VIVIANE LIMA BASTOS GUIMARÃES

O PROCESSO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM PERNAMBUCO, NA PERSPECTIVA DA GESTÃO ESTADUAL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

ORIENTADORA: Adriana Falangola Benjamin Bezerra

RECIFE
2012

Catalogação na Publicação
Bibliotecária: Gláucia Cândida da Silva, CRB4-1662

G963p Guimarães, Viviane Lima Bastos.
O processo da regionalização da saúde em Pernambuco, na perspectiva da Gestão Estadual / Viviane Lima Bastos Guimarães. – Recife: O autor, 2012.
115 f.: il. ; 30 cm.

Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.
Inclui bibliografia e apêndice.

1. Regionalização. 2. Gestão em Saúde. 3. Governo Estadual. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2012-235)

Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRAND(O)A

VIVIANE LIMA BASTOS GUIMARÃES

No dia 31 de agosto de 2012, às 9h, no Auditório Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP) da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Doutor (a) do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador (a)) Membro Interno, Kátia Rejane Benjamin Bezerra (Doutor (a) do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM / FIOCRUZ) Membro Externo e Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) VIVIANE LIMA BASTOS GUIMARÃES, sobre a sua Dissertação intitulada: "***A regionalização da saúde em Pernambuco na Perspectiva da gestão Estadual.***". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do (a) Mestrando (a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra _____

Profa. Dra. Kátia Rejane Benjamin Bezerra _____

Prof. Dr. Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo _____

_____

Profa. Dra. *Adriana Falangola Benjamin Bezerra*

_____

Profa. Dra. *Kátia Rejane Benjamin Bezerra*

_____

Prof. Dr. *Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo*

Dedico este trabalho aos meus amores Luiz Carlos, Luiz Gabriel e Davi Rafael.

Ofereço também a meus queridos pais.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus e a Nossa Senhora, presentes em todos os momentos da minha vida, principalmente naqueles de incertezas, inseguranças, aflições e, muitas vezes, de solidão.

Ao meu marido, Luiz Carlos, pelo seu companheirismo, seu amor, seu apoio, neste momento de conquistas e muita dedicação aos livros. Por tentar me substituir tantas vezes junto a Gabriel e a Davi, nos meus inúmeros momentos de ausência. Obrigada pelo aprendizado, pelas lições de vida, por me fazer despertar para a realidade. Mas, principalmente, obrigada por não ter desistido dos nossos doze anos nos momentos difíceis por que passamos juntos. O nosso amor é mais forte. Você sempre será o meu porto seguro, mas ao mesmo tempo, o furacão de nossa casa (aquele que, quando chega, não passa despercebido, ou pela sua alegria contagiante, ou pela agitação cotidiana do seu trabalho).

Ao meu lindão, Luiz Gabriel, meu anjo Gabriel, pela sua total compreensão nos muitos momentos em frente ao computador em que eu me neguei a lhe dar atenção, em todas as etapas desse trabalho. Pela sua "ajuda" no momento das digitações, pela "suas pesquisas" na internet para contribuir com o meu trabalho e pelo seu auxílio precioso nos cuidados com o pequeno Davi.Filho amado, você é meu amigão.

Ao meu pequenino Davi Rafael, que foi concebido e gerado em meio a esse percurso; que, ainda no meu ventre, sentiu os meus momentos intensos fazendo a coleta dos dados e sente hoje a minha ausência finalizando este trabalho. Filho pequeno, obrigada pela sua presença junto a mim e pela sua alegria constante. Você veio como uma bênção nas nossas vidas.

À minha mãe, única e inigualável, por sempre acreditar em mim e, mesmo distante, me dar a segurança e a serenidade de que tanto preciso. Obrigada pelo seu exemplo de mulher, de mãe, de vovó. Agradeço os seus conselhos, a sua maturidade para me auxiliar nos inúmeros momentos em que precisei de você. Amo Você.

Ao meu pai que, em qualquer parte do céu, tenho a certeza de estar torcendo por mim. Você foi o instrumento fundamental de Deus na formação do meu caráter e das fortes convicções e valores que tenho e que hoje tento transmitir aos meus filhos.

À minha orientadora Adriana Falangola pelo seu exemplo de profissional competente e responsável, pela sua paciência, seu carinho e dedicação. A ela só tenho a agradecer. Obrigada pelo seu apoio, em todos os momentos desse percurso. Eu realmente me senti guiada por você, em instantes de aflição e dúvidas. Mas você não irá se libertar de mim tão

facilmente, ainda precisamos dar continuidade a esse tema de fundamental importância, além do que, você é responsável por ter me cativado.

À minha fiel escudeira Marinete, que tantas vezes me auxiliou nesses dois anos com os cuidados dos meus filhos, nos meus momentos de ausência.

As bolsistas e estudantes de medicina, Ana Luiza Botelho e Dra. Vanessa Borba (hoje médica) que me auxiliaram muito no desenvolvimento desta pesquisa.

À minha família Lima de origem pelo carinho, amor, acolhimento e escuta, sempre dedicados a mim. À minha família do coração, Guimarães, por me acolher como filha. A vocês, todos os dias de minha vida, agradeço o prazer da convivência, do exemplo, do carinho e, mesmo distante, sei que os sentimentos não mudaram.

Aos colegas do Mestrado, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional e, muitas vezes, foram meus ouvintes nas preocupações com a conclusão desse trabalho.

Aos representantes da gestão estadual que contribuíram com subsídios para esse trabalho.

À todos que presenciaram, participaram e contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento desse trabalho.

Obrigada!

“Unir-se é um bom começo, manter a união é um progresso, e trabalhar em conjunto é a vitória”. Henry Ford

RESUMO

GUIMARÃES, V. L. B. **O processo da regionalização da saúde em Pernambuco na perspectiva da gestão estadual.** 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

Introdução: A regionalização é um processo organizacional de descentralização da saúde. Considera as especificidades locais e a gestão participativa e solidária entre os entes federados, visando à integralidade da assistência à saúde. Objetiva garantir acesso, integralidade e qualidade das ações e serviços de saúde que ultrapassem os limites municipais e locais. E nesse contexto, o estado assume o papel de coordenar o processo de regionalização e de mediador da relação intermunicipal. O objetivo do estudo foi analisar o atual cenário do processo de regionalização da saúde em Pernambuco, na perspectiva da gestão estadual**.** **Metodologia:** É um estudo qualitativo e interpretativo, do tipo estudo de caso, com uso da análise temática. Foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com o núcleo gestor da Secretaria Estadual de Saúde, tendo como referencial categórico e condutor do roteiro da entrevista o componente dimensão da Matriz de Avaliação proposta por Reis (2010). **Resultados:** A análise interpretativa das falas no que se refere ao nível *governo* revela que há um subfinanciamento do sistema e a partilha de recursos financeiros entre as regiões de saúde não é apreciada com base em parâmetros de equidade. Em se tratando do nível *gestão* os entraves são relacionados a incipiência das redes de atenção, da política de regulação, e dos planos de informatização, além da dificuldade de fixação dos recursos humanos em áreas longínquas.No nível *assistência* os limitantes do processo de regionalização estão relacionados à deficiência e má estruturação da rede de serviços e a incipiência dos protocolos clínicos. Ao compatibilizar os discursos proferidos e o arcabouço legal delineado referente ao papel da gestão estadual no que se refere à regionalização da saúde, é possível observar uma sintonia entre o núcleo gestor, bem como a compreensão das atribuições e atualização em relação ao marco teórico e legal, porém há um distanciamento entre a expertise acumulada e a operacionalização do processo de regionalização. O cenário futuro do processo de regionalização no estado, na concepção do núcleo gestor, será de investimento em um projeto de produtividade, fortalecimento da comunicação entre os profissionais da atenção, por meio de um sistema de informação que facilite o acompanhamento dos processos tanto relacionados a assistência quanto aos de educação permanente, além da atualização dos instrumentos de planejamento - PES, PDR, PPI, e PDI.**Considerações finais**: Diante dos aspectos levantados, a regionalização da saúde em Pernambuco assume o prejuízo do atraso na sua implementação, sendo indicativa a necessidade de definições político administrativas direcionadas a investimentos estruturantes que garantam a implantação de uma regionalização sustentável.

PALAVRAS CHAVE: Regionalização; Gestão em saúde; Governo estadual.

ABSTRACT

GUIMARÃES, V. L. B. **The regionalization of health in Pernambuco from the perspective of state management.** 2012. Dissertation (Master's in Collective Health) – Integrated Postgraduate Program in Collective Health, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brazil, 2012.

Introduction: Regionalization is an organizational process involving the decentralization of health that considers local specificities as well as fair, participative management. The aim is to ensure access, integrality and quality in health services and actions that surpass municipal and local limits. In this context, the state takes on the role of coordinating the regionalization process and mediating inter-municipal relations. The aim of the present study was to analyze the current situation of the health regionalization process in the state of Pernambuco, Brazil, from the perspective of state management**. Methods:** A qualitative, interpretative, case study was carried out involving thematic analysis. For such, semi-structured interviews guided by the evaluation matrix proposed by Reis (2010) were held at the central administration of the offices of the State Secretary of Health. **Results:** The interpretative analysis of the statements regarding the *government* reveals that financing of the system is inadequate and the sharing of financial resources among the different health regions is not performed in an equitable manner. The problems identified with regard to *management* are related to the incipiency of the healthcare networks, the regulation policy and plans for computerization as well as the difficulty in obtaining consistent human resources in distant areas. Regarding *health care*, the limiting factors of the regionalization process are related to the deficiency and inadequate structuring of the health services and the incipiency of the clinical protocols. An analysis of the discourse reveals comprehension on the part of the interviewees regarding the legal and theoretical foundations of the state management of the regionalization of health, but there is a considerable distance between the accumulated expertise and the operationalization of the regionalization process. In the conception of the administration center, the future of this process will involve investments in a productivity project, the strengthening of communication among healthcare professionals through an information system that can facilitate the follow up of processes related to both health care and continuing education and the updating of planning instruments (PES, PDR, PPI, and PDI). **Final considerations**: The regionalization of health in the state of Pernambuco is hampered by delays in its implementation, which underscores the need for political-administrative definitions aimed at structuring investments that ensure the implantation of sustainable regionalization in health.

KEYWORDS: Regionalization; Health Management; State Government

LISTA DE QUADROS E FIGURA

QUADRO 1 - Instrumentos de Planejamento da Regionalização..... 28

QUADRO 2 - Distribuição dos níveis, dimensões e subdimensões utilizados como categoria de análise na matriz de Reis (2010)..... 32

QUADRO 3 - Distribuição das Macrorregionais de Saúde, suas regiões e municípios-sede..... 34

Figura 01 - QUADRO SÍNTESE: do marco teórico aos objetivos..... 30

Mapa 01- Distribuição espacial segundo as Regiões de Saúde - Pernambuco..... 34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BA	Bahia
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissões Inter-gestoras Bipartites
Cies	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CIT	Comissão Inter-gestoras Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cosems	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
Cremepe	Conselho Regional de Medicina de Pernambuco
Crie	Comissão Regional Interestadual
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
Geres	Gerência Regional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
GPEPS	Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde
GT	Grupo de Trabalho
GTO	Grupo Tático-Operacional
GTT	Grupos Temáticos de Trabalho
LOS	Lei Orgânica de Saúde
Noas	Normas Operacionais de Assistência a Saúde
NOB –SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OS	Organizações Sociais
PDI	Plano Diretor de Investimento
PE	Pernambuco
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEBA	Pernambuco e Bahia
PES	Plano Estadual de Saúde

PIB	Produto Interno Bruto
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
Provab	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Renases	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
Samu	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sgetes	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Simepe	Sindicato dos Médicos de Pernambuco
Sindsaúde/PE	Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Seguridade Social no Estado de Pernambuco
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
Upae	Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
2 OBJETIVOS 13
2.1 Objetivo Geral 13
2.2 Objetivos Específicos 13
3 REFERENCIAL TEÓRICO 17
3.1 A descentralização do poder público a partir da Reforma do Estado 17
3.2 A repercussão da descentralização do poder público no campo da saúde 21
3.3 A descentralização e a realidade diante do seu contexto normativo 20
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 23
4.1Tipo de estudo 23
4.2 Sobre o campo empírico da pesquisa 26
4.3 Sujeito da pesquisa 28
4.4 Percursos metodológicos: da preparação aos resultados 28
4.5 Aspectos éticos 30
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 31
5.1 Nível de Análise – Governo 31
5.1.1 Dimensão / Categoria- Projeto Estadual de Regionalização da Saúde. 31
6.1.2 Dimensão / Categoria - Financiamento 39
5.2 Nível de Análise - Gestão 45
5.2.1 Dimensão / Categoria - Acesso e continuidade do sistema estadual de saúde 45
5.2.2 Dimensão / Categoria - Controle Social 63
5.3 Nível de Análise Assistência 65
5.3.1 Dimensão / Categoria - Qualidade da Assistência 65
5.3.2 Dimensão / Categoria - Educação em Saúde 69
5.4 Estratégias de operacionalização da regionalização – O cenário futuro 75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 78
REFERÊNCIAS 80
APÊNDICES 99
ANEXO 120

1 INTRODUÇÃO

A tentativa de descentralizar as ações e os serviços de saúde através da estratégia de regionalização demonstra um cenário limitante em relação às condições técnicas, recursos humanos capacitados e financeiros suficientes dos municípios brasileiros, o que repercute em problemas para a concretização dessa descentralização, fragmentando um sistema que doutrina a universalização, a equidade e a integralidade como seus princípios.

Diante desse quadro, concretizar a regionalização teórica ainda está distante e, na prática, passa pelos seguintes desafios: organizar um sistema de saúde que se adapta melhor à heterogênea realidade brasileira, dispor de um poder local fortalecido, capaz de promover a participação da população que responda no mínimo pela atenção básica à saúde em condições técnicas, gerenciais e financeiras adequadas e suficientes para modificar o modelo centralizado e verticalizado da saúde.

Mas os desafios não consistem somente nessas premissas, incluem principalmente a citação de estratégias que permitam o fortalecimento dos municípios sem tornar o sistema de saúde fragmentado e descontínuo (municipalização autárquica) e fortalecer mais os estados, delimitando e especificando, de forma clara, as funções de todos os entes federados.

A denominação municipalização autárquica é utilizada para identificar os municípios que investem indiscriminadamente em ações e serviços de saúde, tentando ofertar, sem nenhuma articulação regional, um sistema de saúde singular, restrito, oneroso, com qualidade inadequada, caracterizando um modelo de saúde centrado numa microeconomia solitária, formando subsistemas de saúde fragmentados e incomunicáveis (PESTANA; MENDES, 2004).

Em contrapartida, a esta municipalização autárquica, passa a ser discutida a ideia das redes de saúde como possível modelo de atenção, inscrita na Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (Noas/01), promovendo a integralidade das ações, com a articulação regional solidária e cooperativa entre os três entes federados, interdependente na prestação de serviços, possibilitando qualidade e resolubilidade no atendimento às necessidades dos cidadãos, permitindo-lhes o acesso ao sistema (SANTOS, 2008).

Essa organização proposta pela Noas/01 pretende ir muito além da municipalização solitária. Instituiu, em suas normas, conceitos como região de saúde, encarregada de um planejamento regional para a organização de um sistema funcional no qual estejam incluídos

todos os níveis de saúde sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SESs) (BRASIL, 2001; PESTANA; MENDES, 2004;NASCIMENTO, 2007).

Esse sistema tem como base a indivisibilidade territorial, tanto dos municípios quanto dos estados, articulando o compromisso e a responsabilidade dos municípios no acesso das pessoas ao serviço de saúde. Os estados são responsáveis pela articulação e coordenação do processo de regionalização, da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e das referências intermunicipais, reorganizando a lógica do financiamento, a fim de contemplar as necessidades populacionais (BRASIL, 2001; PESTANA; MENDES, 2004; NASCIMENTO, 2007). Além dessas responsabilidades, cada estado deve exercer o seu papel de regulador, formador de políticas e prestador de serviços para efetivar uma regionalização intergovernamental solidária e cooperativa.

Na tentativa de efetivar essa regionalização, em Pernambuco, a SES, elaborou o Plano Estadual de Saúde (PES), aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde e divulgado através da Resolução nº 420, de 12 de fevereiro de 2009. Neste, foi contemplado o Plano Diretor de Regionalização (PDR) (PERNAMBUCO, 2009), um dos instrumentos ordenadores e facilitadores da implementação desse modelo de gestão.

Posteriormente, com a Portaria nº 817, de 25 de setembro de 2009, o governo de Pernambuco, instituiu um grupo de trabalho, definindo objetivos e prazos para implantar a regionalização no estado, a cargo de um grupo tático-operacional (GTO) e os grupos temáticos de trabalho (GTT), responsáveis por operacionalizar a agenda com os seguintes objetivos:

> "1-Conhecer experiências exitosas de regionalização e consórcios da saúde;
> 2- Definir o projeto piloto para o Estado de Pernambuco;
> 3- Garantir articulação local para desenvolvimento do projeto;
> 4- Garantir mecanismos operacionais para o processo de trabalho;
> 5- Realizar Análise de Situação em Saúde;
> 6- Validar a produção da analise de situação de cada região;
> 7- Revisar e/ou elaborar os instrumentos de planejamento;
> 8- Definir instrumentos operacionais;
> 9- Definir o modelo de atenção a saúde a ser implantado;
> 10-Reestruturar o modelo de gestão regional;
> 11- Monitorar e avaliar o processo" (PERNAMBUCO, 2009).

É certo que somente a elaboração dos instrumentos, do plano estadual de saúde e a instituição de grupos de trabalhos não são suficientes para efetivar a implementação da regionalização. A regionalização, segundo Nascimento (2007), tende a ser de difícil

implantação, devido aos interesses e autonomias envolvidos, a ausência de mecanismos efetivos e constitucionais que possibilitem a cooperação entre os entes federados, bem como a fragilidade técnica, administrativa e gerencial de diversos municípios brasileiros. Acresce a isso a desigualdade de ofertas de serviços e a ausência de políticas distintas de investimento e de apoio técnico.

Levando em consideração a importância da regionalização da saúde para a efetiva implantação do SUS, as normas direcionadoras da regionalização que vêm sendo firmadas progressivamente desde a década de 90, os desafios que ainda se encontram na implantação e consolidação de uma regionalização solidária, é tácita a importância de um estudo que faça reflexões a respeito da estratégia de regionalização da saúde, tendo em vista o fortalecimento municipal em detrimento das funções dos estados, a importância de priorizar a estratégia da regionalização na agenda pública estadual e a complexidade do processo de regionalização em nível organizacional e financeiro.

Diante dessas reflexões surgiu a necessidade da realização desta pesquisa que tornou-se relevante, pois fez uma análise interpretativa dos documentos oficiais relacionados ao papel da gestão estadual no processo de regionalização da saúde, comparando o que é descrito nestes e o que efetivamente é praticado pela gestão estadual da saúde em Pernambuco, permitiu o aprofundamento das reflexões sobre o que relatam os gestores estaduais da saúde a respeito do seu papel diante da regionalização da saúde, forneceu substratos para discussão e aprimoramento da condução do processo de regionalização e aspira contribuir para o desenvolvimento de novos estudos sobre a regionalização, para melhor entendimento das relações teórico-práticas.

Considerando os desafios existentes no processo de implantação da regionalização, no fortalecimento das funções e responsabilidades dos entes federados, apreciando também a necessidade de efetivar o papel do estado, o que é proposto normativamente, comparando essas normas com as questões práticas, vividas no cotidiano da gestão de saúde, surge uma questão a ser investigada: **Como está sendo operacionalizado, pela gestão estadual, o processo da regionalização da saúde em Pernambuco?**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Analisar o atual cenário do processo de regionalização da saúde em Pernambuco na perspectiva da gestão estadual**.**

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Comparar o discurso dos gestores estaduais, na condução da regionalização em Pernambuco, com o arcabouço legal e normativo que garante e orienta a operacionalização desse processo;

- ✓ Analisar o processo de regionalização da saúde em Pernambuco, a partir das estratégias de operacionalização;

- ✓ Analisar o processo de regionalização da saúde em Pernambuco, a partir da compatibilidade entre o discurso, o arcabouço legal e normativo e as estratégias de operacionalização.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A descentralização do poder público a partir da Reforma do Estado

A regionalização da saúde é antecedida pela descentralização do poder do Estado, sendo esta um processo político-administrativo de relevância pública, propõe o desmonte do poder central do país e a redução do processo regulatório. No seu sentido mais amplo, propõe a devolução, desconcentração e delegação. A devolução no sentido de devolver aos poderes locais a administração, as finanças e a programação; a desconcentração se refere aos encargos e tarefas; e a delegação transfere algum grau de poder decisório às instâncias locais. Nesse sentido, expressa uma tendência democrática e de práticas gerenciais novas que depende de coalizões políticas (MELO, 1997).

Sobre esse contexto, a partir da década de 70, a descentralização ganhou força com o esgotamento do paradigma de organização do setor público centralizado, principalmente após as duas crises econômicas mundiais: a explosão dos juros americanos e a crise do petróleo (MELO, 1997; GURGEL JUNIOR, 2004). O Estado, constituído em um berço centralizador do poder, em uma soberania una e indivisível que objetivava estabelecer uma ordem livre dos perigos da fragmentação e da invasão externa, não resistiu a essas crises, que provocaram um aumento dos gastos com políticas públicas e do custo da máquina administrativa do Estado, impulsionando a descentralização e contradizendo o seu caráter formador (MELO, 1997; GURGEL JUNIOR, 2004; ABRÚCIO, 2006).

Para efetivar essa descentralização, países como França, Espanha e Itália, na época governados pelo regime socialista, implementaram reformas descentralizadoras. Esse movimento, além de ter sido apoiado pelos socialistas, contou com o auxílio de setores reformistas modernizadores, culminando numa experiência de reorganização. Na década de 80, a descentralização do poder público foi alvo de discussão e constituiu-se um “princípio ordenador das reformas do setor público” (MELO, 1997, pg. 112). No âmbito internacional, esses princípios se difundiram nos países capitalistas avançados da época.

Em referência à América Latina, cujos países, em sua maioria, se encontravam sob o regime ditatorial, a descentralização fez parte de um processo de democratização dos países. Esse movimento descentralizante produziu inovações nas gestões públicas repercutindo na gestão municipal, o que permitiu maior participação social através das discussões das leis estaduais e municipais e dos planos diretores (MELO, 1997).

Entretanto, existe uma linha de pensamento que tenta problematizar a trajetória e os resultados da descentralização, não defendendo um poder centralizador, mas sim, criticando os fatores que interferem no cumprimento das ideias e movimentos descentralizadores. Neste sentido, a descentralização pode ser definida como uma transferência do poder decisório a instâncias subnacionais, dando a estes, autonomias para escolher seus governantes, comandar suas administrações, elaborar suas legislações e cuidar das suas tributações e finanças (ABRÚCIO, 2006).

Essa definição mínima não leva em consideração as diversas formas de autonomia nas inúmeras instâncias subnacionais, o aspecto da desconcentração administrativa (delegação de função de órgãos mais centrais para agências mais autônomas), a horizontalização das organizações públicas, dando maiores poderes aos gerentes, e a utilização do conceito de descentralização para nele incluir a privatização ou concessão de serviços públicos. Neste último caso, o Estado concede à iniciativa privada obrigações e atribuições que até então lhe pertencia e fazia parte de sua responsabilidade junto à sociedade (ABRÚCIO, 2006).

Retomando a trajetória, a globalização e a crise do Estado, nos anos 80, estimularam a criação de um Estado com novas funções, numa visão mais gerencial do que burocrata, exercendo o papel de facilitador da economia brasileira para que se tornasse mais competitiva internacionalmente (BRESSER PEREIRA, 1996).

A reforma do aparelho do Estado Brasileiro aconteceu amplamente segundo Bresser Pereira, (1996), nas duas gestões do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), com reformas políticas institucionais, privatizando setores da economia, com a participação do Estado, flexibilização da gestão pública e criação das Agências Executivas Públicas.

No Brasil, foi notória a instabilidade que assolou o setor público, sendo este alvo de profundas mudanças nas suas estruturas organizacionais. Então, o processo histórico da reforma e sua influência no Estado brasileiro aconteceram tardiamente e utilizaram experiências internacionais de setores públicos para aplicá-las à realidade brasileira, sem levar em consideração as peculiaridades históricas do país: o afastamento de amplas camadas

populacionais do poder, sua democratização imatura, ciclos alternados de ditadura, com profundas raízes patrimonialistas e clientelistas (GURGEL JUNIOR, 2004).

Com relação às áreas relacionadas à saúde e educação a proposta objetivava a publicização dos hospitais, laboratórios e escolas. Para os trabalhadores, novas formas de contratação de serviços públicos. Quanto às Organizações Sociais (OS), a proposta era que receberiam os serviços, os recursos humanos e financeiros para gerir, sob um conselho administrativo (com o papel de controle social), as políticas sociais que são responsabilidades do Estado (GURGEL JUNIOR, 2004). Então, uma reorganização tanto do sistema econômico quanto do sistema político foi proposta pelo governo de Fernando Henrique.

O próprio ex-presidente ressaltou a importância de adotar critérios de gestão para redução de custos, articulando com a sociedade e definindo prioridades. Complementou ainda que "... a produção de bens e serviços pode e deve ser transferida à sociedade, à iniciativa privada, com grande eficiência e com menor custo para o consumidor" (CARDOSO, 2004, p. 15).

Neste contexto, o processo de descentralização da saúde ocorreu sob críticas excessivas acerca da centralização e burocratização; descoordenação e desarticulação institucional ("a duplicidade das ações, a dicotomia das redes de atendimento") (ARRETCHE, 2000, p. 201) e uma visão economicista e limitada, negligenciando a democratização do Estado (ABRÚCIO, 2006).

3.2 A repercussão da descentralização do poder público no campo da saúde

A proposta de reorganização do aparelho do Estado e de descentralização do poder repercutiu na saúde. Antes do governo FHC a saúde já se encontrava num processo de implementação da descentralização (MELO, 1997), não por uma preocupação com a democracia e a participação social, mas pela necessidade do Estado repassar as funções a governos locais, desconcentrando as administrações centrais para as agências e privatizando empresas públicas (ABRÚCIO, 2006).

Assim, é sob esse processo histórico de reforma do Estado brasileiro, de descentralização do poder público e de privatização das empresas estatais que se instaurou o SUS, com pretensões de ser universal e equânime e, ao mesmo tempo, descentralizado e regionalizado.

Com o Estado centralizador, as políticas de proteção social resultariam, como aconteceu, em ineficiência e dilemas da democratização, pois quanto maior o número de setores sob a responsabilidade do governo, menor a sua capacidade de gerenciá-los e de perder o controle. Por essas razões também, o Estado concordou em diminuir seu poder decisório e transferir parte deste para o setor privado. Em conjunto com os dilemas, o excesso de dificuldades, antigas e emergentes, favoreciam o desmembramento do poder: o crescimento urbano acelerado e o próprio discurso de descentralização, que foi sendo aceito por grandes instituições mundiais como o Banco Mundial (ABRÚCIO, 2006).

Todas essas mudanças tiveram repercussão importante na saúde, que vivenciou um momento de grande mobilização democrática com o Movimento da Reforma Sanitária e, posteriormente, com a Constituição de 1988 e suas Leis Orgânicas, garantindo legitimamente acesso universal à seguridade social e à saúde. Não obstante estas conquistas, a saúde sofreu um processo tortuoso com a implantação do SUS sendo marginalizada no gasto social federal (MELO, 1997).

A partir da promulgação da Constituição de 1988 e das leis orgânicas da saúde, a política de saúde, até então centralizada operacionalmente, iniciou legalmente um caráter descentralizador.

A descentralização das ações de saúde visava redistribuir poderes e responsabilidades entre os três entes federativos, incorporar o município como ente fundamental neste processo, reorganizando suas práticas, as instituições e estimulando o controle social, num contexto de redemocratização do país. Portanto, considerava de relevância pública a regionalização da saúde como uma normativa para a sua efetivação (BRASIL, 1993b; CUNHA; CUNHA, 2001).

A regionalização, como um dos princípios do SUS, desde então, significava ofertar serviços e ações de saúde obedecendo a critérios de hierarquização. Os serviços deveriam ser organizados segundo o nível crescente de complexidade e as áreas geográficas planejadas, levando em consideração o perfil epidemiológico da região e a oferta de serviços (CUNHA; CUNHA, 2001). Esse princípio do SUS está fundamentado, dentre outros instrumentos, na Constituição de 1988 e na Lei 8080/90 (BRASIL, 1990, p. 5).

Mas para haver a regionalização é preciso, antes de qualquer coisa, descentralizar as ações, tornar mais próximos os problemas cotidianos das populações, o poder decisório, e responsabilizar o município pela saúde dos seus habitantes. Entretanto, é necessário oferece

condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para esses entes governamentais locais (CUNHA; CUNHA, 2001).

3.3 A descentralização e a realidade diante do seu contexto normativo

Um longo processo, que envolve a instituição e implementação de leis, normas operacionais, portarias e decretos tem sido necessário e importante para efetivar a construção da descentralização da saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A Norma Operacional Básica de 07 de janeiro de 1991(NOB 01/91), ainda de maneira incipiente, apoiava a descentralização e a municipalização, através dos consórcios administrativos entre os municípios, ao mesmo tempo em que demonstrava um retrocesso quanto ao repasse dos recursos financeiros quando o condicionava à produção (BRASIL, 1991; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001) e não às necessidades populacionais.

Posteriormente, na IX Conferência Nacional de Saúde, sob o tema: "Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho", foram debatidos e estabelecidos os principais problemas enfrentados na condução da descentralização. E, a partir daí, foi elaborado um documento intitulado "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei", que foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em abril de 1993, respaldando o Ministério da Saúde a aprovar a NOB 01/1993 (BRASIL, 1993a; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO; 2001).

Portanto, em 20 de maio de 1993 a NOB 01/1993 normatizava e regulamentava a descentralização governamental das ações e serviços de saúde, consolidando-a através da instituição de formas de gestão municipal: incipiente, parcial e semiplena, propondo a autonomia dos três entes federados, definindo suas competências tributárias e estimulando a descentralização políticas e administrativas, proporcionando aos municípios poderes similares ao dos estados e da União (BRASIL, 1993a; PESTANA; MENDES, 2004).

Desejava-se atingir, com essa norma, a reformulação do modelo assistencialista hospitalocêntrico e medicocentrado, garantindo um modelo de saúde pautado na integralidade e universalidade, equânime, regionalizado e hierarquizado. Entretanto, os municípios do Brasil, como se sabe, apresentavam inúmeras particularidades, e se encontravam em etapas distintas do processo de avanço ou retrocesso na saúde (BRASIL, 1993a).

Diante disso, foram estabelecidas condições de gestão, tanto para o município como para o estado, diferenciadas, “transicionais crescentes” “com competências e capacidades administrativas e financeiras distintas”. Essa ascendência ocorreu a partir do grau de comprometimento dos gestores com a assistência à saúde. Entretanto as condições de repasse financeiro não sofreram grandes alterações, pois mesmo com a implantação da transferência “fundo-a-fundo”, o repasse estava vinculado a uma produção, dando uma continuidade de uma lógica de pós-pagamento (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 276) e de produtividade, destinando maior aporte de recursos financeiros às localidades que ofertavam maior número de ações e serviços de saúde, em detrimento das localidades pobres em oferta de serviços de saúde, que permaneciam desfavorecidas financeiramente.

Esse processo de descentralização foi intensificado com a NOB -SUS de 06 de novembro 1996 , que foi formulada após um longo processo de negociação (Oficinas de trabalho no Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), envolvendo diversos setores da sociedade, conduzida de maneira consensual. O objetivo dessa norma era atender as diversas necessidades das gestões do SUS: redefinindo as responsabilidades dos Estados na prestação dos serviços de saúde e na reorganização do modelo assistencial, mas só seriam possíveis através do aumento da participação regular, automática (fundo-a-fundo) para os municípios, da redução dos recursos pós-pagamento (de acordo com a produção), da criação de incentivos financeiros a partir da capacitação e organização da assistência da saúde, e da responsabilização sanitária para cada gestor (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Entretanto, ainda é representativo o incentivo financeiro centrando a produção, evidenciando um financiamento sob a lógica do pós-pagamento.

Uma das formas que os municípios buscaram para garantir a oferta de saúde foi o consórcio, porém algumas críticas foram feitas à sua implantação dos consórcios: eles estavam criando subsistemas de saúde pública. Além disso, eram vistos como soluções para os problemas de atenção à saúde secundária, o que estimulava as municipalizações autárquicas (PESTANA; MENDES, 2004).

Esses subsistemas citados são chamados também de “neolocalismo” ou “*hobbesianismo municipal”*, que promove uma prática predatória na cidadania social, uma disputa por investimentos industriais em detrimento das necessidades sociais, priorizando benefícios fiscais e isenção tributária. Entretanto, tais incentivos à localização de empresas debilitam as bases fiscais e inviabilizam o financiamento de políticas sociais (MELO, 1997).

A descentralização fiscal brasileira se expressou com a proliferação de municípios, dificuldade de coordenação e "impacto fiscal da multiplicação de estruturas administrativas e instâncias político-institucionais" (MELO, 1997, pg. 128), o que não será discutido aqui, devido à amplitude do tema, mas que interfere diretamente nas questões sociais, e também, na saúde, em relação ao seu financiamento.

A descentralização através da municipalização com poder absoluto esgotou-se e precisava ser repensada. Novas ideias constituíram um movimento em busca de um modelo de regionalização da saúde que pudesse conciliar os aspectos positivos da municipalização com a implementação de redes de atenção à saúde (PESTANA; MENDES, 2004).

Diante dessas questões, foi publicado um conjunto de diretrizes, resultado de um amplo processo de discussão, debates e negociações, com o intuito de beneficiar o processo de descentralização e garantir o acesso aos usuários de maneira universal e equânime. Essa publicação foi chamada de Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas – SUS), de 26 de janeiro de 2001, que propôs um planejamento regional, com redes regionais de saúde, para "promover maior equidade na alocação de recursos" e introduzir também conceitos de macrorregiões de saúde, regiões, módulos assistenciais, microrregiões, (BRASIL, 2006a, p. 12). Posteriormente foi publicada a Noas-SUS 01/2002, que não traz alterações significativas em relação à primeira Noas (BRASIL, 2001; 2006a).

Essas redes de saúde seriam capazes de promover a integralidade das ações, possibilitando a qualidade e resolubilidade no apoio diagnóstico, permitindo o acesso a todo o sistema de saúde, com ofertas suficientes para concretizar o atendimento ou solucionar as necessidades, fazendo o encaminhamento responsável e monitorado quantas vezes forem necessárias para garantir a solução dos problemas (MAGALHÃES JUNIOR, 2008; SANTOS, 2008; SILVA; SOUTO JÚNIOR; BRETAS JÚNIOR, 2008).

Essa importância dada às redes de saúde se justifica pela diversidade de porte dos diversos municípios brasileiros, numa maioria incapaz de prover, aos seus munícipes, atenção à saúde nos níveis de complexidade crescente, tanto no aspecto tecnológico, quanto em aspectos técnicos. Essa situação real atesta a importância de se estabelecer redes conformadas sob as diferentes realidades regionais (SANTOS, 2008), devendo ser flexíveis em relação às questões geográficas e aos espaços vividos pelas pessoas, culturas e paisagens (GIL; LICHT; YAMAUCHI, 2006).

As redes de saúde são dispositivos constitucionais que precisam ser reconhecidos e não podem ser vistos como "ajuntamento de serviços ou organizações". "Há de se garantir

uma institucionalização, uma organicidade à rede de governança, com o fim de potencializar seus recursos e meios". Deve ser uma interação ou relação de interdependência, sem haver a fusão, para que as partes se dialoguem e se totalizem, sem perder sua autonomia. Nessas redes não há espaço para sobreposição de poder ou de poderes isolados. É preciso haver cooperação e coordenação, em que todos os envolvidos colaboram e compartilham situações para atingir o mesmo fim, fazendo surgir uma nova capacidade de gestão compartilhada, pactuada e negociada (SANTOS, 2008, p. 31).

Essa organização proposta pela Noas (01/2001) teve o objetivo de ir muito além da municipalização solitária e instituiu em suas normas conceitos como região de saúde. Propõe um planejamento regional para a organização do sistema de saúde funcional e que contenha todos os níveis de saúde sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. Teve como base a indivisibilidade territorial tanto dos municípios como dos estados, articulando o compromisso e a responsabilidade dos municípios (no acesso das pessoas ao serviço de saúde no nível de atenção básica) e dos estados (a responsabilização, a articulação e coordenação do processo de regionalização, da PPI e das referências intermunicipais, revertendo à lógica do financiamento a partir das necessidades populacionais) (BRASIL, 2001; PESTANA; MENDES, 2004; NASCIMENTO, 2007).

Entretanto, na realidade esse processo organizacional não é tão simples assim. Na expectativa de avançar com a descentralização a Noas 01/2001 e Noas 01/2002 não levaram em consideração as especificidades das regiões e muito menos as particularidades dos estados, dificultando a regionalização da saúde (GIL; LICHT; YAMAUCHI 2006). E a regionalização normativa, por não vincular aspectos loco-regionais do território, não obteve sucesso, tornando-se insustentável (VIANA et al., 2008).

Em relação às especificidades, as regiões brasileiras apresentam uma enorme heterogeneidade, tanto no aspecto cultural, econômico, como no geográfico e financeiro. Essa heterogeneidade se perpetuou, a partir de sucessivas crises econômicas e, em consequência, estabeleceu-se uma disparidade inter-regional e intrarregional (RIBEIRO; BARROS, 2010).

A sucessão de normas operacionais instituídas, apesar da sua importância e da contribuição no processo histórico para a implementação do SUS, levou a uma insatisfação pela excessiva burocratização no processo de gestão e de regras normativas, reduzindo a autonomia. A incapacidade de avançar na estratégia de cooperação interfederativas desencadeou uma competição desigual entre as federações e os seus municípios. Um outro aspecto a considerar é que as normas não esclareceram o papel das secretarias estaduais de

saúde, parte fundamental no processo de regionalização e não trataram das questões referentes à divisão dos recursos financeiros de maneira equânime, permitindo uma lógica de financiamento baseada na oferta de serviços (NASCIMENTO, 2007; SILVA, SOUTO JUNIOR; BRÊTAS JUNIOR, 2008).

Na tentativa de promover mudanças na execução do SUS, através de um processo de descentralização estruturado numa regionalização solidária e cooperativa, foi publicada a Portaria/GM (Gabinete do Ministro) nº. 399, em 22 de fevereiro de 2006 – Pacto pela Saúde, contendo diretrizes operacionais, como o pacto pela vida, em defesa do SUS e da gestão. Esse pacto buscou significar uma mudança importante na execução do SUS e no processo de uma regionalização cooperativa, solidária e efetiva (BRASIL, 2006b). Suas diretrizes faziam a tentativa de favorecer a construção de redes de serviços, destacando a regionalização, o atendimento às necessidades assistenciais com uma gestão compartilhada. (BRASIL, 2006b; SILVA; SOUTO JUNIOR; BRÊTAS JUNIOR, 2008). Delinea pressupostos para apoiar a consolidação da regionalização (BRASIL, 2004a; 2006a):

- ✓ Territorialização: que reconhece os espaços regionais e a relação que a população tem com eles, levando em consideração as peculiaridades locais, os desenhos regionais já existentes, os dados epidemiológicos e demográficos;
- ✓ Flexibilização: que consiste em respeitar a heterogeneidade do território brasileiro e manter uma flexibilidade para a conformação das regiões de saúde;
- ✓ Cooperação: solidariedade intergovernamental entre gestores e técnicos;
- ✓ Co-gestão: efetivada pelo Colegiado de Gestão Regional, a fim de promover ações solidárias;
- ✓ Financiamento: com clareza quanto à distribuição dos seus recursos;
- ✓ Subsidiariedade: a prática de transferir a tomada de decisão e a responsabilidade, no que se refere à gestão, para esferas subsequentes, assumindo a prática de responsabilização mínima não compartilhada;
- ✓ Participação e Controle Social: que contribuem com a formulação de Políticas Públicas direcionadas às reais necessidades da população.

Esses pressupostos são relevantes dentro do processo de implantação, entretanto, para que aconteçam significativas mudanças e a consolidação do processo de regionalização é necessário o seu planejamento considerando a heterogeneidade do território brasileiro,

buscando a complementaridade dos serviços de saúde inter-regionais, a complexidade da realidade do mundo globalizado e as necessidades sociais da população, garantindo a solução de problemas, o acesso e a integralidade da saúde (BRASIL, 2006b; VIANA et al., 2008).

Todos esses pontos levantados dependem também dos gestores da saúde e a maneira de firmar os compromissos assumidos por estes é através dos instrumentos (os quais podem ser visualizados ao final desse texto) e espaços de negociações que direcionam a regionalização da saúde. Com o compromisso firmado, se torna mais acessível a indução de estratégias de formação de um sistema funcional e equânime, constituído de relações intergovernamentais mais cooperativas e solidárias. Entretanto, a funcionalidade constitucional deste sistema está aquém do que acontece na sua realidade.

Diante da complexidade e dificuldades cotidianas do SUS em cumprir o direito à saúde para todos os brasileiros, como os retrocessos e avanços na descentralização da saúde e da responsabilização da gestão do SUS, dilemas financeiros, sociais, e políticos para a efetivação da regionalização solidária é publicado, após diálogo entre estados, municípios e Conselho Nacional de Saúde, em 28 de junho de 2011, o Decreto nº 7.508.

Esse decreto enfatiza a importância da clareza de papéis de todos os entes federados, garantindo a segurança jurídica nas regiões e redes de saúde, espaços em que se efetiva esse sistema. Dispõe sobre o planejamento da saúde, a articulação interfederativa e a assistência prestada, além das responsabilidades das comissões intergestoras; define os serviços de saúde disponíveis no SUS, através da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e subsidia a prescrição, a dispensação e o uso de medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). (BRASIL, 2011a).

Institui também um contrato organizativo da ação pública da saúde a fim de organizar a integração da saúde sob a responsabilidade dos entes federados em regiões de saúde, tendo como fundamentos as pactuações firmadas na Comissão Inter-gestoras Tripartite (CIT), definindo responsabilidades individuais e coletivas sobre as ações e serviços decretadas, determinando indicadores, metas, critérios de avaliação e de desempenho, os recursos que serão disponibilizados e a forma de controle e avaliação (BRASIL, 2011a).

Apesar dos avanços na saúde ao longo desses anos, no processo histórico e constitucional brasileiro, o SUS concorre com alguns dilemas financeiros, de forças políticas e sociais.

Um dos dilemas financeiros é a Emenda Constitucional 29 dispondo sobre os valores mínimos da União, dos estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços referentes à saúde (CAMPELLI; CALVO, 2007).

No projeto original, a União deveria destinar 10% da receita corrente bruta para a saúde. Entretanto, com a regulamentação da Emenda Constitucional 29, aprovada no Senado em 7 de dezembro de 2011, estados e municípios continuam destinando à saúde 12% e 15% do produto da arrecadação dos impostos respectivamente, a União aplicará o valor que foi destinado no ano anterior, acrescentando a isso a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) dos dois anos anteriores (BRASIL, 2011e).

Essa aprovação gerou uma polêmica. De um lado, os militantes do SUS governadores e prefeitos, de outro, a União: os primeiros defendem o comprometimento do governo federal com os 10% citados anteriormente, entretanto, a União pressiona contra o projeto, afirmando não ter de onde retirar a verba para destinar à saúde. Isso enfatiza o grande problema (antigo) enfrentado pelo SUS, assinalado como entrave para o seu funcionamento, além da má gestão dos recursos existentes (TORRES, 2011).

Nesse contexto, a regionalização é um ideário que ainda não foi concretizado na íntegra. Faz parte da obrigação do Estado, assim como o sistema de saúde, numa visão mais ampla. Constitui como estratégia fundamental do SUS, de promover a democratização, a participação social e considerar relevante o acesso e a integralidade e a universalidade das ações e serviços de saúde. É uma estratégia delineada para ofertar saúde à população menos favorecida econômica e socialmente (MENDES, 2004; GIL; LICHT; YAMAUCHI 2006).

Para o sucesso da regionalização é importante a articulação entre os gestores. Tanto o município como o estado são entes fundamentais na implementação dessa estratégia. O estado ele atua na formulação de políticas e planejamento, no financiamento, regulação e prestação de serviços (LIMA et al. 2010). Deve assumir, a responsabilidade pela efetivação dessa estratégia, em caráter solidário e cooperativo, assumindo o papel de coordenador e mediador do processo em seu território, propondo pactuações regionais a partir da tomada de decisões nas Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs), além de reconhecer as regiões de saúde e manter atualizado continuamente os instrumentos ordenadores dessa estratégia. (BRASIL, 2006).

A responsabilidade do estado como mediador e coordenador das ações e serviços de saúde é imprescindível para que essa estratégia política não fortaleça somente os municípios, tornando a saúde fragmentada e desestruturada, mas que consolide uma regionalização

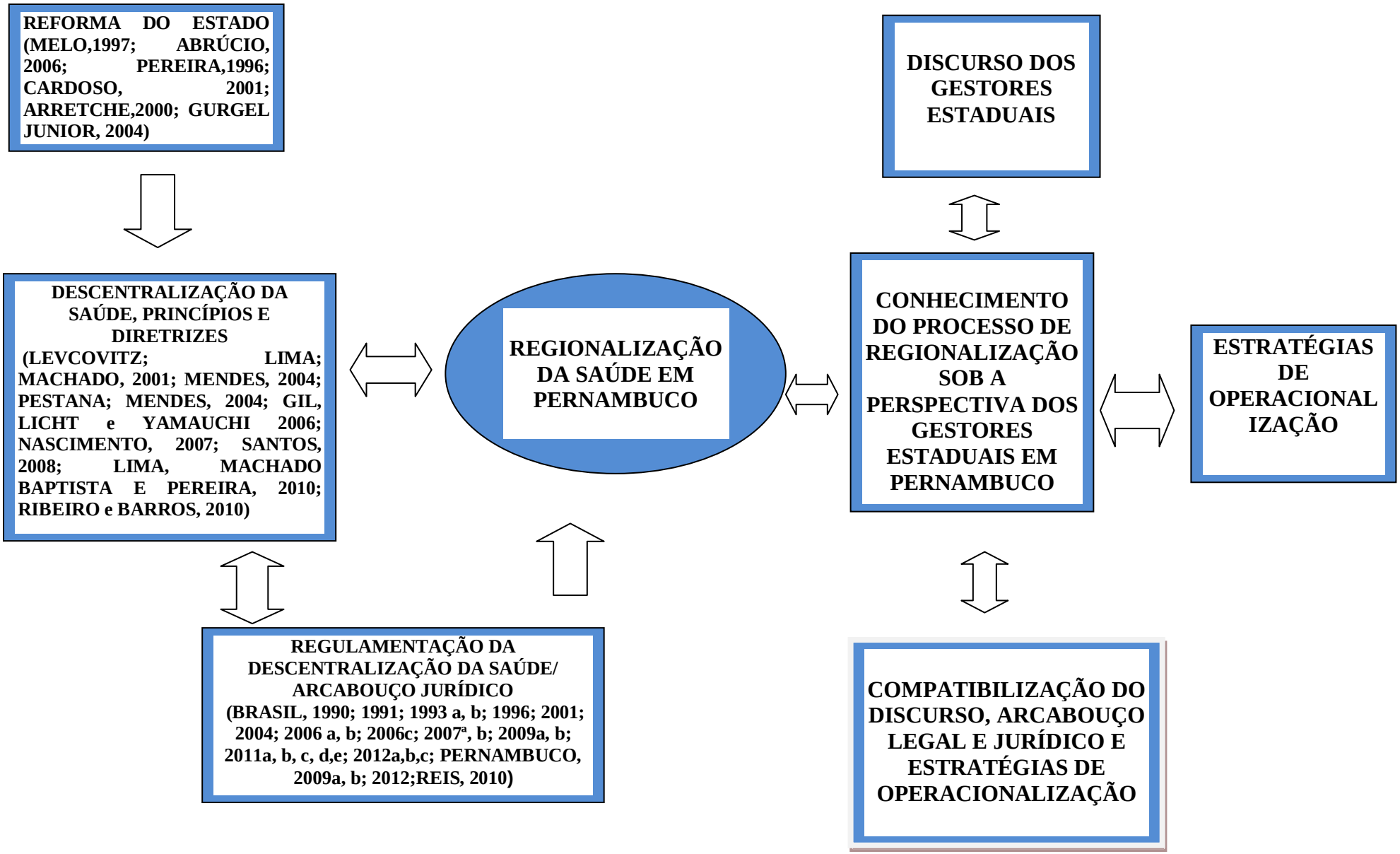
cooperativa, visto que, na ausência ou ineficiência das suas ações, a regionalização não se efetivará (PESTANA; MENDES, 2004).

QUADRO 1: Instrumentos de planejamento da regionalização

INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO DA REGIONALIZAÇÃO	CARACTERÍSTICAS	ARTICULAÇÃO	EXIGÊNCIAS
Plano Diretor de Regionalização (PDR)	Facilitar a coordenação do processo de regionalização da saúde, pois reconhece as regiões de saúde, identificando-as, levando em consideração as particularidades dos estados, Distrito Federal e municípios, respeitando a cultura,a economia e as questões sociais; conter os desenhos das regiões de saúde, seus fluxos, delimitar territórios e macrorregiões, sendo flexível quanto a mudança das suas delineações a partir das necessidades;considerar a acessibilidade entre as regiões imprescindível;otimizar recursos e gastos; objetivar a integralidade das ações,garantir o acesso ao sistema de saúde em todos os níveis hierárquicos numa visão equânime; identificar os colegiados de gestores regionais e os "complexos regulatórios"(BRASIL, 2006 a).	PDI	Municípios serem adjacentes; respeito pelas particularidades loco-regionais; existência de transporte que facilite o deslocamento da população dentro das regiões e de fluxos assistenciais que garantam a universalidade e integralidade, podendo ser redefinido caso dificulte a efetivação desses princípios, a fim de proporcionar resolutividade territorial; compatibilização tecnológica garantindo a racionalização de gastos e a equidade do sistema.
Plano Diretor de Investimento (PDI)	Expressa os recursos financeiros tripartite a partir das necessidades do planejamento regional e estadual, objetivando, no que se refere ao plano regional, atender a demanda das regiões de saúde e garantindo atendimento nos níveis de menor complexidade e parte da média complexidade e, em se tratando das macrorregiões de saúde, garantindo a alta complexidade. Os recursos financeiros devem assegurar o processo de regionalização, as ações de promoção da saúde e de equidade interregionais, a melhoria dos serviços de saúde; deve contemplar as ações de vigilância em saúde; a aquisição de equipamentos e espaços de regulação	PPI e PDR	Devem ser aprovados e discutidos na Comissão Intergestora Bipartite (CIB); Deve expressar os recursos de investimentos, para atender o que foi pactuado enquanto necessidade do planejamento estadual e regional; deve-se refletir no que se refere ao âmbito regional , o que é necessário para ofertar com suficiência a baixa e média complexidade em nível macrorregional a alta complexidade
Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI)	Quantifica as ações dos serviços de saúde destinadas a determinadas populações; efetivam o pacto intergestores para garantia do acesso a todos os níveis hierárquicos dos serviços de saúde aos usuários; é flexível quanto às prioridades definidas nos Planos de Saúde, com exceção dos que foram pactuados em nível estadual e nacional; a programação é realizada por áreas de prioridade, iniciando pela baixa complexidade até atingir o nível hierárquico mais alto	PDI e PDR	A programação deve estar inserida nos Planos de Saúde de cada esfera governamental; a a tabela unificada de procedimentos deve nortear as ações de saúde; a programação da assistência deve estar em consonância com a da vigilância em saúde; os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizadas na programação; deve contribuir para garantir o acesso aos serviços de saúde; deve ser realizada e revisada a cada gestão ou quando necessário a fim de acompanhar as mudanças territoriais e de fianciamento,subsidiar a programação físico-financeira e o desenho da regionalização

FONTE: Baseada em informações de Brasil, (2006a; 2006b)

FIGURA 1 - QUADRO SÍNTESE: do marco teórico aos objetivos



4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1Tipo de estudo

A análise da regionalização, na perspectiva do papel do estado enquanto gestor, foi realizada mediante estudo qualitativo, como um estudo de caso.

O tipo de pesquisa qualitativa escolhida foi o estudo interpretativo, no qual se tenta descrever o fenômeno social e buscar explicações teóricas sobre as questões e o que acontece na realidade (SANTOS, 2009).

Esse tipo de pesquisa estuda as pessoas em seus ambientes naturais na tentativa de descrever os processos sociais a partir das experiências e fenômenos sociais representados, da compreensão de mundo dos sujeitos pesquisados, e do seu comportamento e atitudes diante do fenômeno estudado (POPE; MAYS, 2009; SILVERMAN, 2009). No caso deste estudo, a regionalização da saúde é o fenômeno através do qual se pretendeu responder a pergunta da pesquisa.

Foram utilizados, como recursos do método qualitativo: as entrevistas semi-estruturadas, as análises de textos e documentos e a análise de conteúdo (POPE; MAYS, 2009).

Fez-se a opção pelo estudo de caso, por ser capaz de analisar empiricamente a implementação de determinadas políticas (Pope; Mays, 2009), o que está de acordo com o que se propôs nesta pesquisa. Com essa característica, o estudo de caso torna-se ideal para o que foi proposto: observar comportamentos, atitudes e visão da regionalização da saúde, na perspectiva dos gestores estaduais de Pernambuco, correlacionando os seus discursos com o que é recomendado no arcabouço legal e normativo e as estratégias de operacionalização que garantem e orientam a condução da regionalização, a fim de analisar o processo descrito.

A entrevista individual e semiestruturada foi guiada por um roteiro (Apêndice B) construído com base na matriz de avaliação do processo de regionalização da saúde proposta por Reis (2010) (Anexo A).

A matriz de avaliação apresenta as dimensões, subdimensões e critérios de avaliação da regionalização da assistência à saúde, atribuídos ao gestor estadual. Consiste em “um

instrumento de medida indicado a ser utilizado para o desenvolvimento de estudos avaliativos acerca de sua implantação na esfera estadual de gestão do SUS" (REIS, 2010, p. 37-38).

Esta matriz teve suas dimensões, subdimensões e critérios de avaliação definidos com base em estudos de alguns autores realizados por Reis (2010). Os autores são: (HARTZ; CONTRANDIOPOULOS, 2004; MATTOS, 2004; PESTANA; MENDES, 2004; VIACAVA et al, 2004; OUVERNEY, 2005; SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005; MAGALHÃES JR., 2006; CONASS, 2007; PEREIRA, 2009; SÓTER, 2009) (Anexo B).Além desses, está construída sob o arcabouço legal e normativo que orienta a assistência e a regionalização da saúde no SUS, como as portarias, leis, normas, resoluções, decretos e propostas (Anexo C).

A matriz de avaliação foi submetida a um consenso de especialistas, utilizando a técnica conferência de consenso (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005). Os especialistas foram selecionados a partir de sua inserção nas áreas de gestão, planejamento, regulação da assistência, descentralização e regionalização, além da produção científica sobre o tema em questão.

Foram feitas análises individuais do conteúdo da matriz, em seguida, foi realizada uma oficina com os especialistas, com o objetivo de promover a troca de opiniões e o confronto de ideias e, por último, uma nova reavaliação individual.

Foi firmado o consenso depois de estabelecidos os pontos de corte, a média e o desvio-padrão para se obter o que atualmente é a matriz de avaliação com suas dimensões, subdimensões e critérios de análise quanto ao papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde.

Na matriz, a regionalização está estruturada em três níveis de análise: governo, gestão e assistência. Para cada nível de análise foram considerados aspectos essenciais para a regionalização, no que diz respeito às questões que se relacionam com as responsabilidades da gestão estadual neste contexto.

O quadro 2, a seguir, apresenta os níveis, dimensões e subdimensões da matriz de Reis (2010):

QUADRO 2 - Distribuição dos níveis, dimensões e subdimensões utilizados como categoria de análise na matriz de Reis (2010)

NÍVEIS	DIMENSÕES	CONCEITO DAS DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES
Governo	**Projeto estadual de regionalização da saúde**	**Significa uma proposta estadual na condução do processo de regionalização, representado pelo desenho regional, pela relações entre os entes federados e participação dos atores envolvidos e articulação interinstitucional**	**Territorialização da saúde** **Gestão compartilhada/ Co-gestão** **Fortalecimento da capacidade institucional**
	Financiamento	**Relaciona-se com as articulações e pactuações interfederativas dos recursos destinados à viabilização do projeto estadual de regionalização. Essa dimensão compõe a promoção da equidade e a alocação de recursos.**	**Promoção da equidade** **Alocação de recursos**
Gestão	**Acesso e continuidade do sistema estadual de saúde**	**Constitui a capacidade do estado de ofertar serviços e ações em saúde de maneira ininterrupta, garantindo em todo o sistema de saúde a resolução dos problemas e necessidades da população sob sua responsabilidade.**	**Redes integrais de atenção à saúde** **Política de recursos humanos** **Planejamento, monitoramento e avaliação** **Regulação assistencial** **Tecnologias de informação e controle**
	Controle social	**Essa categoria diz respeito às estratégias utilizadas para a participação social nas questões relacionadas com a definição e acompanhamento da política regional de saúde.**	**Participação da sociedade na definição e acompanhamento da política regional de saúde**
Assistência	**Qualidade da assistência**	**Diz respeito à infraestrutura dos serviços, considerando a sua adequação segundo as normas vigentes, capacidade instalada de apoio diagnóstico e terapêutico, respeito à qualidade técnica, que consiste na elaboração de protocolos clínicos, instituição de normas de rotina de funcionamento e atendimento, equipes multiprofissionais dimensionadas e estratégias de acolhimento ao usuário**	**Infraestrutura dos serviços** **Qualidade técnica**
	Educação em saúde	**Esta categoria abrange as diretrizes e estratégias para a formação de recursos humanos na área. Nela, o elemento essencial é a Política de Educação Permanente**	**Política de educação permanente**

Para o presente estudo, as dimensões da matriz de Reis (2010), foram admitidas como categorias de análise pré-definidas.

4.2 Sobre o campo empírico da pesquisa

Como o trabalho se propôs estudar o papel da gestão estadual diante do fenômeno regionalização da saúde, a SES compôs o campo empírico da pesquisa, representando Pernambuco.

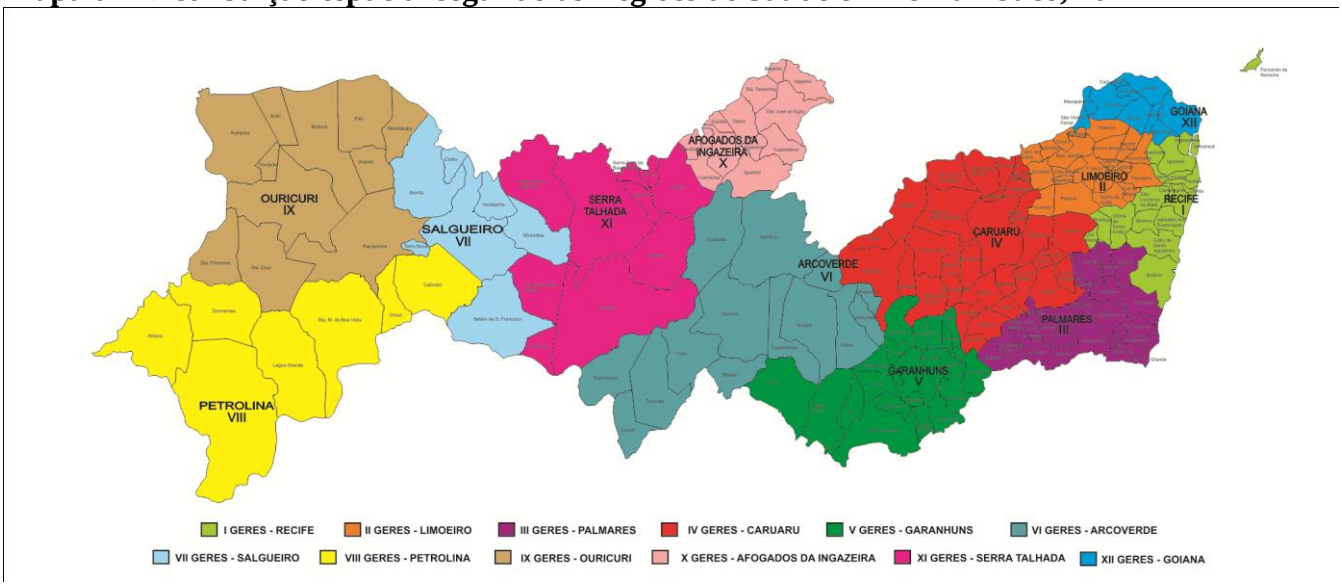
O estado de Pernambuco se localiza no Centro-Leste da Região Nordeste do Brasil, tem como estados limítrofes a Paraíba e o Ceará no norte, Alagoas e Bahia ao sul, o Piauí ao oeste e o Oceano Atlântico no leste (PERNAMBUCO, 2012).

Em 2011, sua população era estimada em 8.864.906 habitantes. Tem 98.146.315 quilômetros quadrados de área, possui 184 municípios e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha (IBGE, 2012). Observa-se que 81% dos municípios são considerados de pequeno porte, 12,4% de médio porte, 5,9% de grande porte e uma metrópole (PERNAMBUCO, 2012).

A escolha do estado de Pernambuco para o estudo justifica-se pela acessibilidade e pela suposição de que o processo de regionalização ainda está em fase de implementação.

Em Pernambuco, a SES tem sua organização político-administrativa definida com base em 12 Gerências Regionais de Saúde – Geres. As Geres são unidades técnicas e administrativas que têm a função de planejar, executar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde próprios de cada Região de Saúde, além de cumprir as diretrizes pré-estabelecidas no PES (PERNAMBUCO, 2012, p. 104). No mapa 1 é possível visualizar as 12 regiões de saúde do estado de Pernambuco.

Mapa 01- Distribuição espacial segundo as Regiões de Saúde em Pernambuco, 2012



Fonte: Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde (2012b)

No estado constam 04 macrorregiões de saúde, a saber: Metropolitana (sede Recife), Agreste (sede Caruaru), Sertão Central (sede Serra Talhada) e Vale do São Francisco e Araripe (sede Petrolina), descritas no quadro 3:

Quadro 3 - Distribuição das Macrorregionais de Saúde, suas regiões e municípios-sede.

MACRORREGIÕES DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS SEDE
METROPOLITANA	Geres I Geres II Geres III GeresXII	**Recife** Limoeiro Palmares Goiana
AGRESTE	Geres IV Geres V	**Caruaru** Garanhuns
VALE DO SÃO FRANCISCO E ARARIPE	Geres VII Geres VIII Geres IX	Salgueiro **Petrolina** Ouricuri
SERTÃO CENTRAL	Geres VI Geres X Geres XI	Arcoverde Afogados da Ingazeira **Serra Talhada**

Fonte- Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde (2012a)

O estado de Pernambuco e o estado da Bahia constituíram uma Rede Interestadual de Atenção à Saúde denominada PEBA, abrangendo a região de Petrolina (PE) e de Juazeiro (BA).

4.3 Sujeito da pesquisa

Para o presente estudo escolheu-se, como atores relevantes, pessoas-chave que fazem parte da gestão como representantes da SES. Foram entrevistados cinco componentes do núcleo gestor da SES/PE. A amostra foi escolhida de forma intencional, racionalizada e independente do tamanho, levando em consideração a possibilidade admitida em estudos qualitativos desse tipo de amostra (SANTOS, 2009).

A definição dos sujeitos da pesquisa contemplou o seu tipo de inserção como responsáveis pelo processo da implementação da regionalização da saúde, pessoas com experiência que puderam oferecer valiosas contribuições ao estudo e se sentiram à vontade em transmitir informações sobre o fenômeno estudado.

Não foram descritos os cargos ocupados pelos entrevistados, devido ao compromisso ético de preservar o anonimato.

4.4 Percursos metodológicos: da preparação aos resultados

Ao iniciar esse tópico é importante salientar que a investigação seguiu um dos princípios básicos da pesquisa qualitativa: a circularidade. Assim a investigação se caracterizou pela inter-relação das fases da pesquisa durante todo o estudo, havendo modificação de uma fase anterior, quando necessário. Dessa forma, foi possível detectar, durante o processo, algo novo sobre o fenômeno, que não havia sido previsto e teve importância para o desenvolvimento da pesquisa, bem como oferecer respostas para a solução do problema levantado (SANTOS, 2009).

Inicialmente, foram confirmadas as funções existentes na SES que representavam a gestão estadual e estavam relacionadas ao processo de regionalização.

A visita ao campo empírico foi o próximo passo e foi realizada antes do início coletas de dados, para contato com as pessoas que recepcionavam os visitantes, estar ciente das normas de atendimento dos setores, saber em que local se encontravam as supostas pessoas que seriam entrevistadas e como ter acesso a elas.

Realizada esta etapa, e após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (Anexo D) e da Diretoria Geral de Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Anexo E), foi distribuída uma pasta com três documentos para cada um dos gestores: a carta de anuência, uma carta ao gestor e um resumo do trabalho (APÊNDICES D, E e F).

As entrevistas individuais, semiestruturadas, foram agendadas entre a pesquisadora e o próprio entrevistado, seguindo as normas e rotinas dos setores e a disponibilidade na agenda dos sujeitos da pesquisa.

O dia destinado para a entrevista foi exclusivamente reservado para o desenvolvimento dessa atividade, não sendo agendada mais de uma entrevista para o mesmo dia, visto que imprevistos podiam acontecer na rotina dos gestores e ser necessário adiar não somente a data, mas o horário da mesma, como de fato ocorreu.

As entrevistas individuais foram gravadas, após a devida autorização do entrevistado, a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), pelo entrevistado. Posteriormente, foram transcritas e armazenadas no computador convencional, um notebook, em um pendrive, sendo este destinado somente para esse fim. O conteúdo das entrevistas será armazenado por cinco anos, juntamente com os TCLEs.

Foram considerados nas transcrições os suspiros, pausas, sorrisos, pois são dados do contexto da entrevista anotados na análise (POPE; MAYS, 2009; BARDIN, 2004).

Cada uma das entrevistas transcritas receberam um código, para garantir a confidencialidade ao longo do estudo e ao mesmo tempo poder ser identificada pelo pesquisador a procedência desses dados (NAVARRETE; SILVA, 2009).

Os códigos e suas legendas também foram armazenados em local seguro para evitar o vazamento de informações das pessoas entrevistadas, o que poderia acarretar danos morais e profissionais para os que contribuíram com o trabalho**.**

As transcrições e falas das pessoas sobre o objeto do estudo e sua participação, envolvimento foram analisadas seguindo as três etapas propostas por Bardin (2004), ou seja: a pré-análise, a análise propriamente dita e os resultados.

Na fase de pré-análise, com a leitura do material coletado, com o *corpus* em mãos, foram construídas grelhas que permitiram recortar o conjunto das entrevistas coletadas.

Nas grelhas foram anotadas, como orienta Bardin (2004), as unidades de registro ou núcleos de sentido (palavras e frases) e, posteriormente, as unidades de contexto (trechos das entrevistas), para melhorar o entendimento das unidades de registro.

Em seguida, foram surgindo as codificações e, subsequentemente, as subcategorias. Nessa etapa da categorização foi utilizado o procedimento por caixa. Bardin (2004) recomenda que, como as categorias foram pré-definidas, as subcategorias foram se enquadrando nelas à medida que iam surgindo.

Um exemplo das grelhas construídas encontra-se disponível no Apêndice A.

Acrescentou-se, nas grelhas, referências de artigos atuais e documentos oficiais que tratassem do assunto referido, relacionando-os com o trecho da transcrição da pronúncia, visando facilitar a discussão.

Os dados coletados foram explorados na fase de análise propriamente dita, administrados sistematicamente, objetivando a compreensão do *corpus* (BARDIN, 2004), analisando-os, a fim de comparar o que foi dito pelos gestores com o que havia nas normas e nos artigos mais atuais quanto ao papel do estado na regionalização da saúde.

Na etapa de elaborar os resultados, os dados coletados foram descritos e interpretados, inter-relacionados com as normas, documentos e textos mais atualizados, considerando o grau de estranheza (ideologias) e os conflitos vivenciados. Os resultados e a discussão consistiram em estabelecer uma correspondência entre o nível empírico e o teórico (BARDIN, 2004).

Em síntese, foi utilizada a "*triangulação de fontes de informação e informantes" e a t*riangulação *de técnicas.* A primeira triangulação corresponde à etapa em que se estabelece o contraste entre o que dizem os gestores sobre o papel do Estado na regionalização da saúde e o que informam os documentos oficiais a respeito do papel do Estado diante desse fenômeno. A segunda triangulação utiliza a entrevista e a análise documental e textual como base para se ter uma visão mais completa e mais próxima possível da realidade estudada (GALLEGO; LORENZO; NAVARRETE, 2009, pg. 90).

4.5 Aspectos éticos

O estudo obedeceu as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde/ CNS, número 196/96, que disciplina a pesquisa com seres humanos.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número 105/11 e foi submetido à aprovação da Diretoria Geral de Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Obedecendo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde/ CNS, número 196/96, que disciplina a pesquisa com seres humanos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados considerando os níveis de análise governo, gestão e assistência, de acordo com a matriz de Reis (2010), sendo as respectivas dimensões de cada nível admitidas como categorias pré-definidas, seguindo o percurso metodológico definido. A cada início da apresentação dos resultados e discussão da dimensão/categoria é apresentado o significado admitido no estudo para a respectiva dimensão/categoria, com base em Reis (2010).

5.1 Nível de Análise – Governo

Esse nível de análise delineia um caráter político, direcionando a equidade do sistema e uma complementaridade dos municípios para a construção de um modelo estadual de regionalização.

5.1.1 Dimensão / Categoria- Projeto Estadual de Regionalização da Saúde.

Esta categoria é entendida como a proposta estadual na condução do processo de regionalização, representado pelo desenho regional através de redes de atenção, relações entre os entes federados e participação dos atores envolvidos.

No contexto das redes de atenção, na comunicação dos entrevistados percebe-se que eles consideram importante priorizar o desenho territorial como ponto de partida para a busca da regionalização da saúde:

> ...isso significa a distribuição do território, né? Então você tem que ter um território para falar em regionalização. Você tem que ter uma população, é... adscrita, uma população relacionada a esse território.Você tem que ter uma capacidade instalada, né?! Que a gente chama assim...uma suficiência de equipamentos de saúde que garanta resolutividade nesse território para essas pessoas. A gente tem que ter uma dimensão assegurada de governança para essa região de saúde, para esse território, para essas pessoas, essas necessidades, essa rede. Então tem que ter uma dimensão também de governança que significa regulação, significa uma política de financiamento regional, significa a questão do transporte sanitário, significa uma série de outros elementos... sistema de informação...né? Que tem que dá conta dessa reorganização do modelo de atenção a partir da regionalização...

Nessa fala não há referência à dinamicidade territorial tão citada pelos documentos e autores, que destacam a importância dessa mutação da paisagem, do território, que influenciam a saúde populacional e delineiam novos caminhos para as questões relacionadas à saúde. Entretanto, o entrevistado ressalta o significado da independência trritorial para que este seja mais resolutivo nas questões de saúde sem que esteja isolado e atomizado, mas envolvido numa rede de serviços, a fim de se tornar parte da reorganização do modelo de atenção.

Ao referir a implementação da regionalização da saúde, Reis (2010) e Viana et. al. (2008) apontam ser necessário que esta leve em consideração a dinâmica e a heterogeneidade do território, principalmente, no mundo mutável e globalizado que se apresenta, não perdendo de vista a busca por uma complementaridade inter-regional.

O território é um espaço, um abrigo de todos e pode ser formado por um espaço contíguo e de lugares de rede. Tem seu funcionamento horizontalizado, onde lugares vizinhos se relacionam promovendo uma continuidade territorial, e verticalizado onde há dentro desse espaço territorial pontos distantes que se relacionam por processos sociais (SANTOS, 2012).

Viana et al. (2008) afirmam que o reconhecimento do território é uma mudança positiva, mas, por si só, não é resolutivo, pois aspectos como distribuição de recursos, utilização de planejamentos regionais para descentralizar a política de saúde e as múltiplas realidades territoriais também são condições necessárias para um projeto de regionalização da saúde.

Além do enfoque sobre o território, o trecho da entrevista apresentada menciona o significado de governança, que está em consonância com documento oficial do governo federal que descreve o processo estruturado de gestão denominado governança da rede, como a capacidade de envolver atores, mecanismos e procedimentos necessários para se obter uma gestão participativa e plural da sociedade (BRASIL, 2009a).

O entrevistado entende como mecanismos importantes nesse processo de governança, a regulação, a política de financiamento regional, o transporte sanitário e o sistema de informação.

No PES de 2008-2011 de Pernambuco, a descentralização do processo de regulação e do controle e avaliação dos serviços de saúde para as Geres e municípios é uma diretriz prioritária. O financiamento, neste plano, é visto como instrumento de gestão em saúde. O sistema de informação é referido como meio de comunicação, notificação e norteador do monitoramento. No referido plano não é mencionado o transporte sanitário de rotina, sendo

citado apenas casos de urgência e emergência do fluxo inter-hospitalar (PERNAMBUCO, 2009a).

Esses pontos de governança citados pelo entrevistado são fundamentais para a busca pela regionalização, porém o representante da gestão aponta a inexistência de uma política de regulação regionalizada vigente no estado, até o momento.

Para executar uma política de regulação com um modelo regionalizado, Beltrammi (2008**)** refere que o PDR é uma das ferramentas de gestão estratégica utilizada. O acompanhamento da sua inserção nos planejamentos regionais e nas suas interferências junto às ações provenientes de articulações regionais determinam os principais desafios e sucessos alcançados. O PDR e os demais instrumentos operacionais demandam um grande esforço de articulação, indução e de implantação solidária entre os entes envolvidos**.**

Esse esforço entre os entes envolvidos é percebido na fala do ator:

> Ele (PDR) já foi concluído, já foi aprovado em todos os colegiados regionais e segunda-feira (setembro de 2011) tá sendo (pausa) homologado né? Na CIB estadual

Deste relato, o que se percebe é o trâmite burocrático a que o PDR tem que ser submetido antes de ser executado. O que leva a pensar que o estado vem tentando implantar a regionalização, amplamente divulgada desde 2006, através do Pacto pela Saúde, sem um PDR efetivamente consolidado e atualizado.

A importância do PDR pode ser constatada, visto que, enquanto instrumento da regionalização, funciona como um parâmetro para o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, favorecendo a resolutividade dos problemas e atendendo as necessidades populacionais, em qualquer nível de atenção, através dos fluxos, pactuando a oferta entre os entes federados (STEPHAN-SOUZA et al., 2010).

No que diz respeito à construção do PDR, os entrevistados demonstram estar priorizando a construção deste instrumento:

> ... primeiro desenho que agente... é o desenho do PDR... fizemos um cronograma, voltamos a todas as, as regionais porque o ponto zero... foi uma proposta de desenho de regionalização, de PDR...

Outro representante da gestão complementa:

> ... o critério de região... a gente trabalhou com a questão da suficiência de serviço... tem que ter capacidade instalada, né? E tem que ter escala, tem que ter escopo para você fazer esse desenho... levou em conta a questão da população,... do território, né?... Da suficiência de equipamentos, governança, né? E... o fluxo... social, cultural, político... já existe nessas regiões... que a população já faz...

Nessa última fala é importante ressaltar os fluxos sociais, culturais e políticos citados pelo entrevistado. Eles são fundamentais e devem ser considerados na construção do PDR.

Os fluxos informais dos usuários em busca de serviços de saúde é fato e solidifica a necessidade de um PDR que esteja desenhado em função disso (STEPHAN-SOUZA et al., 2010).

Quanto à conformação do desenho do PDR de Pernambuco, no ideário da regionalização, um dos entrevistado argumenta que, no estado, existem os níveis de referência municipais, microrregionais, regionais, macrorregionais e, inclusive, referência interestadual. Entretanto, há grandes entraves na consolidação das referências, como a insuficiência de dispositivos de saúde, deficit de recursos humanos e ausência de uma política de regulação.

> A gente tem o nível de referência municipal,... o nível de referência microrregional,... o nível de referência regional, que para a gente agora é a Geres. Então, a gente tem onze regiões de saúde no estado. Com o novo PDR vamos criar a décima segunda. E a gente tem ainda os níveis de referência macrorregional, que no estado de Pernambuco são quatro macrorregiões. Petrolina, agregando o sertão do Vale do Médio São Francisco; Serra Talhada, o Sertão Setentrional; Caruaru, Agreste e Região Metropolitana. Tem o nível de referência estadual, porque tem o nível de complexidade que vai se manter é... como único no estado. Alguns, algumas...redes, né?! Vão continuar referenciando apenas para uma única unidade de referência... a gente tem uma região interestadual... ainda tem três problemas relevantes, eu acho. Um, uma insuficiência ainda de dispositivos de saúde, equipamentos de saúde em algumas regiões. A questão do déficit de recursos humanos... então esses são dois problemas e o terceiro que é a questão da regulação. Então, a gente não tem ainda uma política de regulação.

O Ministério da Saúde enfatiza a importância da construção do PDR para a garantia do acesso da população aos serviços de saúde necessários à resolução de seus problemas em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante os pactos entre gestores na garantia das referências intermunicipais (BRASIL, 2006c).

Sobre os principais problemas enfrentados, como citado na entrevista, a carência de profissionais de saúde em regiões mais longínquas é um problema grave. Campos, Machado e Girardi (2009) afirmam que essa carência persiste ao longo do tempo, além de ser resistente às estratégias firmadas pelos governos de diversos países para enfrentamento dessas dificuldades.

Quanto à insuficiência de equipamentos, citada pelo entrevistado, Reis (2010) reforça a suficiência de equipamentos de saúde como critério necessário para a qualidade da assistência na direção da resolutividade e integralidade.

Em conjunto com o PDR e assumindo um papel tão importante quanto este instrumento no processo de implementação da regionalização da saúde, o mapa da saúde, citado por um dos entrevistados como "mapa sanitário", vai expor as condições de oferta de ações e serviços de saúde:

> ... com o ministro Padilha é... eu mostrei a ele a minha preocupação... nesse processo de implantação do decreto (7508/2011)... o primeiro era desenhar as regiões... o segundo passo... é o mapa sanitário... Nesse mapa sanitário a gente vai, por município, por região, definindo população, capacidade instalada, necessidade de serviço, o que tem e o que tem déficit... todo mundo vai ter acesso a esse mapa sanitário, aonde vai tá visivelmente exposto... os déficits do SUS.

O que chama a atenção nessa fala é que durante a entrevista notou-se uma preocupação do gestor em expor a situação de deficit em que se encontra o SUS, o receio de tornar público as condições de saúde do estado.

O mapa da saúde é um instrumento que pode contribuir decisivamente para a exposição da situação da saúde no Brasil, possibilitando observar as necessidades loco-regionais.

No mapa constam a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos, das ações e dos serviços de saúde, observando a capacidade instalada, o investimento e o desempenho através de indicadores (BRASIL, 2011a).

Diante dessa definição e da preocupação do entrevistado, é fácil compreender a importância do mapa da saúde, uma ferramenta de apoio para direcionar em que localidades são necessários novos investimentos, planejando de uma maneira mais efetiva e avaliando a participação dos entes federados na mudança do quadro desenhado por esse instrumento. Portanto, no processo de regionalização a implantação e utilização do mapa da saúde devem

ser efetivadas sem receio de demonstrar o que de fato acontece na realidade. Com a exposição da realidade, será possível atuar de forma efetiva sobre os problemas da população local, além de subsidiar o controle social na busca por melhorias do sistema.

Considerando a melhoria do sistema de saúde através do modelo de regionalização, é importante refletir sobre dividir e regionalizar responsabilidades, por meio de uma *gestão-compartilhada*, efetivando a complementaridade do sistema de saúde, através de atitudes e vontade política solidárias nas relações entre os entes federados.

A gestão compartilhada constitui espaços de tomada de decisão dentro de uma rede integral de serviços de saúde, através dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), distribuindo as responsabilidades entre os gestores, através da descentralização das estruturas gerenciais, de coordenação no processo da regionalização e de ferramentas formais de incentivos a pactuações entre gestores (REIS, 2010).

Gestão compartilhada exige dos gestores um permanente esforço tanto técnico quanto político para solucionar as questões referentes a planejamento, articulações e pactuações (BRASIL, 2007b).

Os CGRs de Pernambuco, segundo a SES, trabalham com o objetivo de fortalecer o sistema de saúde e também a atuação do estado em níveis regionais. Atualmente, estão sendo chamados de Comissão Intergestores Regionais (CIR), de acordo com o Decreto Federal n° 7508, de 28 de junho de 2011. Essas comissões estão vinculadas à secretaria de saúde do estado, para efeitos administrativos e operacionais.

As CIRs pactuarão, no contexto da regionalização, sobre aspectos administrativos, financeiros e operacionais de gestão compartilhada, além de diretrizes relacionadas a aspectos sobre região de saúde, sobre a organização de redes de atenção à saúde e pactuações intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde (BRASIL, 2011a).

Em Pernambuco, as CIRs vêm sendo implantadas, a partir do Decreto no. 7508 e, segundo um dos entrevistados, expressam a tentativa da SES/PE em coordenar o processo de regionalização, criando assim possíveis espaços de discussão e de revisão dos instrumentos de regionalização, como demonstrado:

> E esse GT (grupo de trabalho) ele vai continuar, a gente vai revisar agora os objetivos, porque ele vai ser condutor, né? Junto com a secretaria de estado e o Cosems. Porque não vai ser só a secretaria, mas também os representantes dos secretários municipais... pra a gente conduzir todo o processo de regionalização que vai além só do...do desenho das regiões de saúde.

O entrevistado reforça a ideia de construção da regionalização de forma compartilhada, citando o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) como ator importante. Percebe-se, na oratória do representante da gestão, a disposição para que o grupo de trabalho dê continuidade nas suas atividades. Relata a necessidade de revisão dos objetivos propostos e demonstra a importância desse grupo como condutor do processo.

O discurso demonstra um início de partilha de responsabilidades e de negociações. A representação da gestão estadual demonstra estar ciente da importância da co-gestão para o desenvolvimento da regionalização, o que é um caminho positivo.

Ao discorrer sobre a temática da co-gestão, Santos (2008) refere que, quando os gestores públicos abrem mão de poderes isolados que, por si só, não são resolutivos, e incapazes singularmente de garantir os direitos, iniciam a partilha das responsabilidades e daí emerge uma capacidade inovadora de gestão e administração pública baseada no consenso, nas negociações e pactuações firmadas.

A capacidade de articulação do gestor estadual em promover o seu envolvimento integral e em provocar o sentimento de pertencimento regional é uma tarefa complexa, mas sem dúvida um fator crucial para o desenvolvimento de uma regionalização cooperativa (REIS, 2010).

A habilidade de articulação do gestor estadual para a promoção da integração intermunicipal requer um processo de capacitação e aprimoramento da gestão pública para o fortalecimento da capacidade institucional.

Esse fortalecimento diz respeito a implementar estratégias de coordenação, integração e convergência dos processos e atores (REIS, 2010).

No trecho da entrevista a seguir, percebe-se um movimento em favor da capacitação das pessoas envolvidas com a implementação da regionalização. Entretanto, quando se refere à capacitação do gestor, constata-se que isso ainda é um entrave, pela indisponibilidade de tempo dos mesmos para se submeter:

> Então, por exemplo, pro CGR né? Que hoje é CIR, a gente tá com um curso desde o ano passado que tá pronto para capacitar... os membros e câmaras técnicas dos colegiados de gestão, das CIR... é um curso em parceria com a Fiocruz, com a... com o Ageu aqui. Aí quando a gente fechou o curso, aí começou a discussão de PPI..num sei o que... e aí num... num... conseguia tirar...o...o... gestor, né? Porque era muita discussão...e aí a gente tá retomando... esse curso... aborda... os instrumentos de planejamento, o papel do... colegiado... a gente tá trazendo pessoas de outros estados para contar a experiência deles...pra dar um pouco mais de... eles entenderem como é que tá... como é e qual é o papel de cada um dentro do... ? E a própria regionalização é um dos temas que a gente,

> inclusive fez com o pessoal da regulação porque aqui a regionalização tá ligada a regulação né?... O foco é mais na questão da gestão propriamente dita, né?

Documento do Ministério da Saúde sobre capacitação dos gestores do SUS, em todas as esferas do governo, para administrar questões relacionadas à regionalização da saúde, esclarece que a complexidade da gestão de um sistema de saúde descentralizado, contido no cenário brasileiro, exige que os gestores constantemente se atualizem nas questões do conhecimento e das ferramentas gerenciais, para que possam responder à dinâmica da conjuntura atual, acreditando que esses acréscimos do conhecimento e da competência tendem a aprimorar a qualidade da atenção à saúde (BRASIL [s.d]).

Esse impasse entre a necessidade constante de aumentar o conhecimento e a impossibilidade de retirar o gestor do campo de trabalho para o seu desenvolvimento profissional, acarreta prejuízos na ampliação da capacidade profissional de gestão.

O projeto do Ministério da Saúde sobre os pólos de educação permanente vem constituindo uma forma de "construir um terreno para a problematização necessária da mudança do conjunto das práticas dos gestores da saúde quanto a suas intervenções no campo da educação em saúde, enquanto pauta nacional" (MERHY, 2005, p, 173). Esses pólos não respondem uniformemente, devido aos diversos atores envolvidos loco – regionalmente, que promovem a singularidade. Mas o terreno e o sentido da política são firmados, reservando aos atores a condução desse processo de modo a desenvolver o SUS no Brasil.

Quanto à parceria existente entre a secretaria estadual e as instituições de ensino e pesquisa, um entrevistado refere:

> Tem vários convênios e várias parcerias. Tem parceria com a própria UFPE, tem parceria com a UPE. E a gente faz residência em conjunto, nosso serviço é um campo de... residência, de graduação também... temos mestrado profissional também... A gente tem parceria com a Fiocruz...através do Aggeu Magalhães... a gente desenvolve...um trabalho integrado com essas instituições de ensino, mas ainda insuficiente na minha avaliação. A gente precisava demandar mais e articular isso melhor.

Essa insuficiência no que se refere à parceria entre instituições de ensino e projetos de educação permanente é histórico (BRASIL, 2009b). As dificuldades enfrentadas com essa insuficiência na parceria entre o órgão da SES/PE e as instituições de ensino e pesquisa que auxiliam o projeto educacional não ficaram claras na entrevista. Entretanto, os entraves

relatados podem acarretar prejuízos para o projeto de regionalização, visto que as universidades têm um peso importante e são amplamente reconhecidas quanto à capacidade para a disseminação do conhecimento.

Diante de todos os pontos levantados e discutidos até o momento na categoria de projeto estadual de regionalização, sendo esta representada pelo desenho regional, relações entre os entes federados e participação dos atores envolvidos, é possível afirmar que estas representações citadas são incipientes e inaugurais na gestão estadual vigente.

6.1.2 Dimensão / Categoria - Financiamento

A categoria financiamento assume o significado de articulações e pactuações interfederativas dos recursos destinados à viabilização do projeto estadual de regionalização. Essa dimensão compõe a promoção da equidade e a alocação de recursos.

No que se refere à *promoção da equidade*, considera-se como critério de análise a pactuação de referência de alocação de recursos de maneira equânime, a fim de superar as desigualdades inter-regionais, melhorando o acesso e a integralidade das ações da atenção à saúde. Definindo, inclusive, parâmetros de adequação tecnológica necessária para a região, compatibilizando a garantia de acesso e a economia de escala e elaborando o Plano Diretor de Investimento (PDI) para amenizar os vazios assistenciais, considerando a alocação de recursos para incorporar novas tecnologias e para atender as necessidades populacionais.

Os critérios utilizados, na categoria desse trabalho, para a distribuição de recursos financeiros de maneira equitativa perpassam pelo que é essencial para os diversos e, muitas vezes, singulares grupos populacionais. O que de fato ocorre é uma desigualdade na partilha desses recursos que privilegia a produção de ações e serviços para sua alocação, em detrimento do que é importante para cada localidade. Em outras palavras: promovendo um maior aporte de recursos para os municípios e estados com maior número e melhores ações e serviços de saúde e prejudicando os entes que precisam de mais investimentos para proporcionar à sua população ofertas adequadas de assistência à saúde.

Os representantes da gestão estadual reiteram a reflexão acima:

> Você tem uma desigualdade nacional, regional, em tudo você vê desigualdade. Como é que um estado do sudeste recebe um *per capita* maior que um estado pobre... caso Pernambuco? Mas isso é uma realidade e para a gente mudar essa realidade é um passinho de cada vez. Nós não conseguimos. Não é só o justo que está em jogo, são interesses políticos, são

> interesses dos mais diversos, não é?... Eu entendo que se houvesse mais recursos era mais fácil, era mais fácil a gente dividir esse bolo de uma forma mais justa... Hoje está tudo muito centralizado aqui na capital, então, o dinheiro também vai para a capital. E por ai vai...

> ... hoje o critério de repasse de recursos ele é... o recurso que é transferido hoje, né? do nível federal para o estado de Pernambuco é um recurso prioritariamente do custeio... é como hoje... termina-se compondo o orçamento do SUS ao nível nacional... o que a gente chama de transferência voluntária, que eram convênios. E essa parte daqui, de convênios era que era voltada para investimentos, no sentido de construção, de reforma, de compra de equipamento... Então essa lógica... do financiamento do SUS e da partilha, já demonstra ,né? Uma certa manutenção do... *status quo*. Porque eu só repasso recursos de custeio para quem já tem capacidade instalada. Então quem tem capacidade instalada vai continuar recebendo os recursos, quem não tem e precisa ter, por essa lógica, não vai receber nunca recursos... essa lógica do custeio não vai ser suficiente para garantir...Então, isso hoje no SUS é um problema. Essa questão do investimento é um problema... isso é uma questão que a gente precisa... pautar... as discussões com o Ministério da Saúde. É necessário recurso novo para a saúde, recurso para investimento... a gente ta com... uma capacidade instada bastante deficitária e insuficiente, além do custeio, né? Isso é uma realidade ainda do Nordeste...

Refletindo sobre as desigualdades entre regiões e estados, e, muitas vezes entre municípios do mesmo estado, é no mínimo difícil acreditar que a descentralização ocorra de maneira similar no vasto território do Brasil.

Observando os critérios utilizados pela União para a distribuição de recursos entre estados e municípios, Ugá et al. (2003) chegaram à conclusão de que estes são insuficientes para a redução da desigualdade na alocação de recursos do poder público, contribuindo, muitas vezes, para a consolidação dessa desigualdade.

Atualmente, a alocação de recursos do governo federal para os estados e municípios, no que se refere à atenção básica, se baseia no tamanho populacional; quanto aos serviços hospitalares, os recursos são distribuídos a partir da oferta, o que tende a favorecer sua alocação nas localidades mais desenvolvidas (ANDRADE et al., 2004). Portanto, como constatado por vários autores (REIS, 2010; MENDES, LEITE, MARQUES, 2011), via de regra a alocação de recursos ainda segue preceitos de produtividade e não de necessidades, recebe mais a localidade que tem maior número de serviços de saúde.

É importante frisar que a proposta do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão preconiza “um financiamento tripartite que estimule critérios de equidade nas transferências fundo a fundo” (BRASIL, 2006b, p. 7).

O grande desafio é encontrar um mecanismo que direcione a alocação de recursos de maneira equitativa e eficiente, a fim de garantir um financiamento adequado para as políticas públicas e ações de saúde (PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005).

No Brasil, vem sendo estudada a possibilidade de alocar recursos equitativamente, a partir da criação de critérios capazes de mensurar as necessidades de saúde da população, incorporando as diferenças no perfil epidemiológico e socioeconômico para nortear essa distribuição de recursos, o que foi chamado de índice de necessidades. Machado et al. (2003) construiram uma metodologia baseada na distribuição de recursos considerando as condições socioeconômicas, demográficas, epidemiológicas e o porte econômico. Posteriormente**,** Nunes (2004) fez a inclusão da variável condição econômica dos municípios, o que modificou a proposta anterior. Em sequência, o Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde (GPEPS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) testou estas propostas metodológicas e fez acréscimos, após novas análises, a partir das Redes Neurais Artificiais, adicionando variáveis e criando um fator de alocação denominado I-GPEPS (ROSAS; BEZERRA, 2012). Esse tipo de metodologia é uma tentativa na busca por condições adequadas quanto à distribuição de recursos entre estados e municípios de uma maneira mais equânime.

Em conjunto com as tentativas e no intuito de dar sustentabilidade as importantes decisões sobre como o estado deve realizar a partilha dos recursos financeiros entre seus municípios e regiões, o Plano Diretor de Investimento (PDI) é um dos parâmetros que deve ser utilizado para nortear essa partilha e, consequentemente, promover a equidade entre os municípios. Nesse aspecto, o estado de Pernambuco está atrasado. Um dos entrevistados refere que este estado ainda não tem PDI, apesar dos vazios assistenciais já serem conhecidos e revela que, a partir da construção do mapa de saúde chamado pelo entrevistado de “mapa sanitário”, do estado, o PDI poderia ser construído:

> Pernambuco não fez o PDI (Plano Diretor de Investimento), né? É... é a gente tá agora discutindo, com o mapa sanitário, a gente vai fazer um diagnóstico desses vazios e a consequência disso vai ser um plano diretor de investimento... o mapa sanitário vai permitir visualizar esses vazios assistenciais, que a gente já conhece, vamos assim, hipoteticamente, mas a gente precisa fazer esse levantamento junto com os municípios, porque o mundo real, ele é muito diferente do mundo dos sistemas de informação.

O PDI deve expressar os recursos do investimento tripartite que visam à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde, em consonância com o planejamento estadual e regional. No âmbito regional, deve refletir as necessidades para o alcance de suficiência na atenção à saúde, incluindo as ações de vigilância e promoção em saúde, segundo as características peculiares de cada Região ou Macrorregião de Saúde (BRASIL, 2006a).

A importância e contribuição do mapa de saúde para a regionalização foi alvo de discussão anteriormente. Entretanto, é importante ressaltar que, com a sua construção, este poderá guiar o debate e a elaboração do PDI, visando um financiamento mais adequado.

Financiamento está diretamente relacionado com *alocação de recursos*, e, como componente dessa categoria, tem o significado de captação e alocação desses, em todas as esferas de gestão. O que se traduz em estruturar redes e linhas de cuidado, levando em consideração a recuperação, readequação, expansão e organização da rede local de saúde, através de incorporação de equipamentos e tecnologia, custeio das ações e serviços dessa rede, captação de recursos para o desenvolvimento da regionalização da saúde e transferências de recursos para os municípios, impactando sobre a organização em nível regional.

Os entrevistados, quando se trata de alocação de recursos, referem sobre o percentual aplicado pelo estado na saúde. Relatam que Pernambuco está investindo muito além do que é preconizado, e ainda assim vivenciam a experiência de insuficiência dos recursos financeiros para suprir as necessidades de ações e serviços de saúde no estado:

> Diante de todos os compromissos... que o governo tem para com a saúde do povo de Pernambuco...só para se ter uma ideia, quando a gente compara a curva de crescimento dos recursos que são aportados pelo Ministério da Saúde para a saúde daqui do estado de Pernambuco, embora ela apresente uma curva de crescimento que supera índices inflacionários e tal. A gente vê isso, mas quando a gente vê, por exemplo, o quanto de recursos do tesouro é aportado para a saúde aqui no estado de Pernambuco... a gente esse ano chegou a 17%, quer dizer, a gente saiu de 12% a gente... acho que teve um ano que não foi cumprido. Mas, assim, a gente sempre cumpriu, mas a taxa de crescimento tem sido assustadora e vem assustando o governo do estado. Todo dinheiro que chega aqui ainda é pouco...

> A gente tem um governo do estado que efetivamente reorientou, do ponto de vista de prioridade, a questão da saúde... Então Pernambuco este ano já está beirando... os 20% da receita... direcionado para a saúde, muito acima do que está preconizado pela emenda constitucional...

Sobre a partilha de recursos financeiros destinados à saúde, entre os três entes federados, foi sancionada a Lei Complementar no. 141 de 13 de janeiro de 2012, a qual regulamenta a Emenda Constitucional 29 (EC29). Está preconizado, na Lei Complementar no. 141, que os estados e municípios se comprometem com 12% e 15%, respectivamente, do produto da arrecadação dos impostos e contribuições, destinados à saúde. A União aplicará o valor que foi destinado no ano anterior, acrescido da variação nominal do PIB dos dois anos anteriores (BRASIL, 2012a).

Os problemas referentes ao financiamento do SUS costumam ser o grande entrave na consolidação do sistema. A indisponibilidade de recursos suficientes para promover as ações e serviços de saúde, os investimentos em novas áreas, a readequação, a expansão e a organização das redes de saúde comprometem a qualidade de saúde ofertada para a população.

Nunes (2004) lembra que a alocação dos recursos existentes se dá principalmente como custeio para as estruturas antigas e esse deve considerar as necessidades da população ou suas características. Os recursos para investimento são defasados em relação às necessidades e apresentam propriedades de iniquidade.

Bezerra (2010) refere que em Pernambuco os critérios de alocação de recursos ponderando as necessidades de saúde populacionais são inexistentes e que "a atual política de alocação de recursos tem forçado os menos favorecidos a usarem o máximo de recursos possível para atender a demanda crescente de responsabilidades que é transferida ao município" (BEZERRA, 2010, p. 4).

Os recursos, tendo em vista as bases populacionais é considerada o maior avanço na descentralização do financiamento. O que se percebe no quadro deste estado é que os municípios de menores portes são os que mais contribuem com a saúde (BEZERRA, 2010).

Os entrevistados relatam que, mesmo com a limitação dos recursos financeiros recebidos do Ministério da Saúde, o Governo do estado está investindo em novas unidades de saúde de média e alta complexidade:

> O governo do estado vem investindo muitos recursos e cada hospital desse que é aberto, como nós abrimos dois grandes hospitais, estamos abrindo mais um esse ano, quatorze UPAs... O que o ministério coloca de recursos para as UPAs... para o custeio delas é 250 mil reais, por exemplo, a gente gasta 900 a um milhão com cada UPA. Isso é... cada vez a gente vai abrindo mais... e fica insustentável. A gente não conta com o município, embora, pudesse, os municípios já estão todos sufocados. Então... e para a gente mudar o quadro da

> saúde no estado o governo do estado decidiu, eu vou fazer. Município entrando ou não entrando... e foi essa a decisão...

> ... Onde a gente precisou construir, a gente construiu com recurso azul e branco, né? Que eu chamo que é recurso pernambucano. Porque se a gente fosse esperar esse recurso do Ministério da Saúde, a gente não tinha conseguido expandir a rede...

Diante do quadro de investimento em média e alta complexidade referido pelos entrevistados, é importante ressaltar que as unidades de atenção básica são ou deveriam ser a principal porta de entrada para o sistema, portanto, seguindo esta lógica, caberia o investimento financeiro também estar direcionado à atenção primária.

Em se tratando de entraves enfrentados para investimento nas unidades de atenção básica, há ainda dificuldades encontradas pelos gestores para reformar as existentes, como relata outro entrevistado. Entretanto, na própria oratória ele informa a divulgação de uma portaria destinada à alocação de recursos para a reforma daquelas:

> ... Saiu uma portaria do Ministério da Saúde que... pelo menos aponta para resolver um problema ... que era recurso para reforma, porque isso estava na terra de ninguém. Os governos dos estados não repassam recursos para as secretarias municipais para reforma, não é? E o governo federal não repassava mais. Então, era mais fácil você passar um trator em cima de uma Unidade de Saúde da Família... do que... fazer a reforma da unidade. Na política de atenção primária ..se abre essa possibilidade de recurso para a reforma. Isso ai eu acho que foi um avanço importante, porque tava se deteriorando né? As unidades estavam se deteriorando...

A portaria referida é a de N°2.206, de 14 de setembro de 2011, que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o programa que requalifica as unidades de saúde existentes, criando incentivos para as mesmas, localizadas em imóvel próprio do município, como forma de prover infraestrutura adequada às equipes de saúde (BRASIL, 2011b).

Essa possibilidade de recursos para reforma pode ser um caminho para avançar na qualidade da assistência desse nível de atenção, que, sendo a porta principal de entrada do sistema, não deve conviver com a insuficiência de recursos.

A crise do financiamento, não só na atenção básica, mas, uma crise setorial, fomenta o debate em torno da construção e consolidação do SUS, abrangendo temas como a

racionalização do gasto em saúde e a alocação equitativa de recursos (GONÇALVES et al., 2009).

Todas essas características relativas à alocação de recursos e promoção da equidade e que compõem a categoria financiamento tratadas aqui, demonstradas através dos discursos dos representantes da gestão estadual de saúde, remetem à ideia de que o estado vivencia as desigualdades na partilha e insuficiência de recursos financeiros, levando a um prejuízo na implementação da regionalização da saúde, apesar de ultrapassar o percentual mínimo de recursos aplicados na saúde, previsto na Lei Complementar n°141/2012.

5.2 Nível de Análise - Gestão

O nível de análise diz respeito à gestão da estrutura organizacional do acesso à assistência à saúde regionalmente, com a participação social e o controle por parte da população**.**

5.2.1 Dimensão / Categoria - Acesso e continuidade do sistema estadual de saúde

Essa categoria versa sobre a capacidade do estado de ofertar serviços e ações em saúde de maneira ininterrupta, garantindo em todo o sistema de saúde a resolução dos problemas e necessidades da população sob sua responsabilidade.

Nessa concepção, as redes integrais de atenção à saúde fazem parte de uma responsabilização na qual as ações e serviços de saúde serão ofertados de modo equânime, descentralizados, em todo o território estadual (com propostas interestaduais),organizando-se a partir de linhas de cuidado (REIS, 2010).

A compreensão do sistema de saúde em formato de redes de atenção certamente contribui para proporcionar à população um acesso organizado, poliárquico e horizontal, criando possibilidades de uma interdependência contínua e integral, trazendo melhorias para a qualidade do sistema, os resultados sanitários, a satisfação do cliente e a redução dos custos do sistema (MENDES, 2010; STEPHAN-SOUZA et al., 2010).

Os entrevistados a seguir referem a Rede Cegonha como modelo de acesso e continuidade. Foi observada uma consonância entre os discursos dos gestores que se seguem:

> ... A gente vai desenvolver o desenho de todas as redes. A gente tá começando pela rede cegonha. Então já tá como etapa urgência/ emergência, a rede psicossocial, né?! Isso já... vamos dizer assim, engrenado como consequência. A gente já tá fazendo essa discussão...

> ... a rede cegonha, essa sim, tá pactuada, suas diretrizes gerais com todos os municípios do estado de Pernambuco... já fez a discussão das... diretrizes básicas, ou da matriz lógica de como deve ser a rede de materno-infantil no estado de Pernambuco... passou pela CIB e depois pelas regionais.... Ela não tá sendo operada, mas está negociada... eu vou precisar de vários pontos... e ela nem vai operar toda de uma vez.

> ...nós temos uma agenda em relação à rede de urgência, a rede de álcool e outras drogas, trabalhando a questão do crack e a rede cegonha que a gente começou. Então, essas são redes, entre outras, que nós estamos trabalhando como prioridade para ainda este ano a gente concluir. Aí no próximo ano, a gente vai trabalhar dentro da regionalização, outras redes, a exemplo da rede cardiológica, urológica. Avançamos também na rede de cuidados intensivos quando a gente definiu por região que nós teríamos por região leitos de UTI... a gente já fez o desenho e já está em implantação e em relação as maternidades também já estão em implantação, em Caruaru vai ter uma maternidade de alto risco, em Petrolina também, estamos trabalhando isso por macrorregião porque como eu disse nem tudo vai ter nas regiões.

No seu diálogo, os entrevistados demonstram ter conhecimento da importância da construção de redes para a regionalização e indicam estar priorizando o processo de estabelecimento das redes de atenção à saúde a partir das necessidades populacionais.

No discurso mencionam a preferência a iniciar essas redes através da rede cegonha; contudo, esta rede ainda se encontra no estágio de negociação e não de operacionalização, como descreve um dos representantes, complementando que a rede não será operacionalizada simultaneamente.

Entende-se, através dos diálogos, que há uma movimentação entre os gestores quanto a instituição das redes de saúde, todavia, no momento elas ainda não ultrapassaram as barreiras das negociações e pactuações e não se encontram efetivadas na prática, para garantir a integração do sistema de saúde e muito menos a regionalização.

Como partes integrantes desse sistema estão a média e alta complexidade. Um dos representantes da gestão discute sobre a busca por garantir a oferta dos referidos serviços sob a responsabilidade estadual, a partir da necessidade que se apresenta. Aborda a ideia da continuidade do cuidado, fortalecendo os serviços de poder tecnológico:

> ...quando nós estamos pensando... a vocação desse serviço, nós estamos dimensionando tudo... então, se naquela unidade eu tenho neuro, eu tenho que garantir a linha de cuidado da neuro, necessariamente não naquele hospital... então o hospital tem que se responsabilizar se ele for um hospital com esse perfil de grande complexidade para garantir ...a linha de cuidado do paciente que está no hospital que é a vocação dele...E é por isso que estamos abrindo mais um hospital, porque a gente já reconhece que há um déficit de leitos clínicos, de leitos cardiológicos e neuro, mesmo o estado tendo aberto recentemente 36 vagas de leito da neuro, nós ainda precisamos de mais e por isso nós vamos abrir o hospital Pelópidas, pra gente dar conta... O hospital Pelópidas será um hospital de neuro e de cardiologia.

Nessa busca por solucionar os problemas referentes à oferta de serviços nos níveis de média e alta complexidade, Mendes, Leite e Marques (2011) defendem que a União deve contribuir para corrigir as desigualdades entre os diversos estados e suas divergentes capacidades de autofinanciamento, do mesmo modo com os municípios, considerando as distintas capacidades de referência que atendem e que recebem a média e alta complexidade.

Segundo Mendes (2010), a operacionalização do o conjunto das redes de atenção à saúde é complexa, porque a mesma depende da população, de estruturas operacionais (governança, comunicação, atenção primária, pontos de apoio, secundários e terciários e sistema logístico) e do modelo de atenção.

Nos relatos a seguir é possível perceber as diversas dificuldades enfrentadas por Pernambuco na composição e organização do formato de redes de atenção:

> ... o que vai fazer com que essa população fique (na sua micro ou macrorregião de saúde) é a suficiência de serviço... como a gente não tem uma suficiência de serviço ainda, a gente sabe que essa população passeia pelo sistema, certo? Ainda... com muita dificuldade de atendimento...

> ... quando você faz o desenho de rede você vai ver toda a necessidade, inclusive de apoio de diagnóstico ou é de..., de internamento. Mas, o que é que tá se... qual o parâmetro que tá regulando hoje é o parâmetro antigo porque essa rede ela tá começando a se for... formalizar e se constituir agora...

> ... esse fluxo ele só vai se dá... quando a gente tiver uma programação... o lócus do colegiado regional tiver um mecanismo e um instrumento de acompanhamento de todos esses fluxos, dessas referências... dessa linha de cuidado... se ela tá se dando... adequadamente, e se... é tá precisando mod... modificar, então, ela, qualquer rede ela só vai ser efetiva na hora que o espaço mais legítimo, mais próximo de negociação, que são as

> comissões intergestoras regionais, elas estiverem pautando isso, no seu, no seu cotidiano de funcionamento...

Em seus relatos, os entrevistados revelam que, no estado de Pernambuco, as redes de atenção parecem estar incipientes e fragilizadas com a insuficiência dos serviços, sem considerar as diferentes necessidades populacionais, não estabelecendo um monitoramento nas regiões e perdendo o controle do fluxo populacional. Além disso, um dos espaços de negociações não vem pautando as questões desses fluxos no seu cotidiano de participação. Esses são pontos relevantes e que podem se tornar grandes nós no processo de implantação e execução das redes de atenção.

As redes de atenção à saúde no Brasil passam por problemas caracterizados pela predominância da fragmentação, que é mais a regra que a exceção, o que resulta em duplicação de serviços, ineficiências de escala e escopo, baixa qualidade derivada da atenção descontínua e custos de tratamento elevados, devido à má gestão das doenças crônicas. As diferentes partes do sistema de saúde não funcionam como um todo. Há pouca articulação de recursos, equipes e tecnologias entre os prestadores (LAFORGIA apud MENDES, 2007).

Dentre os problemas levantados, está a questão dos *recursos humanos* que perpassa por diversos entraves, como a fixação de profissionais de saúde em áreas longínquas e interioranas do estado, espaço pouco resolutivo de discussão, pactuações e negociações entre gestores e trabalhadores e ausência de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários.

A discussão em torno desse tema entre alguns dos gestores menciona um dos obstáculos citados:

> ...um dos grandes entraves pra qualquer discussão que a gente vai fazer? Recursos humanos. É disponibilidade de recursos humanos, muito. De fixação, de captação, de qualificação... dos recursos humanos existentes... hoje... têm algumas áreas que isso é... muito mais crítico de que em qualquer outra área...

> ...a gente tem um problema é... que... fora você não ter o quantitativo... quem tá lá continua ficando desmotivado porque... como ele não tem uma... né? Uma equipe completa, muitas vezes, então, é... ele tem que tá referenciando, mandando... prá cá, né? Pra capital, mandando pros grandes hospitais o que ele não tá conseguindo resolver lá. Muitas vezes não é nem porque ele não tem a competência para resolver ou que ele não saiba resolver, porque não tem equipe de suporte pra ele, é... tá realizando isso. Então, isso faz com que, além de que ele desmotive, ele... ele perde o cotidiano dele do dia-a-dia.

Diante dessas constatações tornam-se claras as dificuldades quanto à manutenção dos profissionais de saúde nas cidades menores.

Verifica-se uma concentração de profissionais médicos nas cidades de maior porte, deixando desassistidas as cidades pequenas, as áreas rurais, as comunidades mais remotas e as regiões mais pobres das grandes cidades. Em geral, os segmentos mais pobres e desprotegidos da população são os mais atingidos por esta situação de insegurança assistencial em saúde e a ela muitas vezes se somam problemas de insegurança pública, alimentar, econômica e social, que agravam a situação de privação extrema a que tais populações são submetidas (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

Para tanto, é importante promover concursos públicos para alocação de profissionais na gestão e na assistência, implantar ferramentas de negociação para trabalhadores da saúde, além de construir planos de Cargos, Carreiras e Vencimentos com discussão ampla junto aos profissionais (REIS, 2010).

A responsabilidade sobre a disponibilidade e fixação dos recursos humanos é dos entes federados (BRASIL, 2007a). Essa responsabilidade do estado foi mencionada por dos seus representantes da gestão, indicando estratégias para a fixação de profissionais através do aumento de número de vagas em cursos de residência médica levando em consideração as que existem e as necessidades de cada região:

> No concurso do ano passado a gente já aumentou o número de vagas pra é... o Dom Moura em Garanhuns, Petrolina é... Caruaru. É, a gente tá conseguindo trabalhar alguns polos, evidentemente que é..., é necessário que tenha todo um, um aporte, por exemplo, que o serviço que tenha residência ele tem que, né? Ter preceptoria, ele tem que ter condições mínimas pro estudante ter uma boa formação, então, isso dificulta... Claro que é muito mais difícil, e a gente determinou algumas..., algumas especialidades pra serem trabalhadas, é... levando em consideração, né? O que a gente já oferta e o que a gente tem necessidade...

A estrutura de ensino médico de um estado, mais especificamente, a oferta de vagas em programas de residência médica, atrai médicos em busca de aperfeiçoamento. E o que pensam Póvoa e Andrade (2008) ao mencionarem que a concentração dos programas de residência nas regiões Sul e Sudeste constitui um dos fatores que promovem a desigual distribuição geográfica dos médicos.

Entretanto, outro gestor complementa o tema criticando a fixação dos profissionais somente através dos cursos de residência médica:

> Nós entendemos que garantir profissional no interior não passa por pagar bem... o profissional para se instalar no interior ele tem que ter outras ofertas,... outras possibilidades. E uma coisa que nós é... entendemos que fixa mais o profissional é a residência. Não é que a residência fixa mesmo, mas ela estimula, ela não é a garantia... por que é que a gente consegue garantir profissionais de saúde em Petrolina? Porque de uma certa forma Petrolina... tem várias opções, tem uma universidade, tem áreas de lazer, tem uma forma pra você também se, se divertir, o profissional precisa ter um lugar, né? Ele quer também é..., é..., trazer seus filhos, passear... Então, quando ele vai pra uma cidade que não oferece maiores oportunidades pra ele, é mais difícil dele fixar, a não ser que ele tenha um vínculo familiar...

É compreensível que os programas de cursos de pós-graduação e os altos salários não são suficientes para segurar o profissional nos pequenos municípios do estado por longos prazos e que as opções oferecidas nos grandes centros urbanos, de onde os profissionais de saúde muitas vezes são oriundos, influenciam nas decisões profissionais.

Quanto às opções nos grandes centros urbanos, os profissionais, e particularmente o médico, geralmente provém de um extrato social muito diferenciado. Há um hábito de consumo de bens culturais que não existem em localidades ermas. Adicionalmente, eles são formados em ambiente hospitalar, muitas vezes altamente dependente de tecnologias e dependentes da interação com colegas em interconsultas. Além do que, esses profissionais esperam prover uma educação de boa qualidade para os seus filhos. Este é um ponto em que os incentivos financeiros, isoladamente, são incapazes de reverter este comportamento (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

Em relação às interconsultas, um dos gestores, discorre como algo importante para a interação entre profissionais:

> ... é uma forma de você ter a discussão de casos, eles se sentirem seguros com a assistência que eles dão, porque eles estão dialogando com outro profissional que tem mais experiência.

Apesar de o gestor citar essa interação entre profissionais dos grandes centros urbanos com os de municípios de pequeno porte como importante para a fixação profissional, não afirma que tal estratégia está sendo trabalhada pela SES/PE.

Sobre os altos salários oferecidos aos profissionais citados no trecho anterior, os municípios muitas vezes sofrem com o fenômeno da concorrência para a contratação de médicos, mais especificamente. Aumentam a remuneração destes em função de verdadeiras ‘bolsas de profissionais’, na oferta de salários atrativos, tornando-os cada vez maiores e de

difícil cumprimento, principalmente para os pequenos municípios. Comprometem parte excessiva dos recursos que deveriam servir às diversas ações de saúde em vínculos marcadamente instáveis (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

Quanto aos incentivos financeiros utilizados para atrair os profissionais, o estado de Pernambuco vem elaborando uma nova lei sobre produtividade:

> O estado tá fazendo um novo... uma nova lei de produtividade, né? Que não vai ser só baseada nos indicadores quantitativos, mas também indicadores qualitativos, de desempenho e uma das... um dos eixos que a gente vai trabalhar é o eixo de... ensino, é, ou seja, se você se especializa, né? Se você faz algum papel de preceptoria você vai ter uma pontuação a mais na sua produtividade, né? Ao final do mês... quer dizer, isso já é um tipo de incentivo.

Ao destacar essa forma de incentivo proposto pela gestão atual, o entrevistado a seguir relata a importância do diálogo com as instâncias e o sindicato dos profissionais da saúde, para que também haja consenso com essas instituições, porém não refere sobre o espaço de interlocução instituída, ou seja, a mesa de negociação permanente do estado.

> Quanto às pactuações e negociações entre gestores e trabalhadores... você sabe que tudo que a gente tem que fazer tem que ser pactuado com Cremepe (Conselho Regional de Medicina de Pernambuco), com Simepe (Sindicato dos Médicos de Pernambuco), com conselho de classe de odontologia, de enfermagem e tudo o que for com sindicatos dos trabalhadores da saúde, o Sindsaude/PE (Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Seguridade Social no Estado de Pernambuco) se não a confusão é grande. Mas eu acho que é certo também, acho que a gente tem que fazer mesmo é... negociando. E aí é uma das coisas que a gente tem feito...

Os conselhos de profissionais de saúde atuam defendendo e disciplinando o exercício profissional, em juízo ou fora dele, representando os interesses coletivos ou individuais desses especialistas, objetivando a qualidade dos serviços de saúde prestados. Contribuem também para a democratização das políticas públicas e para o fortalecimento do controle social (REZENDE, [s.d]).

Em se tratando de interesses de classes, um entrevistado faz críticas a Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011c) que respalda a dedução da carga horária

médica dos integrantes do Programa de Saúde da Família (PSF). Acredita que foi um retrocesso e com isso o médico permanecerá menos tempo na unidade de saúde:

> ... tem uma questão aÍ que, que foi colocada... nem sempre a gente acerta né? Quando eu digo a gente, falo da gestão como um todo do SUS..., por exemplo, de diminuir a carga horária do médico do PSF em função da portaria... né?... Ao meu ver foi um furo, né? Eu acho que... a gente precisa tentar resolver essa questão, mas aí você só fez facilitar..., porque... é... foi um retrocesso, porque a partir do momento que você chega lá e você vai dizer: Oh! É. Agora você fica 20h. Ele já não ficava, ele vai continuar sem ficar e ele vai arrumar outras brechas maiores ainda para ficar menos ainda... sabendo que... ele ainda tá com... é respaldo né? ...de uma portaria que ta lá, que é legítima, ele vai dizer: Ah! Não! Eu tô coberto pela portaria. Então assim, a gente vai continuar... é pior né? A gente vai continuar com a situação que a gente tinha e ainda referendado**...**

Essa portaria, emitida pelo Ministério da Saúde, regulamenta uma flexibilização da carga horária dos profissionais médicos que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), os quais passam a ter opções de carga horária naquele setor, que pode variar de 40, 30 ou 20 horas semanais. Neste último caso (20 horas), autorizando o credenciamento das chamadas Equipes Transitórias (equipes com médicos em tempo parcial), havendo ainda permissão de cumprimento de parte desta carga horária, no caso de 40 horas, em serviços de urgência e emergência no município, educação continuada, residência multiprofissional e atividades de especialização em saúde da família (BRASIL, 2011c).

A presença do médico nas unidades de saúde durante 20 horas semanais não contribui para a construção do vínculo entre profissional e comunidade, defendido pelo modelo de atenção à saúde que caracteriza a ESF. Portanto, não há unidade quanto ao apoio à Portaria, visto que a mesma colabora para a fragmentação do trabalho dentro da equipe.

O gestor cita ainda duas estratégias que estão em discussão em nível federal: uma é uma forma diferenciada de pontuação na prova de residência que irá beneficiar quem trabalha no PSF e a outra é a carreira civil obrigatória para médicos:

> ...as discussões que a gente tem tido no nível de SGTES (*S*ecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) lá no ministério da saúde, né? Por exemplo, tem uma proposta que é... de pontuação na prova de residência...né? Pra quem fez medicina de família e comunidade é... ou, ou é... trabalhou em...em...PSF por um ano, ao final ele vai ter 10% da prova, se trabalhou dois anos... teve experiência de dois anos no PSF, tem 20% da prova é...,tem também uma portaria que estava sendo discutida para incentivos a profissionais, que é o...a historia do civil obrigatório, né? Do... da carreira civil obrigatória para..., pra médicos...

A proposta descrita pelo entrevistado é o Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab) que surgiu da necessidade de prover e fixar profissionais em áreas de maior vulnerabilidade. A exemplo do que ocorre em vários países, médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas recém formados estão recebendo incentivos para trabalhar nessas localidades. O Provab prevê supervisão semipresencial e à distância; possibilidade de Especialização em Saúde da Família e Comunidade; pontuação para concursos de acesso à residência médica quando trabalharem nas cidades definidas pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 2011 (que estabelece critérios para a definição de áreas prioritárias com dificuldades na retenção de médicos integrantes do PSF), durante o período mínimo de um ano; e se forem bem avaliados em suas funções profissionais (BRASIL, 2011d; 2012b).

Essa proposta de beneficiar os profissionais médicos nas provas de residência, em troca da oferta de seus serviços em áreas longínquas para compor a equipe do PSF, pode favorecer a redução de equipes incompletas por falta da presença médica.

Sobre as condições de saúde da população, constituem a base para o *planejamento e instituição do monitoramento e avaliação* do sistema de saúde regionalizado. A qualidade do processo de construção depende da situação de saúde regionalmente, tendo como parâmetros o perfil epidemiológico, as necessidades de saúde, a capacidade instalada, além da situação da oferta dos serviços de saúde, elaboração do PES, dos planos regionais de saúde, que se debruçam em ações a serem desenvolvidas em nível regional, da ação coordenada de todo o processo desde a elaboração até a execução da PPI e do monitoramento acompanhado pela CIR.

O planejamento e a situação de saúde da população de cada região precisa do levantamento de dados municipais. Esse aspecto é relatado pelo entrevistado a seguir:

> ... nós temos que saber o que é que dispõem determinado município e na região de serviço de saúde? Qual a necessidade da população? Como é que nós vamos ampliar e implementar novos serviços para dar conta dessas necessidade? ...a gente tem que ter esse diagnóstico para além de desenhar a rede a partir dessas necessidades, nós precisamos acompanhar, monitorar este atendimento.

> Acho que especialmente na questão do levantamento de informações, né?! Então, assim quanto... tem investido em cada município, em cada região, né?! E para que... Se tenha uma ideia de quanto o custo de cada região dessa, né?! Os serviços que são prestados em cada município, em cada região, né?! A consolidação dessas informações. São informações importantes nesse processo que têm sido sempre requisitadas. E aí como nós temos uma área bastante operacional no levantamento dessas informações...

A gestão estadual, através dos seus representantes, demonstra ter ciência da importância de compreender a disponibilidade dos serviços de saúde de cada município e a necessidade populacional para estruturar a oferta. Infere que está trabalhando na consolidação de informações, as quais são fundamentais para melhor diagnóstico da situação instalada, mas não há clareza se essa consolidação se estende além das questões relacionadas a investimento e a serviços prestados, ou seja, considerando as necessidades em saúde e o perfil epidemiológico da população.

Além da consolidação, outro ponto importante para o planejamento, monitoramento e avaliação é a elaboração do PES, como descrito. Sobre isso, um dos representantes da gestão diz que o PES de Pernambuco não é regionalizado, por falta de maturidade e foi aprovado com atrasos pelo envolvimento do controle social:

> Existe um Plano Estadual que não é regionalizado... foi aprovado extemporaneamente... porque é... a gente aprovou o nosso Plano Estadual...o último...acho que com... (pausa) quase dois anos de atraso... Há um processo muito é... difícil, é um parto, realmente, né?! Porque envolve o controle social...O Plano Estadual não foi concluído. É uma discussão que nós estamos... tendo nesse momento, mas a decisão que se tomou foi que não iríamos regionalizar...não temos maturidade ainda suficiente é... para fazer isso e no tempo que deve ser feito, né?

Há um descompasso entre os atrasos na construção e implantação dos instrumentos e a premência de regionalizar o sistema de saúde.

O PES é fundamental para o processo da regionalização. Em publicação da própria SES, está referido que o PES "expressa o compromisso do governo com a saúde" e "propõe medidas e ações que impactem nos problemas de saúde do Estado" (PERNAMBUCO, 2012a, p.22). A importância do Plano é afirmada, dentre tantos documentos oficiais, na Lei 8080/90, na Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 (Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão), na Política Nacional de Educação Permanente, no Projeto Qualisus e, mais recentemente, no Decreto n° 7508 de 28 de Junho de 2011.

Devido à sua relevância, é necessário que o estado agilize o processo burocrático nas instâncias de discussão e deliberação, para que o PES seja não somente um documento construído e importante, mas, posto em prática, o compromisso com o cumprimento das metas estabelecidas.

Apesar desse atraso da concretização do PES, ele é citado como de grande importância pelos gestores representantes da SES, para a formação dos planos regionais de saúde e o fortalecimento das gerências regionais:

> ... Nós estamos... fortalecendo as Gerências Regionais... de Saúde, né? Elas hoje respondem a...a... Secretaria de Coordenação Geral, né? Que está fazendo reuniões é... sistemáticas, né? É... houve um processo de escolha para esses gerentes, um processo que foi através de uma seleção pública, né? E... tá preparando o ambiente pra que realmente a gente consiga chegar... ao ponto de fazer um... Planos Regionais de...de Saúde, ... mas esses passos não foram dados ainda, ... muito precisa ser feito ainda.

Outro instrumento, além do PES que compõe a formatação da regionalização a saúde, é a PPI. Sobre esta, um dos entrevistados esclarece que foi implantadas, mas está sofrendo modificações e ajustes, difíceis, por envolver interesses instituídos em um cenário de subfinanciamento do sistema:

> Bem, nós temos a PPI implantada. Ela pode não ser justa... não é a dos nossos sonhos, mas é a que roda, e para mudar ela, é difícil... porque, como eu disse, para mudar você vai contrariar interesses. Se tivesse mais recursos seria mais fácil, com certeza... Nós temos problemas de subfinanciamento, que temos esperança de melhorar o volume de recursos que vêm da União para cá... construir um modelo onde haja consenso. Onde a gente saiba que vai haver interesses contrariados é algo que não é fácil de se... também é injusto o próprio financiamento da saúde.

> ... dinheiro é muito pouco, ele não dá, realmente não dá. Então, dividir aquilo que já é pouco entre os entes que têm tantas responsabilidades, como os municípios têm, como o estado tem, é algo realmente desafiador... , na verdade, a gente percebe que o modelo que nós temos hoje ele não, vamos dizer assim, ele não reflete as necessidades que cada ente tem do ponto de vista do financiamento das suas ações.

> Se Recife presta mais serviços que outros lugares é justo que ele vai precisar de mais recursos para financiar esses serviços. E ele atende municípios de todo o estado. Então, é coisa comum. Você sai lá de Arcoverde, de Salgueiro, de qualquer lugar do estado para vir aqui para a Restauração, para vir para algum hospital daqui da capital.

Diante das dificuldades enfrentadas por entes federados na formatação da PPI, fica a preocupação com a organização dos serviços de saúde, dos fluxos e, principalmente, com o usuário, que se submete a peregrinações em busca da resolução das suas necessidades em saúde.

A respeito das dificuldades para se dispor de uma PPI justa e de acordo com as aspirações e necessidades relacionadas à saúde, considerando as singulares necessidades dos municípios, como ocorre em Pernambuco, Stephan-Souza (2010) esclarece que, na ausência de instrumentos de programação da assistência e de co-financiamento eficaz, os gestores municipais criam estratégias de superação dos obstáculos interpostos pelos precários, porém existentes, instrumentos de regulação. Esses instrumentos limitam o acesso, com muita criatividade, contudo comprometem a PPI e sua execução físico-financeira. Há um desafio na pactuação dos diversos interesses, o que pode acarretar a desarticulação do sistema, comprometendo sua qualidade.

Sobre o conflito de interesses também citado em uma das entrevistas acima, segundo Viana et al. (2008) é um problema e um grande desafio enfrentado pelo estado, que precisa firmar seu papel e seu poder dentro do processo de regionalização, operacionalizando em conjunto com diversas instâncias de decisões, instituições públicas, privadas, com ou sem fins lucrativos, além de heterogêneos grupos e interesses que atuam direta ou indiretamente nas questões da saúde.

Quanto às questões referidas nos discursos dos entrevistados sobre financiamento, esse tema foi alvo de discussão anteriormente. Entretanto, cabe ressaltar que, se for adotado o vínculo entre saúde e desenvolvimento como ponto de partida, a primeira questão que emerge é a insuficiência do gasto nacional para viabilizar uma lógica regional de atenuação da desigualdade. A transformação da configuração territorial da saúde requer uma ampliação do esforço público, uma vez que a estrutura existente impõe um custo de manutenção que, em si, já supera o orçamento disponível. Para assegurar uma mudança nessa configuração regional, é necessário assegurar estratégias que garantam um aumento do montante de recursos e a estabilidade das fontes de financiamento setorial.

Em se tratando da terceira fala acima, é certo que as grandes cidades necessitem de um aporte financeiro maior pelos serviços prestados aos seus moradores e aos demais, vindos de outras localidades menores. Entretanto, os municípios menores e pobres em oferta de serviços de saúde adequados às necessidades loco-regionais precisam ser priorizados pelos demais entes federativos. São necessárias soluções práticas quanto à partilha de recursos, para amenizar as desigualdades intermunicipais e inter-regionais existentes.

Para auxiliar na solução dos problemas apontados, o sistema de planejamento regional pode ser um caminho para estruturar as necessidades financeiras dos municípios no estado. Reis (2010) refere a importância do monitoramento e avaliação das ações implementadas e

dos resultados alcançados como instrumentos estratégicos de gestão do SUS e de fortalecimento do próprio planejamento, na medida em que lhe confere direcionalidade e precisão.

Os entrevistados descrevem que há monitoramento e avaliação, especificamente, do PES, por parte do Conselho Estadual de saúde (CES), que ainda não tem um olhar regionalizado quando realiza este acompanhamento:

> Nós temos uma proximidade muito grande com o Conselho, assim... porque... alguma forma, o gabinete vem... colocando algumas expectativas na relação com o controle social, com... o Conselho Estadual de Saúde, através do planejamento. Então, nós, inclusive, estamos criando uma assessoria para ficar aqui, respondendo diretamente a mim, que é para cuidar... dar um olhar especial a essa questão do controle... do Conselho Estadual de Saúde.

> ...de monitoramento do Conselho Estadual em cima do plano (Plano Estadual de Saúde), ele é feito não com esse corte regional. Ele é feito sim, tanto na hora que a gente está elaborando o plano, submetendo toda a concepção dele ao Conselho para a sua aprovação final, que é em... que ainda não foi aprovado, mas que nós já discutimos diretrizes, objetivos, estamos avançando já na questão das metas. Mas isso aí, quando se dá do ponto de vista regional, se dá, mas sem esse compromisso de ser regionalizado. E às vezes se dá, vamos dizer, vamos fazer tal coisa em tal região... E também há um monitoramento, um acompanhamento do conselho na hora de avaliação desse plano. Na hora que a gente submete o relatório de gestão para a apreciação e aprovação do Conselho Estadual.

Sobre o CES, por ser um órgão colegiado de caráter permanente, paritário e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política estadual de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (PERNAMBUCO, 2002), faz-se necessária a sua atuação no que diz respeito às atividades relacionadas ao PES, na direção da consolidação do projeto de regionalização, empenho em monitorar a construção do plano estadual a partir de uma visão regionalizada**.**

Um dos pressupostos para a implementação da regionalização é a *regulação*. Cabe ao estado planejar a política de regulação, se responsabilizando pela rede do nível pré-hospitalar à urgência, implantando centrais de regulação em nível regional, criando um sistema de informação que facilite a intercomunicação entre as centrais de regulação municipais, regionais e estaduais, acompanhando os fluxos assistenciais e a linha de cuidados intrarregionais e inter-regionais, formalizando os fluxos de referência entre municípios, baseando-se na programação pactuada, monitorando a relação de oferta e demanda de

serviços, além de estruturação, coordenação e monitoramento das ações do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), interestadual e municipal.

Em relação à importância da regulação para a regionalização, foi expresso por um entrevistado que sobre regulação há uma visão reducionista de controle e avaliação, quando na verdade a regulação está muito mais relacionada à direcionalidade das ações no que se refere à saúde.

Foi relatado também que no setor responsável pela regulação, no estado, foram agrupados a PPI, as redes e os fluxos assistenciais, a auditoria, o controle e avaliação, os quais anteriormente faziam parte de outros setores, o que, de acordo com o entrevistado, contribuiu para a implantação de uma lógica de processo de trabalho focado na regionalização:

> ... historicamente a gente pensa em regulação ou pensou regulação como controle e avaliação, produção e pagamento, produção e pagamento, quando... regulação, já tá dizendo, ele tem que visualizar vazios, tem que apontar direcionalidades pra onde a gente precisa tá investindo mais, então, a regulação do sistema, e aí eu não tô pensando somente na regulação de acesso, mas a regulação, inclusive, produtiva, né...? da saúde...

> ... regulação... agrupou determinados processos que historicamente eles eram separados... programação, PPI... redes assistenciais..., fluxos assistenciais, definição de necessidade da população,... auditoria,..., controle e avaliação... Deu uma conformação de processos, que dá sustentação pra... começar a fazer um trabalho diferenciado em relação ao que... tem de concepção de regionalização.

O termo regulação tem adquirido, no âmbito da saúde, um sentido mais amplo, deixando de ser apenas uma função de regulação mais clássica das relações de mercado na saúde. Pela diversidade dos sistemas de saúde e abrangência da função do Estado na saúde, o termo assume claramente uma característica polissêmica (MAGALHAES Jr, 2006).

O processo regulatório, ao intervir positivamente no acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos, exercendo o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada, para que cumpram a sua função (BRASIL 2002a). Entretanto, em Pernambuco esse modelo de regulação permanece no campo do que se deseja implantar. Não há um complexo regulador, a partir da oratória que se segue; o que existe é uma regulação de leitos e do Samu que não perpassa por todo o estado.

> ... o complexo regulador do estado que nós temos hoje é uma central de regulação de leitos, mas nós não temos um complexo regulador, temos a central de regulação de leito. Uma central de regulação do Samu em Recife que cobre a região metropolitana e em Petrolina

> que só atende Petrolina e em Caruaru que atende parte... a região de Caruaru, mas não dá conta de Garanhuns que tá dentro da macro e Serra Talhada não tem.

A realidade demonstra uma incipiente regulação do acesso às ações e serviços de saúde do sistema, o que ocasiona pouca resolubilidade e falta de integralidade dos níveis de atenção e, consequentemente, uma assistência à saúde ineficiente para a população (PERNAMBUCO, 2009a).

Essa situação pode se agravar na população residente em localidades que delimitam estados e necessitam de uma regulação interestadual. Para tanto, é imprescindível firmar parcerias entre os estados que fazem fronteira, a fim de estabelecer formalmente um fluxo de usuários que na prática é criado por eles, como menciona um dos representantes da gestão entrevistados:

> Os fluxos interestaduais é... eles existem..., mas não... da forma... institucional, porque... isso vai se dar de forma mais organizada no momento em que o estado de Pernambuco, ele monta seu complexo de regulador, né?... Pernambuco, no que diz respeito a garantia do acesso e estabelecimento desse fluxo, está exatamente ,quando desenha a relação interestadual, fazendo isso especialmente com a Bahia, com o Piauí, com Ceará e Alagoas que são os estados que estão no desenho do mapa estadual nessa inter-relação (...) existe o Crie, Comissão Regional Interestadual... todo mês se reúna para discutir como estão estes fluxos, como está essa assistência, como tá a garantia dessa assistência...colegiado regional interestadual. Só tem nesses dois estados (Pernambuco e Bahia) formalmente constituído.

> ... Pernambuco e Bahia, com o projeto pioneiro o único que existe no Brasil inteiro... A gente fez agora, instituiu e implantou a regulação integrada o que tá incipiente, mas a gente já montou uma central... Tá lá em Juazeiro uma central de regulação interestadual... nesse primeiro momento a gente tá fazendo esta regulação... da demanda... dos... dois municípios, das duas micro... Petrolina e Juazeiro... Não deu ainda pra incorporar nesta central toda, a demanda e necessidade de referência dos..., dos cinquenta e um municípios das duas, da macro interestadual, que aí é a proposta de implementação foi exatamente essa: começa pela micro de Pernambuco e micro de Petrolina pra gente ajustar, mas já tá funcionando. Tem excelente resultado...

Quando há fluxos não regulados, há um prejuízo financeiro para os municípios, para as regiões envolvidas, principalmente quando não existe a pactuação interestadual, gerando despesas que serão cobertas pelo município receptor dos mesmos. Portanto, é importante dispor de um planejamento ascendente e regionalizado, utilizando esses fluxos perenes realizados pelos usuários para traçar a programação, o desenho da rede e o planejamento das ações e dos serviços (STEPHAN-SOUZA et al., 2010).

Apesar de incipiente e pontual, a rede entre Pernambuco e Bahia (PEBA) citada nos depoimentos acima, é uma experiência inovadora no que se refere à gestão assistencial e desenvolvimento de políticas regionais para áreas prioritárias do estado.

Em relação aos outros estados (entre Pernambuco e Alagoas, Paraíba, Ceará) não há nada formalmente constituído, tudo ainda está no âmbito das possibilidades futuras. Isso traz prejuízos à continuidade da assistência aos grupos populacionais das áreas de fronteira que, provavelmente, convivem com as incertezas da responsabilização pela oferta de serviços.

Além do fluxo entre estados, existe uma relação importante para a condução da continuidade da assistência à saúde que é o tratamento fora do domicílio (TFD). Os benefícios do TFD, a nível nacional, foram estabelecidos pela Portaria SAS/Ministério de Saúde nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre o TFD no âmbito do SUS. O TFD somente será concedido quando todos os meios de tratamento existentes no estado de origem estiverem esgotados e somente enquanto houver possibilidade de recuperação do paciente (BRASIL, 1999).

Quanto a isso, foi relatado que:

> ...o tratamento fora do domicílio muito... menor que a gente tem que mandar, mas são aqueles tratamentos especializados mesmo... mas, por exemplo, fazer um tratamento com célula-tronco. Já mandei até paciente pra China inclusive, porque é um tratamento extremamente novo... não é que não exista uma rotina, tem uma rotina e tem todo um protocolo já pré-definido de quando eu devo mandar pra fora do estado... o pessoal recentemente fez um manual que institui os protocolos hoje existentes.

Segundo o que é descrito pelo entrevistado, o TFD existe em Pernambuco e é disponibilizado a partir da real necessidade do paciente, em casos de especialidades inexistentes no ente federativo em questão.

Apesar dos entraves relatados quanto à regulação no estado, o representante da gestão refere que está na pauta de discussão uma política estadual de regulação pactuada e regionalizada:

> ... tá sendo sempre discutido com os municípios... não é só o espaço do GT, a própria bipartite, os próprios colegiados de gestão regional... A regulação enquanto processo no sistema estadual a gente tá fechando... fez uma primeira, um primeiro desenho, discutimos com os gestores municipais nesse GT e estamos aprimorando... a gente já tem uma proposta de desenho, de complexo regulador dentro do estado... alguns ajustes naquele desenho primeiro, mas ela não é uma política aprovada... a próxima reunião do GT, um dos pontos vai ser exatamente a regulação.

Este pronunciamento evidencia que há um movimento da gestão estadual relativo à elaboração do projeto de regulação, havendo um debate sobre a maneira regionalizada e pactuada com os municípios.

Esse projeto de regulação necessita de *tecnologia de informação e controle* para atuar com maior precisão. Além desse projeto, essa tecnologia é importante para fornecer informação e controlar as áreas de farmácia, atendimento, administração e a identificação do usuário. Trata-se da elaboração e implementação do plano de informatização da rede de saúde.

Sobre este plano, o gestor explicita está sendo desenvolvido um sistema de informatização nos grandes hospitais da capital e que estes estarão interligados entre si e com a secretaria estadual em questão.

> Nós temos um plano que já foi aprovado, licitado, que já começou nos... grandes hospitais, o primeiro hospital que nós implantamos foi o Hospital da Restauração faz exatamente dois meses. Estamos agora implantando no hospital... é...Getúlio e Otávio de Freitas... nós estamos trabalhando um plano de informatização para... ter... é... um projeto que faz interligação com todas as UPAs e com os hospitais. Então, esse projeto a gente também já encaminhou a um processo de... licitação, pra que a gente abra o sistema, olhe e veja como a rede está...além do sistema de informatização geral pra secretaria, então isso... que aí a secretaria vai ter essa informação em tempo hábil. Tudo isso está em curso, né?... nós estamos ampliando pro Barão, Agamenon e Hospital do Agreste**.**

As redes de comunicação, dentro da instituição, possibilitam que as pessoas tenham uma visão holística, ou seja, uma imagem única de todos os elementos da organização. Dessa forma, torna-se mais seguro tomar decisões relativas a uma dimensão, visto que suas repercussões em outras dimensões estão sendo consideradas (SILVA, 2002).

A comunicação em rede é promovida pelo registro eletrônico em saúde de ações individuais e coletivas, fazendo parte do plano de informatização. Objetiva a melhoria da qualidade e eficiência dos processos de trabalho através da cadeia de informações (BRASIL, 2004b).

Em relação à informatização na farmácia, o representante da gestão ressalta:

> ...Em relação a medicamento a gente já fez isso, com.. era...era o saúde log, nós fizemos um processo agora de uma estrutura que está toda informatizada e que disponibiliza pra gente o que é que eu tenho de remédio, quanto, qual é o período de validade, é... como é que tá o abastecimento dessa rede, isso para o nível central, e a gente quer que isso tenha conexão,

> comunicação com as farmácias que nós implantamos no estado e nós já implantamos 24 farmácias....

O uso articulado da informática e das informações em saúde pode contribuir para a utiilização racional de insumos estratégicos (medicamentos, imunobiológicos e hemoderivados). Este recurso também possibilita contribuir para a segurança, eficácia e qualidade de produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para a saúde pública e a promoção da saúde (BRASIL, 2004b).

No dessas conexões em serviços de saúde, existe uma tendência para que, cada vez mais, as pessoas abandonem sua postura isolada e contribuam efetivamente na formação de linguagens comuns com outros departamentos, em especial naqueles processos em que atuam em conjunto (SILVA, 2002).

Quando questionado sobre a importância desse plano de informatização, um dos entrevistados relata que o acha fundamental para a gestão, porque contribui com a tomada de decisão, devido a agilidade na resposta de um problema:

> Eu acho fundamental, né? porque não... o dado em si, mas a informação pra que nós gestores possamos... é... ter atitudes que a gente não espere um mês pra que a gente possa agir. Então, o processo de informatização ele... ele dá uma agilidade na resposta que a gestão é... dar... a uma demanda, a um problema, que..., que se não fosse a informatização, a gente estaria... com isso acumulado. Então, eu acho que é um instrumento gerencial fundamental pra... pra... med...pra tomada de decisão na gestão...

Segundo o Ministério da Saúde, a PNIIS (Política Nacional de Informação e Informática em Saúde) enfrenta o desafio da integração e articulação das informações em saúde, para subsidiar o conhecimento de ações e serviços de saúde e de seu impacto na situação de saúde da população (BRASIL, 2004b).

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) deve ser concebido como produtor desses conhecimentos e como descritor da real situação da saúde. Um sistema de informação em saúde deve assegurar a avaliação permanente das condições de saúde da população e dos resultados das ações de saúde executadas, fornecendo elementos para, continuamente, adequar estas ações aos objetivos do SUS (FERREIRA, 2001).

Morais e Vasconcelos (2005) referem que a organização, nas três esferas de governo, nos campos de informação, informática e comunicação em saúde, constitui um importante

componente no desenvolvimento de estratégias para a integração de sistemas, na interoperacionalidade tecnológica, na definição tripartite de padrões de representação, conteúdo e segurança da informação, de trocas de dados, dentre outras dimensões da gestão da informação e informática em saúde.

A análise ao acesso e continuidade do sistema estadual de saúde inclui questões sobre as redes de atenção à saúde, os recursos humanos, o planejamento, monitoramento e avaliação, bem como a regulação, a tecnologia de informação e o controle, evidenciando a complexidade do sistema de saúde para implantar um projeto de regionalização.

Em todas as abordagens foram relatados entraves vivenciados pela gestão estadual de saúde: as redes definidas para operacionalizar a regionalização estão principiando no estado, assim como a descentralização dos recursos humanos, o planejamento, o sistema de informação, o monitoramento e avaliação, o que vem dificultando o funcionamento adequado do sistema. Além disso, os instrumentos para operacionalizar a regionalização estão em fase de construção.

5.2.2 Dimensão / Categoria - Controle Social

Essa categoria diz respeito às estratégias utilizadas para a *participação social* nas questões relacionadas *com a definição e acompanhamento da política regional de saúde.*

Para tanto, promover o fortalecimento de ações regionais, através de instâncias e espaços de negociação como o CES, conselhos gestores nas unidades de referência sob gestão estadual, espaços regionais de controle social com envolvimento de diversos conselhos de saúde, ouvidorias em âmbito estadual e regional, fazendo o acompanhamento dos instrumentos de planejamento da regionalização, participando do processo de contratualização de prestadores de serviços e incentivando a formação de conselheiros da saúde são práticas utilizadas que realizam o controle social.

Sobre o controle social, um dos entrevistados relata a dificuldade da gestão estadual em convencer os militantes do SUS concordarem com o modelo de gestão a partir das organizações sociais e em aprovarem o relatório de gestão, do plano estadual pela atuação do controle social:

> ...no contexto inclusive que eu cheguei aqui... era um contexto de muita dificuldade porque o governo do estado tinha o propósito...teve o propósito de é... instituir formas... não convencionais de... gestão de... hospitais, de UPAs. Nós optamos por...pelas organizações sociais para gerir é... esses hospitais, né? Isso é... criou uma... dificuldade muito grande com o controle social e com... não só com o controle social mas também é... boa parte da militância do SUS, que... olham para essa questão com... muito... Eu vou usar a palavra preconceito, né? Porque eu acho que é... a discussão ela não, ... se travou de uma forma muito transparente, muito democrática, né? Porque quando se colocava a questão era sempre outro...quem era contra, se colocava sempre com um olhar muito de desconstrução, né? E...e, isso, de certa forma, é...contrariava os interesses do governo e foi um momento muito difícil para a gente... Então isso refletiu é... em vários pontos aqui de atrito é... como, por exemplo, aprovação de relatórios de gestão, né? Aprovação de Plano Estadual e tudo mais. Para que se tenha uma ideia, a gente... o relatório de 2000 e...8 ele só conseguiu ser aprovado após várias apresentações, de várias... Ao conselho, ele só conseguiu ser aprovado no ano passado e o de 2009 ele não foi aprovado. Isso tudo no contexto de muito embate, né? Que, bem, são questões é... conhecidas, né? Por...por... todo mundo que faz a saúde, o quanto essa questão é delicada.

Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A participação social é um dos princípios doutrinários do SUS, está assegurada nas Leis Orgânicas de Saúde (LOS, 8080/90 e 8142/90) e faz parte do pacto de gestão. Essa participação é fortalecida através da presença nos conselhos de saúde, nas conferências de saúde e nos movimentos sociais loco-regionais, exercendo plenamente o seu papel. Podendo ser concretizada pelo processo de formação dos conselheiros e de educação popular na saúde para qualificá-los (BRASIL, 2006a).

O controle social tem papel fundamental na construção da política de saúde, deve estar atento a tudo o que se relaciona com este sistema e participar ativamente para a superação das dificuldades encontradas na operacionalização do SUS, tanto estruturais, quanto financeiras (como investimento, alocação de recursos de maneira equânime), além da deliberação da criação de redes que estejam de acordo com a realidade e sobre os instrumentos de gestão que vão direcionar as questões relacionadas com a saúde.

A respeito dos relatórios e instrumentos de gestão citados na entrevista anterior, o respondente demonstra insatisfação em relação à militância do SUS, quanto às dificuldades enfrentadas para a aprovação dos relatórios e instrumentos citados.

Essa militância do SUS, referida na entrevista, faz o seu papel, como refere Barreto Junior e Silva (2004), quando discorda de algumas ações e quando interfere na construção de instrumentos ou na condução de um modelo de gestão pautado numa espécie de parceria entre

estados, sociedade civil e organizações não-governamentais, que no formato da prestação de serviços para a saúde vem sendo chamada de organizações sociais (OS).

O referido modelo de gestão e posicionamento ideológico, segundo Barreto Junior e Silva (2004), liberta o Estado das suas obrigações com as políticas sociais. De outra parte, Bresser Pereira (2001), em seus escritos sobre a Reforma do Estado, aborda sobre a incapacidade da gestão pública de gerir alguns tipos de serviços, referindo que as OS são um programa de publicização e não de privatização, visto que estas conservarão seu caráter público e seu financiamento pelo Estado**.**

Esse modelo de gestão é uma ideologia divergente entre correntes de militantes do SUS e o Estado. A discordância faz parte do ideário do controle social. Retomando as estratégias estabelecidas nessa categoria, vale referir que os entrevistados informaram que os espaços de negociações existem no estado, mas não é notório se há participação efetiva do controle social no processo de contratos e de acompanhamento dos instrumentos.

5.3 Nível de Análise Assistência

5.3.1 Dimensão / Categoria - Qualidade da Assistência

Essa categoria diz respeito à infraestrutura dos serviços, considerando a sua adequação segundo as normas vigentes, os equipamentos, insumos e medicamentos suficientes e compatíveis com os níveis de complexidade, capacidade instalada de apoio diagnóstico e terapêutico para elucidações de problemas de acordo com os níveis. Também diz respeito à qualidade técnica, que consiste na elaboração de protocolos clínicos, instituição de normas de rotina de funcionamento e atendimento, equipes multiprofissionais dimensionadas e estratégias de acolhimento ao usuário.

A respeito da infraestrutura dos serviços prática existente no estado, o representante da gestão relata que está sendo realizado o redimensionamento das unidades de saúde:

> ...estamos definindo pelo que esse hospital tem de estrutura física, de pessoal, de assistência, que ele tem uma tradição, nós estamos dizendo o perfil é esse. Pra isso nós estamos dimensionando recursos humanos,... insumos e equipamentos... Então..., nós estamos fazendo toda essa, essa discussão ... tanto em, em equipamento, como, por exemplo, medicamento, como material médico hospitalar... no que diz respeito às redes de

> urgência... e aí a gente dimensiona o que é que essa unidade precisa para dar conta daquela demanda de atendimentos prevista para ela.. nós estamos passando por um redimensionamento de toda rede de saúde do estado...

As unidades de saúde referidas na entrevista fazem parte da rede hospitalar. Em se tratando da infraestrutura desses locais, Deslandes, Minayo e Lima, (2008) afirmam que a rede hospitalar deveria estar bem estruturada e organizada para atender todas as demandas decorrentes de situações que integram o nível de complexidade em questão.Com base nesta afirmativa pode-se inferir que o Recife possui, em poucos serviços, recursos suficientes e adequados.

O mesmo entrevistado menciona as novas unidades de saúde abertas nos últimos anos e os planos de gestão da Secretaria Estadual de Saúde para a ampliação da cobertura à população:

> ...vários movimentos para ampliar a oferta... é... de serviço de saúde e ao mesmo tempo com isso a gente qualificar essa assistência. Primeiro nós abrimos um hospital em Jaboatão que é uma maternidade, que é um hospital que estava fechado. É... no hospital João Murilo, por exemplo, em Vitória, é... nós tínhamos um número de partos muito abaixo do que hoje nós estamos fazendo ...requalificamos o ambiente, ampliamos é...as, a contratação é... É... fizemos é... uma... ampliação, é... um investimento... requalificando a maternidade Jesus Nazareno em Caruaru que fez com que se ampliasse a oferta do serviço e... o hospital tivesse uma nova condição... nós abrimos, este ano, já na nossa gestão quatro unidades de pronto atendimento no estado de Pernambuco, estamos abrindo...inaugurando é... só este mês, quatro urgências odontológicas,... e, teremos mais... nove urgências odontológicas pelo interior do estado. Leitos de UTI nós abrimos mais de cento e.... oitenta leitos de UTI no estado. Além dos leitos que nós inauguramos, por exemplo, no hospital é...Otávio de Freitas, que nós ampliamos leitos, além dos leitos de vascular que nós contratamos num..., num, no município de Jaboatão, leitos de ortopedia que contratamos na cidade do Recife... eu estruturo os que está, os que já existem, mas esses têm limites,... pela capacidade instalada,...pelo quadro de recursos humanos,...pelo espaço físico... além das 10 Upae (Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada) que nós já planejamos e que nós estaremos abrindo em..., em, inaugurando nesses próximos dois anos no estado de Pernambuco e teremos a abertura do Mestre Vitalino, que é um hospital que iremos inaugurar em Caruaru... com mais de 136 leitos, ...estamos pensando que daria conta da ...atenção à mulher,...Vamos abrir leitos de ortopedia no hospital... é de... de Salgueiro, porque nós entendemos que a rede tem que ser interiorizada, descentralizada...

A abertura de novas unidades de saúde em, sem dúvida, de grande importância para a garantia do acesso da população a esses serviços, no entanto, investir também na adequação dos serviços existentes é fundamental para que o atendimento seja de fato eficaz.

Quanto à infraestrutura na atenção básica, o entrevistado reconhece a necessidade da estrutura física adequada e de equipamentos para que as unidades básicas de saúde possam exercer o seu papel ordenador no processo da saúde:

> ... o resultado por esse insucesso que necessariamente não é dela é de uma má estruturação da própria rede e de um pouco reconhecimento de que essa unidade é a ordenadora do processo... pra elas assumirem esse papel nós temos que ter: estruturas físicas adequadas, equipamentos disponíveis...

Sobre a deficiente estruturação da rede de saúde, citada pelo representante da gestão, Dubeux, Freese e Reis (2010), em estudo realizado em Pernambuco, observaram, nos serviços de emergência das macros e microrregionais, a insuficiência de materiais e equipamentos essenciais, além do comprometimento da oferta de exames por imagem.

Perante essa situação, os usuários vão à busca de novos ambientes que lhes dê condições mínimas para a solução dos seus problemas e, quando não as encontram, procuram outras unidades, o que leva à sobrecarga de ambientes de saúde que deveriam atender a uma demanda mais específica e necessitada.

Sobre essa questão de infraestrutura necessária para o fortalecimento da atenção básica, a Política Nacional de Atenção Básica aponta para redefinição de algumas práticas e define os recursos específicos necessários para a estruturação física e de equipamentos para melhoria do trabalho em equipe (BRASIL, 2006b).

Alguns estados da federação têm adotado políticas de apoio aos municípios no campo da atenção básica. A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, através do gestor estadual, apoia essa política e transfere aos seus municípios recursos para investimento e custeio das unidades básicas de saúde. O estado do Mato Grosso entende que o PSF e o Programa de Agente Comunitário são prioridades, constituindo estratégias fundamentais (MARQUES; MENDES, 2003).

Esses exemplos demonstram a importância que esses estados estão dando à atenção básica de saúde e como essa atitude pode interferir positivamente em todo o processo de redes de atenção.

Sobre as práticas concernentes à *qualidade técnica* e que complementam essa categoria, têm a ver com o funcionamento dos serviços através de protocolos clínicos para atuação do profissional, suficiência de profissionais de saúde para o atendimento de cada nível assistencial, mecanismo de incentivo para acreditação dos serviços e qualificação de acolhimento do sistema de saúde.

As práticas referentes à qualidade, no que diz respeito à suficiência de profissionais de saúde para o atendimento, foram discutidas, ao ser abordada a categoria *acesso e continuidade do sistema estadual de saúde*, quando observou-se que a descentralização dos recursos humanos está principiando no estado e há problemas na fixação dos profissionais de saúde em áreas longínquas do estado.

Quanto à adoção de protocolos clínicos, enquanto prática da qualidade técnica, o entrevistado informa que existem alguns, outros estão em fase de construção e sendo revisados por comissões de profissionais especializados para cada área. Cita, como exemplo, o protocolo para UTI, cuja revisão foi concluída:

> ... nós estamos reconvidando a comissão... estamos... trabalhando em alguns protocolos para urgência e emergência, para é... cardio, uro, pra várias áreas... , cada hospital é... nós estamos juntando de acordo com a identidade, a... coincidência dos serviços oferecidos por este hospital, instituindo protocolos unificados, respeitando, obviamente, claro, as especificidades e as peculiaridades de cada serviço... qual é o protocolo medicamentoso que a gente vai adotar?... Qual a conduta terapêutica que deve ter? Então, isso no estado de Pernambuco nós já temos pronto e disponibilizado na rede... O de UTI já está montado... Encaminhamos para todos os hospitais... foi inclusive ... todo... realizado pelos Uteistas de referência do estado... todos os nossos hospitais: na área de oncologia, na área de cardiologia, eles têm os protocolos, na área de neuro**.**

O gestor demonstra preocupação com a atualização dos protocolos clínicos. Entretanto, é necessário que esses protocolos sejam divulgados entre os profissionais da rede de atendimento à saúde do estado para que o investimento em sua construção seja otimizado, refletindo-se na melhoria da qualidade da atenção ao usuário do sistema.

Os protocolos clínicos proveem uma estrutura lógica clara, bem como conferem substrato teórico ao manejo clínico. A forma como eles são desenvolvidos, implementados e monitorados interfere na sua aceitação e adoção pelos profissionais médicos. Esses guias reduzem variações inaceitáveis ou indesejáveis na prática médica e podem ser utilizados em uma grande variedade de cenários, para promover um cuidado à saúde eficiente e eficaz, com a adoção de intervenções custo-efetivas. Para isso, eles devem estar sempre atualizados em relação à literatura cientifica sobre os temas específicos (BROUGHTON; RATHBOURNE, 2001).

O Ministério da Saúde divulga a importância de serem instituídos esses protocolos, justificando que eles determinam critérios diagnósticos para doenças ou agravos à saúde, especificando o tratamento a ser estabelecido, com os medicamentos e demais medidas apropriadas, informando também as posologias recomendadas, os mecanismos de controle

clínico da patologia em questão e como deve ser feito o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos (BRASIL, 2011a).

Na análise das entrevistas, o conteúdo produzido na categoria qualidade da assistência, referente à infraestrutura dos serviços, revela um investimento direcionado para a ampliação da cobertura e redimensionamento das unidades de saúde. Em se tratando da qualidade técnica, a elaboração de protocolos clínicos está acontecendo gradativamente. Sobre o dimensionamento das equipes multiprofissionais, como discutido em categoria anterior, o estado vivencia uma deficiência na fixação de profissionais de saúde no interior. Quanto à estratégia de acolhimento do usuário, não é descrito pelos entrevistados nada considerável sobre este aspecto.

5.3.2 Dimensão / Categoria - Educação em Saúde

Esta categoria abrange as diretrizes e estratégias para a formação de recursos humanos na área. Nela, o elemento essencial é a Política de Educação Permanente, que consiste na avaliação da implementação dessa política através da integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, voltados às necessidades populacionais a fim de amenizar as desigualdades regionais. Essa integração é realizada através de articulações e pactuações com instituições de ensino para reformulação nos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de saúde, atentando para as necessidades do SUS. Engloba também a qualificação dos componentes dos colegiados num processo de educação permanente, a construção do plano regional de educação permanente e a constituição da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (Cies).

A respeito da integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos há relatos dos representantes da gestão que descrevem este aspecto, quando se referem à integração ensino-serviço:

> ...o Hospital... não recebia os estudantes, eu disse: -não, mas deve ter alguma coisa errada, porque a Universidade Federal tem um convênio com o estado, ele pode utilizar - Aí o professor que estava disse: - não, é porque o problema, não é que o hospital não queira receber, é que a gente não tem,... atendimento suficiente, pro... aluno tá estagiando lá. Ele chega e fica sem,... ter o que fazer porque como não tem equipe...

> ... A política de integração de ensino e serviço ela é cada vez mais necessária, né? As mudanças curriculares também fizeram com que a gente tenha que,... trabalhando dessa forma. Então, hoje o profissional tem que saber isso e aí a presença do... estudante ele qualifica o serviço porque a... a partir do momento que ele passa a receber estudante, o próprio profissional... se...for inteligente suficiente, a presença do estudante faz com que ele procure se atualizar, é, ele troque experiência... porque o estudante também vem com os seus saberes... próprios...

Pelo primeiro relato, observa-se que há subutilização dos serviços pela academia, neste caso, pela disparidade entre o perfil do serviço e as necessidades de aprendizado para a prática que ali é exercida. A importância da parceria ensino/serviço é enfatizada nesse discurso, o que salienta a necessidade da formação de parcerias entre as universidades e as unidades de saúde de Pernambuco que atendam o que é imprescindível para ambos.

Na exposição subsequente o representante da gestão relata a importância da política de integração de ensino e serviços para a qualificação dos mesmos.

A importância dessa integração é enfatizada por Pereira e Fracolli (2009), ao afirmarem que as iniciativas de integração ensino-serviço se fundamentam na ideia da construção de um ensino-aprendizagem crítico e reflexivo, propiciando ao aluno a compreensão crítica da ordem social em que está inserida sua prática profissional. Tal processo também contribuirá para a construção de cidadania e transformação social.

A integração ensino-serviço favorece a construção de um ensino-aprendizagem que propicie ao aluno/profissional de saúde, além da capacitação técnica, sua transformação em agente ativo das mudanças que a sociedade brasileira necessita para que o país se torne mais equânime e justo. Outra potencialidade desse processo de ensino, em articulação com a realidade do sistema de saúde, é levar o aluno/profissional de saúde a construir o conhecimento a partir da articulação entre teoria e prática e da experiência com a interdisciplinaridade (PEREIRA; FRACOLLI, 2009).

O processo de ensino necessita de investimento e sobre isso um entrevistado discursa:

> ... aí a outra fonte que a gente tem é a fonte da portaria 1996, que tem vindo sempre em torno de três milhões, agora vem regular e automático, fundo-a-fundo, né?... Se aquele município tiver feito adesão ao pacto.. só que o que é que tem acontecido, os estados que fizeram repasse desse recurso pra... algum município gerir aquele, aquele recurso pra aquela regional, eles têm devolvido o dinheiro, porque eles não podem utilizar é...pro município vizinho porque o...o...as leis daqueles municípios não permitem e a mesma coisa do estado, então, por exemplo, eu não posso utilizar um recurso do tesouro pra fazer uma capacitação do servidor municipal, seja de que município for.

> ...Já o recurso da educação permanente é o único recurso que a escola tem. A escola de saúde pública não tem recurso de tesouro, ela, ela só tem recurso de portaria ou de convênio. Então, desde o recurso do ACS, recurso do Profapes que é, que é o programa de formação de nível médio, é...da política de educação permanente... Então, é... a escola, aí sim, ela pode trabalhar dessa forma. Então, o investimento que é feito é basicamente, é... pensando em regionalização, é com os recursos que tem na escola.

O entrevistado critica o arcabouço jurídico vigente, uma vez que ele não permite que a verba disponibilizada pela portaria n° 1996 seja aplicada de forma regionalizada, por isso, o principal meio de utilização da verba para a promoção da educação permanente em saúde no contexto regionalizado é via escola de saúde coletiva.

No que se refere à formação, o problema vai além de investimento, como pode ser visto nas oratórias do entrevistado a seguir, ao afirmar que as instituições de ensino ainda oferecem uma formação deficiente, comprometendo o entendimento do profissional cerca de seu papel no contexto de uma rede de atenção:

> ... a gente já tem até uma relação boa com a academia na questão de ensino e tal. Mas, eu acho que até temos alguns desenhos em pós-graduação ... Porém, vamos dizer assim, eu acho que é muito deficiente ainda na graduação...a gente vai ter uma discussão com o pessoal do ministério... que é a questão de investigação pro SUS, projetos de investigação, projetos de pesquisa...

> ...Porque o SUS caminhou no sentido do (Programa) Saúde da Família e as universidades continuaram caminhando no sentido de formação de especialista. Agora a gente começa a trabalhar em rede e o profissional ainda não tá se enxergando dentro dessa rede. Então ainda é muito insuficiente, principalmente na graduação. Na pós-graduação e na capacitação em serviço, eu acho que até não.

Nesse contexto, a regionalização da saúde e a estruturação do modelo de atenção em redes são algumas das mudanças às quais as graduações na área de saúde precisam se adaptar. Para que isto aconteça, é fundamental o estabelecimento de uma parceria efetiva entre as universidades e centros de formação profissional e a SES, o que, pelo discurso do entrevistado, não ocorre de maneira eficaz com os cursos de graduação.

A formação para saúde continua sendo reconhecidamente uma área crítica no processo de reorientação do setor saúde. Este tópico ocupa lugar estratégico na discussão e debates

dentro da política de saúde no Brasil, há pelo menos trinta anos. A necessidade de pôr em prática os princípios da Reforma Sanitária demanda, além de outros aspectos, uma revisão do processo de formação e da prática profissional em saúde. Este contexto coloca, para as instituições formadoras, a responsabilidade e o desafio de redefinirem os modelos de ensino-aprendizagem, com vistas à formação e aprimoramento de profissionais capazes de atuar como agentes ativos das mudanças necessárias nos modelos de atenção e de gestão da saúde (LEMOS; FONTOURA, 2009).

Concomitante à formação de profissionais capacitados, é fundamental a criação de estratégias para envolver também os que estão em áreas de difícil acesso quanto às questões referentes às capacitações. Para estes casos existe a educação à distância, uma evolução tecnológica que permitiu o acesso ao conhecimento atualizado por profissionais que trabalham nessas localidades (BRASIL, 2009b).

A descentralização da educação permanente é uma estratégia primordial às mudanças na qualidade do trabalho, para que os profissionais atuem de maneira crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há, no entanto, necessidade de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica dentro do setor. Esta ação possibilitaria a construção de um SUS que seria verdadeiramente uma rede-escola (CECCIM, 2005).

Segundo o depoimento de um dos entrevistados, essa descentralização da educação permanente ocorre em Pernambuco:

> ...o pessoal não vem ter aula na escola de saúde pública, o curso é descentralizado, a gente faz os cursos lá. Então, a gente tem um coordenador geral do curso que tá ligado à escola, mas que está sempre viajando e tal... mas no próprio... na própria Geres a gente seleciona um supervisor local que é, que é a pessoa que fica...que seria o nosso braço... né? Lá na regional porque a gente, a escola não tem tanta gente assim suficiente para tá... seria tipo um apoiador que teria trabalhando dando essa, esse...esse... né? Respaldo pra a escola mesmo, mas a gente vai sempre, faz processo avaliativo...

> ...hoje a escola tem ação em todas as regionais de saúde e aí quando a gente diz regional de saúde significa que quando a gente faz um curso... tô fazendo um curso na sexta regional de saúde, Arcoverde, não entra só Arcoverde, vai entrar Arcoverde e mais todos os outros municípios que compõem. Compõem desde que pactuados na CIR, no CGR né? E com a indicação vindo do próprio gestor, né? indi... Não somos nós que escolhemos os alunos, ele tem que dizer...

Em se tratando do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, o representante da gestão entrevistado comenta sobre sua elaboração, citando seus eixos de conformação e a preocupação da equivalência desses com os dos Planos Regionais de Educação Permanente e Saúde:

> Quando a gente fez o plano estadual de educação permanente em saúde, a gente fez o plano em cinco eixos. Então, tinha o eixo da linha de cuidado, o eixo da gestão, o eixo da integração ensino-serviço-pesquisa, o eixo da formação técnica... e um eixo do controle social... então, os próprios...planos regionais acompanharam isso, né? Então, eles também... quando faziam os planos regionais de educação permanente em saúde, os Parepes, eles acompanharam, a gente orientou que eles também trabalhassem nesses cinco eixos porque é uma coisa que é importante, é que a política ela tem que tá coerente com plano estadual, com as prioridades, né?... Do estado de Pernambuco, não adiantava cada é... um fazer...

A relação da educação permanente com a regionalização consiste em uma troca: ensinar e aprender como disposição/abertura da gestão ao cotidiano do sistema loco-regional e gerir o cotidiano dos sistemas loco-regionais como oportunidade de ensino-aprendizagem da regionalização (FERLA et al., 2009).

Nesse contexto, considerando as informações dos entrevistados, Pernambuco possui um plano regional de educação permanente. É preciso agora que a SES dê subsídios, no que concerne as suas responsabilidades, para que seja implementado.

O Plano Regional de Educação Permanente deve conter também a capacitação de Colegiados de Gestão e dos membros que compõem a Cies. Essas capacitações são uns dos elementos fundamentais da categoria que aqui se trata e são referidas por um dos entrevistados. Este relata que existe um curso pronto para ser aplicado com o Colegiado de Gestão, onde o mesmo demonstra os pontos que fazem parte da programação do mesmo.

> Então, por exemplo, pro CGR né? que hoje é CIR, a gente tá com um curso desde o ano passado que tá pronto para capacitar... os membros e câmaras técnicas dos colegiados de gestão, das CIR, dos colegiados inter... como é agora? Intergestores, né? É... regional.Então é, esse curso tá pronto, e aí que foi quando a gente marcou a data, do curso, é um curso em parceria com a Fiocruz, com a... com o Aggeu aqui...

> Esse curso... aborda... os instrumentos de planejamento, o papel do..., do colegiado... a gente tá trazendo pessoas de outros estados para contar experiência deles. Mas basicamente é isso: o papel do CGR (colegiado de gestão regional), né? o papel da..., do... colegiado, é... os instrumentos de planejamento que a gente tem... né? pra dar um pouco mais de... de...

> eles entenderem como é que tá... como é e qual é o papel de cada um dentro do... ? E a própria regionalização é um dos temas que a gente, inclusive fez com o pessoal da regulação porque aqui a regionalização ta ligada a regulação né?... o foco é mais na questão da gestão propriamente dita, né?

O entrevistado menciona também cursos de capacitação para os componentes da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço:

> ...a gente também vai qualificar...próxima semana daqui a duas semanas a gente vai fazer qualificação aos membros da Cies até para eles entenderem...porque uma das dificuldades é fazer com que o CGR é...entenda quais são as prioridades de educação e que eles saibam demandar a partir daquelas necessidades da região, isso é uma das coisas mais difíceis... aprender a demandar... a participação da instituição de ensino aí é pra ela dar um pouco mais de qualificação pedagógica...

Esses cursos mencionados pelo representante da gestão tornam-se um facilitador para a implementação da regionalização, uma vez que promove a apropriação de conhecimentos, pelos entes que compõem os Colegiados de Gestão Regional acerca das funções que devem exercer.

O CGR, de acordo com as atribuições definidas pelo Ministério da Saúde, exerce papel importante na política de educação permanente, como responsável pela condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em conjunto a CIES (BRASIL, 2009b).

Em se tratando da CIES, têm uma conformação representativa de vários segmentos, uma vez que é composta por gestores estaduais e municipais da saúde e da educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino, movimentos sociais (BRASIL, 2009b). Essa conformação é relatada por um dos entrevistados:

> ...quando a portaria ela foi lançada a comissão... é... uma das exigências né? Que você forme uma comissão é... com a participação, né? de vários atores..., né? A portaria... você tem que ter gestor da saúde, gestor da educação, instituição de ensino, trabalhador, controle social..., movimentos populares ligados a área de saúde, então..é...hoje a gente tem as 11 comissões formadas, cada regional de saúde tem uma Cies...

Quanto ao papel que deve ser exercido pela CIES o Ministério da Saúde ressalta que esta deve apoiar e colaborar tecnicamente com os CGRs para o desenvolvimento dos Planos

Regionais de Educação Permanente em Saúde, articular com instituições para intervir no campo da formação e aprimoramento dos profissionais de saúde, auxiliar no acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas, dentre outros (BRASIL, 2009b).

O entrevistado relata um desses papeis instituídos para a CIES**:**

> ...coordenação da Cies estadual é... e o papel dessas é de apoiar, na verdade é de tá apoiando, é...de tá é... qualificando tecnicamente é...os, os Parepes, né? Os planos regionais... porque, na verdade, pela portaria quem... faz o plano regional é o colegiado de gestão com o apoio das Cies. Então, na verdade, quem constrói é a Cies e é quem leva, é quem defende lá numa reunião de colegiado de gestão.. né? Entendendo que o papel não é só técnico da Cies, mas é um papel político também de indução, né? De indução de política... ...o papel da Cies também é de articular e envolver todos os programas ministeriais né? É... para serem discutidos dentro dessas Cies, então é...é...as pessoas podem pautar temas e levar para Cies...

Educação em saúde envolve a formação permanente de recursos humanos, articulações e pactuações com instituições de ensino para modificações nos cursos técnicos, graduações e pós-graduações de saúde, atentando para as necessidades do SUS, qualificação dos componentes dos colegiados, construção do Plano Regional de Educação Permanente e constituição da CIES.

Quanto à formação de recursos humanos e a qualificação dos componentes dos colegiados e da Cies como elementos da categoria, esses pontos vêm sendo desenvolvidos pela gestão estadual em Pernambuco, como observado nos relatos.

Em se tratando dos elementos articulações e pactuações com instituições de ensino há, nos relatos, menção a uma articulação incipiente, porém, no que se refere às pós-graduações, constata-se uma sintonia com os interesses do SUS. No entanto, na graduação, apesar das reformas curriculares, não houve avanços perceptíveis quanto à adequação dos cursos às necessidades do SUS.

5.4 Estratégias de operacionalização da regionalização – O cenário futuro

Nos diversos discursos no decorrer deste estudo, percebe-se uma preocupação da maioria dos entrevistados em trabalhar na construção dos desenhos regionais, na criação de

diversas redes de saúde que estão na pauta atual, algumas em processo de operacionalização mais adiantado, como é o caso da rede-cegonha.

Os representantes da gestão demonstram interesse na construção do PDI e do mapa da saúde e na revisão de instrumentos, como a PPI, que compõem e orientam a regionalização da saúde.

Sobre as estratégias de operacionalização, que um dos entrevistados refere como estratégia estruturadora, é relatado que:

> ...estratégia estruturadora ela vai ter que... fomentar a discussão e o desenvolvimento do processo, de programação (não quero nem colocar), PPI... mas tem uma PPI aí vigendo que ela não tem nada a ver... com a realidade... Então eu tenho que refazer essa discussão, a regulação de acesso... ela, ele não está de acordo com esses novos pressupostos da regionalização... cada macrorregional vai ter uma central de regulação... É um processo de discussão, de maturação... A PPI a gente vai fazer, vai discutir... a gente quer vê a linha de cuidado e integralidade...

Nas estratégias firmadas na gestão estadual estão incluídas a ampliação das unidades de saúde especializadas e dos serviços de alta complexidade, a criação da lei de produtividade, a ampliação do número de vagas, através de concurso, como forma de estímulo para a fixação de profissionais de saúde, bem como a pontuação ofertada nas provas de residências médicas para aqueles profissionais que trabalharam em unidades de saúde da família.

Outra estratégia de operacionalização traçada pela gestão, segundo relato, foi a criação de um sistema de informação que facilite o acompanhamento do processo de educação:

> ...trabalhar de forma regionalizada...as ações da escola.. tenho que acompanhar os processos de regionalização que tão ocorrendo...uma coisa que a gente está fazendo de interressante é criando um sistema onde eu... principalmente pro servidor do estado mas que a gente pode é... adequar isso também pra quem do município... eu não tenho um sistema informatizado onde eu pudesse botar a matricula dele e eu puxar e eu vou ver lá fulaninho de tal nos últimos... anos o que foi que ele fez? ... de processo de educação?... porque ele não está respondendo? Será que melhorou? Também vai servir de processo de avaliação, mas também para dar oportunidade... a todo mundo porque normalmente o que acontece, principalmente no estado, é que normalmente as pessoas que participam são sempre as mesmas...

As estratégias de operacionalização traçadas pela gestão estadual manifestam interesse pela implementação da regionalização da saúde. Apesar das inúmeras dificuldades apontadas pelos gestores entrevistados, a regionalização "se mostra uma tendência universal e irreversível" (REIS, 2010, p. 75).

É importante ressaltar que a condução da regionalização no SUS, como refere Reis (2010), faz parte de uma tarefa complexa exercida pelo estado, porque envolve negociações, consensos, distribuição de recursos financeiros, construção e revisão de mecanismos decisórios para a condução do processo com a participação do coletivo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estado tem um papel importante na estratégia regionalizada da saúde. Do ponto de vista do arcabouço legal e organizativo, o ente federado deve contribuir para a efetivação da mesma, assumindo um caráter solidário e cooperativo. Assume a coordenação das ações dentro do seu espaço territorial, propondo pactuações nas regiões, reconhecendo-as e atualizando-as em acordo com o PDR. Precisa estar sempre apoiando essas regiões, técnica e financeiramente, para a consolidação das mesmas, e participar da construção dos projetos regionais, considerando os instrumentos ordenadores da regionalização.

Diante da relevante missão que este ente federado tem com o processo de descentralizar o sistema de saúde, o estudo se propôs analisar o atual cenário do processo de regionalização da saúde em Pernambuco, na perspectiva da gestão estadual.

Os discursos de representantes da gestão estadual a respeito da regionalização em Pernambuco estão sintonizados com o arcabouço legal e normativo, visto que os entrevistados têm ciência das suas responsabilidades, da importância da utilização efetiva dos instrumentos de gestão para a consolidação da regionalização e estão atualizados sobre o arcabouço legal que a orienta. Entretanto, constata-se uma distância entre o conhecimento e a operacionalização da regionalização.

Considerando a análise das falas a partir das categorias pré-estabelecidas, retiradas da matriz de Reis (2010), no que se refere ao *nível governo*, os instrumentos norteadores para a implementação da estratégia citada estão em processo de construção, portanto, não estão colaborando efetivamente para proporcionar a realização desta implementação. Há um subfinanciamento do sistema e a partilha de recursos financeiros não utiliza parâmetros baseados nas necessidades em saúde e na realidade regional.

No nível gestão, os entraves são relacionados à incipiência das redes de atenção, da política de regulação e dos planos de informatização, além da dificuldade de fixação dos recursos humanos em áreas longínquas.

No nível assistência, os limitantes do processo de regionalização estão relacionados à deficiência e má estruturação da rede de serviços e a incipiência dos protocolos clínicos.

Considerando os entraves citados nos níveis de análise e as estratégias de operacionalização traçadas pela gestão estadual, é possível afirmar que a gestão estadual, na sua missão de coordenar a regionalização no seu território e no entorno dele está conduzindo lentamente o processo de regionalização.

Ponderando sobre os entraves em relação às estratégias de operacionalização, é possível identificar o investimento na implantação de redes de atenção e a discussão, elaboração e revisão dos instrumentos de consolidação da regionalização. O plano de informatização, os protocolos clínicos são inaugurais e estão na pauta do governo, bem como a política de regulação regional que se encontra em fase de discussão.

O que não se percebeu de concreto foi a resolução de algumas dificuldades apontadas, como: a fixação de profissionais de saúde em localidades distantes; a graduação não inserida no contexto da regionalização; o financiamento inadequado para suprir as demandas referentes a ações e serviços de saúde; principalmente, a partilha injusta dos recursos recebidos.

Os discursos proferidos pelos representantes da gestão estadual abordaram aspectos importantes do tema em estudo: o arcabouço legal delineado pela matriz de avaliação e as estratégias de operacionalização traçadas pelo gestor; o cenário futuro que se vislumbra para o estado, diante do processo de regionalização, é de execução integral dos planos que foram traçados e de empenhar-se, em conjunto com os demais entes federados na resolução de problemas que estão sem previsão de solução. Dentre os problemas citados, o financiamento inadequado e mal dimensionado é o nó crítico mais significativo para a gestão estadual, devido à influência que pode exercer tanto no nível governo, quanto nos níveis gestão e assistência.

Diante dos aspectos levantados, a regionalização da saúde em Pernambuco assume o prejuízo do atraso na sua implementação. É indicada a necessidade de acompanhamento do processo de regionalização em Pernambuco e, portanto, essencial a ampliação da abordagem do estudo em questão para as Gerências Regionais de Saúde do referido estado.

REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, Fernando L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. IN: FLEURY, Sônia (Org). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 77 a 121.

ANDRADE, Mônica Viegas et al. Metodologia de alocação equitativa de recursos: uma proposta para Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. Disponível em: www.fjp.gov.br/index.php/.../2-indice-de-necessidade-em-saude Acesso em: 15/08/2012

ARRETCHE, Marta Tereza da S. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. São Paulo: Editora Revan, 2000. p. 197 – 239.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. 3ª Edição. Tradução de Luíx Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa/Portugal, 2004.

BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco; SILVA, Zilda Pereira da. Reforma do Sistema de Saúde e as novas atribuições do gestor estadual. Revista São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 18, n.3, p. 47-56, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24778.pdf Acesso em: 26/06/2012.

BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin Bezerra. Alocação eqüitativa de recursos financeiros para a saúde em Pernambuco: uma proposta metodológica. Recife, 2010.

BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro. Descentralização: o desafio da regionalização para estados e municípios. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v. 10, n. 41, p.159-163, out/dez. 2008. Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/RAS41_Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20o%20desafio%20da%20regionaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf Acesso em: 22/05/2012.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília, DF; 2007a. Disponível em: http://observasaude.fundap.sp.gov.br/saude/sus/Acervo/livro_A%20gest%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde%20nos%20estados_cole%C3%A7%C3%A3o%20progestores.pdf Acesso em 16/08/2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf . Acesso em: 21/08/2012.

BRASIL. Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal e revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm Acesso em: 07/08/2012.

_____. Resolução n°. 258, de 07 de janeiro de 1991. Nova Política de Financiamento do Sus para 1991-Norma Operacional Básica Nº 01/91. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf Acesso em: 21/08/2012.

_____. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília, 1993a. Disponível em: http://www.gices-sc.org/AOUSADIADECUMPRIREFAZERCUMPRIRALEI.pdf Acesso em: 16/08/2012.

_____. Portaria n°. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/1993b. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf Acesso em 16/08/2012.

_____. Portaria SAS/MS nº 055 de 24/02/1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos Procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília, 1999. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/TFD%20arquivos%202009%20patty/Portaria%20SAS%20N%C2%BA%2055%20de%2024.02.1999.pdf Acesso em: 04/07/2012.

_____. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/01 (Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar). Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf Acesso em: 16/08/2012.

_____. Portaria nº 423, de 09 de Julho de 2002. Brasília, 2002a. Disponível em: http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/images/pdf/cra.pdf Acesso em: 04/07/2012.

_____. A regionalização da saúde. Brasília, 2004a. (Versão preliminar para discussão interna). Mimeo.

_____. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde do SUS (PNIIS). Brasília: Ministério da Saúde/ Datasus, 2004b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf Acesso em: 02/07/2012.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Integração Programática. Regionalização Solidária e Cooperativa. Série Pactos pela Saúde 2006a, v. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao2006.pdf Acesso em: 16/08/2012.

_____. Portaria GM/MS nº 39 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm Acesso em: 04/06/2012.

_____. Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde. Brasília, 2006c. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1097.htm Acesso em: 04/07/2012.

_____. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília, 2007b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao2006.pdf Acesso em: 21/05/2012.

_____. Secretaria Executiva. Diretoria de Programa. Manual Operacional do Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2009a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Operacional_QualiSUS.pdf Acesso em 07/08/2012.

_____. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2009b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf Acesso em: 04/03/2012.

_____. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 2011a. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108599-7508.html Acesso em: 04/06/2012.

_____. Portaria N° 2.206, de 14 de setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo componente reforma. Brasília, 2011b. Disponível em: http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011.html Acesso em 30/06/2012.

_____. Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011. Dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica. Brasília, 2011c. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/109380-2027.html Acesso em: 11/06/2012.

_____. PORTARIA n° 1.377, DE 13 DE JUNHO DE 2011. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias. Brasília, 2011d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377_13_06_2011.html Acesso em: 21/08/2012.

_____. Provab – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Nucon/SGTES/MS. Brasília, 2012b. Disponível

em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=39679&janela=1 Acesso em: 04/07/2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Projeto de Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do SUS. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/Projetoreformulado.pdf Acesso em: 28/06/2012.

BRASIL. SENADO FEDERAL. COMISSÃO DIRETORA. PARECER Nº 1.362, DE 2011. Redação final do Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 – Complementar (nº 306, de 2008, na Câmara dos Deputados). 2011e. Disponível em: http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=100929&tp=1 Acesso em: 21/08/2012.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Da Administração Pública Burocrata à Gerencial. Revista do Serviço Público, 47 (1), 1996. Disponível em: http://academico.diretorio.fgv.br/ccmw/images/1/1d/Bresser.pdf Acesso em: 21/12/2010

_____. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo estado. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter. Reforma do Estado e administração pública gerencial. 4ª Ed, Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. p. 21-38.

BROUGHTON, Rebecca; RATHBOURNE, Barrie. What makes a good clinical guideline? Evidence-Based Medicine Review, v.1, n. 11, p. 1-9, 2001. Disponível em: http://www.geocities.ws/ebm_sgh/WhatmakesClinGuide.pdf Acesso em: 04 jul. 2012.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M.. O cumprimento da emenda constitucional no. 29 no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p.1613-1623, jul, 2007. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n7/12.pdf Acesso em: 15/08/2012.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado Nicolau. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio. 2009. Disponível em: http://www.conasems.org.br/files/Artigo_Campos.pdf Acesso em: 02/05/2012.

CARDOSO, Fernando Henrique. Reforma do Estado. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter. Reforma do Estado e administração pública gerencial. 4ª. Edição. Rio de Janeiro: Ed FGV, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.975-983, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf Acesso em: 24 jun. 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v14n1/v14n1a04.pdf Acesso em: 29/06/2012

CUNHA, João Paulo Pinto; CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde, 2001. 344p.

DESLANDES, Suely Ferreira; MINAYO, Maria Cecília de Souza; LIMA, Maria Luiza Carvalho de. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, v.24, n.6, p. 430-440, 2008. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n6/a07v24n6.pdf Acesso em: 03/07/2012.

DUBEUX, Luciana Santos; FREESE, Eduardo; REIS, Yluska Almeida Coelho dos. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p.1508-1518, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/05.pdf Acesso em: 29/01/2012.

FERLA, Alcindo Antônio et al. Educação permanente e a regionalização do sistema estadual de saúde na Bahia: ensino-aprendizagem e política de saúde como composição de tempo. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 33, n. 1, p.7-22, 2009. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/110/107 Acesso em: 12/04/ 2012.

FERREIRA, Sibele Maria Gonçalves. Sistema de informação em saúde. In**:** CAMPOS, Francisco Eduardo de; WERNECK, Gustavo Azeredo Furquim; TONON, Lídia Maria (Org.). Vigilância sanitária. Caderno de Saúde. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. v.4, 129p. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2129.pdf Acesso em: 08/07/2012.

GALLEGO, Maria Eugênia D.; LORENZO, Ingrid Vargas; NAVARRETE, Maria Luiza V. O rigor na pesquisa qualitativa. In: NAVARRETE, Maria Luiz Vásquez et al. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicada à saúde.Recife: Imip, 2009 pg. 81-96.

GIL, Antonio Carlos; LICHT, René Henrique Götz; YAMAUCHI, Nancy Itomi. Regionalização da saúde e consciência regional. Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 2, n. 3, p.35-46, dez. 2006. Disponível em: www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/download/16852/9277 Acesso em: 16/08/2012.

GONÇALVES, Rogério Fabiano et al. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 12, n. 25, p.2612-2620, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n12/08.pdf Acesso em: 07/08/2012.

GURGEL JUNIOR, Garibaldi D. A reforma do Estado e o Sistema Único de Saúde no Brasil.In: FREESE, Eduardo. Municípios: A gestão da mudança em Saúde. Recife. Editora Universitária da UFPE, 2004, p. 25 – 44.

LEMOS Marcio; FONTOURA Marília S. Formação em saúde no estado da Bahia: uma análise à luz da implementação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 33, n. 1, p. 35- 39, 2009. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/110/107 Acesso em: 12/04/12 .

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência & Saúde Coletiva, v.6, n.2, p.269 – 291, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf Acesso em: 16/08/2012.

LIMA, Luciana D. de et al.O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: UGÁ, Maria Alícia D. et al. A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2010, p. 27-58.

MACHADO, Edite Novais da Mata et al. Fator de alocação de recursos financeiros para a atenção à saúde. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2003.

MAGALHÃES JR., Helvecio Miranda. O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2006.

MARQUES, Rosa; MENDES, Áquilas. Os (des) caminhos do financiamento do SUS. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 389-404, set./dez. 2003. Disponível em: http://cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n65.pdf Acesso em: 25/06/2012.

MELO, Marcus André Campelo. Crise federativa, guerra fiscal e hoppesianismo municipal: efeitos perversos da descentralização? In: OLIVEIRA, Marcos Aurélio Guedes de. (Org.). Política e contemporaneidade no Brasil. Recife: Bagaço, 1997.

MENDES, Áquilas; LEITE, Marcel Guedes; MARQUES, Rosa Maria. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 3, jul/set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000300013&script=sci_arttext Acesso em 29/06/2012.

MENDES, Eugênio V. O Dilema do SUS. Radis: Comunicação em Saúde, v.25, p. 35, 2004. Disponível em: http://redalyc. uaemex.mx/redalyc/htlm/630/63011130/63011130.htlm Acesso em: 21/12/2010.

_____. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf Acesso em: 07/08/2012.

_____. As redes de atenção à saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 15, p.2297-2305, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf Acesso em: 16/05/2012.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Revista Interface. Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v.9, n.16, p.172-177, fev.2005. Disponível em**:** http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180118751015 Acesso em: 21/08/2012

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de; VASCONCELLOS, Miguel Murat. Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde: um pacto a ser construído. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, p. 86-98, jan/abr. 2005. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n69.pdf#page=88 Acesso em: 25/06/2012.

NASCIMENTO, Vânia B. do, SUS: pacto federativo e gestão pública. São Paulo, 2007. P. 177-219.

NAVARRETE, Maria Luiza V.; SILVA, Maria Rejane. Análise dos dados qualitativos. IN: NAVARRETE, Maria Luiza V. et al. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicada à saúde.Recife: Imip, 2009. p. 97-110.

NUNES, André. A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora. Brasília, 2004. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Aloc_Equitativa_SIOPS.pdf Acesso em: 25/07/2012.

PELEGRINI, Maria Lecticia Machry de; CASTRO, Janice Dornelles de; DRACHLER, Maria de Lourdes. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 275-286, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a02v10n2.pdf Acesso em 07/08/2012.

PEREIRA, Juliana Guisardi; FRACOLLI ,Lislaine. A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: perspectiva dos docentes. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 17, n. 2, p. 22- 28, mar-abr 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_05.pdf Acesso em: 21/06/ 2012.

PERNAMBUCO. Lei Estadual nº 12.297, de 12 de dezembro de 2002. Dispõe sobre o Conselho Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco - Cespe, e dá outras providências. Disponível em: http://dc400.4shared.com/doc/9F7el0J0/preview.html Acesso em: 07/08/2012.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. Pernambuco para todos. Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde. Resolução Nº420, de 16 de fevereiro de 2009a. (Mimeo)

_____. Portaria n°817, publicada em 25 de setembro de 2009b. Disponível em: http://www.saude.pe.gov.br/site/regionalizacao/PORTARIA_Grupos de trabalho - Regionalizacao em Saúde no Estado – 25 09 09.pdf Acesso em: 20/12/2010.

_____. Plano Estadual de Saúde (PES), 2012-2015. Versão Preliminar. Recife, 2012a. Disponível em: http://www.saude.pe.gov.br/arquivos/Versao%20Preliminar%202012%20-202015.pdf Acesso em: 25/06/2012.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Gerências Regionais de Saúde. Recife, 2012b. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/rede-estadual-de-saude/gerencias-regionais-de-saude/ Acesso em: 21/08/2012.

PESTANA, Marcus; MENDES, Eugênio Vilaça. Pacto de gestão: da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde em Minas Gerais, 2004. 80p. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamento-gestao-em-saude/livro_marcus_pestana.pdf Acesso em: 16/08/2012.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. IN:_____. Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde. 3ª. Ed. Tradução Ananyr P. Farjado. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PÓVOA, Luciano; ANDRADE, Mônica Viegas. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Cadernos de Saúde Pública, n. 22, v. 8, p. 1555-1564. ago, 2008. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n8/04.pdf Acesso em: 05/06/2012.

REIS, Ylusca A. C. dos. Consenso sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde do SUS. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública).Centro de Pesquisa Ageu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

REZENDE, Maria Thereza Mendonça C. de. O papel social dos conselhos profissionais na área da saúde. (Texto baseado em documento elaborado pelo FCFAS). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v12n1/002.pdf Acesso em: 01/08/2012.

RIBEIRO, Patrícia; BARROS, Elizabeth. Regionalização e Coordenação. IN: UGÁ, Maria Alícia D. et al. A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiros. Editora FIOCRUZ, 2010, pg. 59-68

ROSAS, Marina; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. DUARTE NETO, Paulo.Uso das redes neurais na construção de metodologia para a alocação de recursos da saúde. Revista de Saúde Pública, 2012. (no prelo).

SANTOS, Lenir. O que são redes? In: SILVA, Silvio Fernandes da. (Org). Redes de Atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas, Idisa. Conasems, 2008. p. 29-34.

SANTOS, Maria José F. de S. Desenhos de estudos e desenhos amostrais em pesquisa qualitativa. In: NAVARRETE, Maria.Luiza et al. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicada à saúde.Recife: Imip, 2009 pg. 31- 50.

SANTOS, Miltom. O conceito de território segundo Milton Santos. Disponível em: http://www.proext.ufpe.br/pontao/images/stories/documentos/texto%20conceito%20de%20territrio.pdf acesso em: 02/12/2012

SILVA, Sergio Luis da. Informação e competitividade: a contextualização da gestão do conhecimento nos processos organizacionais. Ciência da Informação. Brasília, v. 31, n. 2, p. 142-151, maio/ago. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ci/v31n2/12917.pdf Acesso em: 25/06/2012.

SILVA, Silvio F.da; SOUTO JÚNIOR, José V.; BRÊTAS JÚNIOR, Nilo. O Pacto pela Saúde: oportunidade para aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS. In: SILVA,

Silvio F. da. Redes de Atenção à Saúde no SUS. O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: Idisa: Conasems, 2008. p. 103 a 115.

SILVERMAN, David. Interpretação de dados qualitativos: métodos para a análise de entrevistas, textos e interação. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ Z. M.A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A., SILVA, L. M. V. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba, 2005. p. 65 – 102.

STEPHAN-SOUZA, Auta et al. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. Revista de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora, v. 13, supl. 1, p. S35-S45, 2010. Disponível em: http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/631/379 Acesso em: 15/05/2012.

TORRES, Raquel. Dinheiro: problema antigo e solução distante. Imposto sobre grandes fortunas reforma tributária e fim de isenções fiscais são propostas para conseguir mais recursos. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (ESPESJV/Fiocruz). 2011. Disponível em: http://epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Num=589 Acesso em 26/06/2012.

UGÁ, Maria Alícia et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 417-437, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a08v08n2.pdf Acesso em: 29/06/2012.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf Acesso em: 16/08/2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Grelha utilizada na construção das subcategorias

Quadro 1	Transcrição das falas	Núcleo de Sentido	Trecho da entrevista	Codificação Códigos
22. Os recursos materiais necessários (equipamentos, insumos e medicamentos) e a sua compatibilidade com os níveis de complexidades dos serviços.	Entrevistado: Essa compatibilidade tem uma relação com..., com o primeiro com o perfil, com a vocação de cada serviço, então..., nós estamos no estado de Pernambuco discutindo o perfil, quando a gente tá falando aí de hospitais, dos nossos hospitais, então, por exemplo, o que é o HR? É um hospital de trauma. O que é o Hospital Agamenon Magalhães? É um hospital materno-infantil e cardio-metabólico. Então o que é o hospital... é, Otávio de Freitas? Então nós estamos definindo pelo que esse hospital tem de estrutura física, de pessoal, de assistência, que ele tem uma tradição, nós estamos dizendo o perfil é esse. Pra isso nós estamos dimensionando recursos humanos, nós estamos dimensionando insumos e equipamentos. Se nós entendemos que o hospital de Garanhuns é um hospital materno-infantil, então nós temos que disponibilizar a ultrassom para esse hospital, disponibilizar o que ele precisa no espaço dele, e o que é que ele tem de garantia de acesso no contratado. Então insumos, equipamentos, nós estamos fazendo toda essa..., essa discussão do perfil no que diz respeito a rede hospitalar e dimensionando as necessidades... tanto em, em equipamento, como, por exemplo, medicamento, como material médico hospitalar. No que diz respeito a atenção primária, na rede básica, essa é uma atribuição especifica dos municípios que estão é... que está dentro nossa política do co-financiamento. Então quem é que define qual é o perfil? qual é o perfil?não, porque o perfil é o de saúde da família, mas o que é que na unidade de saúde deve ter? nós estamos adotando as orientações nacionais, o estado de Pernambuco vem adotando o padrão do ministério da saúde e dialogando juntamente com os municípios, mas na verdade, quem dimensiona isso, quem define o que precisa repor, pelas unidades básicas são os municípios. Já no que diz respeito às redes de urgência, que são as Upas, é a Secretaria Estadual de Saúde, então nós temos é... 14 Upas e nós temos uma meta de atendimento prevista, perfil em clínica, pediatria, ortopedia e urgência odontológica e aí a gente dimensiona o que é que essa unidade precisa para dar conta daquela demanda de atendimentos prevista para ela, por exemplo, são 300 pessoas que eu tenho que atender na urgência, então o que é que eu preciso ter nessa unidade para garantir esse atendimento? Então tudo isso nós estamos passando por um redimensionamento de toda rede de saúde do estado e estimulando, acompanhando e dando apoio técnico aos municípios. Entrevistador: Em relação à rede de ambulatórios.. Entrevistado: também, ambulatórios na rede estadual, a exemplo do que nós temos, por exemplo, os ambulatórios no Agamenon, os ambulatórios nos hospitais regionais de Salgueiro, de Serra Talhada, de Afogados da Ingazeira. Agora, e tem a Upae que a gente vai abrir, que é a Unidade Pernambucana de Atenção Especializada, que lá serão grandes ambulatórios, que nós teremos várias especialidades, só que a gente quer garantir a linha do cuidado do atendimento do ambulatório, a consulta	1... o perfil... 2... vocação de cada serviço... 3... hospitais... 4... HR? É um hospital de trauma. 5... Hospital Agamenon Magalhães? É um hospital materno-infantil e cardio-metabólico. 6... definindo pelo que esse hospital tem de estrutura... 7... física 8... de pessoal... 9... de assistência... 10... uma tradição... 11... recursos humanos ... 12... dimensionando insumos e equipamentos. 13... hospital de Garanhuns é um hospital materno-infantil... 14... disponibilizar a ultrassom para esse hospital... 15... disponibilizar o que ele precisa no espaço dele... 16... insumos... 17... equipamentos 18... discussão do perfil... 19... a rede hospitalar... 20... e dimensionando as necessidades... 21... equipamento... 22... medicamento... 23... material médico hospitalar. 24... atenção primária... 25... rede básica... 26... atribuição específica dos municípios... 27... política do co-financiamento. 28... o perfil. 29... o perfil é o de saúde da família 30... na unidade de saúde deve ter 31... orientações nacionais... 32... estado de Pernambuco... 33... padrão do Ministério da Saúde... 34... dialogando... 35... municípios... 36... quem define o que precisa... 37... unidades básicas... 38... redes de urgências... 39... são as Upas... 40... secretaria estadual de saúde...	Essa compatibilidade tem uma relação com..., com o primeiro com o perfil, com a vocação de cada serviço, então..., nós estamos no estado de Pernambuco discutindo o perfil, quando a gente tá falando aí de hospitais, dos nossos hospitais, então, por exemplo, o que é o HR? É um hospital de trauma. O que é o Hospital Agamenon Magalhães? É um hospital materno-infantil e cardio-metabólico. Então o que é o hospital... é, Otávio de Freitas? Então nós estamos definindo pelo que esse hospital tem de estrutura física, de pessoal, de assistência, que ele tem uma tradição, nós estamos dizendo o perfil é esse. ... nós estamos dimensionando recursos humanos, nós estamos dimensionando insumos e equipamentos. Se nós entendemos que o hospital de Garanhuns é um hospital materno-infantil, então nós temos que disponibilizar a ultrassom para esse hospital, disponibilizar o que ele precisa no espaço dele... ... insumos, equipamentos, nós estamos fazendo toda essa..., essa discussão do perfil no que diz respeito a rede hospitalar e dimensionando as necessidades... tanto em, em equipamento, como, por exemplo, medicamento, como material médico hospitalar.. No que diz respeito a atenção primária, na rede básica, essa é uma atribuição especifica dos municípios que estão é... que está dentro nossa política do co-financiamento. Então quem é que define qual é o perfil? qual é o perfil?não, porque o perfil é o de saúde da família, mas o que é que na unidade de saúde deve ter? nós estamos adotando as orientações nacionais, o estado de Pernambuco vem adotando o padrão do ministério da saúde e dialogando juntamente com os municípios, mas na verdade, quem dimensiona isso, quem define o que precisa repor, pelas unidades básicas são os municípios. Já no que diz respeito às redes de urgência, que são as Upas, é a Secretaria Estadual de Saúde, então nós temos é... 14 Upas e nós temos uma meta de atendimento prevista, perfil em clínica, pediatria, ortopedia e	- O perfil das unidades de saúde e a sua compatibilidade com os insumos e equipamentos disponíveis. -disponibilizar a unidade de saúde os recursos necessários à sua necessidade -discussão sobre a compatibilidade do necessário aos equipamentos e insumos. -Atenção primária sob a responsabilidade municipal quanto às necessidades de insumos e equipamentos -As necessidades da atenção primárias seguem orientações e padrão do ministério adotados por Pernambuco. A rede de urgência do estado é dimensionada quanto aos equipamentos e insumos a partir da demanda de

	cardiológica, o eletro, o ECO, o holter, o Mapa. Esta unidade vai dar conta de tudo isso, do paciente hipertenso. Pra isso ele vai precisar ser visto pela unidade básica de saúde, a Upae será referência da rede básica, ela não atenderá a uma demanda espontânea. Entrevistador: a Upae será aqui na Região Metropolitana ou será no interior do estado? Entrevistado: A Upae será 10, uma...a gente..., em cada região de saúde nós teremos uma, então nós vamos ter em Serra Talhada, nós vamos ter em Arcoverde, Ouricuri, Salgueiro, Petrolina, em toda essa região. E no Recife para dar também conta de toda Região Metropolitana.	41... 14 Upas... 42... meta de atendimento... 43... perfil... 44...clínica... 45... pediatria 46... urgência odontológica 47... unidade... 48... demanda de atendimentos... 49... redimensionamento... 50... rede de saúde do estado... 51... estimulando... 52... acompanhando... 53... apoio técnico aos municípios.... 53... ambulatórios na rede estadual... 54... Upae... 55... Unidade Pernambucana de Atenção Especializada... 56... grandes ambulatórios... 57... várias especialidades... 58... garantir a linha do cuidado do atendimento do ambulatório... 59... dar conta de tudo... 60... A Upae será 10... 61... , uma...a gente..., em cada região de saúde... 62... no Recife para dar também conta de toda Região Metropolitana.	urgência odontológica e aí a gente dimensiona o que é que essa unidade precisa para dar conta daquela demanda de atendimentos prevista para ela, por exemplo, são 300 pessoas que eu tenho que atender na urgência, então o que é que ...ambulatórios na rede estadual, a exemplo do que nós temos, por exemplo, os ambulatórios no Agamenon, os ambulatórios nos hospitais regionais de Salgueiro, de Serra Talhada, de Afogados da Ingazeira. tem a Upae que a gente vai abrir, que é a Unidade Pernambucana de Atenção Especializada, que lá serão grandes ambulatórios, que nós teremos várias especialidades, só que a gente quer garantir a linha do cuidado do atendimento do ambulatório, a consulta cardiológica, o eletro, o ECO, o holter, o Mapa. Esta unidade vai dar conta de tudo isso, do paciente hipertenso. Pra isso ele vai precisar ser visto pela unidade básica de saúde, a Upae será referência da rede básica, ela não atenderá a uma demanda espontânea. A Upae será 10, uma...a gente..., em cada região de saúde nós teremos uma, então nós vamos ter em Serra Talhada, nós vamos ter em Arcoverde, Ouricuri, Salgueiro, Petrolina, em toda essa região. E no Recife para dar também conta de toda Região Metropolitana.	atendimentos . - Redimensionamento da rede de saúde -Ambulatórios da rede estadual -As Unidade Pernambucana de Atenção Especializada inauguradas para garantir a linha do cuidado do atendimento do ambulatório -Upae não atenderá demanda espontânea

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Ocupação:

Sexo:

Tempo que trabalha na SES:

Tempo que trabalha neste cargo:

Data da entrevista:

Hora de início: Hora da finalização:

Ocupação da pessoa entrevistada:

Entrevistador:

NÍVEL GOVERNO:

DIMENSÃO: Projeto Estadual de Regionalização da Saúde

1. Concepção de Regionalização da Saúde na perspectiva da gestão estadual (TODOS)

2. Opinião sobre a Secretaria Executiva de Atenção à Saúde nesse processo da regionalização (TODOS)

- Papel desta secretaria executiva
- Trabalhos desenvolvidos relacionados à regionalização.

3. Sobre as referências e contrarreferências para média e alta complexidades regionais e macrorregionais. Funcionando efetivamente.

- Problemas enfrentados.

4. PDR

Estratégias e operacionalização da sua construção

- Construção e organização do PDR.
- Critérios para definição do projeto de regionalização, localização das regiões/micro e macro.

(esperamos que ela diga que tem macrorregião, microrregião, cada geres vai ter seu plano...).

5. Portaria n°817, que institui grupos de trabalho, definindo objetivos e prazos para a implantação do processo de Regionalização em Saúde no Estado de Pernambuco.

Objetivos colocados em prática.

- Dificuldades enfrentadas para a consolidação

6. Capacitação técnica dos atores envolvidos no processo de regionalização da saúde.

- Estão surtindo efeito esperado entre os técnicos?
- Retorno esperado para a regionalização?

7. Articulação da SES com Centros de Pesquisa e Formação

- Existe?
- Como é feita essa articulação? (Se sim).
- Momentos importantes de articulação (Se sim).

8. Deficiência quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde em algumas regiões do estado de Pernambuco.

- Planejamento para atrair mais profissionais de saúde para áreas mais distantes do estado.

DIMENSÃO: Financiamento

9. Correlações com os critérios de alocação de recursos e as profundas desigualdades na concentração populacional pernambucana.

10. Repasse de recursos financeiros do tesouro estadual para os municípios de Pernambuco. Não há repasse normalmente do tesouro do estado para os municípios (Martins Júnior et al., 2003). Comportamento de Pernambuco diante desse fato.

11. Opinião sobre os Vazios assistenciais em Pernambuco considerando o PDI.

12. Monitoramento pela SES da retenção da população que necessita de atendimento nas micro e macrorregiões de saúde.

13. Planejamento da SES no que se refere aos recursos para recuperação, readequação, expansão e organização da rede de saúde do estado

- Aquisição de equipamentos e tecnologias nas macro e microrregionais de saúde

14. Implantação dos Planos Regionais de Saúde em Pernambuco

- Importância dos Planos Regionais de Saúde para o Sistema de Saúde do estado (se não implantou)
- Assessoria na elaboração e implementação dos Planos Regionais de Saúde (se já implantou)
- Monitoramento e a avaliação dos Planos Regionais de Saúde e dos indicadores de desempenho dos sistemas regionais (resolutividade da assistência quanto ao acesso, continuidade, adequação)

15. Proposta de implementação da Programação Pactuada e Integrada (PPI), de ações e serviços de saúde em conjunto com os municípios no Estado de Pernambuco Fatores que dificultam a realização da PPI.

- Fatores que facilitam a implementação.

16. Atuação do Conselho Estadual de Saúde em Pernambuco.

Acompanhamento dos instrumentos de planejamento regional (PDR; PDI; PPI; Planos de Ação Regional) pelo Conselho Estadual de Saúde.

- Formulação e acompanhamento da política regional.

NÍVEL GESTÃO

DIMENSÃO: Acesso e continuidade do sistema de saúde

17. É recomendado, pela Portaria/GM n.º 1101/02, 1,06 a 1,67 ações médicas básicas por hab./ano. E ações especializadas *de 0,40 a 0,66 consultas por hab./ano.* Pernambuco realizou um pouco menos que 1,20, as ações médicas básicas, em 2006, e 0,35 consultas especializadas por hab/ano (Datasus) Fatores que facilitaram as ações médicas básicas e que dificultaram as consultas especializadas

- Nas questões relacionadas às ações médicas básicas e especializadas as mudanças realizadas para melhoria do acesso, levando em consideração a continuidade do Sistema de Saúde do estado considerando as onze regiões.

18. A "porta de entrada" principal continua sendo os hospitais, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios. A maioria dos atendimentos nas Unidades Especializadas ou Hospitais e Pronto-Socorros é de patologias consideradas mais "simples" (como problemas agudos e DCNT). Fatores que dificultam a resolução do problema em nível de atenção básica.

- Estratégias e incentivos pensados para fortalecimento da atenção básica e em consequência suprir as necessidades nas microrregionais e macrorregionais que não fazem parte da Região Metropolitana, evitando os vazios assistenciais que existem.

19. Realização de fluxos assistenciais interestaduais

- Definições do fluxo (parcerias com outros estados)
- Coordenação e monitoramento dessas ações (se houver estes fluxos)
- Os serviços que este estado não disponibiliza e a população vem necessitando

- Existencia de fluxos assistenciais de Pernambuco com outros estados, que não seja a Bahia, para suprir necessidades singulares de determinados pacientes.

20. Expresse sua opinião sobre a deficiência quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde em algumas regiões do estado de Pernambuco Planejamento para atrair mais profissionais de saúde para áreas mais distantes do estado

- Os níveis de média e alta complexidade.

21. Realização da Política Estadual de Regulação em Pernambuco e a participação dos municípios deste estado nesse processo.

22. Fluxos assistenciais intra e inter-regionais, levando em consideração as áreas de assistência/ linhas de cuidado.

Acompanhamentos desses fluxos intra e inter-regionais

23. Critérios utilizados para a regulação do acesso às consultas e exames especializados nas macrorregiões e microrregiões de saúde do estado.

NÍVEL ASSISTÊNCIA

DIMENSÃO: Qualidade da Assistência

24. Os recursos materiais necessários (equipamentos, insumos e medicamentos) e a sua compatibilidade com os níveis de complexidades dos serviços.

25. Os níveis de complexidade assistenciais dos serviços de saúde pública em Pernambuco e a sua compatibilidade com os recursos de apoio diagnóstico e terapêutico para eles destinados.

26. A normatização do funcionamento e atendimentos dos serviços no que se refere ao fluxo interno, contemplando aspectos organizacionais, operacionais e técnicos.

27. Adoção de protocolos clínicos pelos serviços de saúde pública do estado

- Quanto à segurança da atuação profissional
- Quanto à conduta clínica

28. Plano de informatização da rede pública de saúde em Pernambuco. Dentro da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde as áreas da saúde (dispensação farmacêutica, atendimento e administração dos serviços de saúde) em que a tecnologia da informatização está sendo utilizada ou há previsão para ser utilizada;

- Opinião quanto à contribuição para a melhoria dos serviços de saúde;

- Atuação da informática na identificação de usuários do SUS e na oferta de serviços do SUS em PE.

29. Estratégias de operacionalização desta Secretaria Executiva relacionadas à regionalização que pretendem ser desenvolvidas.

DIMENSÃO: Educação em Saúde

30. Investimento na capacitação de pessoal, com vistas ao processo de regionalização: ampliação do acesso, prestação de serviços sintonizados com a real necessidade em saúde, garantia qualitativa e quantitativa de pessoal para um atendimento na perspectiva da regionalização. Autonomia. Capacitações para os responsáveis pela condução do PDR nas Geres- CGR

31. Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (instância intersetorial e interinstitucional permanente de participação na formulação e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde). Contribuição para o projeto de regionalização do estado. Ações específicas.

- Atuação intersetorial e interinstitucional.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa "O processo da *regionalização da saúde em Pernambuco na perspectiva da gestão estadual"*. Este estudo faz parte da construção da dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva de Viviane Lima Bastos Guimarães, aluna do Programa de Pós Graduação Integrado de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Um dos procedimentos que serão utilizados na coleta de dados é a entrevista, cujo conteúdo será gravado, cabendo à pesquisadora a responsabilidade sobre os registros de voz.

A pesquisa em questão traz para os participantes riscos, no que se refere ao constrangimento em responder as questões abordadas. Entretanto, o entrevistado poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo.

Trará também benefícios no momento que reconhece o ator entrevistado como protagonista do processo e considera sua contribuição para sistematização de um trabalho que poderá desencadear referências para a sua prática específica e o projeto em que está inserido.

A participação na pesquisa não acarretará nenhum custo para o entrevistado e é essencialmente voluntária.

Durante a entrevista, a pesquisadora terá como responsabilidade esclarecer qualquer dúvida que venha a surgir sobre a pesquisa e, após o registro de informações, resguardar a identificação do entrevistado, sendo a publicação dos dados da pesquisa feita sob a forma de dissertação ou em artigos publicados em veículos científicos.

Após leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou minha autorização, de livre e espontânea vontade, para participar deste estudo, como voluntário, assinando esse termo em duas vias, haja vista que uma cópia pertencerá a mim e a outra à pesquisadora.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura de testemunha: _____

Assinatura de testemunha: _____

Data: _____/_____/_____

_____

Atesto que guardarei com sigilo, no meu domicílio, em armário contendo documentos de trabalho e estudo, os registros escritos e de voz, realizados durante a entrevista por um período de cinco anos, devendo posteriormente ser destruídos.

Nome da pesquisadora responsável: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Data: _____/_____/_____

Contatos:

Pesquisadora Viviane Lima Bastos Guimarães

Av. Prof° Moraes Rego s/n – Hospital das Clínicas – Bloco E 4º andar. Cidade Universitária – CEP 50670-901. Recife/PE Fone/Fax 2126 3766/ 2126-8552

Comitê de Ética e Pesquisa:

Fone: (81) 2126 8588

Av. da Engenheiras s/n, Cidade Universitária, Recife-PE

PE, CEP: 50740-600.

APÊNDICE D

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em receber Viviane Lima Bastos Guimarães, mestranda do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC), do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (DMS/CCS/UFPE) na _____, situada _____para desenvolver a pesquisa intitulada **"O processo da r*egionalização da saúde em Pernambuco na perspectiva da gestão estadual",*** sob a orientação da Professora Doutora Adriana Falangola, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Recife, ____ de _____ de 2011.

_____

Identificação do responsável
Cargo do responsável

APÊNDICE E
CARTA DE APRESENTAÇÃO AO GESTOR

Recife, _____ de _____ de 2011

À _____

Att. _____

Esta pesquisa, cujo título é "*O processo da Regionalização da saúde em Pernambuco na perspectiva da gestão estadual "*, está sob a responsabilidade da pesquisadora Viviane Lima Bastos Guimarães. Tem como objetivo principal avaliar o atual cenário do processo de regionalização da saúde em Pernambuco, na perspectiva da gestão estadual.

Todo o trabalho de campo será realizado respeitando as diretrizes regulamentadoras emanadas da *resolução 196/96* do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa.

Quanto aos resultados da pesquisa, será enviada uma cópia contendo esses dados sob a forma de dissertação.

Reafirmo minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo o discernimento consoante referências éticas no processo da coleta de dados, bem como comunicação, ao Comitê de Ética e às instâncias envolvidas nesta pesquisa, de eventual modificação da proposta supracitada.

Assim, mediante esta carta de apresentação, solicito agendamento do trabalho de campo para início da pesquisa, colocando-me em disponibilidade para maiores esclarecimentos através do Fone/Fax 2126 3766/ 2126-8552 (PPGISC).

_____

Pesquisadora Viviane Lima Bastos Guimarães

Id. 0652872077 SSP/BA

APÊNDICE F
RESUMO DO TRABALHO A SER DESEVOLVIDO

Tendo em vista a importância da regionalização da saúde para a efetiva implantação do SUS, os desafios ainda existentesna implantação e consolidação de uma regionalização solidária, o fortalecimento municipal em detrimento das funções dos estados e a importância de priorizar a estratégia da regionalização na agenda pública estadual, será realizada uma pesquisa qualitativa denominada "O processo da regionalização da saúde em Pernambuco na perspectiva da gestão estadual". Os objetivos desta pesquisa são: Avaliar o atual cenário do processo de regionalização da saúde em Pernambuco, na perspectiva da gestão estadual; comparar o discurso dos gestores estaduais, na condução da regionalização em Pernambuco, com o arcabouço legal e normativo que garante e orienta a operacionalização desse processo; analisar o processo de regionalização da saúde em Pernambuco a partir das estratégias de operacionalização e avaliar o processo de regionalização da saúde em Pernambuco a partir da compatibilidade entre o discurso, o arcabouço legal e normativo e as estratégias de operacionalização. A pesquisa será realizada na Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Pernambuco após autorização dos Comitês de Ética da Universidade Federal de Pernambuco e da Diretoria Geral de Educação em Saúde da SES. O método utilizado será a entrevista semiestruturada e individual com os gestores, análises de textos e documentos oficiais. As entrevistas abordarão aspectos que se relacionam ao tema estudado, sendo guiadas pelo componente dimensão da matriz de avaliação proposta por Reis (2010), descrita no projeto de pesquisa, entregue à Diretoria Geral de Educação em Saúde. As informações serão coletadas através de gravação, e transcritas e guardadas por cinco anos, juntamente com os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Atenciosamente,

Viviane Lima Bastos Guimarães

ANEXO

ANEXO A - - Matriz de avaliação: dimensões e critérios de análise quanto ao papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde.

Nível	Dimensão	Subdimensões	Critérios de Análise
Governo	1. Projeto estadual de regionalização da saúde	*A. Territorialização da saúde*	A1. Participação de todos os atores envolvidos (gestores municipais de saúde, gestores estaduais e técnicos, COSEMS) na elaboração do Plano Diretor de Regionalização; A2. Pactuação dos critérios de definição dos territórios (regiões e macrorregiões de saúde); A3. Pactuação do nível de complexidade assistencial dos territórios (regiões e macrorregiões de saúde); A4. Prioridades de intervenção definidas no PDR para cada território (regiões e macrorregiões de saúde); A5. Avaliações/ revisões periódicas do PDR; A6. Elaboração de normas técnicas para a regionalização complementares à da esfera federal; A7.Estruturas gerenciais descentralizadas nas regiões de saúde; A8. Cooperação técnica com as gerências regionais na promoção da articulação entre gestores e aprimoramento da gestão regional do SUS.
		B. Gestão compartilhada/ Co-gestão	B1. Instituição dos Colegiados de Gestão Regional como espaço permanente de pactuação e co-gestão na região de saúde, com estrutura, regimento e agenda regular; B2. Instituição das Câmaras técnicas de apoio aos Colegiados de Gestão Regional; B3. Acompanhamento e avaliação da implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e dos Termos de Compromisso pelos municípios; B4. Mecanismos/ ferramentas institucionais de promoção da articulação e pactuação regional entre gestores (consórcios, associações de prefeitos, Regiões Integradas de Desenvovimento, outros).
		C. Fortalecimento da Capacidade Institucional	C1. Instituição de Grupos de Trabalho como ferramenta de aprimoramento dos processos de trabalho e integração dos diversos setores que compõem a estrutura organizacional da SES; C2. Desenvolvimento de projetos permanentes de capacitação em gestão pública para gestores e técnicos estaduais e municipais; C3. Articulação com Centros de Pesquisa e Formação na área da saúde; C4. Instituição de apoiadores institucionais como estratégia de fortalecimento dos processos deflagrados e da sustentabilidade do projeto de regionalização; C5. Consultorias em gestão pública.
	2. Financiamento	*D. Promoção da equidade*	D1. Pactuação dos critérios de alocação dos recursos para as regiões de saúde, com vistas à superação das desigualdades de acesso e garantia de integralidade da atenção; D2. Definição de parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e equidade de acesso; D3. Elaboração do Plano Diretor de Investimentos, com a definição dos recursos de investimento de todas as esferas de gestão do SUS, segundo os critérios, parâmetros e prioridades definidos, visando suprir os vazios assistenciais.
		E. Alocação de recursos	E1. Alocação de recursos para recuperação, readequação, expansão e organização da rede de saúde; E2. Alocação de recursos para aquisição de equipamentos; E3. Alocação de recursos para custeio das ações e serviços de caráter regional; E4. Alocação de recursos para desenvolvimento do processo de regionalização/ estruturação das regiões de saúde; E5. Capacidade de captação de recursos junto a outros órgãos na implementação do projeto de regionalização; E6. Transferência de recursos aos municípios para estruturação das redes locais de saúde.

FONTE: Reis (2010) **(Continua)**

Nível	Dimensão	Subdimensões	Critérios de Análise
Gestão	3. Acesso e continuidade do sistema de saúde	*F. Redes Integrais de Atenção à Saúde*	**F1. Organização de linhas de cuidado integrais (promoção, prevenção e recuperação) que atendam as necessidades dos indivíduos (ações básicas e especializadas de saúde, apoio diagnóstico e terapêutico, medicamentos, urgências e emergências, reabilitação);** **F2. Implementação de estratégias para indução e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde dos municípios;** **F3. Proposta de fluxo de referência para outros estados devidamente pactuada;** **F4. Política de incentivo/estruturação para os hospitais de pequeno porte;** **F5. Prestação de ações e serviços de atenção à saúde da esfera de competência estadual (média e/ou alta complexidade em cardiologia, traumato-ortopedia, neurologia, nefrologia, oncologia, queimados, terapia intensiva, reabilitação, órteses e próteses, hemocentros);** **F6. Coordenação da Política Estadual de Transplantes de forma descentralizada no território;** **F7. Adequação da oferta às necessidades da população (Gestão da demanda) de forma descentralizada no território estadual;** **F8. Rede de transporte sanitário articulada ao complexo regulador como instrumento de promoção da acessibilidade ao sistema de saúde (regional, macrorregional e interestadual);** **F9. Elaboração e implementação de experiências inovadoras de gestão assistencial;** **F10. Formulação e implementação de políticas de desenvolvimento regional para áreas prioritárias do território estadual em parceria com os demais setores governamentais e instituições.**
		G. Política de Recursos Humanos	**G1. Pactuação das diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde no interior do estado;** **G2. Servidores contratados através de concurso público;** **G3. Constituição de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;** **G4. Implantação de Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos.**
		H. Planejamento, monitoramento e avaliação	**H1. Sistematização de informações de base regional (diagnóstico da situação de saúde);** **H2. Elaboração do Plano Estadual de Saúde, com foco na efetivação e sustentabilidade do projeto de regionalização da saúde;** **H3. Assessoramento na elaboração dos Planos Regionais de Saúde (objetivos, diretrizes e metas prioritárias, recursos e responsabilidades compartilhadas);** **H4. Coordenação da elaboração e implementação da Programação Pactuada e Integrada de ações e serviços de saúde em conjunto com municípios;** **H5. Monitoramento e avaliação dos Planos Regionais de Saúde e do desempenho dos sistemas regionais junto aos Colegiados de Gestão Regional.**
		I. Regulação Assistencial	**I1. Elaboração e pactuaçao da Política Estadual de Regulação;** **I2. Implantação e operaçãos de Complexos Reguladores regionais em conjunto com municípios;** **I3. Coordenação e implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências e emergências;** **I4. Apoio e suporte técnico à implantação dos Complexos Reguladores municipais;** **I5. Organização e pactuação com os municípios do processo de referência intermunicipal das ações e serviços de saúde a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;** **I6. Elaboração e pactuação de protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos;** **I7. Monitoramento dos fluxos assistenciais de referência e contra-referência (micro e macrorregionais e para outros estados);** **I8. Uniformização dos sistemas de regulação das Centrais municipais, regionais e estaduais;** **I9. Acompanhamento da relação entre oferta e demanda de serviços e dos tetos pactuados entre os municípios, subsidiando o planejamento dos recursos assistenciais.** **I10. Implementação da contratualização dos prestadores de serviços públicos e privados, municipais e estaduais, e hospitais de ensino presentes no território estadual, com acompanhamento do contrato de metas;** **I11. Estratégias para garantia da alimentação e qualidade dos dados que compõem os Sistemas de Informações em Saúde;** **I12. Avaliação da resolutividade dos serviços de referência nas regiões de saúde;** **I13. Estruturação, coordenação e monitoramento as ações do Tratamento Fora do Domicílio interestadual e municipal;** **I14. Coordenação da implantação dos componentes municipais do Sistema de Auditoria do SUS.**

FONTE: Reis (2010) **(Continua)**

Nível	Dimensão	Subdimensões	Critérios de Análise
Gestão	3. Acesso e continuidade do sistema de saúde	*J. Tecnologias de gestão*	**J1. Elaboração e implementação de plano de informatização da rede de saúde;** **J2. Desenvolvimento e/ou implementação de tecnologias de informação e controle nas áreas de regulação, dispensação farmacêutica, atendimento e administração;** **J3. Apoio à identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;**
		K. Participação da sociedade na definição e acompanhamento da política regional de saúde	**K1. Prover as condições necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde;** **K2. Implementação de ouvidorias em âmbito estadual e regional;** **K3. Implementação de Conselhos gestores nas Unidades de referência sob gestão estadual;** **K4. Constituição de espaços regionais de controle social (Plenárias Regionais), envolvendo os diversos conselhos de saúde;** **K5. Incentivo aos processos de formação de conselheiros de saúde;** **K6. Acompanhamento por parte dos Conselhos locais e Estadual dos instrumentos de planejamento regional (PDR; PDI; PPI; Planos de Ação Regional);** **K7. Participação dos conselhos no processo de contratualização e desempenho dos prestadores de serviços.**
Assistência	5. Qualidade da assistência	*L. Infra-estrutura dos serviços*	**L1. Adequação da infra-estrutura dos serviços segundo normas vigentes;** **L2. Equipamentos, insumos e medicamentos em quantidade suficiente e compatíveis com o nível de complexidade dos serviços;** **L3. Capacidade instalada em apoio diagnóstico, terapêutico e elucidação diagnóstica (ou fluxos de referência previamente pactuados para tais atividades) compatíveis com o nível de complexidade dos serviços.**
		M. Qualidade técnica	**M1. Instituição de normas de rotina de funcionamento e atendimento (contemplando aspectos organizacionais, operacionais e técnicos) para os serviços de saúde;** **M2. Adoção de protocolos clínicos para atuação profissional;** **M3. Equipes multiprofissionais dimensionadas para o atendimento em cada nível da atenção;** **M4. Incentivo à acreditação dos serviços de saúde;** **M5. Estratégias de acolhimento ao usuário implantadas nos serviços de saúde.**
	6. Educação em Saúde	*N. Política de Educação Permanente*	**N1. Implementação da Política Nacional de Educação Permanente com integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos voltadas às necessidades regionais;** **N2. Articulação e pactuação com o Sistema Estadual de Educação para o desenvolvimento dos processos de formação de acordo com as necessidades do SUS;** **N3. Qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional para gestão da Política de Educação Permanente;** **N4. Assessoramento para elaboração e monitoramento dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;** **N5. Constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).**

FONTE: **Reis** **(2010)**

ANEXO – B QUADRO 7 - Estudos de referência para a sistematização do modelo lógico e da matriz de avaliação da regionalização da assistência à saúde na esfera estadual do SUS.

Autores	Estudo
CONASS (2007)	**Analisa 11 Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp) para a Gestão Estadual do SUS, identificando os pontos fortes e os pontos críticos do desempenho de cinco secretarias estaduais de saúde no Brasil e propondo as Fesp como instrumento de auto-avaliação para gestões estaduais.**
Hartz e Contandriopoulos (2004)	**O estudo parte do pressuposto de que a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e sistemas de saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais que articulam dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização.**
Magalhães Jr. (2006)	**Propõe uma matriz de indicadores e analisadores do que denominou de indícios de integralidade, partindo de uma compreensão de integralidade que se compõe das seguintes dimensões: suficiência de recursos assistenciais, articulação e integração em redes, regulação assistencial, atendimento às necessidades dos usuários e impacto no quadro de saúde da população.**
Mattos (2004)	**Destaca três perspectivas principais quanto aos sentidos que podem ser assumidos pelo termo integralidade. A integralidade no sentido vertical, que se expressa na busca pelo olhar integral sobre o usuário em todas as suas necessidades. A integralidade em sentido horizontal, que se refere a possibilidade plena de acesso a todos os serviços e recursos necessários ao atendimento resolutivo das demandas de saúde. E a integralidade construída a partir da interação entre as diversas políticas públicas, assumindo o sentido da intersetorialidade que tem como pano de fundo uma concepção ampliada de saúde.**
Ouverney (2005)	**Analisa a estratégia de regionalização do SUS contida na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS, no que se refere à sua capacidade de construção de mecanismos e processos de interdependência municipal. Utiliza como referencial teórico um conjunto selecionado de pressupostos reunidos a partir dos estudos sobre a estruturação e gestão de redes no âmbito da literatura internacional de administração pública nos anos 90.**
Pereira (2009)	**Analisa o papel da esfera estadual na condução do processo de regionalização do SUS em Minas Gerais sob a perspectiva dos dilemas relativos ao federalismo brasileiro. Adota quatro macrofunções do Estado na regionalização do SUS: formulação de políticas e planejamento, financiamento, regulação e prestação de serviços.**
Pestana e Mendes (2004)	**Descreve o paradigma da regionalização cooperativa, seus fundamentos, a dinâmica da construção das redes de atenção à saúde, os princípios e os critérios para construção da regionalização da atenção à saúde.**
Sóter (2009)	**Investiga o papel da esfera estadual na gestão descentralizada do SUS por meio do conjunto de funções estratégicas de gestão atribuídas aos estados (FEGES) tomando para análise o estudo de caso Pernambuco. Adota oito macrofunções para a esfera estadual na gestão do SUS: fortalecimento da municipalização, promoção da equidade, formulação e avaliação de políticas de saúde, gestão e desenvolvimento de recursos humanos, gestão e gerência de serviços e ações de saúde, regulação, negociação e coordenação, coordenação e execução de ações de vigilância em saúde.**
Souza, Silva e Hartz (2005)	**Propuseram a técnica denominada Conferência de Consenso para discutir a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. Nessa imagem-objetivo a descentralização se estrutura a partir de 4 níveis de análise: contexto político, gestão do sistema, práticas assistenciais e efetividade das práticas.**
Viacava et al. (2004)	**Propõe um modelo explicativo do desempenho de sistemas de saúde e uma matriz de dimensões de avaliação acerca desse desempenho que considera as seguintes dimensões: determinantes da saúde, condições de saúde da população, estrutura do sistema de saúde e desempenho do sistema propriamente dito.**

FONTE: Reis (2010)

ANEXO C – QUADRO 8 Referencial normativo do SUS utilizado na sistematização do modelo lógico e da matriz de avaliação da regionalização da assistência à saúde na esfera estadual.

DOCUMENTOS	
LEIS	Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**
	Lei 8.142. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.**
DECRETO	Decreto n° 1.651, de 28 de setembro de 1995. **Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.**
PORTARIA	Portaria GM/MS, n. 2.203, de 06 de novembro de 1996**. Norma Operacional Básica do SUS – NOB 96. Redefine o modelo de gestão para o processo de consolidação do SUS e o efetivo cumprimento dos princípios e diretrizes que o orientam.**
	Portaria GM/MS, n. 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.**
	Portaria GM/MS, n. 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior eqüidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.**
	Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS.**
	Portaria MS/GM n. 699, de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.**
	Portaria GM/MS n. 598, de 23 de março de 2006**. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite.**
	Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.**
	Portaria GM/MS n. 1.101, de 12 de junho de 2002**. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.**
	Portaria GM/MS n. 2.923, de 09 de junho de 1998**. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência.**
	Portaria GM/MS n. 479, de 14 de abril de 1999**. Altera os mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência.**
	Portaria MS n. 2.048 de 05 de novembro de 2002**. Estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, entre outros.**
	Portaria MS/GM n. 635, de 10 de novembro de 2005**. Publica o Regulamento Técnico para a implantação e a operacionalização do Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS.**
	Portaria MS/GM n. 1.721, de 21 de setembro de 2005**. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.**
	Portaria MS/GM n. 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.**
	Portaria MS/GM n. 2.048, de 03 de setembro de 2009. **Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde.**
RESOLUÇÕES	**Resolução RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro 2002**. Regulamento para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde.
	Resolução RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003**. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências.**
MANUAIS TÉCNICOS	Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. **3ª Edição, 2002.**
	Caderno do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. **Edição 2004/2005.**
	Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores**. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde. 1ª Edição, 2006.**
PROPOST	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS**). Proposta: 2004.**

FONTE: Reis (2010)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 17 de maio de 2011

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **O PROCESSO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM PERNAMBUCO NA PERSPECTIVA DA GESTÃO ESTADUAL,** pela mestranda do programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva**, Viviane Lima Basto Guimarães** nas dependências desta instituição pública, órgão gestor do Sistema Único de Saúde do Estado e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

Maria Emília M. Higino da Silva

Diretora Geral de Educação em Saúde

Secretaria de Saude de Pernambuco
Mª Emília M. Higino da Silva
Diretora Geral de Educação em Saude
Mat. 240878-3

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongí – Recife – PE
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 185/2011 - CEP/CCS

Recife, 24 de maio de 2011

Registro do SISNEP FR – 409690
CAAE – 0080.0.172.000-11
Registro CEP/CCS/UFPE Nº 105/11
Titulo: O Processo da Regionalização da Saúde em Pernambuco na Perspectiva da Gestão Estadual.
Pesquisador Responsável: Viviane Lima Bastos Guimarães

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 24 de maio 2011.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente

P/
Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/ CCS / UFPE

UFPE
Ivan Santiago da Silva
Assistente em Administração
SIAPE 1733109
Diretoria do CCS/UFPE

À
Mestranda Viviane Lima Bastos Guimarães
Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva - CCS/UFPE