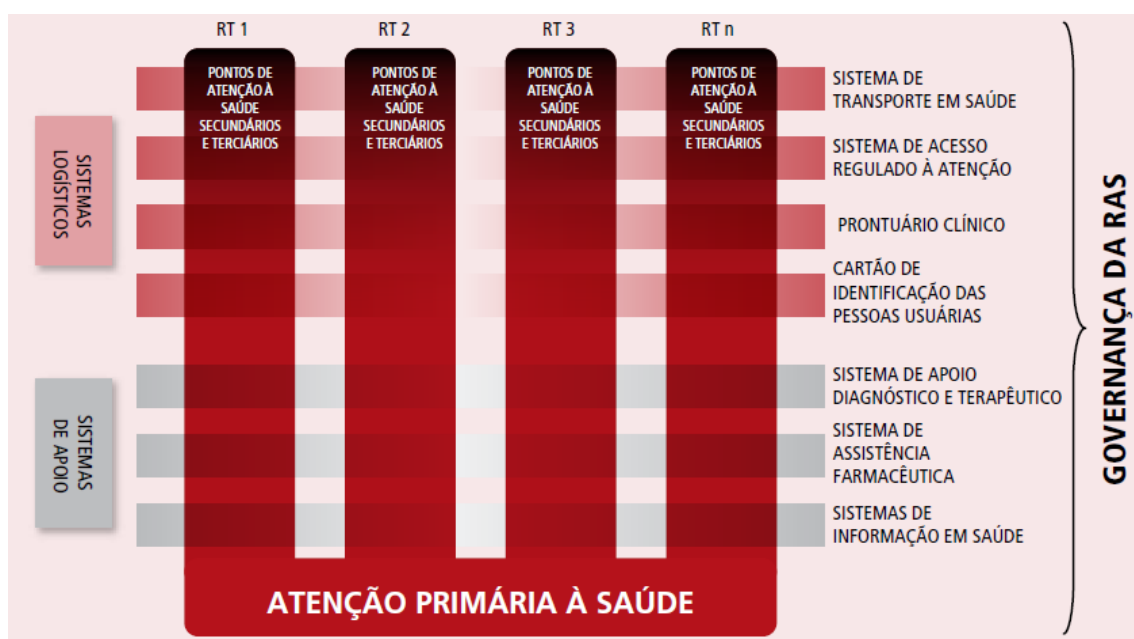


Figura 3 - A estrutura operacional das RAS.

Fonte: Mendes, 2011.

Legenda: RT = Rede Temática.

O terceiro elemento constitutivo são os modelos de atenção à saúde, que são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em razão da visão prevalecente da saúde, das situações

demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Os modelos de atenção à saúde são de dois tipos: os modelos de atenção aos eventos agudos e os modelos de atenção às condições crônicas (CONASS, 2016).

Para Lavras (2011a) o centro de comunicação das RAS é constituído pela APS, organizadora do sistema de atenção à saúde e coordenadora do cuidado. Seu marco histórico principal é a Declaração de Alma-Ata, expedida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde no ano de 1978, essa Declaração a expressão conceitual de cuidados primários de saúde foi definida como:

“cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação”. Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de direito humano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979, p. 14).

Dentro da sistemática da atenção primária pode-se ressaltar: a organização a partir das necessidades de saúde da população; maior efetividade no enfrentamento da situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e embate significativo nos níveis de saúde da população; menores custos e reduzindo a execução de procedimentos mais onerosos; gera equidade por discriminar positivamente grupos e regiões mais pobres, refletindo diretamente na diminuição dos gastos das pessoas e famílias; e a ênfase na promoção da saúde e na prevenção. Contudo, para que a atenção primária possa resultar em todos esses benefícios, deve ser reformulada para cumprir três papéis essenciais nas RAS: resolutividade em mais de 85% dos problemas de saúde de sua população; a capacidade de coordenar, orientar os fluxos e contrafluxos de referenciamento, informações e produtos entre os

componentes das redes; e o acolhimento e responsabilidade sanitária e econômica, por sua população (CONASS, 2015).

As funções da APS, adotadas pelo Observatório Europeu praticamente correspondem com as características sugeridas por Starfield⁹ para avaliar estas práticas. São elas: i) primeiro contato, relativo ao acesso e uso para cada novo problema; ii) longitudinalidade, presença de um aporte regular de cuidados pela equipe de saúde com perseverança realizadas em um ambiente harmonioso e colaborativos entre todos envolvidos no cuidado; iii) integralidade, conjunto de serviços que atendam as necessidades habituais da população adstrita, responsabilização pela oferta em outros pontos da rede e reconhecimento adequado dos problemas biopsicossociais geradores de doença; iv) coordenação, capacidade de garantir a continuidade da atenção; v) centralização na família; e vi) orientação para a comunidade (LAVRAS, 2011a).

Recentemente, foram lançadas alterações nas diretrizes e na política de atenção básica, através da publicação da Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, visando melhorar o acesso, qualidade e resolutividade dos serviços da APS, modificando seu escopo na busca da ampliação da cobertura (BRASIL, 2017).

Os pontos de atenção são os nós das redes onde se ofertam determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção exclusiva. Eles são, portanto, unidades funcionais com campo de atuação bem definido que exigem densidades tecnológicas diferenciadas e específicas como estrutura física, equipamentos e insumos, perfil dos profissionais e conhecimento técnico especializado (LAVRAS, 2011b). Os pontos de atenção terciários são mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundários e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente em grandes centros. Entretanto, na concepção das redes poliárquicas, não existem, entre os pontos, relações de subordinação, características das

⁹ Barbara Starfield, MD, MPH, Professora do Department of Health Policy & Management, University Distinguished Service. STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetailObraForm.do?select_action=&co_obra=14609 Acesso em: 30 mar 2018.

relações hierárquicas, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das RAS (CONASS, 2016).

Paim et al. (2011) afirmam que a prestação de serviços especializados no SUS é turbulenta, devido uma oferta limitada, consequência de déficit destes serviços no setor público implicando em certa dependência da complementaridade do setor privado, que por vezes, dá preferência aos portadores de planos de saúde suplementar. A atenção secundária é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade frequentemente são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo e a atenção terciária realizada predominantemente por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino, financiados com recursos públicos a preços próximos ao valor de mercado, com políticas específicas para alguns procedimentos de alto custo (p. ex., o sistema de gerenciamento de listas de espera para transplantes de órgãos) e para algumas especialidades, como cirurgia cardíaca, oncologia, hemodiálise e transplante de órgãos, que estão organizadas na forma de redes.

Mediante este cenário, as RAS buscam superação destes obstáculos herdados de um sistema fragmentado, fortalecendo a APS e seu potencial regulatório e coordenador do cuidado, superando a verticalização da assistência (CONASS, 2015).

Nas RAS os sistemas de apoio são os lugares institucionais onde se prestam serviços ordinários a todos os pontos de atenção à saúde: o setor do apoio diagnóstico e terapêutico que envolve os serviços de diagnóstico por imagem, de medicina nuclear, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica; a assistência farmacêutica que abrange um arranjo variado composto por uma série de atividades relacionadas com os medicamentos, visando apoiar as demandas de ações de saúde de uma população e; os sistemas de informação em saúde os quais compreendem os determinantes sociais da saúde, os ambientes contextuais e legais nos quais os sistemas de atenção à saúde operam e os insumos e suas correlações (MENDES, 2011).

Os pontos de atenção e os sistemas de apoio são integrados por sistemas logísticos e de gestão. O sistema logístico é entendido como, mecanismos e atividades de suporte a RAS que torna favorável a integração das unidades funcionais e o acesso aos usuários do sistema, sendo compostos pela rede de transportes em saúde, prontuário clínico, sistemas informatizados e de distribuição de insumos e medicamentos, centrais de regulação e outros. Entende-se por sistema de gestão, como ações e atividades com finalidade de governabilidade da RAS, incluindo instâncias de governança regional como processo de negociação e gestão compartilhada e os processos e instrumentos de gestão, como a gestão do cuidado ou da clínica (LAVRAS, 2011b).

As RAS, no Brasil, vêm sendo organizadas através da estruturação de redes temáticas prioritárias, sendo que a concepção de redes de atenção à saúde temáticas não tem nenhuma relação com a ideia dos programas verticais. Os programas verticais são aqueles sistemas de atenção à saúde dirigidos, supervisionados e executados, exclusivamente por meio de recursos especializados. Contrapondo a esse, os programas horizontais são aqueles que se estruturam para resolver vários problemas de saúde comuns, alicerçando visão e objetivos únicos e utilizando tecnologias e recursos compartilhados para alcançar os seus objetivos (MENDES, 2014).

O que compete especificamente às redes temáticas em sua estruturação nas RAS, Mendes (2011, p. 87) define:

A organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde pelas RAS's manifesta-se numa parte temática restrita, exclusivamente, aos pontos de atenção secundários e terciários. Isso se impõe em razão da divisão técnica do trabalho que exige, nesses pontos, a especialização. Todos os demais componentes das redes de atenção à saúde, a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas.

Segundo CONASS (2015), a partir da normativa das RAS, a Portaria GM/MS n. 4.279/2010 foram organizadas e pactuadas a implementação de cinco redes temáticas prioritárias nas regiões de saúde do país, são elas:

- i) Rede Cegonha, uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à

- gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis e tem como objetivo, além de fomentar a implementação de novo;
- ii) Rede de Urgência e Emergência (RUE), tem como diretrizes a ampliação do acesso e o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
 - iii) Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas;
 - iv) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (RCPD), também conhecida como “Viver Sem Limites”, com objetivos de ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua, no âmbito do SUS;
 - v) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, sua meta é realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças/condições crônicas, por meio da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

Na RAS existem dois tipos principais de diretrizes clínicas: as linhas-guia e os protocolos clínicos. As linhas-guia são preceitos desenvolvidos com a finalidade de orientar uma atenção à saúde a uma condição de saúde específica, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, abrangendo as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma RAS. As linhas-guia regem todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, respeitando à ação coordenadora da APS e se aproximam de um conceito muito utilizado no SUS, as linhas de cuidado (LC) (MENDES, 2011).

Franco e Magalhães Jr. (2004) enfatizam que na construção, consolidação e efetivação das RAS se torna necessário aplicar as linhas do cuidado, as quais podem ser vistas como a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social.

A LC é diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar dos mesmos estarem inseridos na LC, diferindo principalmente por não funcionar apenas com protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento dos gestores dos serviços na pactuação dos fluxos, reorganização do processo de trabalho com a finalidade de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços aos quais necessita (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2004).

As Linhas de Cuidado só cuidam de fato do usuário se os serviços de saúde organizarem seus processos de trabalho, de modo que haja o acolhimento dos usuários pelos trabalhadores, o que significa atender bem, fazer uma escuta qualificada do seu problema de saúde, resolver e, se necessário, fazer um encaminhamento seguro, também se faz necessário que os trabalhadores estabeleçam vínculo com os usuários, a fim de acompanhar seus processos procurando facilitar o seu “caminhar na rede” para atendimento às suas necessidades de saúde. Para que isso ocorra é necessário organizar os processos de trabalho, isto é, o modo como cada um trabalha, para que estas diretrizes se tornem rotina nas práticas dos profissionais. O processo de trabalho é a chave da questão, porque é através dele que se produz o cuidado aos usuários (MALTA; MERHY, 2010).

No Brasil as redes temáticas, principalmente a RUE, lançaram como prioridades as linhas de cuidados, dentre elas pode-se citar as cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicos, sendo implementada gradativamente em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e a densidade populacional, sendo imprescindível realizar

acolhimento com classificação de risco, sendo a qualidade e a resolutividade na atenção a base do processo e dos fluxos assistenciais (CONASS, 2015).

Diante de toda informação exposta, as RAS em uma ótica de sistema de interação social, há uma necessidade de mecanismos de governança na aplicação de contextos sociais contemporâneos em que a articulação e a rearticulação entre indivíduos são permanentes. Esse campo de interações retrata uma construção social de vínculos que se estrutura e reestrutura em múltiplas possibilidades de arranjos e negociações, dependendo do potencial de contatos e fronteiras que os atores sociais envolvidos possam estabelecer. Qualquer que seja a abordagem, o conceito de redes supõe administração de fluxos de informação, que são materializados, tornados públicos e distribuídos de acordo com as demandas das interações sociais (RIBEIRO, 2015).

3.6 Sistemas de Governança e Relação Intergestores

Nos últimos vinte anos, tem havido um crescente interesse na potencial contribuição de novas formas de governança para a solução de problemas de coordenação dentro e através de uma ampla gama de sistemas sociais especializados (como a economia, a política, o judiciário e o sistema de saúde) e na sociedade civil. Esse interesse é refletido em ambiguidades crescentes sobre o significado de governança. Assim, governança é definida como a auto-organização reflexiva de atores independentes, envolvidos em relações complexas de interdependência recíproca, com auto-organização baseada em diálogo contínuo e compartilhamento de recursos para desenvolver projetos conjuntos mutuamente benéficos e gerenciar as contradições e dilemas inevitavelmente envolvidos em tais situações. A governança organizada nessa base não precisa implicar em uma completa simetria nas relações de poder ou completa igualdade na distribuição dos benefícios. Na verdade, é altamente improvável que o faça quase que independentemente do objeto de governança ou dos *stakeholders*¹⁰ que realmente participam deste processo. Tudo o que

¹⁰ *Stakeholder* é definido como qualquer grupo ou indivíduos que podem ser afetados por um projeto, de forma direta ou indireta, positiva ou negativamente. Eles também são conhecidos por serem as partes interessadas, que fazem parte da base da gestão de comunicação, e são

está envolvido nesta definição preliminar é o compromisso por parte dos envolvidos com a auto-organização reflexiva em face da interdependência recíproca complexa (JESSOP, 2003).

Conforme Jessop (2003) existem quatro condições para uma auto-organização reflexiva e efetiva do sistema de governança: i - modelos e práticas simplificadoras, que reduzem a complexidade, mas ainda são congruentes com os processos do mundo real e relevantes para os objetivos dos atores; ii- desenvolver a capacidade de aprendizagem social dinâmica e interativa entre órgãos autônomos, mas interdependentes, sobre processos causais e formas de interdependência, atribuições de responsabilidade e capacidade de ação, e possibilidades de coordenação em um ambiente complexo e turbulento; iii - construir métodos para coordenar ações entre forças sociais com diferentes identidades, interesses e sistemas de significado, sobre diferentes horizontes espaço-temporais, e sobre diferentes domínios de ação; e iv - estabelecer uma visão de mundo comum para a ação individual e um sistema de metagovernança para estabilizar as orientações, expectativas e regras de conduta dos principais atores.

De acordo com Mendes (2011), a Organização das Nações Unidas define governança como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. É estabelecida de mecanismos, processos, relações e organizações através das quais os indivíduos e os grupos sociais acordam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e buscam intermediar suas diferenças.

Considerando governança como o exercício desta autoridade, controle e poder de governo, refletindo na maneira pela qual estes são exercidos na administração dos recursos sociais e econômicos de um ente, sendo assim afirmar que as formas específicas de governança variam de acordo com a natureza dos objetos a serem governados, como por exemplo, governança eficaz do desenvolvimento econômico local, capital financeiro, migração, universidades e prática médica (JESSOP, 2003).

muito importantes para o planejamento e execução de um projeto. Eles têm poder para influenciar o comportamento e o desempenho da organização e assim são afetados pela operação e pelos resultados da organização (FREEMAN, 1984 apud GOMES; GOMES, 2015).

Segundo CONASS (2016), ao se falar de governança, se faz necessário refletir sobre redes colaborativas, as quais caracterizam um arranjo estável com diversos tipos de contratos e objetivos, composição entre vários atores que possuem recursos complementares, e dependem uns dos outros para o alcance de objetivos convergentes e possuem múltiplas formas de coordenação dos envolvidos. Assim se estabelece um estilo diferente de governança, específico para redes colaborativas, a Governança Colaborativa, sendo o resultado de um processo de permuta entre os entes participantes da rede e de seus respectivos gestores, considerando os benefícios da cooperação no alcance dos objetivos coletivos e individuais.

A Governança Colaborativa pode ser definida como um conjunto de métodos de tomada de decisão e controle que proporciona a realização de políticas. Além do exercício de poder e autoridade, é também uma prática da influência e da negociação. Esta forma de governança define regras, normas, processos, rotinas e outros procedimentos que estabeleçam os limites de autonomia, a divisão de responsabilidades, o estabelecimento de bases para o compartilhamento de recursos e de resultados, entre outros aspectos relativos ao funcionamento da rede. Usa diferentes tipos de instituições com o intuito de garantir a coordenação e a execução das atividades compartilhadas pelos parceiros (CONASS, 2016).

Segundo Santos e Giovanella (2014) o mecanismo de governança abrange os modos de exercício da autoridade e os métodos de inclusão dos interesses sociais na agenda de governo, podendo ser utilizado como instrumento de análise na investigação e transformação dos processos de formulação de políticas e gestão de sistemas de saúde. O uso analítico da governança permite relatar e doutrinar as interações de atores, processos e regras do jogo e, assim, conseguir melhor entendimento das atitudes e tomada de decisões na sociedade.

No âmbito do SUS e suas diretrizes, principalmente no processo de regionalização, a governança como prática de gestão e relações intergovernamentais deve ser considerada:

Um fenômeno mais amplo que governo ou que governabilidade, pois, além das instituições públicas, ela é constituída também por mecanismos informais que não são governamentais, o que permite que outros atores, como a sociedade e as organizações envolvidas, participem desse processo em que interesses, embora muitas vezes divergentes, podem ser organizados e direcionados segundo objetivos comuns, negociados, de modo a assegurar o direito ao acesso universal à saúde (CONASS, 2016, p. 11).

O sistema de governança em rede é responsável pela integração funcional de estratégias de gestão, financiamento e informação, com finalidades de criar uma missão e visão nas instituições; definir objetivos e metas a serem alcançados com articulação política institucional necessária para os seus cumprimentos e gerar a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gestores e da instituição. São necessários três atributos essenciais para obter um sistema de governança eficiente: i –responder pelos atos de governança de toda rede; ii - responsabilidade com a população e iii - coordenação entre as diferentes instituições que compõem as RAS para garantir que os objetivos estratégicos sejam alcançados (HOFFMANN et al., 2012).

A governança das RAS apresenta características diferenciadas. Uma delas é que deve se inserir em um quadro institucional mais amplo de um sistema especial de federalismo, devendo ser executada cooperativamente pelos constituintes federativos brasileiro, no caso, a União, estados e municípios. Os entes federados mantêm, entre si, diretamente ou por meio da mediação de instituições de gestão compartilhada e de controle social, complexas inter-relações. O federalismo sanitário brasileiro implica em um federalismo cooperativo em que todos os entes federados são corresponsáveis pelas ações e serviços de saúde, afirmando então que a ação sanitária é uma responsabilidade compartilhada do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, não importando o local de execução do programa (CONASS, 2016). A relação desses espaços de governança no SUS pode ser visualizada na Figura 4.

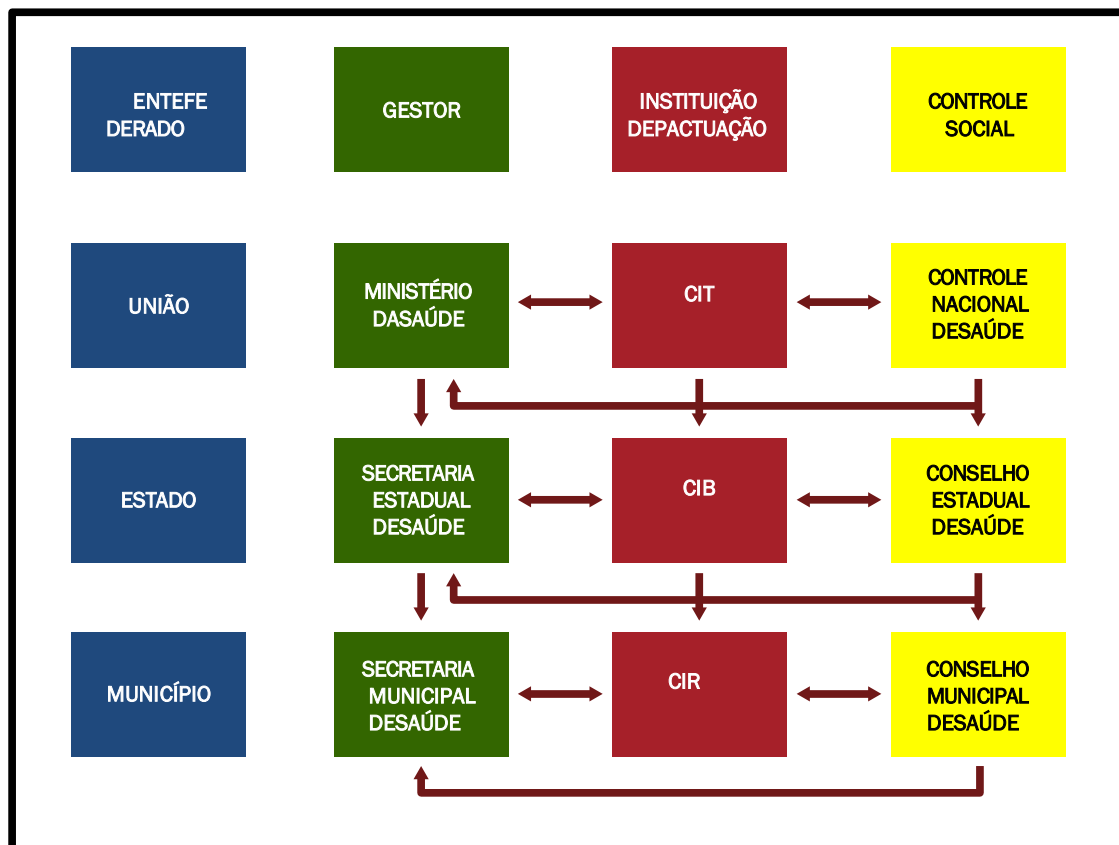


Figura 4 - Modelo institucional e espaços de governança no SUS.

Fonte: CONASS, 2016, p. 78.

Na prática da governança, as comissões intergestoras, juntamente com os conselhos de saúde, são importantes espaços de discussão e pactuação de políticas de saúde, e tiveram sua importância e atribuições reconhecidas legalmente, através da Lei 12.466, de 24 de agosto de 2011, que alterou o artigo 14-B da Lei 8.080/90, declarando o CONASS e CONASEMS, e no âmbito estadual os COSEMS, utilidade pública e de relevante função social em matérias referentes à saúde, habilitando-os a receberem recursos do orçamento geral da União, fortalecendo assim seus processos de estruturação e institucionalização (PEREIRA; TERRAZAS, 2012).

Um aspecto importante do Decreto 7.508/2011 é a organização das relações interfederativas, a partir do reconhecimento das Comissões Intergestoras, CIT (no âmbito nacional), CIB (âmbito estadual) e CIR (Regiões de Saúde), nas quais se discute e se decide de maneira consensual toda a gestão da saúde, de modo compartilhado e pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. O CONASEMS, CONASS e os COSEMS representam os gestores públicos de

saúde nessas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011b). O decreto em seu artigo 32 define as atribuições do aspecto de pactuação destas comissões, são elas:

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência (BRASIL, 2011a).

A CIT possui competência para deliberar sobre os aspectos de natureza operacional do SUS, abrangendo as decisões relativas às questões financeiras e administrativas da gestão da política de saúde consubstanciada nos planos de saúde, à definição de diretrizes sobre a organização de redes de ações e serviços de saúde em âmbito nacional, estadual, regional e local e ao estabelecimento de normas acerca de regiões de saúde, distritos sanitários, integração de territórios, referência e contrarreferência, promover o fortalecimento do processo de descentralização, regionalização e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados (BRÊTAS JUNIOR, 2012).

Essas mesmas atribuições da CIT são desempenhadas pelas CIB, existentes em cada um dos Estados da federação e que reúnem os representantes da secretaria estadual e das secretarias municipais de saúde. Finalmente, as Comissões Intergestores Regionais (CIR), essas compõem as instâncias de governança federativa do SUS, juntamente com CIB e CIT, conforme art. 30, incisos II e III, do Decreto nº 7.508, de 20 de junho de 2011, onde os gestores

municipais e o gestor estadual tomam as decisões relativas ao planejamento e gestão do SUS no âmbito das regiões de saúde. As CIR's estão vinculadas às respectivas secretarias estaduais de saúde para efeitos operacionais e administrativos, devendo observar as diretrizes definidas na respectiva CIB (BRASIL, 2011a).

As CIR's substituíram os Colegiados de Gestão Regional (CGR), e são inovadoras, pois constituem instâncias de cogestão solidária, no espaço regional, ao criarem um fórum indelével e contínuo de cooperação, negociação e decisão entre os municípios e o estado, efetivando o processo de governança regional (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

As CIR's têm a responsabilidade de pactuar à luz de diretrizes nacionais e estaduais:

Aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde; diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos; diretrizes de âmbito regional, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos (CONASEMS, 2016, p. 61).

Segundo Santos e Giovanella (2014) na rede regionalizada identifica-se um componente essencial, a governança regional, que pode ser definida como processo de participação e negociação entre uma série de sujeitos com diferentes graus de autonomia, representando diversos interesses em um panorama institucional estável que favoreça relações de cooperação entre governos, agentes, organizações e cidadãos, de forma a estabelecer elos e redes entre sujeitos e instituições. A importância da CIR e seu papel estratégico no processo de regionalização permite identificar modelos específicos de governança. A governança depende do desenho institucional e da interlocução com os grupos organizados da sociedade para definição, acompanhamento e implementação de políticas públicas.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizando análise de conteúdo de entrevistas com os gestores do SUS e documentos produzidos pela CIR Pireneus. A pesquisa qualitativa é utilizada para gerar hipóteses e identificar variáveis que podem ser incluídas na pesquisa. Considera-se esta estratégia mais adequada para a investigação de fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real, possibilitando a compreensão de fenômenos sociais complexos, que exige uma descrição ampla e profunda (YIN, 2015).

Segundo Minayo (2014) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Recorda ainda a autora que, na abordagem qualitativa se torna possível um maior aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de uma política, de uma organização, de uma representação ou de um grupo social.

A Análise de Conteúdo desenvolvida por Bardin (2011) é formado por várias técnicas com o objetivo de descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, através de procedimentos que permitem a realização de inferência de conhecimentos. Sendo assim, a análise de conteúdo pode ser conceituada como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, o qual se destaca a importância da semântica (sentido de um texto) para o desenvolvimento do método (CAMPOS, 2004).

4.2 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa são os gestores (secretários municipais de saúde) dos dez municípios da Região Pireneus, que iniciaram ou deram continuidade ao exercício a partir do mês de janeiro de 2017.

A escolha somente dos gestores municipais para participarem da pesquisa deu-se por causa da formação do plenário e decisões colegiadas da CIR serem apenas pelos secretários de saúde dos municípios da região, sendo a representação estadual um participante passivo no processo decisório desta comissão (CIR PIRENEUS, 2017).

Os critérios para inclusão de participante da pesquisa foram ter a disponibilidade para participar da pesquisa, estar no cargo de gestor a mais de 30 dias e ter participado de pelo menos uma reunião ordinária da CIR.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas pelo pesquisador nos dias da reunião da CIR e também por agendamento prévio com o gestor, ocorrendo o deslocamento para o respectivo município, no local, data e hora marcados.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista semi-estruturado (ver Apêndice A), com questões objetivas e subjetivas. As entrevistas foram realizadas em um ambiente sigiloso para que os participantes da pesquisa pudessem responder de forma imparcial, preservando as informações e o entrevistado. A meta da coleta de dados foi reunir dados concernentes aos objetivos propostos. O período de entrevistas ocorreu entre dezembro de 2017 a fevereiro de 2018. O tempo de cada entrevista foi em média de 17 minutos.

As entrevistas foram gravadas em formato Áudio MPEG-4 por meio de *Smartphone* e transcritas na íntegra, em programa WORD[®] da Microsoft, adotando as convenções de transcrição propostas por Flick (2009). Os entrevistados foram estratificados respectivamente em SMS 01 até SMS 10, seguindo a ordem cronológica das entrevistas, de forma a preservar o sigilo das pessoas entrevistadas e as secretarias que representavam, bem como dos dados coletados.

Além da entrevista foram coletados documentos deliberados pela CIR Pireneus em 2017, como pautas de reuniões, atas e resoluções, sendo os mesmos separados em ordem cronológica e por tipo.

4.4 Análise de dados

A análise dos dados ordenou-se em três fases integradas e suplementares: a pré-analítica, a apuração dos conteúdos e o tratamento dos resultados o qual incluiu interpretações e conclusões. Para esta análise de dados optou-se pela técnica de análise de conteúdo, que permite a dedução de conhecimentos referentes às condições de produção e recepção da essência da mensagem. As informações foram tratadas pela Análise temática, que avalia os significados das mensagens, por permitir um enriquecimento da leitura, procurando extrair e observar o conteúdo destas para compreensão do contexto no qual eles são vinculados (CAMPOS, 2004).

Na pré-análise foi organizado o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional. Também foram realizadas leituras flutuantes do *corpus* das entrevistas e dos documentos da CIR, com o intuito de organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise. Na leitura flutuante obteve-se o contato com os documentos a serem analisados e conheceu-se o contexto. Foram empreendidas diversas leituras de todo o material coletado, a princípio sem a responsabilidade de estruturação, mas sim tentando conhecer de uma forma global as idéias principais e os seus significados gerais.

Após a fase pré-analítica, o material foi apurado e explorado da seguinte forma: por meio de seus significados, contextos, da definição de categorias e subcategorias e da busca de novas categorias (categorias empíricas); identificação das unidades de registro, as quais são unidades de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial, e; das unidades de contexto nos documentos, que são unidades de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de

compreender a significação exata da unidade de registro(BARDIN, 2011). Para otimização e tratamento dos dados foi utilizado o *software* MAXqda Analytics Pro 2018[®] da VERBI GmbH. As perguntas sugeridas no questionário de pesquisa (Apêndice A) foram estruturadas de forma a facilitar a categorização de acordo com as características estruturantes e específicas das RAS.

Na etapa de tratamento dos resultados, interpretação e conclusões ocorreu a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; sendo o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

4.5 Aspectos éticos

Compreendendo que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP e aprovado pelo parecer nº 2.334.894 (Anexo A) e para execução da entrevista, foi dada a ciência da pesquisa a cada gestor e após foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B). A pesquisa obedeceu a todas as recomendações advindas da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e a Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde - CNS, referente a estudos envolvendo seres humanos, respeitando a privacidade e os direitos do entrevistado, garantido ao mesmo o livre acesso a todo conteúdo do trabalho.

Os riscos nesta pesquisa são diminutos, salvaguardando o anonimato do entrevistado e seu respectivo município, portanto os benefícios são extensos, principalmente na identificação dos aspectos constitutivos da CIR Pireneus, auxiliando no processo de governança regional do sistema de saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados em quatro subseções. São elas: a Região de Saúde Pireneus; o perfil dos gestores da Região Pireneus; análise dos documentos emitidos pela CIR Pireneus e a análise de conteúdo das entrevistas realizadas com os secretários municipais de saúde da região, os quais são membros ativos e insubstituíveis (enquanto titular da pasta) do colegiado.

5.1 A Região de Saúde Pireneus

A Região de Saúde Pireneus, pertence à Macrorregião Centro-Norte, localizada na porção central do Estado de Goiás e faz limite com as regiões Central, Centro Sul, Entorno Sul e São Patrício II, sendo composta atualmente por 10 municípios, visualizados na Figura 5 (CIB, 2014). A população da região estimada em 2017 é de 506.344 habitantes, representando 7,47% da população de Goiás, sendo a menor população a do município de Gameleira de Goiás (3.777 habitantes) e a maior do município de Anápolis (375.142 habitantes) (IBGE, 2017).



Figura 5 - Mapa da Região de Saúde Pireneus, 2018.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde.

Disponível em: <<http://mapadasaude.saude.go.gov.br/#l=pt;v=map3>>, Acesso em 03 abr 2018.

A Região Pireneus tem características bastante peculiares como: localização geográfica centralizada; as baixas distâncias entre os municípios e a cidade pólo, não superando 75 quilômetros (Km) e também entre os municípios e a capital do estado, Goiânia, não sendo superior a 130 Km e; proximidade com o Distrito Federal, sendo que 5 (cinco) municípios fazem parte da Rede Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno(RIDE)¹¹. A descrição de alguns desses dados estão expressos na Tabela 1 (GOIÁS, 2007; IBGE, 2017).

Tabela 1. População e distâncias entre municípios da Região de Saúde Pireneus, estado de Goiás.

Município	População Habitantes	Distância em Km da Capital	Distancia em Km do Município Pólo
Abadiânia	18.775	85	37
Alexânia	26.770	114	64
Anápolis	375.142	55	-
Campo Limpo de Goiás	7.345	66	16
Cocalzinho de Goiás	19.583	129	74
Corumbá de Goiás	11.086	108	53
Gameleira de Goiás	3.777	101	47
Goianápolis	11.471	48	25
Pirenópolis	24.761	121	63
Terezópolis de Goiás	7.634	26	27
Total	506.344	-	-

Fonte: IBGE - Estimativas de população 2017.

O município pólo regional e macrorregional é Anápolis, a qual sofre grande influência por situar entre as regiões metropolitanas de Goiânia e de Brasília. No contexto dessa rede urbana se articula às metrópoles, mas também se constitui como um centro regional, devido à condição de cidade de médio porte,

¹¹A RIDE foi instituída pela Lei Complementar Nº. 94/1998, adotando como lógica, a integração de ações entre União, Estados e Municípios na solução dos problemas vivenciados pelas populações do chamado “Entorno do DF” e suas relações com Brasília, bem como, promovendo o fortalecimento da ação pública naquela localidade. Os integrantes desta Região são: Distrito Federal (DF); **Abadiânia** (GO), Água Fria de Goiás (GO), Águas Lindas de Goiás (GO), **Alexânia** (GO), Cabeceiras (GO), Cidade Ocidental (GO), **Cocalzinho de Goiás** (GO), **Corumbá de Goiás** (GO), Cristalina (GO), Formosa (GO), Luziânia (GO), Mimoso de Goiás (GO), Novo Gama (GO), Padre Bernardo (GO), **Pirenópolis** (GO), Planaltina de Goiás (GO), Santo Antônio do Descoberto (GO), Valparaíso (GO), Vila Boa (GO); Cabeceira Grande (MG), Burity (MG) e Unai (MG) (GOIÁS, 2007, p. 121).

porém com ampla oferta de serviços, um pólo industrial avançado, mercado atacadista e varejista definidos. (BORBA; MILAGRES; BARREIRA, 2014)

Anápolis se efetiva como uma cidade média, que polariza atividades articulando as cidades próximas. Pessoas se deslocam de outras cidades em busca de bens, lazer e serviços, dinamizando a cidade. Essa relação refere-se ao grau de polarização. Uma das formas de medir esse grau e a intensidade da ligação entre as cidades é o movimento dos transportes de passageiros e cargas (ARRAIS, 2004).

Contudo pode-se dizer que dinâmica urbana é toda a ligação e movimento das pessoas de uma cidade a outra por questões econômicas, serviços, lazer etc. Neste caso, Anápolis tem uma posição central e estratégica, posição essa que favorece essa dinâmica. Sua centralidade é fator que a classifica como uma cidade média. (BORBA; MILAGRES; BARREIRA, 2014)

Com exceção de Anápolis, os demais municípios são de pequeno porte e apresentam uma população inferior a 30.000 habitantes, sendo dois entre 20 e 30 mil habitantes, quatro entre 10 e 20 mil habitantes e três inferiores a 10 mil habitantes (IBGE, 2017).

Na Região Pireneus, há um discreto predomínio da população feminina, 50,6%, semelhante ao que ocorre em nível de Goiás e Brasil. Na distribuição por faixa etária e sexo, no ano de 2017, a pirâmide populacional da RS Pireneus apresentou características demográficas com preminência da população entre 20 e 49 anos, indicando uma alta taxa de natalidade e uma diminuição da mortalidade infantil nas décadas de 70 a 90. A pirâmide também apresentou um estreitamento de sua base, demonstrando uma diminuição pregressa e atual da taxa de natalidade, expostos na figura 6. Estes dados da região também são coincidentes com os dados nacional e estadual (IBGE, 2017).

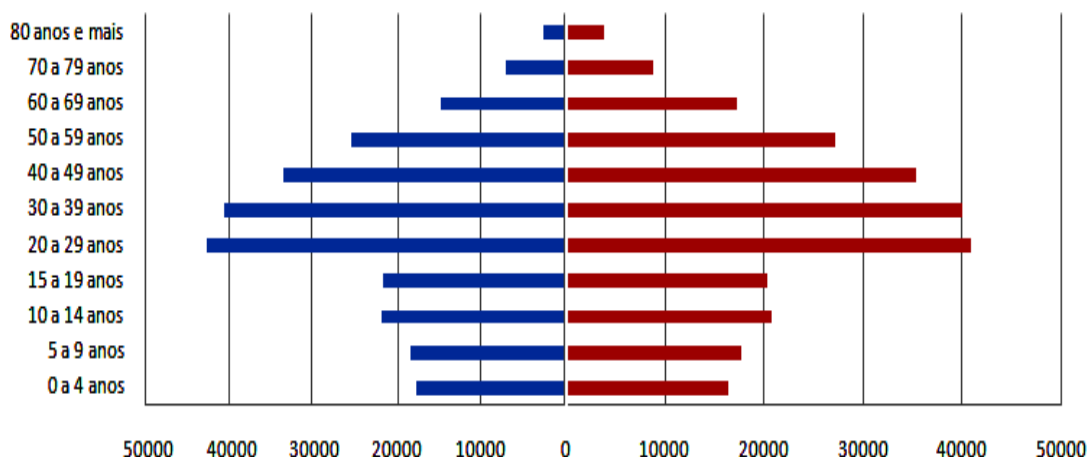


Figura 6 - Pirâmide Populacional da Região Pireneus Pireneus, 2015.
Fonte: IBGE, 2017.

A Taxa de Fecundidade total, pelo Censo Demográfico de 2010, em média na Região Pireneus é de 2,12 filhos por mulheres entre 15 e 49 anos de idade, estando acima da média nacional 1,90 e do estado de Goiás que é de 1,86 filhos por mulheres entre 15 e 49 anos de idade. Dos municípios da região, Campo Limpo de Goiás apresenta a maior taxa, 2,51 e Anápolis e Abadiânia as menores, 1,66, conforme dados expressos na Tabela 2 (IBGE, 2010).

Tabela 2. Fecundidade e Nascidos vivos dos municípios da Região de Saúde Pireneus.

Municípios	Taxa de Fecundidade ¹	Nascidos Vivos ²	Nascidos vivos com 7 ou mais consultas pré-natal ²	Proporção Nascidos vivos com 7 ou mais consultas pré-natal em relação aos nascidos vivos ²
Abadiânia	1,66	202	120	59,4
Alexânia	2,36	423	267	63,1
Anápolis	1,66	6.129	3.656	59,7
Campo Limpo de Goiás	2,51	143	84	58,7
Cocalzinho de Goiás	2,08	175	84	48,0
Corumbá de Goiás	1,98	99	60	60,6
Gameleira de Goiás	2,32	42	24	57,1
Goianápolis	2,19	200	116	58,0
Pirenópolis	2,29	275	163	59,3
Terezópolis de Goiás	2,17	123	71	57,7
Região Pireneus	2,12	7.811	4.645	59,5

Fonte: IBGE – Censo demográfico de 2010; GOIÁS, Mapa da Saúde, 2018.

1. Relativo ao ano de 2010.

2. Relativo ao ano de 2017.

Em 2017 o número de nascidos vivos da região foi de 7.811, sendo que destes 4.645 nascidos vivos foram de gestantes com 7 ou mais consultas pré-natal, representando 59,5 %, sendo o índice pactuado na região de 75%. O município que apresentou a maior proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas pré-natal (Tabela 2) foi Alexânia com 63,1% e Cocalzinho de Goiás com a menor, 48,0%. (GOIÁS, 2018).

A taxa bruta de mortalidade geral na Região Pireneus em 2017 foi de 2,1 por 1.000 habitantes, ficando acima da taxa estadual que foi de 1,5, a qual as principais causas foram as doenças do aparelho circulatório, seguido pelas causas externas e doenças do aparelho respiratório. O município de Corumbá de Goiás apresentou a maior taxa, 2,9 e Campo Limpo de Goiás a menor, 1,4 por 1.000 habitantes. A taxa de mortalidade infantil no mesmo ano foi de 12,5 por 1.000 nascido vivos, sendo 8,9 neonatal e 3,6 pós-neonatal, estando abaixo o índice do estado, que foi 13,5, contudo o ideal é menor que 10 por 1.000 nascido vivos. Cocalzinho de Goiás destacou-se por apresentar a menor taxa, que foi 4,4 e Gameleira de Goiás com a maior, 29,4 por 1.000 nascido vivos, conforme Figura 7 (GOIÁS, 2018).

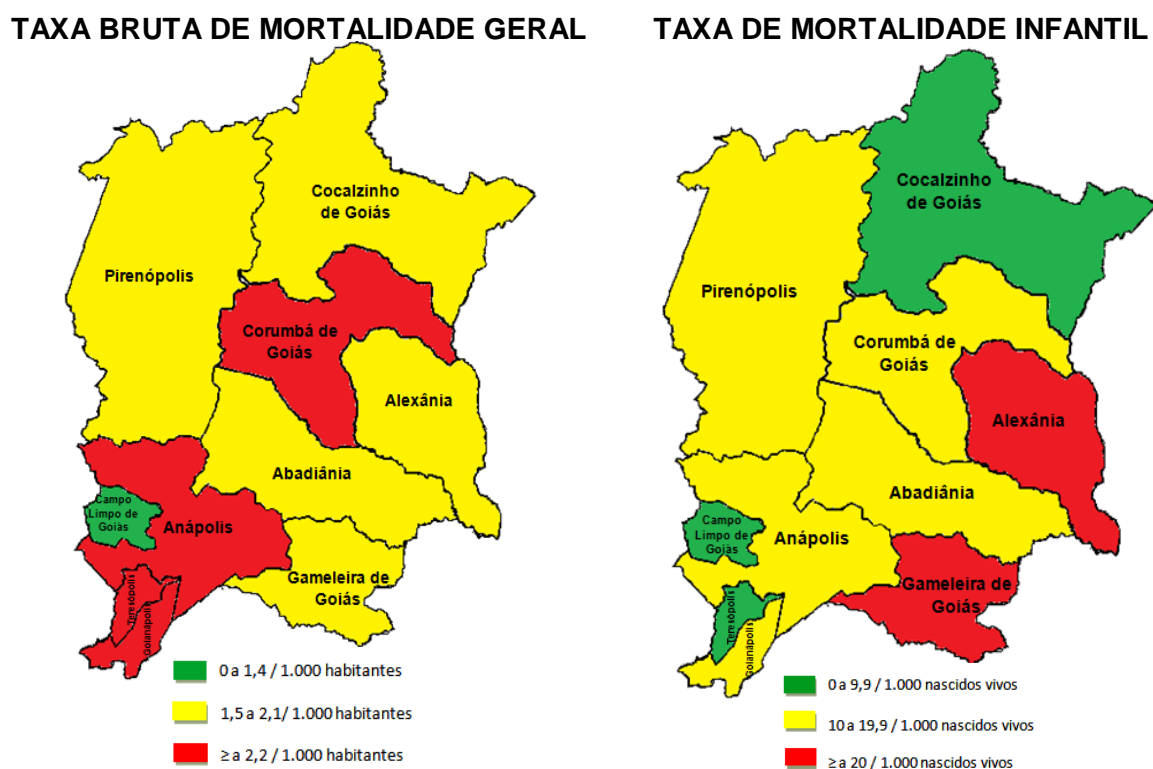


Figura 7 – Mortalidade Geral e infantil da Região Pireneus Pireneus, 2017.

Fonte: GOIÁS, Mapa da Saúde, 2018.

Na Região Pireneus a cobertura populacional da atenção primária é de 65,2% e da ESF é 58,4%, estando abaixo da média estadual que são respectivamente 73,3% e 66,1%, porém, somente três municípios não possuem 100% de cobertura da atenção primária, são eles: Anápolis com 54,5%, Corumbá de Goiás com 93,4% e Goianápolis com 60,2%. Em relação à ESF seis municípios não alcançaram a totalidade na cobertura, Abadiânia com 91,9%, Anápolis com 46,0%, Campo Limpo de Goiás com 93,9%, Corumbá de Goiás com 93,4 %, Goianápolis com 60,2% e Pirenópolis com 97,5%. O número total de equipes de atenção primária na região é 119, sendo que destas, 62 se encontram no município de Anápolis.

Na Atenção Secundária, em relação às redes temáticas, a região possui os seguintes pontos de atenção: 6 (seis) Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, sendo 3 (três) do tipo II com habilitação aprovada para tipo III localizados em Anápolis e os outros 3 (três) do tipo I localizados respectivamente em Alexânia, Cocalzinho de Goiás e Goianápolis; 2 (dois) Centros de Especialidades Odontológicas – CEO municipais pertencentes a Anápolis; 1 (um) Centro Especializado em Reabilitação – CER do tipo III (Auditivo, Físico e Intelectual), 1 (um) Serviço de Assistência Especializada - SAE, 1 (um) Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, 1 (uma) Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas porte III, 1 (uma) Central de Regulação de Urgências e Emergências e 1 (um) Complexo regulador, sendo todos estes serviços localizados em Anápolis; 10 Ambulâncias SAMU distribuídos em uma base central e 4 descentralizadas e 5 laboratórios públicos (GOIÁS, 2018).

Segundo Goiás (2018) a Região Pireneus possui 2,6 leitos por 1.000 habitantes, sendo que 57 % são leitos SUS, ou seja, 1,5 por 1.000 habitantes, estando abaixo da média estadual que é respectivamente 2,8 e 1,7 leitos por 1.000 habitantes. Em termos absolutos a região conta com 1.258 leitos, sendo 758 leitos SUS, distribuídos nos municípios de Alexânia, Anápolis, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Goianápolis e Pirenópolis, o qual suas especificidades estão descritas na Tabela 5. Em relação aos leitos de cuidados intermediários e terapia intensiva tem-se 73 leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI adulto tipo 2, dos quais 49 são SUS, 22 de UTI pediátrica, 10 de

UTI neonatal, 12 de Unidade de Cuidados Intermediários - UCI adulto e 3 de UCI neonatal convencional, concentrados no município de Anápolis.

Tabela 3. Leitos hospitalares da Região de Saúde Pireneus em 2018.

DESCRIÇÃO DOS LEITOS		Existente	SUS	Não SUS
CIRÚRGICO		340	163	177
CLÍNICO		315	192	123
OBSTÉTRICO		107	75	32
PEDIÁTRICO		105	74	31
CRONICOS		25	0	25
PSIQUIATRIA		200	100	100
HOSPITAL DIA	CIRURGICO/DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICO	3	2	1
	SAUDE MENTAL	80	75	5
TOTAL		1258	758	500

COMPLEMENTAR				
UNIDADE ISOLAMENTO		5	5	0
UTI ADULTO - TIPO II		73	49	24
UTI PEDIÁTRICA - TIPO II		24	22	2
UTI NEONATAL - TIPO II		10	10	0
UTI DE QUEIMADOS		3	0	3
UCI NEONATAL CONVENCIONAL		3	0	3
UCI ADULTO		12	12	0
TOTAL		130	98	32

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde - CNES.

5.1.2 Regional de Saúde Pireneus

A Regional de Saúde Pireneus é uma instância administrativa vinculada a SES-GO, sua sede estrutural é no município de Anápolis e possui uma atuação nas relações interinstitucionais na região, e também no apoio e participação efetiva na CIR, principalmente nas questões técnicas, políticas e operacionais com o intuito de aproximar o estado e municípios da região em uma ótica de participação democrática (GOIÁS, 2015).

A Regional de Saúde Pireneus deve possuir capacidade necessária para apoiar tecnicamente os municípios em todas as áreas que impactam direta ou indiretamente a saúde da população e para influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência com

qualidade, o desenvolvimento e fortalecimento da governança interfederativa, do planejamento regional em saúde ascendente, integrado, articulado e participativo. Essa unidade é constituída por coordenações que desempenham as funções das diversas Superintendências da SES-GO no território: Apoio Administrativo, Atenção à Saúde, Controle, Avaliação e Regulação, Informação em Saúde, Planejamento e Gestão, Vigilância em Saúde (GOIÁS, 2015).

5.2 Perfil dos gestores

Foram entrevistados 10 (dez) gestores, 100 % da amostra pretendida, sendo que todos atenderam aos critérios de inclusão. Estes apresentam idades entre 34 e 64 anos, com idade média de 43 anos e 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino.

Em relação ao grau de instrução, apenas 1 (um) gestor não possui ensino superior, porém o mesmo se encontra em fase de conclusão. Dos que apresentam curso superior percebe-se que 6 (seis) apresentam formação na área de saúde, destes todos com pós-graduação, entretanto apenas duas são na área de saúde coletiva, e dos 3 (três) que possuem formação em outra área de conhecimento, apenas 1(um) possui pós-graduação na área de saúde coletiva (Tabela 4).

Tabela 4. Dados de formação dos secretários municipais de saúde da Região Pireneus.

Formação		Curso		Pós-graduação	Pós-graduação em área da Saúde Coletiva
Superior completo	Área da Saúde	Enfermagem	3	2	1
		Odontologia	1	1	-
		Fisioterapia	1	1	1
		Psicologia	1	1	-
	Outras áreas	Ciências contábeis	1	-	-
		Gestão Pública	2	1	1
Subtotal			9	6	3
Superior incompleto	Área	Engenharia Civil	1	NA	NA
	Subtotal			1	NA
TOTAL			10	6	3

Fonte: Dados das entrevistas.

Legenda: NA = Não se aplica

No quesito experiência, todos os gestores apresentam tempo de ocupação do atual cargo de gestão superior a 1 (um) ano e destes 3 (três) superior a 4 (quatro) anos e apenas 2 (dois) não apresentam experiência pregressa em gestão pública em qualquer área, portanto somente 4 (quatro) gestores possuem experiência anterior na gestão de saúde (Figura 8).



Figura 8 – Experiência em gestão dos secretários municipais de saúde da Região Pireneus.

Fonte: Dados das entrevistas.

O cargo de secretário municipal de saúde é de confiança¹², sendo assim todos possuem um vínculo em comissão, porém 2 (dois) gestores são servidores efetivos do executivo municipal e os demais só apresentam o cargo em comissão. Os participantes relataram nas entrevistas que as motivações que influenciaram o chefe do executivo a gerar a escolha para pleitear esta função foram principalmente a capacidade técnica, envolvimento no cenário político-partidário e experiência na gestão.

A configuração política dos municípios da Região Pireneus, em relação aos seus prefeitos, se concentra em partidos que estão na base de apoio do Governo do estado de Goiás, com exceção de 2 (dois) municípios os quais

¹²Os cargos de confiança ou cargos de chefia, são de livre nomeação e exoneração, sendo esta ação reconhecida pela constituinte. Na prática essa condição pode gerar uma ambigüidade entre quem assume a gestão e os requisitos mínimos, como conhecimento, habilidade e atitude, para assumir esta função (BRASIL, 2014).

seus gestores executivos são vinculados respectivamente aos Democratas - DEM e Partido Trabalhista Nacional – PTN.

No que se refere aos secretários de saúde, três não possuem filiação partidária e dos que possuem apenas um não é da base do governo estadual. Dessa maneira há formação de um cenário pacificador das relações bipartite e de uma facilidade de aceitação colegiada das políticas estaduais voltadas à saúde.

5.3 Análise dos documentos da CIR

Os documentos analisados foram o regimento interno, as pautas de reuniões, atas e resoluções deliberadas pela CIR Pireneus no ano de 2017.

5.3.1 Organização da Comissão

A CIR Pireneus é organizada da seguinte forma: i – o plenário constituído pela totalidade dos Gestores Municipais de Saúde dos Municípios que integram a Região de Saúde, sendo estes com direito de voto e pelos coordenadores da regional de saúde, os quais não tem direito ao voto; ii – a coordenação composta por coordenador e vice-coordenador eleitos por consenso; iii – a secretaria executiva, exercida por um trabalhador da saúde aprovado pelo plenário e; iv – uma câmara técnica composta por técnicos e/ou gestores das secretarias municipais de saúde e da regional de saúde com a finalidade principal de desenvolver estudos e análises com vistas a assessorar e subsidiar o plenário (CIR PIRENEUS, 2017).

5.3.2 Competências da CIR

Entre as principais competências do plenário da CIR estão as pactuações sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS em âmbito regional; as diretrizes gerais sobre a região de saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e os demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre

os entes federativos e; as diretrizes regionais a respeito da organização das RAS(CIR PIRENEUS, 2017).

5.3.3 Fluxo do processo de trabalho

Os fluxos de trabalho da CIR estão expressos na Figura 13.

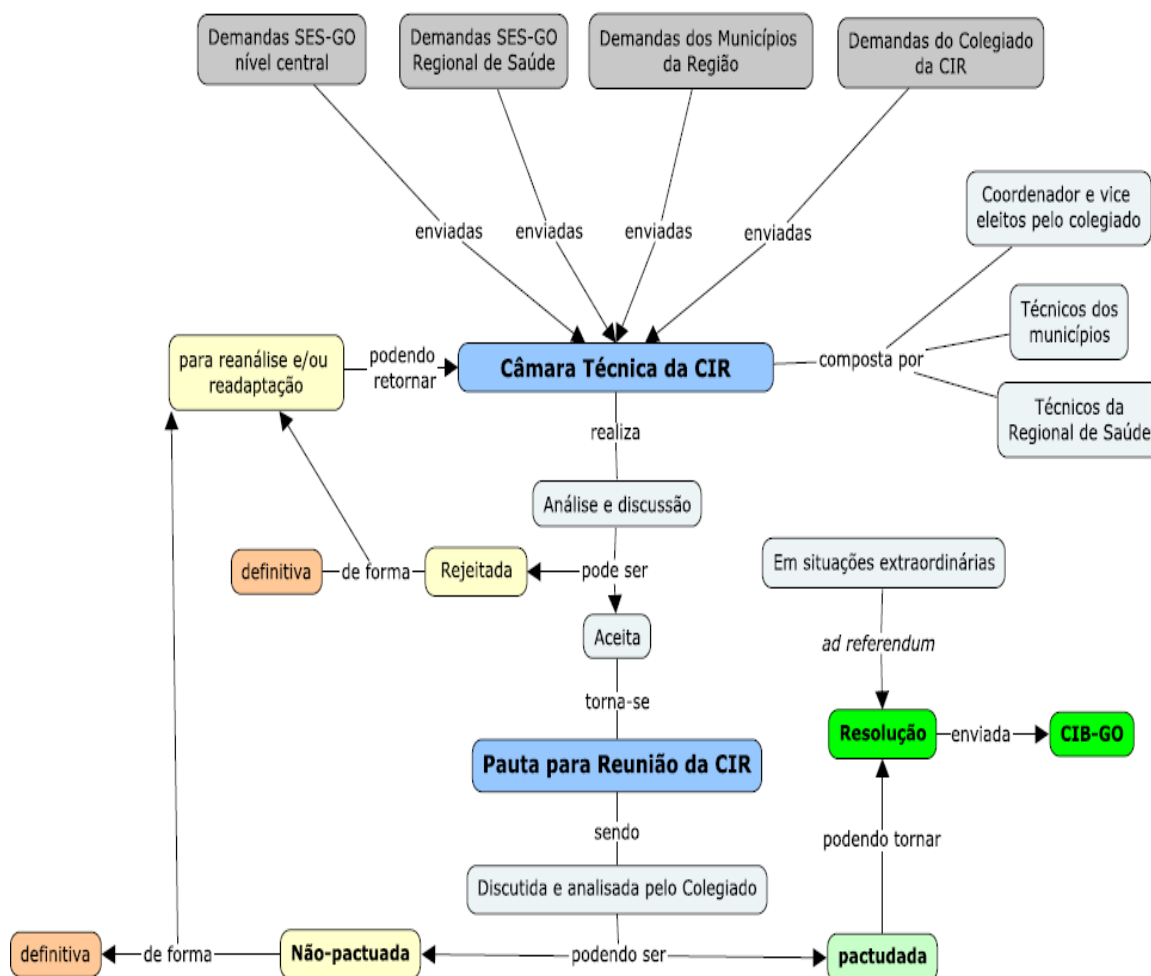


Figura 9 – Fluxo de trabalho da CIR Pireneus.
Fonte: CIR Pireneus, 2017.

5.3.4 Cronograma e funcionamento das reuniões

O plenário da CIR reúne-se ordinariamente de forma itinerante, uma vez ao mês, e extraordinariamente, em decorrência de requerimento da coordenação ou por convocação formal da maioria simples dos membros e as pautas das

reuniões são estruturadas com os seguintes tópicos: abertura e aprovação da ata da reunião anterior; apresentações, discussões e pactuações divididos em pequeno e grande expediente; deliberações de assuntos passíveis de aprovação; momento dos secretários municipais de saúde; sugestões de pautas para a próxima reunião e; encerramento (CIR PIRENEUS, 2017).

As decisões da CIR são efetuadas por consenso e estas dão origem as suas resoluções e/ou deliberações. As matérias que não são resolvidas com consenso ou solução imediata e que impliquem em danos ou riscos iminentes à saúde da população em geral são classificadas como prioritárias e automaticamente são consideradas pautas da reunião seguinte (CIR PIRENEUS, 2017).

Em 2017 aconteceram 12 reuniões da CIR, sendo 10 ordinárias e 2 extraordinárias. Na somatória destas reuniões foram discutidas 85 pautas, com uma média de 7 pautas por reunião, sendo que 59% das pautas envolveram discussões das RAS. Dentro das pautas envolvendo as RAS, o tema mais abordado foi Atenção Primária à Saúde com 32 %, seguido de Redes de Oncologia com 14 % e Regulação do Sistema com 12% (Figura 14).

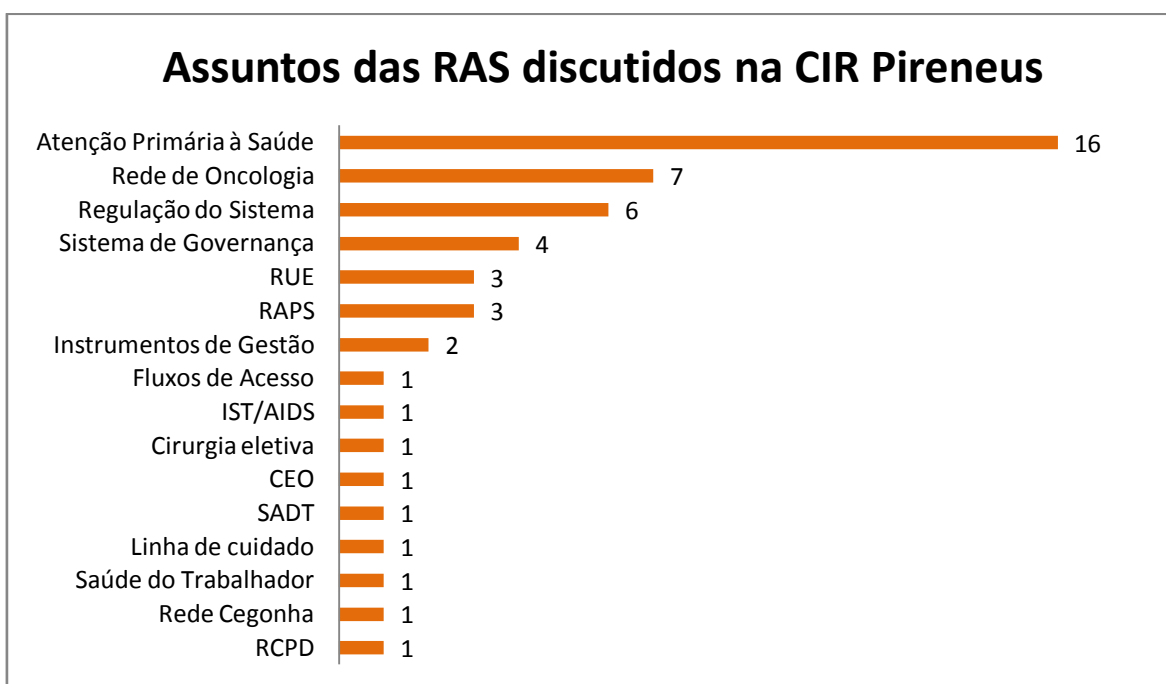


Figura 10 – Assuntos das RAS discutidos nas reuniões da CIR Pireneus em 2017.

Fonte: Atas da CIR Pireneus de 2017.

Em relação à origem das pautas da CIR, tem-se em 2017 que 58 % foram solicitadas pela SES (nível central e regional de saúde), 25% pela própria CIR e apenas 16% pelos municípios, sendo que apenas dois municípios demandaram pautas e sendo que as demandas concentraram no município de Anápolis.

Em relação às demandas de pautas geradas pela CIR, destacam-se principalmente três gestores, que participam ativamente da câmara técnica da CIR, de reuniões da CIB e assembléia do COSEMS, sendo que um destes gestores ocupa a função de coordenação da CIR e diretoria executiva do COSEMS e os outros dois têm experiência pregressa como gestor da saúde e um já ocupou a função de presidente do antigo CGR e coordenação da CIR Pireneus.

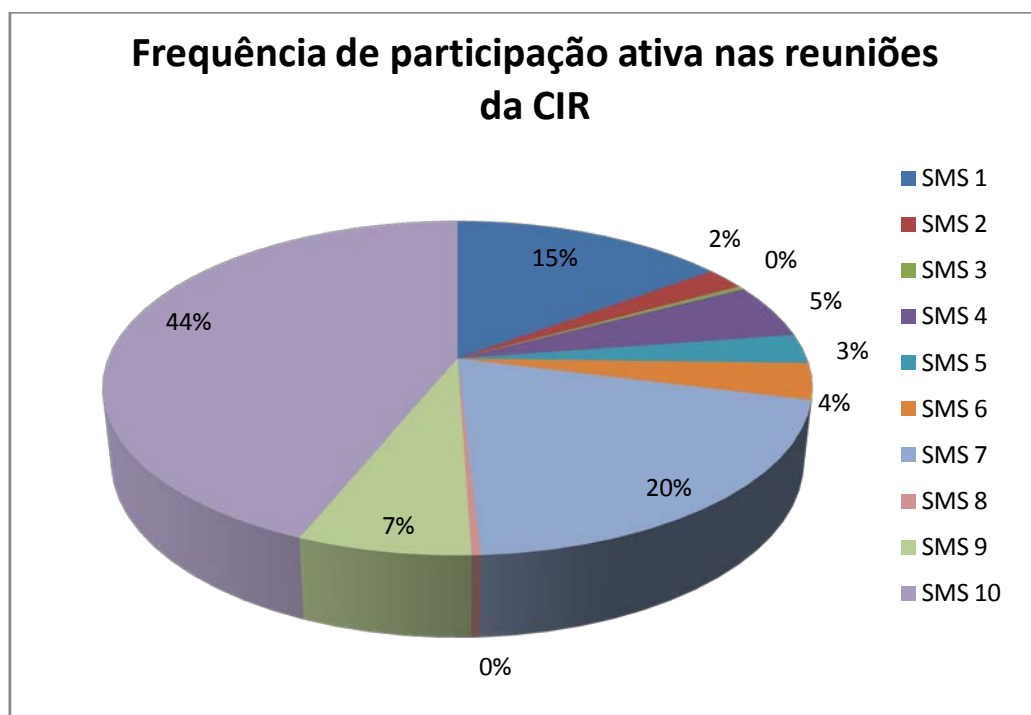


Figura 11 – Frequência relativa à participação ativa dos gestores nas discussões das reuniões da CIR Pireneus em 2017.

Fonte: Atas da CIR Pireneus de 2017.

Nas reuniões da CIR, se percebe uma situação semelhante, no que diz respeito a pouca participação ativa descrita no parágrafo anterior, em que 86% das discussões são realizadas por quatro gestores (Figura 11), apesar do alto nível de assiduidade de todos os gestores nas reuniões (Figura 12).

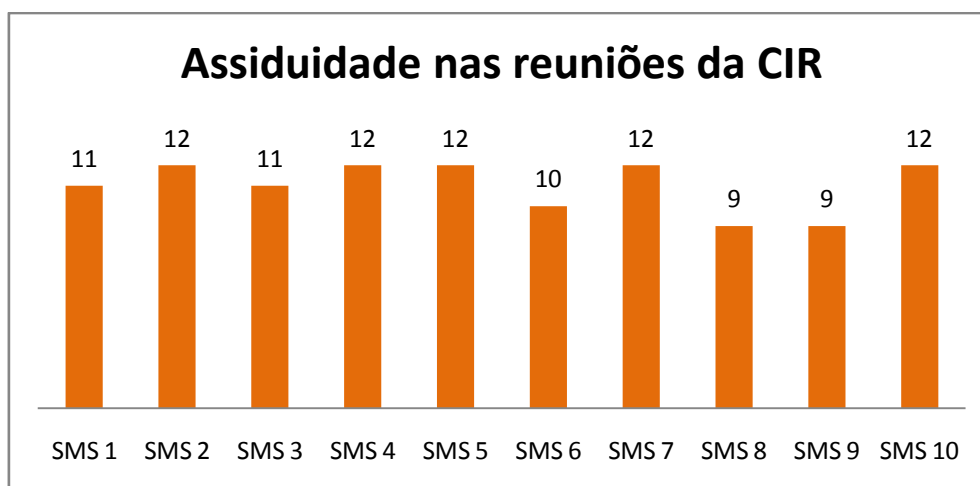


Figura 17 – Assiduidade dos gestores nas reuniões da CIR Pireneus em 2017.
Fonte: Atas da CIR Pireneus de 2017.

As decisões do plenário da CIR são formalizadas por meio de resoluções. As resoluções são estritamente regionais e não dependentes das esferas estadual e/ou federal, são encaminhadas à CIB-GO para conhecimento, porém quando se tratam de ações do âmbito estadual ou que exijam recursos da esfera estadual e/ou federal, as mesmas são encaminhadas à CIB-GO para homologação e se necessário discussão em plenária para que haja validação destas resoluções (CIR PIRENEUS, 2017).

Os temas das resoluções emitidas em 2017 pela CIR encontram-se expressas na Tabela 5, o qual se percebe que das 13 resoluções emitidas, 8 (oito) tem correlação com a RAS.

Tabela 5. Resoluções emitidas pela CIR Pireneus em 2017 e seus respectivos temas.

RESOLUÇÕES	TEMAS
001, de 07 de fevereiro	Aprovar indicação da vice-presidência regional COSEMS
002, de 07 de fevereiro	Informar representantes da CIR Pireneus
003, de 07 de fevereiro	Aprovar tutoria como instrumento da planificação da APS
004, de 14 de fevereiro	Não realização do módulo I do curso de ACS
005, de 06 de junho	Aprovar o levantamento das necessidades em saúde da região
006, de 27 de junho	Aprovar estratégias de cirurgias eletivas
007, de 05 de setembro	Negar o reagrupamento do porte do Sanatório Espírita de Anápolis
008, de 02 de outubro	Aprovar o Projeto de Credenciamento e Implantação de ESF
009, de 08 de novembro	Aprova a habilitação do Serviço de Referência em oncologia
010, de 06 de dezembro	Aprova a alteração na indicação de membros representantes da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
011, de 06 de dezembro	Indicação de membros para os grupos técnicos da CIB-GO
012, de 06 de dezembro	Composição da Câmara Técnica da CIR
013, de 06 de dezembro	Aprova a pactuação do Projeto Itinerários do Saber, eixo de Saúde Mental

Fonte: Resoluções CIR Pireneus de 2017.

5.4 Análise de conteúdo das entrevistas com os gestores

Segundo Campos (2004), caracterizar as categorias evidenciam através de suas análises, significados e elaborações importantes para responder aos objetivos do estudo, gerando uma visão diferenciada sobre os temas propostos. As categorias empregadas podem ser apriorísticas, as quais são pré-definidas pelo pesquisador segundo sua experiência pregressa ou interesses e são chamadas de categorias temáticas, ou podem ser não apriorísticas, que emergem totalmente do contexto das respostas dos participantes da pesquisa, o que exige uma intensa análise do material com um embasamento teórico para atender aos objetivos da pesquisa e são chamadas de categorias empíricas.

Elaborou-se previamente quatro categorias temáticas com base nos elementos constitutivos das RAS, inferidos por Brasil (2010), Lavras (2011), Mendes (2011) e CONASS (2016). Com o desenvolvimento da análise houve a necessidade de inserir cinco categorias empíricas e posteriormente a criação de subcategorias (Quadro 1). As categorias não foram avaliadas apenas pela frequência, ou seja, a repetição de conteúdos comuns à maioria dos participantes, mas também pela relevância implícita, cujo tema não se repete no relato de outras entrevistas, mas que abarca em si, riqueza e relevância para o estudo (CAMPOS, 2004).

Quadro 1. Categorias e subcategorias após análise de conteúdo.

	Categorias	Subcategorias
CATEGORIAS TEMÁTICAS	Modelos de atenção à saúde	
	Estrutura operacional das RAS	Atenção Primária à Saúde Pontos de atenção Sistemas de apoio Sistemas logísticos Governança
	População	
	Eixo estruturante do SUS	Financiamento Regionalização
CATEGORIAS EMPÍRICAS	Trabalhador em saúde Educação permanente Participação nas instâncias intergestores Ênfase político-partidária Assessoria direta	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na identificação das categorias dos elementos textuais das entrevistas utilizou-se idéias básicas, baseadas na Portaria GM/MS n. 4279/2010 e Mendes (2011), expressas no Quadro 2.

Quadro 2. Conceitos utilizados para categorização

Categorias e Subcategorias	Idéias básicas
Modelos de atenção à saúde	Modelos baseados na atenção de eventos agudos e condições crônicas.
Estrutura operacional das RAS	Identificação dos nós das redes e a comunicação entre estes diferentes nós.
Atenção Primária à Saúde	O centro de comunicação da RAS, ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado.
Pontos de atenção	Reconhecimento de pontos de atenção secundário e terciário da rede em um sistema poliárquico.
Sistemas de apoio	Reconhecimento de sistemas de apoio na RAS como, SADT e sistema de informações.
Sistemas logísticos	Reconhecimento do acesso regulado e mecanismos de transporte em saúde.
Governança	Reconhecer os aspectos da gestão partilhada e das relações intergestores e suas responsabilidades.
População	Reconhecimento da população como sua responsabilidade sanitária e econômica.
Eixo estruturante do SUS	Reconhecer as diretrizes organizacionais e doutrinárias do SUS e seus elementos estruturantes.
Financiamento	Aspectos de custeio das ações e relações fundo a fundo.
Regionalização	Estratégia prioritária na garantia do direito à saúde.
Trabalhador em saúde	Percepção da importância da valorização do trabalhador de saúde para o fortalecimento do sistema.
Educação permanente	Processos de educação que visem à intervenção da realidade.
Participação nas instâncias intergestores	Percepção do nível e importância da participação na CIR, CIB e COSEMS.
Ênfase político-partidária	Questões político-partidárias influenciando direta e indiretamente nas ações de saúde.
Assessoria direta	Reconhecimento dos agentes no processo de apoio e assessoria.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2010; MENDES, 2011.

Após a análise de conteúdo e categorização verificou-se as frequências das categorias e subcategorias, as quais estão expostas na Tabela 6.

Tabela 6. Categorias e subcategorias citadas nas entrevistas.

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
Governança ²	65	25,59
Participação nas instâncias intergestores	34	13,39
Eixo estruturante do SUS ¹	33	12,99
Assessoria direta	24	9,45
Pontos de atenção ²	17	6,69
Estrutura operacional das RAS ¹	14	5,51
Regionalização ³	14	5,51
População	12	4,72
Atenção Primária à Saúde ²	9	3,54
Sistemas logísticos ²	9	3,54
Financiamento ³	8	3,15
Ênfase político-partidária	5	1,97
Sistemas de apoio ²	5	1,97
Educação permanente	3	1,18
Trabalhador em saúde	2	0,79
TOTAL	254	100,00

Fonte: Elaborado pelo autor.

1. Somente as frequências da categoria as quais não foram subcategorizadas.

2. Subcategoria da categoria Estrutura operacional das RAS.

3. Subcategoria da categoria Eixo estruturante do SUS.

Obs.: Não houve nenhuma citação nas entrevistas em relação aos Modelos de Atenção à Saúde.

Ao analisar as frequências e a relevância implícita, houve o agrupamento de algumas categorias para uma melhor expressão e discussão dos resultados.

5.4.1 Modelos de atenção à saúde

As entrevistas não demonstraram em seus discursos nenhuma menção aos modelos de atenção à saúde, sugerindo uma fragilidade na identificação das RAS, seus fluxos, sistemas regulatórios, dos condicionantes e determinantes das doenças, a estratificação da população, uma gestão baseada nas necessidades de saúde e o auto-cuidado apoiado, manifestando assim possibilidades de enfraquecimento na articulação e fragmentação dos serviços que compõe a rede (LAVRAS, 2011b; MENDES, 2011).

A RAS induz transformações em relação ao modelo de atenção à saúde predominantemente praticado no SUS, assinalando uma necessidade de introdução de novos modelos de atenção às situações agudas e condições crônicas. Essa categoria caracteriza uma forma efetiva, eficiente e segura de responder às necessidades de saúde de uma população, exigindo um exercício

da gestão da clínica, principalmente nos quesitos de estratificação de riscos e resolutividade das ações programadas e não-programadas (MENDES, 2011).

5.4.2 Estrutura operacional das RAS

O sentido desta categoria é visualizar a percepção dos gestores em relação à operacionalidade das redes e os atributos principais para o êxito de seu funcionamento.

Em relação a esta categoria, de forma generalizada, cinco gestores não discursaram sobre este assunto, os demais pautaram suas falas principalmente nas características poliárquicas da RAS e seus fluxos, utilizando como exemplo algumas redes temáticas, visando principalmente o acesso, a integralidade da atenção e a integração entre os pontos de comunicação.

As redes de atenção são as referencias para as nossas equipes e para os usuários do sistema, então assim, a integração dessas redes, igual por exemplo a atenção básica, a parte de media e alta complexidade, tanto a parte hospitalar tanto a parte do CAPS também e CEO, é muito importante essa integração para que nós possamos conseguir estabelecer fluxos e sermos resolutivos em relação aos problemas dos usuários (SMS 06).

Redes de atenção à saúde é toda rede básica, emergência, tudo (SMS 08).

Para mim rede é a porta de entrada [...]. É do serviço primário até o serviço terciário, alta complexidade. É [...] dar resolutividade, do início ao fim de um tratamento. [...] a gente estruturar isso aí. É garantir esse serviço do início ao fim (SMS 07).

Rede de atenção à saúde para mim, seriam vários tipos de rede: rede de atenção básica, rede hospitalar, rede de emergência e urgência, igual tem uma aqui. Então eu diferencio as redes pela atenção básica, e tem o hospital, que é média complexidade, de pequeno porte (SMS 03).

No que diz respeito às redes temáticas, a maioria dos gestores não as diferenciaram claramente das RAS, inferindo em alguns momentos o mesmo significado. “...Seria bem semelhante, mas, as redes de atenção à saúde, então eu não consigo identificar a diferença clara entre as duas situações...” (SMS

06). Um gestor discorreu de forma mais clara em relação às redes temáticas, porém não as incluíram dentro das RAS.

Redes de atenção para mim é os serviços. Temáticas são as patologias, seria assim, tipos de serviços de cada patologia, ou de cada necessidade do ser humano. (SMS 07)

Considerando ainda esta fala anterior, visualiza-se a semelhança da concepção de redes temáticas com as de programas verticalizados. Segundo Mendes (2011), contrapondo aos sistemas verticais, as redes temáticas são um conjunto de ações e serviços horizontalizados, que se estruturam no intuito de gerar a resolução de vários problemas de saúde comuns, por meio de uma visão e objetivos únicos e com a utilização de tecnologias e recursos compartilhados para alcançar os seus propósitos.

Um entrevistado fez uma referência da centralidade APS nas redes temáticas, “...Agora temática, para mim, ela foca mais na atenção primária...” (SMS 08), a qual pode ser afirmado por Lavras (2011a), que relata um unanimidade de referências a respeito da importância da APS nas redes como organizadora a partir das necessidades de saúde da população.

A estrutura operacional das RAS é constituída por locais que exerce ma atividade de coordenação focada na interação de todos os elementos integrados na rede, definidos como centros de comunicação, no caso a APS. Há também outros pontos, os nós da rede, dotados de funções estrategicamente importantes por meio da execução de uma série de atividades em torno da função-mestra da rede. Para que as atividades ocorram e permeiem em todos os pontos há a necessidade de sistemas de apoio e logísticos, alicerçados em mecanismos de governança regional (LAVRAS, 2011b; MENDES, 2011)

5.4.3 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde foi o tema mais abordado nas reuniões da CIR, contudo entre os gestores houve contradições, “... Atenção primária a gente quase não discute praticamente...” (SMS 08) e o contradizendo “... a rede de

atenção básica e a rede de urgência é o que a gente discute na CIR...” (SMS 09).

A APS foi lembrada por seis gestores, porém com uma frequência relativamente baixa nas entrevistas. No entanto, identifica-se elementos essenciais como ordenação do sistema, resolutividade, eficiência, acolhimento, porta de entrada, prevenção, promoção, educação permanente e acima de tudo percebe-se uma consciência de que é necessário melhorar a APS em vários aspectos relacionados à estrutura, política e valorização social.

As redes de atenção a saúde hoje, nesse caso começamos bem pela básica, que ainda precisa ser bastante estruturada, desde o começo dela, desde o acolhimento dessa básica até chegar à alta complexidade, ainda estamos frágeis, precisamos evoluir mais nisso. A visão política está, digamos que fraca em relação a isso. Nós precisamos trabalhar bastante a parte política, com os políticos e mostrar que tudo começa na atenção básica, tudo se resolve lá no começo da atenção básica. Muitas das coisas que têm lá na atenção básica não chegaria até a parte especializada, se a atenção básica fosse eficiente (SMS 10)

Falta de conhecimento da população. Se tivesse essa prevenção, nós não teríamos tanto problema com UTI e oncologia [...] eu acho que a atenção primária a população deveria conhecer mais. Até na parte bucal (SMS 08).

Para minha rede é a porta de entrada (SMS 07).

A planificação (da APS) é uma medida que vai trazer muitos benefícios, [...] o próprio cidadão não aceita, mas às vezes eu entendo, está faltando mais comunicação no processo (SMS 05)

A respeito da baixa cobertura da APS na região, por parte de um gestor cujo seu município possui esta situação, há uma exposição sobre a necessidade de ampliação da rede de atenção primária e mecanismos para sua resolutividade, não só em nível local, mas também regionalmente.

Acho que em 10, 15 anos não foi dada a atenção que nós aqui da secretaria estamos dando hoje, que é a atenção primária. Nós hoje ainda contamos só com [...] % da cobertura e eu acho que não foi feito aqui em [...] o dever de casa, acho que deveria ser o inverso. Deveria ter começado pela rede primária, uma questão primária resolutiva, e quero ver se até julho a gente faz isso. Se até julho a gente consegue até [...] % da cobertura, e até o fim do ano [...] %. É uma meta ousada. Mas, assim, a gente precisa disso. E precisa também que os municípios que compõem a nossa rede, a regionalizada, eles também façam

isso. Aumente a sua cobertura, e aumentem também a sua resolutividade (SMS 01).

De acordo com Lavras (2011a), a APS figura nas RAS como ator principal, principalmente na organização e ordenação do sistema e como coordenadora do cuidado. Mendes (2011) apresenta a APS como o centro de comunicação da estrutura operacional das RAS, sendo nó que coordena os fluxos e contrafluxos do sistema.

Diversos fatores corroboram para falta de priorização da APS nacional ou internacionalmente, como: descrédito, mediocrização e falta de conhecimento adequado sobre baixa complexidade (CONASS, 2015). A APS agrega os fundamentos do SUS e surge como um novo padrão na atenção à saúde. Introduz na sua prática a modificação do antigo modelo de saúde *hospitalocêntrico* e curativo para um modelo de saúde coletivo centrado na família e na comunidade e oferece a entrada do usuário focado na suas necessidades, ofertando atenção sobre a pessoa e suas relações, no decorrer do tempo e nas diversas condições. Sendo assim, o reconhecimento da APS como ponto crucial das RAS fortalece o processo de descentralização e fomenta o processo de gestão local (STARFIELD, 2002).

Rodrigues et al. (2014) apontam que alguns dos desafios enfrentados no Brasil para fortalecer o papel efetivo da APS são o engajamento político em prol da regionalização, os usuários, gestores e especialistas abertos aos novos modelos organizacionais, a interrupção das peculiaridades do modelo de atenção atual e a realização de estudos em saúde coletiva voltados à APS e RAS. Contudo, a APS depende de um projeto político amplo e ofensivo, que englobe todos os setores de um sistema de proteção social e a própria sociedade civil, valorizando e reconhecendo suas potencialidades.

5.4.4 Pontos de atenção

Nas entrevistas ficou evidenciada a visão fragmentada dos pontos de atenção, certa confusão em relação à abrangência dos serviços da rede com serviços

consorciados¹³, a falha na identificação e diferenciação de serviços de rede com serviços próprios e uma influência política na estruturação e arranjo dos pontos.

Falta de reconhecimento dos pontos de atenção das redes (SMS 07).

Um exemplo do meu consórcio que eu tenho, que é um CAPS com [...], é um CAPS consorciado. É um CAPS que se eu fosse gestor (a) na época, eu jamais teria firmado (SMS 09).

No caso, eu acho que funciona. Porque, por exemplo, hoje eu tenho um CAPS aqui, *é meu* e de [...] juntos (SMS 08).

A questão da UPA, aqui em [...], eles estão debatendo feio lá no Ministério da Saúde juntamente com o Tribunal de Contas da União para transformar a nossa UPA aqui, já dando essa notícia para o senhor aqui de primeira mão, que nós vamos colocar aqui para funcionar uma unidade mista de saúde, já está quase definida através do decreto lá, só está faltando o Presidente da República sancionar (SMS 04).

Para o gestor (SMS 04) o agente principal na melhoria do acesso, integração e qualificação dos pontos foi a gestão estadual.

O[...] está fazendo parto, está fazendo cirurgia. Então isso vem do trabalho em equipe. Se a saúde melhorou não foi só o município, foi o Estado também que promoveu essa mudança, essa integração da saúde, e isso é muito importante (SMS 04).

A participante (SMS 05) enfatiza a necessidade de comunicação e integração dos pontos. "... precisa de comunicação, porque um depende do outro. Então acho que seria mais esse entrosamento entre eles...". No entanto foi colocado que apesar da discussão em colegiado, se faz necessário um amparo na consolidação e ampliação dos pontos de atenção.

É um momento muito importante, é um tema discutido em CIR, que é preciso que os municípios tenham maior respaldo. Em relação à rede, à área especializada. A rede de urgência e emergência, ainda fica aquém, a desejar a oferta de leitos de UTI (SMS 01).

Segundo Mendes (2010) os pontos de atenção secundários e terciários são os locais aonde são ofertados serviços especializados por meio de produção

¹³Os Consórcios Intermunicipais de Saúde representam arranjos organizacionais tradicionais no setor saúde, previstos na CF/88 e Lei 8.080/90, buscam superar as deficiências na assistência à saúde, notadamente na área de consultas médicas de especialidades, exames de média e alta complexidade e terapias diversas (NEVES; RIBEIRO, 2006).

singular com densidade tecnológica crescente. Há uma maior concentração de serviços nos pontos secundários devido à necessidade de uma menor tecnologia, sendo que em uma visão poliárquica não há uma relação de subordinação entre os pontos e sim objetivos comuns a serem alcançados.

A APS como eixo ordenador do sistema e elo de ligação e comunicação dos pontos de atenção, ainda encontra-se fragilizada no processo de implementação de uma rede que permita a integração entre os níveis de atenção na sua dimensão vertical e horizontal (RODRIGUES et al., 2014)

Uma fração significativa dos serviços especializados são realizados em ambiente hospitalar ou em complementares de origem privada, fato este que dificulta a atenção longitudinal ao usuário, bem como suscitar o vínculo entre o usuário e a APS, pois há uma escassa comunicação entre os profissionais dos diferentes pontos da rede. Sendo assim as secretarias municipais de saúde, exerce predominantemente um papel de agendamento com poucos registros da trajetória dos usuários

Em relação aos pontos de atenção de maior complexidade, Alecrim e Dobashi (2014) afirmam que os hospitais funcionam apenas como um serviço finalístico, resistindo em operar como ponto de atenção da RAS, omitindo procedimentos importantes que visam à integração dos pontos e continuidade do cuidado, como a alta responsável e elaboração de um histórico clínico a ser entregue à APS. Sendo assim não há somente falhas na operacionalidade da APS, mas também nos demais pontos de atenção, confirmando o *status* de fragmentação e lacunas na comunicação entre os pontos das RAS. (MEDEIROS; GERHARDT, 2015).

5.4.5 Sistemas de Apoio e Logísticos

Os sistemas de apoio foram pouco lembrados nas entrevistas, destacando-se o gestor (SMS 08) que demonstrou uma visão de apoio através da consolidação de um consórcio intermunicipal de saúde na região, frisando uma participação

ativa da gestão estadual por meio de um possível financiamento e estruturação de pontos que serviriam como este apoio para a atenção à saúde.

Eu gosto de consórcio. Hoje, esses consórcios que tem, que está implantado, primeiro precisaria de uma força muito forte do Estado. O Estado teria que entrar aí com uns 3 milhões para fazer um centro de atendimento. Primeiramente, um laboratório que deixaria montado. Aí o Estado poderia falar assim “eu estou apoiando o consórcio”. Se o Estado não repassar para quem participa do consórcio, não resolve (SMS 08).

Houve uma citação em relação aos sistemas de informação à saúde que salientou a importância de apoio estadual neste setor, devido ao fato de várias empresas privadas ofertarem *software* com a finalidade de transcrever os dados e indicadores de saúde do município e apoiar a gestão.

O apoio da regional (Regional de Saúde Pireneus), porque você pegar uma secretaria de saúde com um bando de dados apagados, todas empresas quer vender esse serviço de facilidade para você e você como gestor de primeira viagem, hoje era para eu ter umas duas ou três empresas gerando a saúde aqui (SMS 04).

Os sistemas ou ponto de apoios constituem-se em unidades funcionais ou lugares institucionais que oferecem serviços e procedimentos complementares tais como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT (análises clínicas, imagenologia, anatomia patológica, medicina nuclear e outros) assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde com a finalidade de garantir a efetividade e a qualidade da atenção. (LAVRAS, 2011b)

Nas entrevistas fica evidente o descontentamento dos gestores com o atual sistema e operacionalidade da regulação aos serviços de saúde, gerando dúvidas sobre a existência do serviço, “... Os leitos existem no papel, mas não tem...”(SMS 08), em relação ao fluxo de oferta em detrimento as necessidades dos usuários ferindo por vezes princípios doutrinários do SUS como a universalidade e equidade e por fim uma excessiva burocratização do acesso regulado.

Essa questão de vagas de UTI mesmo, está no gargalo, então não tem jeito.[...] a UTI para principalmente quem tem idades avançadas, você sabe que hoje não sai vaga (SMS 08).

É o sistema de regulação que nós temos, que nós empenhamos para resolver o problema e acaba que temos

muita dificuldade com o sistema de regulação. Hoje no momento a maior dificuldade que nós temos como gestor é a questão da regulação das consultas de especialidade aqui da nossa área de saúde [...] inserir o cidadão no sistema que possa resolver alguma coisa, o problema o mais rápido possível. Então a gente tem essa dificuldade, agente não queria que passasse por tanta burocracia (SMS 04).

O gestor (SMS 09) questiona a equidade em quesitos relacionados à logística de transporte sanitário.

A mesma hora que eu acho que todos devem ter o mesmo direito, equidade, eu acho da questão financeira porque tem gente que tem condição de ir a uma consulta em Brasília em um carro próprio, mas vem aqui reivindicar um carro para a secretaria de saúde (SMS 09).

Houve um destaque logístico com ênfase na qualificação da gestão, a qual o apoio financeiro para algumas ações seriam fundamentais para efetivação da gestão compartilhada.

Pelo que nós notamos na nossa visita que fizemos no Paraná, em Curitiba, isso ajudaria muito a parte financeira se a CIR tivesse uma parte financeira estruturada. Nós poderíamos utilizar alguns recursos para poder deslocar equipes, talvez essa parte de solidariedade entraria bem nisso daí. Não de custeio, mas de mobilização, de transporte, de mobilidade na verdade, de logística (SMS 10).

Para o participante (SMS 01) a questão da regulação se agrava devido à omissão do estado no co-financiamento das ações e serviços e em competitividade na regulação do acesso.

Nós temos prestadores que não querem prestar o serviço devido ao co-financiamento, e ao mesmo tempo quando a gente pede esse co-financiamento que tem que vir do Estado, porque do município é impossível acontecer, o Estado quer chamar para si a regulação desses leitos, como nós temos também outros leitos que são regulados pelo Estado. Então, o município de [...] perde a autonomia e perde a capacidade gerencial da sua região (SMS 01).

O sistema logístico pode ser atribuído como um conjunto de atividades e mecanismos que geram suporte, integração e acesso as RAS. A consolidação destes sistemas garantem racionalidade nos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas, destacando-se o cartão de identificação do

usuário, prontuário do cidadão, sistemas de regulação e transporte sanitário (LAVRAS, 2011b, MENDES, 2010).

Entre os gargalos enfrentados para a consolidação das RAS, pode-se citar: a inexistência de um sistema de informação potente, articulado ao Cartão SUS, que pudesse interligar os diversos níveis de atenção e a efetivação da regulação de aos serviços de saúde, que ainda não conseguiu cumprir seu papel de garantia de acesso, mantendo as arbitrariedades da fila de espera (ALECRIM; DOBASHI, 2014).

5.4.6 Governança

Nessa subcategoria se faz necessário identificar dois tipos de atores, os proativos e os passivos, divididos conforme critérios apresentados na página 87, e também há necessidade de associar a análise de conteúdo com algumas variáveis descritas anteriormente, como formação e experiência na gestão.

Percebe-se de forma abrangente nas falas da maioria dos gestores, independente do seu nível de participação no processo, uma definição bem clara do papel do colegiado neste processo de governança regional, a importância do diálogo e consenso nas decisões, como um espaço de negociações e factível no subsídio das suas respectivas gestões.

A minha definição é que é tudo um consenso. Isso começa no município, do município vai para o colegiado de gestores (SMS 10).

Para mim são instâncias, cada uma fortalecendo a outra, mas com objetivo comum, que é garantir o funcionamento dessas redes, garantir a assistência de saúde conforme as legislações, e atender o ser humano nas suas necessidades gerais (SMS 07).

A comissão intergestores regional, na qual nós vamos discutir e decidir as ações a nível regional. São muito importantes para a nossa gestão. Como eu tinha dito anteriormente a questão da organização local primeiro são intervenções que estão sendo necessárias a se fazer no município, ainda estou tendo pouco tempo para dedicar mais as ações dessas instâncias. Mas elas são de suma importância para a organização e o desenvolvimento da saúde como um todo (SMS 06).

Mas tudo o que for dentro da CIR, a gente está pronto para apoiar, desde que venha a *regional* (inferência à região de saúde) a ganhar com isso. Pois eu sei que nada é imposto em nós em um consenso. Se nós formos ter transparência, e todos ter conhecimento do que vai ser colocada. Tudo o que a CIR for vir a somar eu apoio, porque o ganho vai ser positivo, tenho certeza que a CIR sempre traz coisas boas e inovadoras para nós gestores (SMS 04).

A reflexividade no processo de governança da CIR Pireneus é uma característica perceptível nas decisões, sendo uma forma responsável de direcionamento das ações.

É a participação da *regional* (inferência à região de saúde), do COSEMS, da CIB, da CIR, tudo isso aí, é esse compartilhamento de idéias e de soluções (SMS 05).

A decisão individual não sobrepõe a decisão coletiva do colegiado. Então se dá mais importância para a decisão coletiva (SMS 04).

Um elo Federativo, um canal de comunicação democrático. (SMS 01).

Nos gestores com experiência pregressa em gestão da saúde, três tem uma pro atividade nas discussões, fica nítido a percepção da função da governança na estruturação das redes.

A governança é um todo [...], e na verdade é aquilo que eu posso contribuir. [...] Quando se fala dos vazios existenciais e dos avanços acometidos nessa área é muito importante essa busca do trabalho do avanço das redes. [...] começa a definir a parte das redes, inclusive, está dentro do colegiado. Então hoje de certa forma, nós já atuamos em cima disso daí [...] nós precisamos sim está aprimorando essas redes de atenção. Principalmente da atenção básica (SMS 10).

Quando você pega um gestor que tem uma experiência que equipara a sua. Você tem uma troca que tende só a crescer.[...] Mas o gestor que tem a mesma experiência que eu, é uma conversa mais produtiva, a outra vai ser mais educativa do que produtiva [...] A estruturação das redes, por isso que seria interessante essa visão, mas para isso como eu te disse precisa de quebra de tabus. [...] a necessidade de cada rede, a demanda de cada rede (SMS 09).

Saúde a gente não faz sozinho.[...] a gente precisa saber ouvir, a gente tem que estar dentro dos controles sociais. [...] gestão compartilhada é levar os nossos planos, as nossas idéias dentro da gestão junto à sociedade, junto a outros órgãos para a gente ouvir outras pessoas para ver esse estamos atendendo as necessidades.[...] tenho angústia, de não ver a fiscalização dentro das redes. Quando eu falo de fiscalização é

acompanhar se ela está funcionando daquele jeito. Porque muitas vezes a gente faz reunião, gestores não sabem onde está seus serviços, como está direcionado o acompanhamento dentro das redes, não tem uma articulação dentro da região para divulgar essas redes de atenção (SMS 07).

Se considerarmos aqueles que possuem formação acadêmica em saúde e/ou pós-graduação na área de saúde coletiva, exceto dentre esses aqueles com experiência pregressa em saúde, percebe-se um forte vínculo da governança no apoio da gestão local.

indo nas reuniões e participando das reuniões, tendo um apoio técnico dessas instituições, [...] agora participar juntamente com a *regional* (inferência à região de saúde), [...], nós só temos a ganhar com isso. [...] se não são esses órgãos (referindo-se à CIR, CIB, COSEMS, CONASEMS e CONASS) aí para estar nos ajudando e nos auxiliando, o gestor fica de mãos atadas (SMS 04).

Para mim tem sido um aprendizado. Mais que propriamente participar ativamente na construção de uma opinião, ou até mesmo de questionamento de alguma coisa. Mas tem crescido, tenho feito perguntas [...] Tanto a CIB quanto CIR, que a gente consegue oficializar e trazer garantias, tanto para os gestores trabalharem, quanto para o gestor conquistar a garantia de atendimento para sua comunidade, para o seu município (SMS 02).

Seria através dos processos de governança [...] é fortalecer a região, a gente já fortalece a região através da CIR, da CIB, [...] Uma maior união, falar a mesma língua. [...] o que a gente discute em nível local, que leva também para nível regional, que leva para nível nacional, vem de volta. Volta para o município, isso traz força de gestão, força técnica (SMS 01).

Em participantes com experiência em gestão, o que chama a atenção é o reconhecimento das instâncias intergestores no processo de governança do sistema, na resolução dos problemas regionais e no fortalecimento da gestão.

O CONASEMS, a CIR, a CIB existe união para discussão. [...] Eu acho importante porque elas abrem discussão. Abrem discussão e abre as portas dentro da federação (SMS 08)

Eu defino como órgãos para solução de problemas, competência para solução dos problemas da região. Eu entendo que a CIR é a base disso. [...] Então, eu entendo que o fortalecimento da CIR vai trazer melhores resultados quanto à CIB, a COSEMS, e CONASEMS. No momento a gente precisa que a CIR escute mais os secretariados, para poder ter uma solução melhor, uma resposta melhor (SMS 05).

Então isso assim, é um trabalho que temos que fazer, nós temos que buscar na CIR essa solução conjunta. Eu apenas estou assim, como gestora nessa região, mas eu tenho, quero e preciso de co-gestores para que realmente a gente tenha mais autonomia. Para que agente possa ter uma capacidade de gestão maior desse trabalho do SUS que é tão importante (SMS 01).

Por fim, foi levantado por um dos gestores, o tempo de resposta das instâncias superiores (CIB, CIT e MS) em relação às decisões regionais, os quais deveriam ser tratados com maior urgência.

O que eu sinto é que essas discussões são feitas, mas quando chega ao nível de decisão está demorando o retorno. Como eu disse, a saúde deve ter senso de urgência. O que se decide tem que ser agilizado, tem que ser discutido a nível nacional e tem que retornar. Ou sim, ou não, com justificativas para ponta. Eu estou nos chamando de ponta que é a nossa região Pireneus (SMS 01).

Para o bom andamento da rede há uma necessidade de percepção de elementos centrais no processo de governança, como a disponibilidade dos atores envolvidos e troca de informações em um ambiente colaborativo. Sendo assim a governança convive com processos de tomada de decisão que não são impreterivelmente hierarquizados, mas que busquem propiciar a interação e o empoderamento dos envolvidos (CONASS, 2016).

Para Jessop (2003) a governança indica uma reavaliação de diferentes modos de coordenação não apenas em termos de sua eficiência econômica ou de sua eficácia na consecução coletiva de objetivos, mas também em termos de seus valores associados. Assim, a governança adquiriu conotações positivas como consulta, negociação, subsidiariedade, reflexividade e diálogo. Nas entrevistas foram avaliadas a presença destas conotações como fator de potencialidade neste processo.

Santos e Giovanella (2014) descrevem que em um cenário aonde se tem um pressuposto de autonomia municipal e coordenação regional em concomitância com a pluralidade dos atores envolvidos na gestão regional, deve assumir o desenho de governança pública na rede de serviços de saúde com responsabilidade mútua sem que isso implique em subordinação entre eles. A participação dinâmica na CIR como fruto de um aprendizado institucional fortalece o processo de gestão das RAS.

De maneira global, foi unânime nas entrevistas o reconhecimento do processo de governança e na responsabilidade de definir as políticas a serem utilizadas, em um sistema de verificação periódico, voluntário e reservado, para o diagnóstico de padrões previamente definidos na estrutura, processos e resultados, visando estimular o desenvolvimento de uma consciência de melhoria contínua da atenção saúde da população em todos os seus níveis (CONASS, 2016).

5.4.7 População

Nos discursos das entrevistas tem-se uma escassez de inferências à população. Verifica-se algumas falas voltadas para as necessidades da população, “... a gente está planejando e executando é a necessidade deles...” (SMS 07) e “...identificam os problemas. Quem tem mais necessidades...” (SMS 04). Também há algumas citações em relação ao direito e qualidade do atendimento, “... garantir o direito dos usuários [...] garantir uma assistência de qualidade para os meus usuários lá do município...” (SMS 04). Entretanto existem falas referentes à população no sentido relacionado ao seu grau de conhecimento dos fluxos das RAS, “...tudo é a falta de conhecimento da população...” (SMS 08) e “...a comunidade abraça aquilo que vem de benéfico para eles...” (SMS 10).

Mendes (2010) define que a razão de ser de uma RAS é a população, focadas na responsabilidade sanitária e econômica, na territorialização, na organização social das famílias e categorização sub-populacional de acordo com os riscos sócio-sanitários.

A OPAS definiu como atributos de análise das RAS, no domínio de modelo assistencial, uma rede com população e territórios definidos, pois há adstrição da população aos serviços que compõem esta rede, tanto no âmbito municipal quanto no regional (MEDEIROS; GERHARDT, 2015).

Na consolidação das RAS se faz necessário a construção social dos pontos de atenção, principalmente da APS, centrada nas relações de vínculo entre eles e

sua população adstrita, sob a ótica da gestão de base populacional (CONASS, 2015).

5.4.8 Eixo Estruturante do SUS

Apesar de uma frequência alta desta categoria, identifica-se essencialmente nas entrevistas uma menção da origem e princípios SUS e pouco se comenta sobre sua evolução normativa e estruturante.

Desde a concepção do SUS, porque quando nós trabalhamos dentro da Seguridade Social, que é assistência, saúde e previdência. O que me chamou a atenção foi a questão da igualdade, da equidade do atendimento, da regionalização, da territorialização e das diretrizes preconizadas pelo SUS, que é a igualdade mesmo, do atendimento. Isso assim me chamou muita atenção, a universalidade, isso me chama muito a atenção, porque assim direitos iguais, eu acredito que nós temos que caminhar para isso ainda, embora eu ache que ainda não estamos dessa forma (SMS 01).

A lei 8080, porque ela regulamenta quase todas as ações, toda a criação do SUS (SMS 02).

Desde a conferência de 88 que é o marco legal realmente do SUS, onde chama mais a atenção da gente. De lá para cá nós temos várias e grandes conquistas dentro do SUS (SMS 10).

Na visão de alguns participantes a Lei Orgânica da Saúde tem um caráter punitivo para o gestor do sistema e inviabiliza a execução de algumas ações, "... A Lei 8080 quase que castiga *nós*..." (SMS 05) e "...Mas já tem ações que ela inviabiliza, porque ela pega o todo e não a particularidade que referente a alguns municípios..." (SMS 09).

Para o gestor (SMS 09) o princípio da universalidade ainda não é totalmente executado no sistema, "...SUS é universal, e até hoje não são todos que tem acesso. Você sabe disso, a teoria é uma coisa e a prática é outra...". Contudo o gestor (SMS 04) estima a capacidade do sistema de atender seus princípios, "...eu acredito ainda em um SUS que possa atender todas as demandas do povo brasileiro...".

O princípio da equidade também foi lembrado de forma específica e equivocada pelo gestor (SMS 03), "... a equidade deveria ser revista,

favorecendo aqueles que são menos favorecidos...”. Segundo Paim e Silva (2010) a equidade admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade, no entanto a equidade não deve ser revista e sim melhor compreendida e aplicada.

No tocante ao Decreto nº 7508/11, apenas um gestor citou de forma oportuna a importância e aplicabilidade desta norma em sua gestão, sendo que os demais alegaram não ter conhecimento, não se recordar e/ou pautar suas ações nesta normativa em seu dia-a-dia.

O Decreto 7508 [...] ele fez uma consolidação de tudo, da constituição, das NOAS, NOB. Se for analisar, 7508 consolidou tudo e delimitou o que era de cada um, para fazer, dos entes federais. [...] as obrigações municipais, que lá dentro dela é muito clara, do decreto. [...] E até quando eu tenho alguma dúvida, eu vou lá e olho se eu posso ou não executar alguma atividade, algum serviço (SMS 07)

Não sei muito do decreto 7508, eu posso até estar usando ele na minha gestão, mas eu não sei qual é ele (SMS 03).

Eu tenho pouco conhecimento (do decreto 7508), eu não saberia dizer para você quais os artigos que eu estou utilizando. Mas eu tenho conhecimento, eu acredito assim que tenho que aprofundar mais neste decreto (SMS 01).

Não tem conhecimento do decreto 7508/2011 (SMS 09).

O Decreto nº 7508/11, regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, com a finalidade de organizar as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, na expectativa de suprir vazios na consolidação do SUS. Esta norma estabelece diretrizes de âmbito nacional, estadual e regional, no aspecto organizativo das regiões e redes de atenção à saúde, principalmente em relação à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos (HOFFMANN et al., 2012).

Para Paim et.al. (2011) o SUS é um sistema em continuo conhecimento, o que se faz necessário um arcabouço normativo estruturado para garantir a sustentabilidade política, econômica e científica. Estabelecer um processo reflexivo dos gestores e sua atuação em um caráter ético-político-formativa à luz das normativas se torna essencial para a efetivação do SUS.

A fragmentação do SUS como uma situação preponderante impede que o sistema cumpra com seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e igualdade, de forma descentralizada. Portanto, pressupõe que conceitos, como de regionalização e RAS já está determinado pela própria Constituição, portanto, é o conceito de integralidade da assistência à saúde da pessoa que atualmente conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações (JÚNIOR, 2014).

5.4.9 Financiamento

Para o gestor (SMS 10) a EC 29/2000 e a Lei complementar 141/2012 são extremamente importantes para o controle de suas ações e explicitou uma correlação com o Decreto 7.508/2011.

O decreto já vem parte da emenda constitucional 29, que é onde começou todo o processo e agora a solidificação disso, e agora tem também a complementar 141 que também faz parte desse sistema. (SMS 10).

O financiamento é uma temática, dentro do eixo estruturante do SUS, bastante discutida entre os gestores. Para Paim et al. (2011) os recursos não tem sido suficiente para assegurar as necessidades de saúde da população e seu volume decresce com o passar dos anos, sendo menor que aquele previsto durante a criação do sistema, com o objetivo de torná-lo universal e equitativo. Com finalidade de manter uma aplicabilidade mínima dos entes federados em ações e serviços de saúde, foram promulgadas algumas normativas determinando a garantia desta aplicação como a Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000 e a Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

No entanto Santos (2012) afirma que estas legislações não guardam nenhum conflito e que o decreto enfatiza as regiões de saúde, enquanto a Lei complementar 141 trata da aplicabilidade de recursos focados na ótica do planejamento regional, dos planos regionais, o que reforça a regulamentação trazida pelo decreto quanto à regionalização, características que podem ser

percebidas no discurso da participante (SMS 07), "... decreto delimita a questão financeira, e saiu outra que apóia a parte financeira, a LC 141...".

O gestor (SMS 04) infere que os recursos recebidos em seu município são expressivos e suficientes se houver um planejamento. O participante (SMS 02) concorda na parte do planejamento, porém salienta que o financiamento poderia ser um pouco mais ampliado e atualizado.

A gente recebe aqui recursos que são significantes, [...] se tiver um planejamento eles são suficientes (SMS 04)

Eu acredito que, [...], talvez se houvesse melhor planejamento e melhor divisão desse recurso - não que ele não seja bem dividido - talvez a gente alcançaria. Mas, eu acredito que a gente precisaria um pouco mais de recursos, e atualização. São uma série de fatores, é uma pergunta que... eu acredito que a gente teria que ter uma atualização da tabela do SUS para a gente ter prestadores que queiram prestar os serviços que são necessários. Eu acredito que talvez se a gente tivesse isso, seria um dos pontos que talvez ajudaria a gente a atender essa questão das redes de atenção (SMS 02).

Para o gestor (SMS 01), os municípios vêm aumentando gradativamente o índice de aplicação em saúde e questionou o apoio financeiro e os repasses do estado nas ações e serviços municipais que compõe as RAS.

Do município hoje nós estamos aplicando mais do que a porcentagem legal. Nós estamos chegando a 24, às vezes até 25%. E do estado? Eu quero ainda que fique, assim, mais esclarecedor. Se a porcentagem que o estado tem que nos passar, se está sendo passada com transparência. [...] Eu não sei qual é o orçamento do estado, e o quanto realmente, religiosamente eles teriam que passar para nós, enquanto região. [...] Nós temos prestadores que não querem prestar o serviço devido ao co-financiamento, e ao mesmo tempo quando a gente pede esse co-financiamento, que tem que vir do estado (SMS 10).

A partilha de recursos da União para estados e municípios e de estados para municípios é constitucionalmente obrigatória, e não facultativa ou voluntária, sendo visto como um aspecto de cooperação e integração do nosso modelo de federalismo, o qual é essencial para alcançar a equidade regional (SANTOS, 2012).

Segundo Mendes (2014), página 48:

O sistema de financiamento é um dos elementos mais potentes com que contam os entes de governança das RAS para alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção porque contém, em si, os incentivos econômicos que norteiam as ações de gestores e de prestadores de serviços. Ou seja, é fundamental que o sistema de financiamento esteja alinhado com os objetivos das RAS.

A forma de financiamento praticada nas últimas décadas não contribui para a efetivação de redes como itinerário na busca da integralidade do cuidado focado nas necessidades e sim incentiva procedimentos mais onerosos e nem sempre necessários. A fragilidade e o atraso dos mecanismos e formatos de financiamento do sistema, mostram que no campo das RAS, principalmente na atenção especializada e hospitalar, a necessidade de um grande empenho institucional das três esferas de governo, na busca de inovação e novos formatos de financiamento, que tenham mais ênfase na atividade fim, com menos burocracia e mais efetividade, iniciando no MS e perpassando por todo o sistema (JUNIOR, 2014).

5.4.10 Regionalização

Os conceitos básicos do processo de regionalização estão bem estabelecidos pelos gestores, principalmente referente à descentralização, ao acesso aos serviços e ao diagnóstico das necessidades, "... regionalizar a saúde, seria tentar atender o usuário o mais próximo do seu domicílio ou da sua região de saúde..." (SMS 02) e "...diminui o espaço, então fica mais fácil de você detectar a problemática e solução também..." (SMS 05). É ressaltado também a regionalização como ponto crucial no fortalecimento das redes, otimização de recursos e resolutividade.

Regionalização é a gente tentar buscar para a região. Porque a região é delimitada dentro do plano, seria um plano diretor estadual, vamos supor. Então eu penso na regionalização, como a gente buscar a maior resolutividade dentro da região. Então é fortalecer financeiramente, é a gente querer que a região seja capaz de dar resolutividade para os municípios daquela região (SMS 07).

Processo de regionalização é muito importante para resolução dos problemas em conjunto, então nós conseguimos fortalecer as redes e sendo mais resolutivo (SMS 06).

A regionalização, ela vem para aumentar a eficiência, eficácia e excelência no atendimento. Porque quando se une e tem que ter, tem que acontecer isso mesmo, agrupam alguns municípios, a capacidade resolutiva é muito maior (SMS 01).

O gestor (SMS 10) discorre que a regionalização é um processo que ainda precisa evoluir para se concretizar e afirma que uma solução seria um processo de governança em níveis que extrapolam a região de saúde.

É um processo que precisa caminhar bastante, os secretários precisam se solidificar com relação a essa regionalização. É uma conquista muito grande no processo de quando você se une junto com os demais [...] através disso nós vencíamos as dificuldades as duas práticas, aquilo que está de melhor nos outros lugares, e trazer para a região é muito produtivo. E discutir com outras regiões, como está acontecendo [...] é muito gratificante a nossa região, hoje somos 10 municípios, mas como toda uma macrorregião que tem a sua praticidade, sua facilidade (SMS 10).

Percebe-se em alguns discursos fatores que fortalecem o processo, como a educação permanente sendo um requisito de consolidação SUS como um todo, “... eu acredito que nos capacitando nós podemos ainda sonhar com um SUS que atenda toda a demanda da população brasileira...” (SMS 04) e se opondo, discursos que fragilizam o processo de regionalização e toda construção realizada, “... Mas assim, a regionalização, às vezes ela atrapalha o serviço do gestor...” (SMS 03)

A regionalização pode ser vista como uma estratégia de descentralização do cuidado à saúde, de integração assistencial dos serviços em redes, do ordenamento racional da atuação do Estado no sistema e na definição de responsabilidades de governança nas regiões de saúde, em torno de prioridades de impacto na situação de saúde local (RIBEIRO, 2015).

As regiões de saúde apresentam problemas sérios de concepção e de ausência de critérios de escala, sejam nos critérios populacionais, sejam na ótica dos serviços. De certa forma, desenhadas sob um olhar político-administrativo, com uma significativa ineficiência de escala e serviços de baixa qualidade, sendo sua configuração, em vários quesitos, inadequados para a instituição da governança regional das RAS (MENDES, 2014).

Mendes (2014) relata que as regiões hoje existentes, correspondem a microrregiões, com autossuficiência na atenção secundária. Para a organização e eficiência das RAS uma região de saúde deve corresponder a uma macrorregião, com escala mínima de 500 mil pessoas, e que apresente autossuficiência na atenção primária, secundária e terciária. A razão é que as RAS só se completam quando incluem, em si, esses três níveis de atenção à saúde, sendo assim necessário um esforço dos entes federados em reconfigurar as regiões de saúde, segundo os critérios e os fundamentos de uma regionalização sanitária e não político-administrativa.

5.4.11 Trabalhador em Saúde e Educação Permanente

Em relação ao dimensionamento da força de trabalho, somente um participante mencionou a valorização, motivação e cumprimento de metas do trabalhador em saúde como item fundamental para o fortalecimento do sistema.

Uma saúde [...] que funcionava 6 horas por dia, sendo que os funcionários são concursados para 8 horas. Então, colocou para trabalhar 8 horas por dia, tem que valorizar o profissional, e foi isso que essa nova gestão fez. Valorizar o servidor que estava desmotivado. Não se cobria com piso salarial nem o agente de saúde. E hoje em dia a gente sabe que tem que valorizar até esse profissional, porque é ele que vai fazer a visita no município, são eles quem identificam quem tem problemas. Quem tem mais necessidades. Então hoje, nos melhoramos nesse sentido aí. E com isso o ganho foi muito grande (SMS 04).

O dimensionamento da força de trabalho é essencial para funcionamento adequado das RAS. Para isso é necessário nos fóruns de decisão política do SUS, se discutam estratégias de financiamento para contratação e manutenção de trabalhadores em saúde, qualificação, plano de carreira, proteção à saúde e logísticas de apoio (CONASS, 2011c).

Apenas um gestor definiu a educação permanente como uma estratégia de gestão para fortalecimento do serviço e da rede, dando ênfase as ações realizadas a nível regional.

A regional vem fazendo, trazendo curso de aperfeiçoamento para nós e de capacitação, e nós temos buscado essa

melhora, toda nossa equipe tem buscado essa melhora, nós estamos vendo aí na pele que está funcionando, então nós sonhamos ainda com um SUS ainda melhor para a população brasileira. [...] fomos contemplados com uma pós-graduação pelo Sírio Libanês, então para nossa capacitação. [...] estímulo na qualificação, num atendimento mais humanizado (SMS 04).

Segundo Mendes (2011), a Organização Mundial da Saúde – OMS afirma que o enfrentamento dos modelos de atenção das RAS exige uma mudança nos sistemas de atenção à saúde por meio de um plano estratégico com ações de curto, médio e longo prazos, sendo uma destas ações a educação permanente dos profissionais de saúde. A educação permanente permite evidenciar a complexidade e a articulação das soluções dos diversos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho, sendo perceptível a necessidade de uma estratégia de gestão para implementação desta ação (CONASS, 2011c).

5.4.12 Participação nas Instâncias Intergestores

A participação dos gestores da região na CIR foi discutida anteriormente, porém vale ressaltar que apesar de uma assiduidade na participação das reuniões da CIR, tem-se pouca regularidade da participação dos gestores nas reuniões da CIB e assembléia do COSEMS.

Já fui na CIB a muito tempo atrás, mas não fui mais. O problema é assim, [...]eu sou a secretária que fica muito aqui na secretaria. [...] isso é um problema que está em mim mesmo. Eu fico aqui apagando fogo e não planejo (SMS 03).

Eu participo mais na CIR. Da CIB eu pretendo participar mais este ano (SMS 01).

As reuniões da CIR, eu tenho uma frequência bem significativa, nas reuniões da CIB e COSEMS, elas acontecem de forma mais esporádicas, devido a muitos problemas ainda do município eu ainda não estou conseguindo me organizar para que eu esteja participando de todas (SMS 06).

No entanto tem gestores que tem uma participação ativa na CIB e COSEMS e categoriza a importância destas instâncias para sua gestão.

Acho que ano passado eu não faltei nenhuma da CIR, da CIB eu faltei umas duas, do COSEMS. Mas assim, eu tento participar de todas, só se for uma situação drástica para eu não ir (SMS 07).

Eu participo da mesa eletiva e da mesa diretora. Atuo nas buscas de informações, trago informações que inclusive é de outras regiões para essa região. Isso é bastante produtivo (SMS 10).

(Participei) de todas, faltei só uma, por motivos de doença. [...] Eu entendo que essas instâncias é a voz do município, porque é para lá que a gente leva os anseios e busca a solução. Então ela acaba sendo a nossa voz (SMS 05).

O principal espaço interno de pactuação na rede é a CIR, sendo um espaço legítimo com ênfase no compartilhamento do poder decisório e na construção de consensos. Na CIR os processos de aprendizagem e debates estratégicos têm o potencial de levar ao planejamento regional e implantação das RAS e de todo o sistema de saúde (MEDEIROS; GERHARDT, 2015).

As comissões intergestores têm um papel fundamental na estruturação e consolidação das RAS como um espaço de governança, de representação e equidade entre os entes federados e também de decisão das políticas públicas de saúde iniciando no território municipal até chegar ao país como um todo. A participação ativa dos gestores nestas instâncias colegiadas é essencial para efetivação ações do sistema de saúde em seu município e estruturação do processo de regionalização (CONASS, 2016).

5.4.13 Ênfase Político-Partidária e Assessoria Técnica

A questão político-partidária foi pouco citada nos discursos, vale destacar uma fala que enfatiza a questão da imparcialidade política na governança das redes, “... Eu vejo assim, que o órgão para lidar com isso aí teria que ser imparcial, teria que ser apolítico...” (SMS 10) e “ ...uma parceria com o Hospital [...], que não existia tanto. Nós unimos a saúde em [...], acabamos com picuinha política aqui em [...] que existia ...” (SMS 04). Houve uma menção sobre a influência política para beneficiar o município em questões, como financiamento.

O que acontece... é lógico e certo que eu vou mover todos os meios que puder para trazer os recursos para nós e isso nem sempre vai acontecer por causa da necessidade do município. Porque se teve uma movimentação política, vai deixar de receber esse recurso (SMS 08).

Segundo Silva e Gomes (2014) os embates políticos estão na essência das questões das regiões de saúde e de certa forma impossibilita em alguns momentos a articulação, a pactuação e a governança na regionalização do SUS, principalmente através do “jogo de poder” entre os municípios, por alguns buscarem assistência no Governo Estadual e outros no Governo Federal, de acordo com sua agremiação política.

Mendes (2014) afirma que o governo não é um ator prevalente que pode impor unilateralmente seus desejos. Nas redes as estruturas hierárquicas de centralismo impositivo e de ações de cima para baixo não funcionam, portanto, os tipos de gestão e coordenação monocêntricos e monorracionais não se harmonizam às RAS.

No processo de governança das RAS, para evitar a influência político-partidária dos governos, é necessário superar as “rixas” municipais, e confluir interesses comuns, concentrando as discussões em questões que realmente têm importância ao usuário SUS, que são os mecanismos de acesso, ofertas de serviços e garantia de seus direitos, deixando que as divergências político-partidárias sejam debatidas em ocasiões apropriadas (SILVA; GOMES, 2014).

Na Assessoria técnica visualiza-se dois aspectos. Primeiro, a visão das instâncias colegiadas e representativas como órgãos quase exclusivamente destinados à assessoria e segundo, a percepção fragilizada do papel apoiador do estado.

Em alguns relatos há percepção bem acentuada do primeiro aspecto.

COSEMS é orientador em caso de dúvida. [...] e, quando eu tenho alguma dúvida que eu não consigo esclarecer através de uma pesquisa, que eu mesmo faça aqui, na internet (SMS 09).

Recorro sim, COSEMS, CONASEMS, ao presidente da CIR, [...] ao secretário executivo da CIR, então são pessoas que apoiam, que tem conhecimento tem a experiência, tem a vivência e que ajudam. Em alguns momentos recorremos também à regional (SMS 02).

E a gente sempre tem a lista dos nomes que a gente pode estar ligando no CONASS, COSEMS, eu acho que é uma secretaria que mais usa o COSEMS (SMS 04)

Apesar da definição clara do papel do COSEMS na Lei 12.466/2011 como órgão representativo e defensor dos interesses dos municípios nas instâncias intergestores, estes também participam da formulação, discussão, deliberação e pactuação no SUS, além de apoiar os municípios e regiões de saúde através de sua assessoria técnica e apoiadores (BRÊTAS JUNIOR, 2012)

Em relação ao apoio do estado através da regional de saúde, evidencia uma relação efêmera dos gestores com a Regional Pireneus.

A regional é um famoso apoio, ou deveria ser um famoso apoio junto a gestão. Muitas das vezes em algumas ocasiões é o nosso cobrador que nos cobra ao invés de apoio a parte de cobrança é a minha visão (SMS 10).

...às vezes eu acho que a Regional Pirineus deixa a desejar. [...] A regional, porque eles cobram tudo da gente, e cobram, quem foi gestor sabe. [...] E eles acham que não erram, às vezes acontece de eles errarem e a gente levar a culpa. O apoio matricial que deveria ser feito pela regional de saúde Pireneus, que é o braço da secretaria estadual de saúde, que é a representação da SES na região, ele é falho. [...] mas tem pessoas na regional que são ótimas, excelentes. Mas tem uns ali que não sabe informar nada, não ajuda a gente a construir. Mas para cobrar eles são ótimos. [...] Eu acho que a construção é boa, eu particularmente, às vezes ligo direto em Goiânia, para não falar na regional aqui. Aí eles perguntam “você não falou na sua regional não?” aí eu falo que não, porque não resolve (SMS 03).

Eu acho que o Estado deveria estar dando essa assessoria para gente melhor (SMS 01).

Por tanto tem alguns gestores que alegaram recorrer à regional de saúde ou SES nível central para sanar dúvidas e quando precisam de algum apoio, “... eu tenho recorrido à regional para tirar algumas dúvidas...” (SMS 05) e “A regional, o COSEMS eu já procurei, a CIR [...] superintendências estaduais de saúde...” (SMS 08). O gestor (SMS 06) definiu o papel crucial da regional de saúde.

Regionais de saúde também estão aí em relação a esse apoio local e, também a parte de monitoramento das ações, e fortalecimento das ações executadas (SMS 06).

O diagnóstico realizado pelo Plano Estadual de Saúde de Goiás – PES 2016 – 2019 aponta que as Regionais de Saúde possuem em sua maioria estruturas inadequadas e precárias com difícil de acesso, déficit quantitativo, qualitativo e

má distribuição pelas unidades de servidores, carência de profissionais com formações específicas, baixa qualificação profissional e técnica, bastantes servidores próximo ou apto à aposentadoria, dificuldades na gestão de pessoas e frota de veículos insuficientes, sucateados e impróprios para o apoio (GOIÁS, 2015)

Em relação aos processos o PES indicou que as regionais não participam do processo de tomada de decisão das políticas e programas de saúde e fluxo de informações e ações devido principalmente a um distanciamento, falta de comunicação, entendimento, conflito e sobreposição de ações e agendas de setores do nível central da SES com as regionais e seu papel na região sanitária. Esta situação se fundamenta principalmente pela ausência de uma política de qualificação permanente dos servidores das regionais, principalmente nas áreas diretamente relacionada ao apoio e articulação interfederativa (GOIÁS, 2015).

A busca de apoio externo e privado para assessoria foi relatado por apenas um gestor, “... Às vezes eu procuro [...] a parte de algumas consultorias...” (SMS 06).

Houve uma marcante frequência nos discursos o apoio solidário entre os gestores, o qual fortalece o processo de governança regional, “...Primeiro, eu recorro aos secretários colegas, meus vizinhos, depois, eu recorro para regional...” (SMS 03) e “... Às vezes eu procuro o COSEMS, procuro a regional e na grande maioria das vezes os colegas secretários...” (SMS 06).

O interesse em interagir de forma colaborativa surge apenas quando se percebe a mesma disposição nos parceiros, sendo a reciprocidade um aspecto essencial para a colaboração. A proporção em que há uma interação colaborativa há a construção de um grau de confiança mútua, o qual pode alcançar uma institucionalização de contratos psicológicos. A construção conjunta e colaborativa é facilmente constituída quando os sujeitos produzem loquazmente uma identidade coletiva por meio de conversas que estabeleçam laços de interação entre eles. Dessa forma, abre-se caminho para edificar cultura da rede, definida como um conjunto de crenças compartilhadas, valores e atitudes entre os membros (CONASS, 2016).

5.5 – Síntese dos achados

A institucionalidade da regionalização opera nas próprias instâncias regionais de saúde. As CIR's apontam como espaços deliberativos e de práticas de governança regional (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

São muitos os desafios a serem enfrentados para a estruturação das RAS e efetivação do SUS por meio da regionalização da saúde. Este estudo buscou identificar através da percepção dos gestores o processo de governança nesse sentido. Esses desafios, de maneira geral, estão dispostos no Quadro 3.

Quadro 3. Síntese dos achados empíricos nas entrevistas frente aos desafios dimensionados nas categorias.

DESAFIOS	SÚMÁRIO DOS ACHADOS EMPÍRICOS	BASE REFERENCIAL DE APOIO
Regionalização como estratégia de descentralização.	<ul style="list-style-type: none"> - O processo de regionalização conceitualmente bem estabelecido; - Reconhecimento da regionalização como ponto chave para consolidação das redes; - Processo não concretizado, ainda em evolução; - Regionalização como forma de garantir o acesso e ampliar a resolutividade; 	CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017. CONASS, 2016. RIBEIRO, 2015. DUARTE et al., 2015. SILVA; GOMES, 2014. LIMA et al., 2012 DOURADO; ELIAS, 2011. PAIM et al., 2011. VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010.
A prática da governança.	<ul style="list-style-type: none"> - Os gestores, de forma unânime, reconhecem a CIR como espaço de governança regional e das RAS; - A estruturação das RAS mediada pelo processo de governança; - A CIR induz o fortalecimento da gestão local; - O <i>feedback</i> procrastinado da CIB e MS em relação às decisões pactuadas pela CIR; - Ausência da representação estadual nas decisões colegiadas da CIR. 	CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017. CONASS, 2016. SANTOS; GIOVANELLA, 2014 SILVA; GOMES, 2014 HOFFMANN et al., 2012 MENDES, 2011. JESSOP, 2003.
O conhecimento do eixo estruturante do SUS como fundamental para gestão e governança.	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração de insuficiência na atualização da evolução normativa do SUS, principalmente na não identificação do Decreto 7.508/2011; - Confusão na interpretação de princípios normativos do SUS. 	CONASEMS, 2016. PAIM et al., 2011.
Agendas da CIR	<ul style="list-style-type: none"> - Agendas bem elaboradas, condizentes com a realidade; - Pautas prioritárias como RAS e APS são frequentemente discutidas nas reuniões, porém isso nem sempre as tornam estratégicas e primaciais; - Predomínio da SES na origem das pautas e passividade dos gestores em sua elaboração e discussão em câmara técnica; - Reconhecimento das pactuações e de sua legitimidade. 	CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017. SILVEIRA FILHO et al., 2016. MEDEIROS; GERHARDT, 2015. CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014. SILVA; GOMES, 2014.
(In) suficiência na participação das instâncias intergestores	<ul style="list-style-type: none"> - Participação assídua de todos os gestores na CIR, porém a assiduidade não reflete na participação ativa nas decisões colegiadas; - Baixa participação nas reuniões da CIB e assembleias do COSEMS; - Os compromissos da gestão local suprimem a participação nas reuniões CIB e COSEMS. 	CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017. SILVEIRA FILHO et al., 2016. MEDEIROS; GERHARDT, 2015. CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014. SILVA; GOMES, 2014.
RAS como fator	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de uma definição clara de RAS por 	CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017.

primordial para garantia da atenção contínua e integral à saúde	parte significativa dos gestores; - Omissão da necessidade de mudanças dos modelos de atenção à saúde praticados atualmente no SUS; - Visão hierárquica e fragmentada dos pontos de atenção por alguns gestores; - Confusão de redes temáticas com programas verticalizados; - Valorização e ampliação da resolutividade da APS, como pontos cruciais para o fortalecimento das RAS; - Ineficiência no processo de regulação ao acesso e de fluxos e contra fluxos; - Escassez de inferências às necessidades da população.	CONASS, 2016. CONASS, 2015. CARNEIRO, et al., 2014. SILVA; GOMES, 2014 HOFFMANN et al., 2012 LAVRAS, 2011a. MENDES, 2011. SILVA, 2011. CIT, 2010. MALTA; MERHY, 2010.
O financiamento como eixo estruturante do SUS	- Controle das ações pautadas na Lei complementar 141 / 2012 e EC 29/2000; - Suficiência dos recursos mediante um melhor planejamento; - Aumento das aplicações municipais no setor saúde em detrimento à estagnação de aplicação de outros entes e atraso dos repasses estaduais aos municípios.	SANTOS et al., 2015. SANTOS, 2012.
Influência do Cenário político-partidário	- Maioria dos entrevistados não expressaram em suas falas a interferência da pluralidade política na região; - Imparcialidade político-partidária na governança das redes; - Influência política para ampliar o financiamento de ações e serviços de saúde.	CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017. SILVEIRA FILHO et al. , 2016 SILVA; GOMES, 2014. CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014.
O apoio à gestão	- Carência de um apoio do estado, principalmente na relação fugaz com a Regional de Saúde; - O COSEMS assume um papel mais amplo de apoiador do que representativo; - Interação colaborativa entre os gestores.	CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017. CONASS, 2016. SILVEIRA FILHO et al. , 2016 GOIÁS, 2015. MEDEIROS; GERHARDT, 2015. CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014. SILVA; GOMES, 2014.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da análise das entrevistas

Esses enfrentamentos da CIR Pireneus são semelhantes à de outras CIR's, como a da região de Vitória da Conquista – BA, descritos por Silveira Filho, et al. (2016), da Região Sul Mato- Grossense, estudada por Kehrig, Souza e Scatena (2015), da 16ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, descrito por Medeiros e Gerhardt (2015), da região do grande ABC paulista, estudada por Silva e Gomes (2014) e a de Ribeirão Preto-SP e outras duas pertencentes ao Departamento Regional de Saúde 13, analisado por Carneiro, Forster e Ferreira (2014).

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do sistema de governança regional, principalmente nas RAS, são de assegurar a execução dos consensos, pactos e acordos entre os gestores, o acréscimo da interdependência colaborativa entre eles, a gerência dos conflitos, a orientação da ação de acordo com as normas em vigor e a estabilidade funcional da rede baseada nos resultados de sua atuação. Dessa forma, concerne aos gestores nesse processo, o acareamento dos reveses para o fortalecimento da institucionalidade e governança da gestão do SUS na região.

A CIR Pireneus está formalmente instituída e organizada, dispõe de secretaria-executiva, câmara técnica e apoio legal para seu funcionamento adequado, sendo um espaço valorizado pelos gestores, dotado de legitimidade como instância de negociação e decisão técnico-política. Apesar da proeminência da CIR como espaço de negociação, em suas discussões há um predomínio de repasses de informações técnicas, sobrepondo o debate político das questões da saúde regional e RAS.

O protagonismo da CIR Pireneus está associado aos gestores municipais, principalmente entre a coordenação e os que possuem experiência pregressa na gestão de saúde, demonstrando um desequilíbrio na participação dos representantes. Apesar de terem uma participação ativa na construção das pautas, a representação estadual é coadjuvante nas ações e processo de tomada decisão deste colegiado.

Percebe-se uma vulnerabilidade das relações entre estado e municípios acerca do processo de governança regional, principalmente no tocante descrédito do papel da Regional de Saúde Pireneus nesse processo e também em sua função de apoio técnico aos municípios da região. Os membros ordinários da CIR representam mais os interesses dos governos municipais e da região, ficando diminuto em seu processo os interesses do governo estadual.

O teor das negociações interfederativas é variado, influenciado principalmente por políticas e demandas do Ministério da Saúde, cabendo à CIR a interpretação e aplicação das diversas normativas. Os interesses político-

partidários não têm influenciado nas deliberações da CIR. Mediante ao exposto, a CIR Pireneus pode ser reconhecida como um espaço importante para a representação dos interesses regionais e municipais.

Observa-se que o processo de governança da CIR Pireneus é baseado em um sistema colaborativo e consensual entre os atores, adotando na tomada de decisões um modelo misto, que se caracteriza por utilizar um modelo burocrático em decisões relativas a procedimentos totalmente regulamentados, um modelo gerencialista em decisões relacionadas com os processos-chave na área assistencial e o modelo estratégico para as decisões relativas ao planejamento das RAS.

Mediante isso, há a necessidade de definir os elementos-chave orientadores dos acordos entre os atores das RAS e os sistemas de interação necessários para alcançar com eficiência os objetivos operacionais baseados nas negociações e consensos.

Em relação às RAS, não houve por parte dos entrevistados uma definição lógica da constituição das redes, seus elementos-chave, seus pontos de atenção e a relação entre estes, a APS foi estimada e discutida valorizando sua resolutividade e ampliação, portanto sem considerar sua importância para a configuração de uma rede regionalizada. A operacionalidade das RAS foi pouco lembrada e às vezes de maneira confusa, demonstrando dificuldades de organização dos processos de regulação ao acesso e atualização de capacidade física instalada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – CNES. Não houve menção dos modelos de saúde aplicados na região e pouco se expressou sobre as ações de saúde baseada nas necessidades da população, sendo assim estabelece-se uma percepção restrita das RAS.

No que se refere às redes temáticas e linhas de cuidado, de maneira geral, houve uma omissão de conceitos ou percepção equivocada, principalmente confundindo com programas verticalizados, salientado em alguns momentos pontos de atenção especializados, portanto, pouca inferência a APS como elemento base dessas redes.

Por outro lado, percebeu-se que a presente pesquisa foi limitada, ao buscar entrevistar somente os gestores e dessa forma, sugere-se que outros estudos sejam realizados sobre as CIR's, buscando também a percepção dos outros atores, como membros da Regional de Saúde, assim como, do nível central da Secretaria de Estado da Saúde.

7 - RECOMENDAÇÕES

Mediante as percepções encontradas nesse trabalho, assim como o referencial teórico utilizado, recomenda-se: i) Garantir uma maior participação da gestão estadual no processo decisório, fortalecendo a continuidade de projetos regionais pelos membros da CIR; ii) Definir melhor o papel e atribuições da Regional de Saúde Pireneus; iii) Criar lógicas de planejamento que primam a gestão compartilhada, remetendo a práticas características do planejamento normativo; iv) Ampliar a participação de outros atores no processo de governança regional, como os Conselhos de Saúde, instituições de ensino e os prestadores privados; v) Instituir processos de monitoramento e avaliação das RAS; vi) Redefinir o papel e a relação da APS nas RAS e suas redes temáticas; vii) Estimular a participação dos gestores nas demais instâncias e estruturas de integração e gestão, como a CIB e COSEMS; viii) Participação ativa dos municípios na construção de uma agenda de pautas que fortaleçam a regionalização e favoreçam a consolidação das RAS; e ix) Implantar políticas e programas de Educação Permanente voltadas à qualificação do processo de gestão e do cuidado na região.

8- REFERÊNCIAS

- ABRUCIO F. L., FRANZESE, C., HIRONOBU, S. Trajetória recente da cooperação e coordenação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. In: CARDOSO JR. J. C., BERCOVICI G. (Orgs.) **República, democracia e desenvolvimento: contribuições ao Estado brasileiro contemporâneo**. Brasília: Ipea, 2013. cap.5, p.129-164.
- ALECRIM, W., DOBASHI, B. F. **Comentários: Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade**. Divulgação em saúde para debate, n. 52, p. 54-57, 2014.
- AQUINO L., CUNHA A., MEDEIROS B. A República como referência para pensar a democracia e o desenvolvimento no Brasil. In: CARDOSO JR. J. C., BERCOVICI G. (Orgs.) **República, democracia e desenvolvimento: contribuições ao Estado brasileiro contemporâneo**. Brasília: Ipea, 2013. cap.1, p.17-41.
- AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: Unesp: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- ARRAIS, Tadeu Alencar. **Geografia contemporânea de Goiás**. Goiânia: Ed. Vieira, 2004, 166 p.
- ARRETCHE, Marta. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FGV/Editora Fiocruz, 2012, 232 p.
- ARRETCHE, Marta. **Demos-Constraining or Demos-Enabling Federalism? Political Institutions and Policy Change in Brazil**. Journal of Politics in Latin America. Hamburg, v.5, n. 2, p. 133-150, 2013.
- ARRETCHE, M., SCHLEGEL, R. **Os estados nas federações: Tendências gerais e o caso brasileiro**. Banco Interamericano de Desenvolvimento, Brasília, fev2014.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.
- BARKER, P., CHURCH, J. **Revisiting Health Regionalization in Canada: More Bark Than Bite?** International Journal of Health Services, Canada, v. 47, n. 2, p. 333–351, 2017.
- BOBBIO, Norberto. **Thomas Hobbes**. Rio de Janeiro: Campus; 1991. 202 p.
- BORBA, O. D. F., MILAGRES, G. F., BARREIRA, C. C. M. A. **Anápolis/GO e suas interfaces com Região Urbana do eixo Goiânia / GO – Brasília / DF**. 2014
<http://www.observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal14/Geografiasocioeconomica/Geografiaurbana/060.pdf>, acesso em 27 de março de 2018 as 22:39
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
- _____. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF. 1990a. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 20 mar. 2018.

- ___ **Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília: DF. 1990b. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm Acesso em: 20 mar. 2018.
- ___ **Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000.** Brasília: DF. 2000. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm Acesso em 04 mai. 2018.
- ___ Ministério da Saúde. **Pacto pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais.** Departamento de Apoio à Descentralização/ Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- ___ Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Brasília: DF. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html Acesso em 20 mar. 2018.
- ___ **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Brasília: DF. 2011a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm Acesso em: 20 mar. 2018.
- ___ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011.** Rev Saúde Pública, v. 45, n. 6, p. 1206-7, 2011b.
- ___ **Lei n. 12.466, de 24 de agosto de 2011.** Brasília: DF. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm Acesso em: 22 mar. 2018
- ___ **Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012.** Brasília: DF. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm Acesso em: 22 mar. 2018
- ___ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 204 p.
- ___ Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Brasília: DF. 2017. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/161636273/dou-secao-1-22-09-2017-pg-68> Acesso em: 25 mar. 2018
- BRÊTAS JUNIOR, Nilo. **O CONASEMS, a CIT, as relações intergestores e os mecanismos de construção de consensos.** Divulgação em Saúde para Debate, n. 48, p. 28-32, 2012.
- CARNEIRO, M. G. D. et.al. **Processo de construção de redes de atenção à saúde na 16ª região de saúde do ceará.** S A N A R E , v.13, n.2, p.42-49, 2014.
- 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, A. L. B., JESUS, W. L. A., SENRA, I. M. V. B. **Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão**

crítica de gestores do sistema. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n.4, p. 1155-1164, 2017.

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

CAMPOS, T. C. S., BILAC, D. B. N., CUNHA, C. A. **Análise da distribuição dos recursos financeiros da assistência à saúde no Tocantins de 2008 a 2014 através do Governo Federal.** Revista Multidebates, Palmas, v.1, n.1, p.79-108, set 2017.

CIB-GO. COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. **Resolução nº 028/2012. Aprova desenho final do Plano Diretor de Regionalização - PDR do Estado de Goiás/2012.** Goiânia: CIB; 2012

___ **Resolução nº 344/2014. Aprova a criação de uma Região de Saúde formada pelos municípios de: Barro Alto, Goianésia, Itaguaru, Jaraguá, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo, Santa Rita do Novo Destino e Vila Propício.** Goiânia: CIB; 2014

CIR PIRENEUS. COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL PIRENEUS. **Regimento Interno.** Anápolis: CIR PIRENEUS; 2017.

CIT. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS.** Brasília: CIT; 2010.

CONASEMS. **Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS “Diálogos no Cotidiano”.** Rio de Janeiro: CONASEMS/COSEMS-RJ/LAPPIS/IMS/UERJ CEPESC/IMS/UERJ; 2016. 324 p.

CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **SUS 20 anos.** Brasília: CONASS; 2009. 282 p.

___ **Legislação estruturante do SUS.** Brasília: CONASS; 2011a. 531p.

___ **Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS; 2011b. 224 p.

___ **Gestão do trabalho e da educação da saúde.** CONASS; 2011c. 120 p.

___ **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

___ **CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: CONASS, 2016. 118 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: Publicada no Diário Oficial da União, Brasília, n.12, p.59, 13 jun. 2013. Seção 1. 2012.

___ **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Brasília: Publicada no Diário Oficial da União, Brasília, n.98, p.44-46, 24 mai 2016. Seção 1. 2016.

DOURADO, D. A., ELIAS, P. E. M. **Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro.** Revista de Saúde Pública, v. 45, n. 1, p 204-211, 2011.

DUARTE, C. M. R. et al. **Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1163-1174, 2015.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2009, 405 p.

FRANCO, T. B; MAGALHÃES JR., H. **A Integralidade e as Linhas de Cuidado**; in Merhy, E. E. et al, O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 296 p.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. **Mapa da Saúde**. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde; 2018. Disponível em: <http://mapadasaude.saude.go.gov.br/#s=201802;v=map3;i=dados_aps.ab_qtd_acs;l=pt>. Acesso em 03 mai 2018.

__. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização – PDR**. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde; 2004.

__. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde; 2007.

__. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde; 2015.

GOMES, R. C., GOMES, L. O. M. **In Search of a Stakeholder Management Theory for Third Sector Organizations**. Contabilidade, Gestão e Governança - Brasília - v. 18 - n. 1 - p. 43-60, 2015.

GUERREIRO, J. V., BRANCO, M. A. F. **Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, 2011.

HOFFMANN, E. J. et al. **O funcionamento do sistema de governança das redes de atenção à saúde em Montes Claros, Minas Gerais – Brasil**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde , v. 3, n. 2, p. 788-799, 2012. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/24290> Acesso em: 20 dez 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> Acesso em 02 abr 2018.

__. **Estimativas de população 2017**. Brasília: IBGE, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados> Acesso em 02 abr 2018.

JESSOP, Bob. **Governance and Metagovernance: On Reflexivity, Requisite Variety, and Requisite Irony**. Published by the Department of Sociology, Lancaster University, Lancaster LA1 4YN, UK, 2003. Disponível em: <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Jessop-Governance-and-Metagovernance.pdf> Acesso em: 23 mar 2018

JÚNIOR, Helvécio Miranda Magalhães. **Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade**. Divulgação em saúde para debate, n. 52, p. 15-37, 2014.

KEHRIG, R. T.; SOUZA, E. S.; SCATENA, J. H. G. **Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão**. Saúde debate, v. 39, n. 107, p. 948-961, 2015.

- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H.. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate.** Ciênc Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2307-16, 2010.
- LAVRAS, Carmen. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011a.
- LAVRAS, Carmen. Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBÁÑEZ, N., ELIAS, P. E. M., SEIXAS, P. H. D. **Política e gestão pública em saúde.** São Paulo: Editora Hucitec, 2011b. 826 p.
- LIMA, L. D., QUEIROZ, L. F. N., MACHADO, C. V., VIANA, A. L. D. **Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v.17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.
- MACHADO J. A., PALOTTI, P. L. M. **Entre cooperação e centralização: federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 61-83, jun 2015.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.14, n.34, p.593-605, 2010.
- MEDEIROS, C. R. G., GERHARDT, T. E. **Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras.** Saúde Debate, v. 39, n. especial, p. 160-170, 2015.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: OPAS; 2011. 549 p.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS.** Divulgação em saúde para debate, n. 52, p. 38-49, 2014.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Sobre a complexidade da implementação do SUS. In: SILVA, Sílvio Fernandes da. **Municipalização e poder local: sujeito, atores e políticas.** São Paulo: Editora Hucitec, 2001. 293 p.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 14ª ed. - São Paulo: HUCITEC; 2014. 408 p.
- MORAES, Ricardo Quartim de. **A evolução histórica do Estado Liberal ao Estado Democrático de Direito e sua relação com o constitucionalismo dirigente.** Revista de Informação Legislativa, São Paulo, ano 51, n. 204, p. 269-285, out-dez 2014.
- MORAIS, L. S., TEXEIRA, M. G. C. **Interfaces da accountability na administração pública brasileira: análise de uma experiência da auditoria geral do estado do Rio de Janeiro.** REAd Porto Alegre, v. 83, n. 1, p. 77-105, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/read/v22n1/1413-2311-read-22-01-0077.pdf> Acesso em 06 abr 2018.

- NEVES, L. N., RIBEIRO, J. M. **Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso.** Cad. Saúde Pública, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde.** Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef, 1979.
- PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS.** BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, ago 2010.
- PAIM J., TRAVASSOS C., ALMEIDA C., BAHIA L., MACINKO J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Lancet. (Série Brasil) [Internet] p. 11-31, 2011 Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> Acesso em 06 abr 2018.
- PEREIRA, B. L. S., TERRAZAS, F. V. **A estruturação e institucionalização do CONASEMS e COSEMS.** Divulgação em Saúde para Debate, n. 48, p. 15-20 2012.
- PHILIPPON, D. J., BRAITHWAITE, J. **Health System Organization and Governance in Canada and Australia: A Comparison of Historical Developments, Recent Policy Changes and Future Implications.** Healthcare Policy, v. 4, n. 1, p. 168-186, 2008.
- RANGEL, H., FADEL, A., NERI, B., BOLONHA, C. **Judicialização do federalismo e federalismo formal.** Revista Direito GV, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 217-250, jan-abr 2016.
- RIBEIRO, J. M., MOREIRA, M. R. **A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 14-24, dez 2016.
- RIBEIRO, P. T. **Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.403-412, 2015.
- ROCHA, Claudine Rodembusch. **O estudo do Princípio da Subsidiariedade e a importância do poder local para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS.** In: XII Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. Santa Cruz do Sul, 2016. Disponível em <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/view/14617> Acesso em 12 abr 2018.
- RODRIGUES, L. B. B., et al. **A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.
- 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.
- 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, Lenir. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2012. 221 p.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SAUTER, A. M. W., GIRARDON-PERLINI, N. M. O., KOPF, A. W. **Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde**. *Rev. Min. Enferm.*, v. 16, n. 2, p. 265-274, 2012.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011.

SILVA, E. C., GOMES, M. H. **A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa**. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.4, p.1383-1396, 2014.

SILVEIRA FILHO, R. M., et al. **Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, 2016.

SIQUEIRA, José Eduardo de. **25 anos do SUS: o que há para comemorar?** *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 56-64, 2013.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002. 726p. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso: 05mai 2018.

TANAKA, O. Y., OLIVEIRA, V. E. **Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS**. *Saúde e Sociedade*, v.16, n.1, p.7-17, jan-abr 2007.

VIANA A. L. D., MACHADO C. V. **Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. **Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional**. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015. 320 p.

A

**Roteiro de Entrevista para aplicação aos Gestores / Secretários
Municipais de Saúde da Região Pireneus**

Identificação da Entrevista:	
Descrição do Entrevistado	Data da Entrevista ___/___/___ /___
Entrevistado (a): _____	Início: _____
Município: _____ Data da Nomeação: ___/___/___	Final: _____
Idade: _____ Sexo: () M () F	

Dados de Instrução

- 1) Escolaridade: _____
- 2) Qual instituição de formação: _____ Pública ()
Privada ()

Dados do Vínculo

- 3) Qual é o seu tipo vínculo empregatício:
() Estatutário : Órgão de Origem () SMS () SES () Ministério da Saúde
() Executivo () Outros _____
() Contrato por tempo determinado () Cargo em Comissão / Confiança
() Outro _____
- 4) Tempo de ocupação do Cargo de Gestor / Secretário de Saúde? _____

Experiência na Gestão

- 5) Já ocupou o cargo de Gestor / Secretário de Saúde / Secretário em outra Secretaria e/ ou Prefeitura?

- 6) Ocupou anteriormente algum cargo de Gestão? _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
Página 1 de 3



Cenário Político

- 7) Possui filiação em algum Partido Político? () Não () Sim Qual? _____
- 8) Qual é a configuração Político-partidária do seu município?
Prefeito: _____ Vice-prefeito: _____
- 9) Qual foi a motivação para sua ocupação no cargo de Gestor / Secretário municipal de Saúde?
- () Capacidade Técnica () Experiência em Saúde Coletiva () Experiência em Gestão
() Indicação de outro Gestor/Secretário () Indicação dos trabalhadores em saúde
() Indicação político-partidária () Outro _____

Conhecimentos gerais e específicos

- 10) Em relação ao marco legal do SUS, Qual a legislação chama mais sua atenção?
Por que?
- 11) Você tem conhecimento do Decreto 7.508 / 2011? Em caso de sim, quais os artigos você utiliza com frequência de apoio a sua gestão?
- 12) Qual é o seu entendimento em relação ao processo de Regionalização?
- 13) Como você define Redes de Atenção à Saúde - RAS? Diferencie RAS de Redes temáticas.
- 14) Dentro das relações interfederativas, como você define CIR, CIB, CIT, COSEMS, CONASEMS, Regional de Saúde e CONASS?
- 15) Você participa e/ ou acompanha as discussões para construção das Pautas da CIR e CIB?

- 17) No seu entendimento, qual importância destas instâncias para sua gestão?
- 18) Você participou e/ou participa da construção e atualização da RAS em sua Região?
- 19) Na sua opinião, como você definiria o nível da sua participação nas discussões nestas instâncias de pactuação, principalmente na CIR?
- 20) Quando você tem dúvidas sobre gestão ou serviço de saúde, principalmente em relação à RAS, qual(is) instituição (ões) você recorre para sanar estas dúvidas? Você realiza com frequência?
- 21) Há algum outro assunto importante que você gostaria de ressaltar sobre a relação interfederativa e RAS o qual não foi abordado neste questionário?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Gestor (a),

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “DESAFIOS E ESTRATÉGIAS ENFRENTADOS PELA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA REGIÃO DE SAÚDE PIRENEUS, GOIÁS, NA ESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO”. Meu nome é Cláudio Silva Campos, sou farmacêutico bioquímico e discente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás - UFG. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinará ao final deste documento, o qual também contém a minha assinatura, contendo duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa na participação, você não será penalizado (a) de forma alguma.

No aceite da participação, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas por mim, pesquisador responsável pelas seguintes vias: e-mail: claudio.campos@saude.go.gov.br; contato telefônico: (62) 99988-9209 / 3098-1474 ou pelo aplicativo *WhatsApp* (62) 99988-9209. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também 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 “DESAFIOS E ESTRATÉGIAS ENFRENTADOS PELA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA REGIÃO DE SAÚDE PIRENEUS, GOIÁS, NA ESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO” propõe analisar as discussões e pactuações desenvolvidas pela CIR da Região Pireneus focados principalmente no processo de construção das redes de atenção à saúde. Para isto pretende-se especificamente investigar a governança da CIR Pireneus no atributo da coordenação das relações intergovernamentais e assim identificar as potencialidades e fragilidades, principalmente em relação à efetivação das redes de atenção.

Se você decidir participar, passará por uma entrevista orientada por um roteiro semi-estruturado (perguntas objetivas e subjetivas) que nortearão respostas aos objetivos citados anteriormente, e demonstrará o potencial de governança da CIR Pireneus.

Cada entrevista será codificada “SMS 1, SMS 2, SMS 3 até o número 11”, e serão gravadas por meio de gravador digital, para posteriormente serem transcritas para a análise de conteúdo. O tempo gasto para concluir as respostas será cerca de 1 hora 30 minutos, tendo como ambiente de primeira escolha para a aplicação, o interstício dos períodos na reunião da CIR e /ou seu respectivo gabinete na Secretaria Municipal de Saúde de seu município, a fim de evitarmos interferências de terceiros, e também para lhe conferir mais segurança.

Ao participar deste estudo não há benefícios diretos para os participantes, porém trarão benefícios indiretos, como a contribuição para o avanço das relações intergestoras da saúde em nível regional, estabelecido no Decreto 7.508 / 2011, que denota maior governança às regiões, sobretudo na lógica da construção e consolidação das redes de atenção à saúde, com isso promovendo o fortalecimento da descentralização do SUS em Goiás.

Como pesquisador responsável pelo projeto, garanto que todos os cuidados serão tomados

para garantir o anonimato das informações, assim como, a redução dos riscos de uma eventual possibilidade de constrangimento, frente aos esclarecimentos ou divulgação do tema da pesquisa.

Nenhuma penalidade lhe será imposta caso você não queira participar ou até mesmo, se desistir em qualquer momento, de continuar contribuindo com o estudo.

Não está previsto nenhuma forma de ressarcimento, uma vez que, este estudo não implica em qualquer despesa pecuniária para você, como sujeito participante.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu,

_____, RG _____ e CPF _____ - _____, abaixo assinado, informo ter idade superior a dezoito (18) anos, concordo em participar, como sujeito por livre e espontânea vontade, do estudo que tem como objetivo, analisar “DESAFIOS E ESTRATÉGIAS ENFRENTADOS PELA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA REGIÃO DE SAÚDE PIRENEUS, GOIÁS, NA ESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO”.

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador Cláudio Silva Campos sobre a pesquisa, sobre 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.

_____, _____ de _____ de 2017.

Assinatura por extenso do (a) participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS ENFRENTADOS PELA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA REGIÃO DE SAÚDE PIRENEUS, GOIÁS, NA ESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO.

Pesquisador: CLAUDIO SILVA CAMPOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 75019317.7.0000.5083

Instituição Proponente: NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.334.894

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, voltada para gestores do Sistema Único de Saúde - SUS e os processos de governança regional e redes de atenção à saúde. A coleta de dados poderá realizar-se de duas formas: Após o término da reunião da CIR, para não prejudicar o tramite da mesma ou por agendamento prévio com o gestor, havendo o deslocamento do pesquisador para o respectivo município, no local data e hora marcada. Além da entrevista serão coletados dados documentais referentes à produção da CIR, como pautas de reuniões, atas e resoluções. Os instrumentos de coleta de dados a ser empregado será um formulário de entrevista semiestruturado, com questões objetivas e subjetivas, que fornecerão dados referentes ao objetivo da pesquisa, sendo que estas entrevistas deverão ser realizadas em um ambiente sigiloso para que os mesmos possam responder de forma íntegra, preservando as informações e o entrevistado. A meta da coleta de dados é reunir dados concernentes ao problema a ser investigado. Estarão inclusos no estudo todos os gestores maiores de 18 anos, que se disponibilizarem a participar da pesquisa e responder a entrevista de forma responsável.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131			
Bairro: Campus Samambaia	CEP: 74.001-970		
UF: GO	Município: GOIANIA		
Telefone: (62)3521-1215	Fax: (62)3521-1163	E-mail: cep.prpl.ufg@gmail.com	



Continuação do Parecer: 2.334.804

Considerando a importância da reorganização do sistema de saúde, na busca da garantia de acesso e integralidade das ações de saúde, o objetivo geral deste projeto consiste em analisar as discussões e pactuações desenvolvidas pela CIR da Região Pireneus focados principalmente no processo de construção das redes de atenção à saúde.

Objetivo Secundário:

Evidenciar a composição dos serviços de saúde da Região de Saúde Pireneus; Conhecer as atividades e ações desenvolvidas pela CIR e sua capacidade de articulação, planejamento regional, formulação e implementação de políticas; Identificar as potencialidades e fragilidades da CIR da Região Pireneus, principalmente em relação à efetivação das redes de atenção e Investigar a governança da CIR Pireneus no atributo da coordenação das relações intergovernamentais;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos nesta pesquisa são diminutos, salvaguardando a integridade física, moral e psicológica, bem como o anonimato do entrevistado e seu respectivo município.

Benefícios:

Os benefícios são extensos, principalmente na identificação dos aspectos constitutivos da CIR Pireneus, auxiliando no processo de governança regional do sistema de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está com metodologia bem delineada, os pesquisadores tem conhecimento sobre ao objeto proposto, com relevância social e acadêmica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam os termos de anuência da comissão de intergestores da região proposta à coleta dos dados, TCLE com linguagem adequada aos participantes da pesquisa, garantindo anonimato, direito a retirar da pesquisa se o desejar e de indenização se for comprovado que houve danos em relação a pesquisa, atende a resolução 466/12. Termo de responsabilidade assinado por todos os participantes da pesquisa e folha de rosto. Inseriram declaração de que não iniciaram a coleta de dados e que somente iniciarão após após a aprovação do CEP/UFG

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após apreciação dos documentos postados somos favoráveis à aprovação do presente protocolo de pesquisa, smj deste Comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131		
Bairro: Campus Samambaia		CEP: 74.001-970
UF: GO	Município: GOIANIA	
Telefone: (62)3521-1215	Fax: (62)3521-1163	E-mail: cep.prpl.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.334.804

APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para junho de 2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	nao_iniciou_coleta.pdf	18/10/2017 11:25:27	João Batista de Souza	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_914475.pdf	30/08/2017 17:01:58		Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	30/08/2017 17:00:17	CLAUDIO SILVA CAMPOS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	30/08/2017 16:54:41	CLAUDIO SILVA CAMPOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_para_CEP.pdf	30/08/2017 16:54:04	CLAUDIO SILVA CAMPOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso.pdf	30/08/2017 16:49:13	CLAUDIO SILVA CAMPOS	Aceito
Outros	Cartadeanuencia.pdf	18/08/2017 09:26:10	CLAUDIO SILVA CAMPOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_aos_Gestores_finalizado.pdf	18/08/2017 09:21:03	CLAUDIO SILVA CAMPOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_CEP.pdf	24/07/2017 12:08:52	CLAUDIO SILVA CAMPOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpl.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.334.894

GOIANIA, 18 de Outubro de 2017

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpl.ufg@gmail.com



COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
REGIÃO PIRENEUS




CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o pesquisador **CLÁUDIO SILVA CAMPOS**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **DESAFIOS E ESTRATÉGIAS ENFRENTADOS PELA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA REGIÃO DE SAÚDE PIRENEUS, GOIÁS, NA ESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO**, que está sob a orientação da Prof. Dr^a Edsaura Maria Pereira, cujo objetivo consiste em analisar as discussões e pactuações desenvolvidas pela CIR da Região Pireneus focados principalmente no processo de construção das redes de atenção à saúde, através de entrevista com os gestores que compõe esta comissão e a análise de documentos produzidos (pautas, atas e resoluções) pela referida CIR.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução CNS 466 / 2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

CIR - Comissão Intergestores Regional – Pireneus em Anápolis - GO, aos 09 de maio de 2017.


Edson dos Santos Barreto
Secretário Municipal de Saúde de Cocalzinho de Goiás
Coordenador da CIR - Pireneus


Ana Maria Azara Rodrigues
Coordenadora Geral - Regional Pireneus
Vice - coordenadora da CIR