



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

ROSIKELLE JOSEFA DE MORAIS

**O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM UM ESTADO DO
NORDESTE: GESTÃO E CONTROLE SOCIAL.**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA

ROSIKELLE JOSEFA DE MORAIS

**O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM UM ESTADO DO
NORDESTE: GESTÃO E CONTROLE SOCIAL.**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de sanitarista.

Orientador: Dr. ^a Keila Silene de Brito e Silva

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Ana Ligia F. dos Santos, CRB-4/2005

M827p

Morais, Rosikelle Josefa de.

O processo de regionalização da saúde em um estado do Nordeste: gestão e controle social./ Rosikelle Josefa de Moraes.- Vitória de Santo Antão, 2017.

39 folhas.

Orientador: Keila Silene de Brito e Silva

TCC (Graduação) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV.
Bacharelado em Saúde Coletiva, 2017.

Inclui referências e anexos.

1. Política de Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Conselhos de Saúde. I. Silva, Keila Silene de Brito e (Orientador). II. Título.

320.6 (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-246/2017

ROSIKELLE JOSEFA DE MORAIS

**O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM UM ESTADO DO
NORDESTE: GESTÃO E CONTROLE SOCIAL.**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de sanitarista.

Aprovado em: 18/12/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dra. Keila Silene de Brito e Silva (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Ms. Juliana Gonçalves (Examinador Externo)
Fiocruz / PE

AGRADECIMENTOS

A Deus, porque sem ele nada posso fazer. Agradeço a ELE por ter me dado graça, sabedoria, saúde e força para superar as dificuldades.

A minha família por acreditar em mim, em especial a minha mãe, Dona Zefinha, que sempre contribuiu com minha formação, me incentivando a estudar, e a buscar meus sonhos.

Agradeço carinhosamente ao meu pai, Seu Luiz Chagas, por ter feito esta faculdade comigo, mesmo sem ter alcançado a supremacia de terminar o ensino fundamental, mas, por ter passado todos estes anos acadêmicos me aguardando no ponto do ônibus altas horas da noite, mesmo sabendo que no dia seguinte teria um longo dia exaustivo de trabalho.

Um obrigada especial as minha queridas orientadoras Keila Brito e Juliana Gonçalves por terem me auxiliado nesta construção intelectual.

No mais, obrigada ao meu namorado Jardel Araújo, aos meus irmãos, amigos, e todos que contribuíram direta e indiretamente com minha formação.

RESUMO

O estudo teve por objetivo analisar o processo de regionalização na perspectiva da gestão e do controle social em um estado do nordeste brasileiro. Foi realizada uma análise de conteúdo de abordagem qualitativa, tendo em vista que a mesma possibilita interpretar os significados por trás das palavras, saindo da concepção do senso comum e adentrando ao contexto hermenêutico. O estado do nordeste escolhido para este estudo foi o Ceará, por possuir características de larga experiência no processo de regionalização. Os achados demonstram que o processo de descentralização no estado do Ceará conduziu avanços para condução da regionalização, os consórcios públicos de saúde são partes integrantes do desenvolvimento da regionalização no âmbito de serviços especializados e a participação do conselho estadual de saúde é insuficiente para garantir a plena participação do controle social na regionalização.

Palavras-chave: Política de Saúde. Gestão Estadual em Saúde. Conselho Estadual de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the process of regionalization in the perspective of social management and control in a state of northeastern Brazil. It was carried out a content analysis of qualitative approach, considering that it allows to interpret the meanings behind the words, leaving the conception of common sense and entering the hermeneutic context. The Northeast state chosen for this study was Ceará, because it has characteristics of wide experience in the process of regionalization. The findings show that the decentralization process in the state of Ceará has led to progress in regionalization, public health consortia are integral parts of the development of regionalization in specialized services, and the participation of the state health council is insufficient to ensure full participation of social control in regionalization.

Keywords: Regionalization in Health. State Management. State Health Council.

LISTA DE ABREVIACOES

CNPQ	Conselho Nacional de Pesquisa
CESAU	Conselho Estadual de Saúde do Ceará
CEO	Unidade de Pronto Atendimento
CIR	Comissões Intergestoras regionais
COAP	Contrato Organizativo de Ação Publica
COSEMS	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
GPEPS	Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência  Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASSE	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SUS	Sistema nico de Saúde
SESA-CE	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
TCLE	Termo Compromisso e Livre Esclarecimento
UPA	Centro Especializado de Odontologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 Descentralização e Regionalização	10
2.2 O processo de regionalização e a gestão estadual: normativas em foco.	12
2.3 O papel do controle social no âmbito da regionalização.	15
3 OBJETIVOS.....	17
4 MÉTODO	18
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
5.1 A operacionalização da regionalização em saúde.	20
5.1.1 Compromisso do estado com o processo de regionalização.....	21
5.1.2 A descentralização como impulsionador da regionalização.....	22
5.1.3 Uma regionalização permeada pelos consórcios	23
5.2 CONTROLE SOCIAL NA REGIONALIZAÇÃO	25
5.2.1 A invisibilidade do Conselho de Saúde.....	25
6 CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS	29
ANEXO A – Formulário e Roteiros de Entrevistas.	33
ANEXO B – Termos de Consentimentos.....	37

1 INTRODUÇÃO

A discussão sobre descentralização e regionalização surge em meio à crise econômica mundial e ao processo de redemocratização, com base nas experiências de um modelo internacional que obteve como resultado ferramentas que contribuíram na organização dos sistemas de saúde (LIMA et al., 2012b).

A regionalização e a descentralização da saúde são descritas na Constituição Federal de 1988, como diretrizes norteadoras para desenvolvimento, organização e planejamento técnico-político na saúde. Essas diretrizes são reafirmadas na Lei Orgânica 8.080/1990, da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL,1988; BRASIL,1990).

Segundo Duarte et al. (2015), regionalização corresponde ao desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, coordenação, regulação e financiamento de uma rede de ações e de serviços de saúde no território. A descentralização está relacionada a redistribuição de recursos e responsabilidades sanitárias aos governos locais para prestação de serviços (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Diante do exposto, os termos atribuem sentido a territorialização e decisões sanitárias compartilhadas, para supremacia da distribuição dos serviços, recursos orçamentários, pactuação entre gestores com dificuldades similares, a fim de atender às necessidades de saúde.

Em um cenário de busca pela redemocratização pós-ditadura militar, o desenvolvimento das políticas de saúde partiam da premissa de descentralizar os serviços de saúde para todo território nacional, garantindo maior participação social e inovação dos poderes governamentais (FLEURY, 2014).

Lima et al. (2012a), pontuam que o processo de condução do SUS ocorreu em dois ciclos: um nos anos 1990, voltado ao desenvolvimento da descentralização por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB), e outro, nos anos 2000, pautado a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), orientando a condução da regionalização de forma a superar os entraves advindos das grandes desigualdades na oferta de serviços.

Em 2006 o Pacto pelo Saúde reafirmou a regionalização com a incorporação de colegiados gestores regionais, composto em sua maioria por gestores municipais para pactuação e decisões por consenso, que não significa unanimidade (CAMPOS et al., 2015).

Estes colegiados são incorporados nas regiões de saúde por meio das Comissões Intergestores Regional (CIR).

O Decreto 7508/2011 traz como instrumento marcante para este contexto o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que prioriza a cooperação solidária dos entes federados em suas obrigações sanitárias. Para Goya et al. (2017), atualmente no Brasil o COAP foi implantado apenas em dois estados Mato Grosso do Sul e no Ceará.

De toda região do Nordeste, o único estado que assinou o COAP foi o Ceará, não iremos adentrar a este fato no presente estudo, porém, é notável a relevância de trabalhar este estado nos estudos referentes ao processo de regionalização já que o mesmo tem avançado em sua condução.

Mesmo diante desenvolvimento da regionalização tardia em consequência do histórico indutor normativo de estruturação do SUS, este processo tem progredido na maior agregação das responsabilidades compartilhadas entre estados e municípios, principalmente por meio das comissões gestoras, com a finalidade de aprovação do planejamento e políticas públicas, tendo o estado como ator principal na condução desses fóruns de negociação.

Todavia, a descentralização desencadeou a regionalização em saúde, mas não descentralizou os componentes da regionalização, ou seja, atualmente a participação do controle social nos espaços de decisões regionais é insuficiente, espaços fluentes apenas de participação de gestores, a não ser que se considerem os Conselhos Regionais de Saúde em todas regiões de saúde.

Para Hortale (1997) a descentralização não pode apenas ter o significado de um processo político-administrativo de democratização do Estado, ela possuirá maior amplitude quando considerar a incorporação para desenvolvimento e organização da sociedade civil. Desta forma, torna-se necessário entender que a descentralização não se limita apenas em redistribuir o poder político administrativo as esferas federativas, mas também a incorporação de atores sociais.

Este estudo propõe-se entender como se operacionaliza a regionalização em saúde no estado do Ceará na perspectiva da gestão e do controle social estadual, bem como suas fragilidades e potencialidades.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Descentralização e Regionalização

Com o fim do período ditatorial no Brasil vários movimentos sociais ganharam força. No âmbito da saúde revigora o movimento pela reforma sanitária brasileira, defendendo a saúde como direito de todos e dever do estado, ideologia esta que foi incorporada na Constituição Federal de 1988. Após este acontecimento cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) para atender a todos cidadãos segundo os princípios de universalidade, integralidade e equidade na saúde (BRASIL, 1990).

O contexto histórico neste período estava centrado na redemocratização pós-ditadura militar, assim, o desenvolvimento do SUS partiu da premissa de descentralizar os serviços de saúde para que ocorra maior participação social e inovação dos poderes governamentais (FLEURY, 2014). Desta forma, as políticas públicas federais ficaram neste período mais voltadas ao processo de descentralização.

Na década de 1990, foram disponibilizadas várias orientações institucionalizadas para organização do modelo de gestão em saúde. As primeiras foram as Normas Operacionais Básicas (NOB), que contribuíram na descentralização dos repasses financeiros e do poder decisório da saúde. Desta forma, se expandiu os serviços públicos, descentralizou a saúde do sistema federal e incentivou as criações de conselhos municipais e conselhos gestores (SCATENA et al., 2014).

Ainda de acordo Scatena et al. (2014), o processo de descentralização traz responsabilidades aos três entes federados, porém, a visibilidade destaca-se aos municípios. A estes foi atribuída maior autonomia nas decisões referentes a assistência à saúde, considerando a condução das decisões segundo aprovação nos conselhos de saúde.

A descentralização dos serviços ocasionou o período conhecido como municipalização da saúde que para Duarte et al. (2015), um dos problemas desta época foi o aumento da competição entre os municípios assim, não garantiu gestão eficiente dos recursos financeiros disponibilizados, bem como não efetivou nem fortaleceu os conselhos municipais quanto a participação da sociedade diante as tomadas de decisões na saúde.

No início dos anos 2000 cria-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), centrada no processo de regionalização como caminho para organização dos serviços, a fim de atender melhor às necessidades dos usuários na busca da equidade (BRASIL, 2001). Mesmo com uma maior aproximação do processo de regionalização, a NOAS não foi suficiente para garantir a superação de todos os entraves da saúde para funcionamento equânime do sistema.

Em 2006 é aprovado o Pacto pela Saúde, detalhado em três itens: Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS, com objetivo de suprir as necessidade de saúde da população, garantir o cuidado de acordo com as prioridades em saúde, com integração das três esferas de governo (BRASIL, 2006).

O Pacto trouxe responsabilidades aos entes federados quanto ao desenvolvimento da regionalização e evidenciou os instrumentos para o planejamento regional: Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI) (BRASIL, 2006).

Segundo Lima et al. (2012a), o Pacto valorizou as relações intergovernamentais das esferas federativas. Entretanto, as estratégias e instrumentos propostos para prover os avanços necessários na condução da descentralização e da regionalização da saúde nos estados brasileiros também foram insuficientes.

Em 2011 entra em vigor o Decreto 7.508, que regulamenta a Lei 8.080/90 e reafirma que é necessário o desenvolvimento e anuência do processo de regionalização pelos entes federados, implementando novos instrumentos para execução, como: Mapa da Saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), Comissões Intergestores, Rede de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto, Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Assim, o decreto possui a função de legitimar e regulamentar instrumentos que nas normatizações anteriores não foram efetivados (BRASIL, 2011).

A regionalização em saúde tem avançado ao longo dos anos. Porém, ainda existem entraves regionais a serem solucionados, principalmente na equidade do acesso diante das diversidades regionais. Duarte et al. (2015), afirmam que um dos desafios existentes no Brasil para o desenvolvimento da regionalização é o fato do país ter uma grande parcela da população que vive em lugares que não conseguem manter financeiramente determinadas

tecnologias e serviços, principalmente os de alta complexidade. Desta forma, as tecnologias duras ficam concentradas em determinados territórios e em outros inexistem.

Lima et al. (2012b), afirma que para solucionar os problemas da regionalização em saúde é preciso reconhecer as complexidades das múltiplas realidades territoriais existentes no Brasil e a importância adquirida pelas instâncias estaduais e municipais na condução da política de saúde. Portanto, é necessário compreender as complexidades das desigualdades nesse país, bem como entender o andamento do processo de regionalização e a comunicação estabelecida entre as diferentes esferas de governo.

2.2 O processo de regionalização e a gestão estadual: normativas em foco.

O arcabouço normativo legal deste processo inicia com a primeira NOB, que publicada em 1991 pontua, por exemplo, que os municípios devem desenvolver uma rede assistencial adequada e com a complexidade necessária ao atendimento da população. Para esse desenvolvimento, orientava a utilização dos consórcios de saúde, que são acordos firmados entre os municípios com finalidade de garantir serviços em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1991).

Em 1993 surge a segunda NOB que aborda a atuação por meio da articulação, mobilização e pactuação municipal, considerando as diversidades do país e suas características geográficas, com subsídio do planejamento integrado em cada esfera de governo com negociações e deliberação nas comissões.

Em esfera nacional, a NOB 93 propõe a criação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e, em esfera estadual, a criação da Comissão Integestores Bipartite (CIB), para auxiliar na operacionalização do SUS. A CIT com representação do conjunto de Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, tendo por finalidade assistir o Ministério da Saúde, e a CIB composta pela Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado (BRASIL, 1993). Assim, esta norma traz a concepção de planejamento e ações integradas para subsidiarem a regionalização com as responsabilidades compartilhadas entre os entes governamentais.

A terceira e última NOB foi publicada em 1996. No que tange a regionalização, traz a Programação Pactuada Integrada (PPI), destinada à contribuição orçamentaria participativa

entre os entes governamentais, com aprovação na CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde responsável (BRASIL, 1996). Desta forma, este instrumento vem para afirmar a atribuição dos estados quanto a participação nas decisões e planejamento de políticas de saúde, tal como, estimular a regionalização.

Salientando que este processo descentralizador da saúde trazido pelas NOBs fomentaram a regionalização, ainda que de maneira incipiente para sua efetiva operacionalização.

No início dos anos 2000 cria-se as NOAS 01/01, com foco principal no desenvolvimento da regionalização. A NOAS reafirma as responsabilidades dos estados e implementa mais um instrumento, o Plano Diretor de Regionalização (PDR). O PDR orienta o desenvolvimento do planejamento integrado, para obtenção de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, bem como à organização dos territórios estaduais em regiões sanitárias, com objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população de acordo com as suas necessidades (BRASIL, 2001).

Com a criação do Pacto pela Saúde em 2006, são estabelecidas responsabilidades aos entes federados de forma clara. O Pacto aponta que para combater as diferenças regionais e as iniquidades na saúde é necessário definir diretrizes nacionais e avançar na regionalização e descentralização do SUS. Reforça a importância da territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional, além de afirmar a importância do controle social (BRASIL, 2006).

Para Lima et al. (2012a), as diretrizes do pacto visavam, entre outras coisas, fortalecer o processo de regionalização, mediante negociações e pactuações entres gestores, assim, valorizando as esferas estaduais e municipais, e a criação de novas instâncias de cogestão regional (os Colegiados de Gestão Regional). Os autores pontuam também que, por meio do pacto, as Secretarias de Estado de Saúde, adquiriram maior relevância na condução da regionalização com fortalecimento das suas instâncias de representação regional.

O Pacto traz a criação do Colegiado Gestor Regional (CGR) para auxiliar na tomada de decisão da região e garantir que os processos caminhem de forma regionalizada, conhecendo as complexidades de cada localidade da região. O PDI tem o dever de expressar os recursos e investimentos utilizados para atender as necessidades pactuadas no âmbito

regional ou estado e a PPI, reformulada da NOB 96, visa definir a programação das ações de saúde de cada território e garantir a conquista de financiamento para saúde (BRASIL, 2006).

O decreto 7508/11 foca em seu arcabouço legal na atuação da regionalização em saúde no SUS. Desta forma, trazendo instrumentos para organização, planejamento e assistência à saúde de forma articulada.

Segundo Santos e Giovanella (2014, p. 3), o decreto 7508/11, “orienta a constituição de redes regionalizadas e define as regiões de saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde”. Os instrumentos disponíveis no decreto, como a Região de Saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, Comissões Intergestores, Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde, auxiliam no planejamento e na execução das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). O mesmo orienta que o SUS deve-se desenvolver de forma coletiva e articulada entre os entes públicos.

As normatizações específicas mais voltadas ao processo de regionalização nos anos 2000, garantiram maior agregação das responsabilidades às esferas de governo e evidenciou as atribuições do estado, por meio das comissões gestoras, como instrumento de aprovação de planejamento e políticas públicas, tendo o estado como ator principal na condução desses fóruns de negociação, por meio das comissões e colegiados.

As normatizações com ênfase na regionalização e descentralização caminharam de forma progressiva com vários ganhos na execução do sistema de saúde. Porém, a forte valorização da descentralização para garantia da redemocratização, possibilitou autonomia aos municípios e invisibilidade aos estados na condução das políticas públicas da saúde.

A partir das NOAS que os estados assumiram mais atribuições. O pacto trouxe a sistematização de colegiados, onde garantiu aos estados evidência no processo de regionalização, e o decreto vem reafirmar as responsabilidades dos estados, como fortalecer as atribuições já descritas pelas normatizações anteriores.

Dado o exposto, percebe-se pouca evidência na inclusão da participação do controle social no processo de regionalização segundo arcabouço normativo.

2.3 O papel do controle social no âmbito da regionalização.

A participação da população nas decisões em saúde no Brasil se dá por meio do controle social, institucionalizados pelas Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. Um dos marcos importantes da participação social na saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, destaca que o sistema nacional de saúde deverá contar com a participação social na formulação de políticas, planejamento e execução dos serviços de saúde através de suas entidades representativas (Brasil, 1986). Com a criação do SUS anos seguintes, foi introduzida a participação do controle social como uma das diretrizes do sistema, a fim de que, os atores da sociedade civil atuem nos espaços de decisões em saúde.

Para Quevedo et al. (2011), o controle social é uma forma organizada da sociedade participar das formulações políticas, fiscalizar e avaliar os gestores no exercício da aplicação dos recursos públicos, assim, cumprindo as exigências da Lei 8.142/1990.

A Lei 8.142/90 considera o controle social como parte integrante para o desenvolvimento do SUS, por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. Para compreensão do objeto em estudo, os conselhos de saúde são de caráter permanente e deliberativo compostos por representantes do governo, dos prestadores, trabalhadores da saúde e usuários, atuando na formulação, execução e fiscalização da política de saúde (BRASIL, 1990).

Desta forma, institui legitimamente a participação do controle social nos processos decisórios da saúde, no que tange a descentralização e regionalização estas entidades deliberativas atuam na fiscalização dos recursos físicos, administrativos e financeiro, principalmente nas transferências dos recursos orçamentários nas esferas governamentais correspondentes, visando mais autonomia a gestão local.

Mesmo diante da proposta de mais autonomia e participação do controle social na regionalização, Morais et al. (2016), afirma que a participação social é inconsistente nas decisões em saúde segundo documentos legais analisados em sua pesquisa.

Ressaltando, que a participação dos representantes dos conselhos de saúde na regionalização é de extrema importância no processo de planejamento, organização, execução, fiscalização e controle das políticas públicas nas regiões de saúde.

Segundo Quevedo et al. (2012, p.9) “a regionalização em saúde, hoje, é uma realidade, mas precisa avançar em pontos estratégicos como a ampliação dos fóruns de participação da

sociedade civil organizada”, os autores enfatizam a importância de implantar em âmbito regional os conselhos de saúde regionais, pois em seu estudo identificou que estes conselhos regionais possuem experiências exitosas no sentido de ampliação do Controle Social e da Participação Popular, no âmbito regional.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Analisar o processo de regionalização na perspectiva da gestão e do controle social da saúde em um estado do nordeste brasileiro.

Objetivos Específicos:

- Descrever a operacionalização da regionalização de saúde de um estado do Nordeste na perspectiva do gestor;
- Analisar a participação do conselho estadual de saúde no processo de implementação da regionalização da saúde no estado.

4 MÉTODO

Para alcançar os objetivos propostos, foi escolhida a abordagem qualitativa, tendo em vista que a mesma possibilita interpretar os significados por trás das palavras, saindo da concepção do senso comum e adentrando ao contexto hermenêutico. Este método qualitativo nos permitiu interpretações com diferentes alegações do conhecimento, utilização de métodos múltiplos na análise de dados e diferentes estratégias de investigação, assim visou compreender os grupos, instituições e atores, a respeito de seus valores, processos históricos, sociais e políticos quanto as relações entre os indivíduos (CRESWELL, 2007; MINAYO, 2008).

Trata-se de um estudo de caso, que investiga profundamente um fenômeno contemporâneo, explorando situações de vida real (YIN, 2003). Desta forma, permitiu explorar as relações organizacionais regionais entre a gestão e o controle social.

Neste sentido, a coleta de dados primários se deu por meio de entrevistas com representantes do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) e do Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU).

A escolha do estado do Ceará se justifica por ser o estado do nordeste brasileiro pioneiro no processo de descentralização e regionalização em saúde. O mesmo possui ampla “experiência acumulada no planejamento governamental, formas de organização, cultura de negociação intergovernamental e experiências com estratégias de formalização de parcerias” (LIMA et al., 2012a, p.9). A organização regional em saúde é coordenada pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), em 5 macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri), divididas em 22 Coordenadoria Regional de Saúde, órgãos representativos da Secretaria Estadual de Saúde.

O tipo de entrevista foi a semiestruturada, que consiste em perguntas norteadoras realizadas ao entrevistado, permitindo aprofundamento em determinados contextos do tema em estudo (MINAYO, 2008). Na condução da entrevista as perguntas norteadoras seguiram um roteiro pré elaborado com questões referentes a regionalização e o processo político institucional para compreensão de como está esquematizando/caminhando as redes de atenção à saúde no estado.

Esta modalidade de entrevista permitiu maior autonomia ao pesquisador/entrevistador

em discorrer por mais tempo sobre o tema, possibilitando maior proximidade com o objeto da pesquisa e permite que o pesquisador faça algumas perguntas pertinentes no ato das respostas dos entrevistados.

As entrevistas foram analisadas por meio da análise de conteúdo, baseado em Bardin. Esta corresponde a um conjunto de técnicas que faz análise das comunicações, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das falas (BARDIN, 2011). Para realização destas análises, as entrevistas gravadas em áudio foram transcritas, lidas, analisadas e categorizadas. As categorias foram distribuídas dois grupos temáticos: a operacionalização da regionalização e o controle social na regionalização.

O presente estudo é parte integrante do projeto de pesquisa *Iniciativas Inovadoras na Organização das Redes Assistenciais e Regiões de Saúde e seu Impacto na Estruturação da Oferta no SUS: Um estudo avaliativo*, coordenado pelo Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde (GPEPS) da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE e financiado pelo CNPq.

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número do parecer 674.336, obtendo sua aprovação em junho de 2014. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento - TCLE, onde o mesmo garante o direito de anonimato e sigilo das informações fornecidas pelos entrevistados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando que o trabalho em questão corresponde a um estudo de abordagem qualitativa, optou-se por apresentar os resultados e discussão de maneira integrada. Em respeito à manutenção do anonimato dos entrevistados, foram atribuídos nomes de árvores da vegetação cearense (Mandacaru, Xiquexique, Facheiro). Para os representantes do COSEMS e da SESA-CE nomes de danças culturais do Ceará (Pastoril e Maneiro-pau), para os representantes do CESAU.

Os achados serão apresentados em dois temas: a operacionalização da regionalização e o controle social na regionalização. Para o primeiro tema foram identificadas três categorias e para o segundo, uma categoria.

Quadro 1- Relação das categorias por temas

TEMAS	A operacionalização da regionalização	O Controle social na regionalização
CATEGORIAS	Compromisso do estado com o processo de regionalização	A invisibilidade do Conselho de Saúde
	A descentralização como impulsionador da regionalização	
	Uma regionalização permeada pelos consórcios	

5.1 A operacionalização da regionalização em saúde.

Desde as primeiras normatizações do SUS que o Ceará tem caminhado em direção ao desenvolvimento e operacionalização da regionalização em saúde. Nesta longa caminhada normativa, o estado adquiriu uma larga experiência no processo de regionalização pelo seu contexto histórico-político.

Para Albuquerque (2013), a compreensão do processo de regionalização pode ser favorecida ou dificultada pelo contexto histórico, político ou institucional. No caso do Ceará,

segundo os entrevistados o contexto histórico-político-normativo influenciou na valorização das pactuações intergovernamentais, sendo o precursor das iniciativas de conformação regional da saúde no Brasil, contando com a efetiva presença do COSEMS na condução das políticas. Desta forma, o Ceará alcançou institucionalidade organizacional elevada e a governança segue de forma coordenada e cooperativa.

Ao analisar o processo de regionalização na perspectiva do gestor neste estado, notamos que o seu desenvolvimento vem sendo discutido na agenda dos gestores desde início do SUS, principalmente em sua operacionalização taticamente focada na distribuição dos serviços especializados e tecnologias em saúde para todo território.

5.1.1 Compromisso do estado com o processo de regionalização

Por ser pioneiro no desenvolvimento da regionalização em saúde, o estado do Ceará apropriou-se precursoramente da importância da regionalização, para garantia da participação democrática dos diversos atores nos espaços de decisão, financiamento cooperativo e equidade do acesso aos serviços de saúde.

Após análise das entrevistas identificou-se na fala do representante da gestão estadual potencialidades da regionalização para garantia do acesso aos serviços de saúde próximo ao usuário.

A regionalização é uma das grandes saídas para crise do SUS, já que alguns municípios por serem pequenos não podem conter estruturas de média ou alta complexidade, então a regionalização é importante para deixar a solução do problema do usuário na própria região e evitar os grandes deslocamentos e peregrinações, então a gente luta para que seja cada vez mais efetiva (...) (Mandacaru).

O comprometimento do estado com a regionalização é um ponto importante, para garantia do desenvolvimento e regulação do sistema. Percebemos que para além das relações federativas estabelecidas entre gestores, processos institucionais e conflitos de segmentos de governança, a regionalização no Ceará é conduzida como uma forte política de distribuição de serviços e equipamentos. Este entendimento também encontra-se presente na fala de representantes do Conselho Estadual de Saúde.

A política de regionalização aqui no Ceará ela é bem definida, Nós temos o estado dividido em macrorregiões, temos as microrregiões, uma política estruturada, um PDR aprovado (...). O estado tem uma rede de equipamentos bem distribuído dentro das macrorregiões, temos uma distribuição equitativa em termos de regiões, de equipamentos de atenção secundária e terciária,

temos uma rede de hospitais de grande porte bem distribuída no interior, temos uma rede de Policlínicas definidas, e CEO municipais (Pastoril).

A partir da fala do conselheiro, nota-se que o processo de descentralização dos serviços facilita o acesso dos usuários, e descentraliza os fluxos assistenciais da saúde. Dentre outras questões, este processo de descentralização vem impulsionando o encadeamento da regionalização.

Segundo Carvalho et al. (2017, p.4), “regionalização pode ser considerada como uma diretriz estruturante da descentralização”. Isso é, as ações da regionalização no estado do Ceará estão se dando por meio da descentralização em saúde. Desta forma, o capítulo a seguir descreve o processo de descentralização e quais aspectos incentivaram a regionalização.

5.1.2 A descentralização como impulsionador da regionalização

A descentralização em saúde é uma diretriz estruturante do SUS abordada desde constituição federal, com o objetivo de garantir mais autonomia aos entes federados, possibilitando a estes maior importância no poder regulatório e decisório para condução das políticas de saúde (LIMA et al., 2012a).

Para Viana et al. (2015) a descentralização do poder regulatório e decisório possibilitou a agregação de atividades, desenvolvimento da gestão e da oferta de serviços. Os mesmos consideram que este processo foi uma estratégia contemporânea para conformação do sistema de saúde brasileiro.

Desta forma, as entrevistas revelam que o processo de descentralização da saúde no Ceará se empenhou na expansão dos serviços de saúde com base nas definições territoriais de densidade tecnológica coordenado pela secretaria estadual de saúde, que estruturou nas macrorregionais hospitais de nível terciário, e em cada região de saúde policlínicas com profissionais especializados para garantia do acesso.

Este fato está fortemente atrelado a fala do representante da gestão estadual:

No processo inicial da descentralização, foi feito os mapeamentos considerando inclusive os equipamentos pré-existent na região de saúde (...) para a implantação de equipamentos de média e alta complexidade, como os hospitais regionais (...) e implantação de policlínicas e centros especializados de odontologia” (Xiquexique).

Ao longo dos anos o estado se empenhou na descentralização dos serviços para todo território cearense, assim, também desencadeou o desenvolvimento da regionalização em saúde. Com o processo de descentralização nota-se que a capacidade técnica e operacional dos municípios não foram efetivamente fortalecidas e as dificuldades financeiras apareceram, assim, tem levado os municípios a buscarem alternativas para melhoria do processo de gestão e organização dos sistemas de saúde para o atendimento das demandas cada vez mais crescentes (CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO CEARÁ, 2010).

Assim o estado estabelece como estratégia para funcionamento dos serviços de saúde a adesão aos consórcios de saúde. Para Viana et al (2008), os consórcios surgem da necessidade de resolutividade das dificuldades que os municípios têm em comum, desde o processo de organização e funcionamento dos seus sistemas de saúde até os impasses de pactuação regional das ações.

5.1.3 Uma regionalização permeada pelos consórcios

A regionalização em saúde também é entendida como um campo de dimensões técnica e política que envolvem disputas das autoridades sanitárias, e requerem decisões políticas (KUSHNIR R; CHORNY AH, 2010). Importantes ou algumas decisões políticas tomadas para desenvolvimento e subsistência das regiões de saúde no Ceará, se deram a partir da utilização de consórcios públicos em saúde que são institucionalizados até hoje. Estes são exercidos por um conjunto de municípios de menor, médio e maior porte, que pactuam serviços e se articulam entre as diferentes Unidades e Municípios para formulação de possibilidades de ações integrais em saúde (VIEGAS et al., 2013).

Esta estratégia utilizada pela gestão do Ceará proporciona um financiamento cooperativo entres os municípios garantindo o desenvolvimento dos serviços de saúde pactuados na região. Para os representantes do COSEMS:

O principal produto do processo de regionalização, foram os consórcios públicos de saúde:

Por quê? Porque eles são organizados primeiro numa perspectiva solidária que envolve os entes federados, à exceção da união (...). O grande ganho dos consórcios público é um serviço especializado, organizado, financiamento a partir do custo real do serviço (...), e por isso, a absoluta maioria dos consórcios são hoje superávit, não tem dívidas, porque eles têm um financiamento real do custo do mercado e do serviço. Não é financiamento à base do procedimento da tabela SUS (Facheiro).

Os consórcios também possuem como atribuição a garantia de maior comunicação e pactuação entre gestores a fim de responder as necessidades de saúde da população. Percebe-se que estas comunicações intergestores são estabelecidas por meio das relações políticas, onde a relação política institucional é fortemente frequente no processo de tomada de decisão, como é o caso das pactuações dos consórcios que são feitas diretamente pelos chefes de gabinetes:

(...) pela lei Federal dos consórcios tem que ser os entes respectivos que compõem, que são os prefeitos (...) a pactuação só pode ser feita pelo gestor municipal, o estado não vai pactuar por ele. Eu vou apenas dizer: olhe tu tem esta oferta, se tu quiser garantir os exames para tuas gestantes, tu podes nestes equipamentos aqui disponíveis (...). Mas isso vai variar dependendo da condução daquele consórcio e entendimento daqueles entes que compõem o consórcio, pode, de repente, um ter olhar focado em algumas ações que não seja de interesse da população ou das necessidades daquela região (Xiquexique).

Este processo citado da condução da saúde pode tornar-se uma problemática para saúde pública, pois as decisões da saúde estão sendo tomadas por atores que muitas vezes não possuem substancial conhecimento sobre as problemáticas da saúde, salientando que as decisões influenciarão diretamente na prestação de serviço à população.

O entrevistado da gestão estadual também considera como fator limitante os chefes de gabinetes municipais serem os atores chaves da tomada de decisões dos consórcios, já que os mesmos possuem diversas atividades administrativas a serem cumpridas para além do gerenciamento da saúde: “Os prefeitos tem dificuldade grande por conta da agenda de se reunirem para discutir todo mês o processo de trabalho daqueles equipamentos, porque o gerenciamento é feito pelo prefeito do município” (Xiquexique).

Na concepção do CESAU:

Os consórcios públicos, traz uma insegurança para o trabalhador, porque dentro da estrutura do mundo do trabalho ele nem tem vínculo com as prefeituras, nem tem vínculo com estado. Ele tem vínculo com a personalidade jurídica especial que não traz segurança, muitas vezes contratado de forma precária que sequer, de devida natureza de serviço público desses consórcios aqui, na hora de cumprir as obrigações trabalhistas. Como, por exemplo, cumprir piso de categoria, cumprir convenção coletiva de categoria isso não é cumprido, porquê embora eu seja um celetista da natureza de direito público os consórcio não conseguem a CLT. Em suma, o estado do Ceará criou uma arranjo de consórcios para economizar, para jogar, para diminuir, o custo da mão-de-obra, e infelizmente isso provém uma insegurança jurídica para o trabalhador (Pastoril).

Além das críticas atribuídas aos atores que compõem os consórcios, na fala do conselheiro também é identificadas críticas à condução dos consórcios, principalmente no que tange ao processo de trabalho dos profissionais da saúde, assim, este modelo pode fragilizar a saúde com a precarização do trabalho.

Portanto são questões a serem problematizadas, “até que ponto os tomadores de decisão dos consórcios de saúde influenciam na garantia dos serviços de saúde?”, “será que todos serviços pactuados pelos chefes de gabinetes são necessidade da população?” Além disto, é necessário rever os participantes institucionais dos consórcios, com a introdução de novos representantes da saúde para participação e controle.

5.2 CONTROLE SOCIAL NA REGIONALIZAÇÃO

O Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU), é composto por trinta e quatro representatividades paritárias de acordo com Lei 8.142/90, atuam em quatro câmaras técnicas, quatro comissões temáticas e possuem um Fórum Regional de Conselheiros de Saúde.

Este Fórum tem como finalidade: “manter a articulação e informação entre si e a sociedade em geral, com a finalidade de promover o pleno exercício do controle social sobre as políticas públicas implementadas no âmbito dos municípios e na região correspondente” (Brasil, 2013, art. 2). Deste modo, atuam no controle das políticas e instrumentos no âmbito regional, realizam mesa coordenada e plenária para incentivar a participação popular no SUS a fim de fortalecer o controle social nas regiões de saúde.

Mesmo diante a existência de uma instância regional de controle social, identificamos nas falas dos representantes do CESAU, uma insatisfação com o seu papel no desenvolvimento da regionalização.

5.2.1 A invisibilidade do Conselho de Saúde

A participação social é introduzida no SUS por meio dos conselhos de saúde, que são de grande importância para saúde pública brasileira, principalmente no que se refere a garantia da democracia, como o desenvolvimento do seu papel de atuação nos âmbitos decisórios e fiscalizatórios da saúde.

A partir das entrevistas com representantes do CESAU, observou uma insatisfação com o papel de mero homologador de atas no exercício do conselho. O mesmo faz diversas

críticas a este exercício de homologador de políticas e instrumentos elaborados de maneira vertical sem considerar a participação social.

Os conselhos funcionam meramente como estância homologatória das decisões tomadas em gabinetes (...) os conselhos de saúde acabam não desempenhando seu papel da forma como a população pressionou [reforma sanitária] (...) dentro dessa perspectiva é uma ilusão pensar que os conselhos controlam os governos na verdade e uma participação, meramente referenda, que busca decidir a periferia das decisões mais estruturais, tomadas dentro de gabinetes (Pastoril).

Para problematização desta questão, levanta-se alguns questionamentos, “será que a participação tímida do CESAU é por conta da falta de abertura da SESA para discussões do processo de regionalização, já que a mesma o coordena?” ou “isso se concede pôr o conselho estadual não chegar diretamente nas regiões, e o municipal estar atrelado a questões de seu município de origem?”. Se o último cenário do questionamento fosse confirmado, poderíamos sugerir que são necessário estratégias para efetivar o Fórum Regional de Conselheiros de Saúde a fim de atuar diretamente no âmbito regional e superar as dificuldades citadas acima, caso contrário será um espaço colegiado a mais.

Ao analisar as entrevistas com representantes do conselho, torna-se evidente a existência de uma relação de poder da gestão sobre esta entidade, principalmente no que tange ao repasse de informações, seja no planejamento ou prestação de contas. A relação de poder existente é percebida no trecho de fala do representante do CESAU quando mencionado sobre as apresentações de prestação de contas quadrimestrais:

(...) eles trazem [relatórios] pode não ser quadrimestralmente como determina a lei, eles mandam a apresentação através de um técnico responsável, que a gente sempre exige que essa apresentação ela venha numa linguagem clara, porque o nosso conselho é muito diversificado (...) nós temos representantes aqui de diversas classes que tem entendimentos diferentes (Maneiro-pau).

Notamos que nos espaços de fiscalização e tomada de decisões, ocorre a carência de um discurso menos técnico pela diversidade dos atores envolvidos, e a falta deste discurso flexível compreensivo, dificulta a condução do papel do conselho. Merhy (2007) fala que as relações do campo simbólico e discursivo existentes nas relações sociais de vários grupos nem sempre emergem para operacionalização, mas para disputa de diferentes situações e adentram a focos de interesses para conseguir ganhar espaço, ou seja, o uso do discurso tecnicista é uma relação de poder existente na condução da saúde.

Outro ponto importante atrelado ao CESAU na regionalização, são as relações política e burocráticas do sistema, onde:

Os conselhos de saúde não estão sendo capazes de fazer os tensionamentos, infelizmente, se apropria muitas vezes só da periferia, só das consequências, não há atuação meramente reativa e não proativa, porque a sua reação proativa é dada pela legislação do caráter de liberar políticas (...) o governo busca a homologação de atas decididas privativamente, e a depender da dinâmica dos sujeitos que compõem este colegiado ele encontra mais ou menos facilidade pra impor sua agenda (Pastoril).

Segundo Duarte et al. (2015) pela falta de cultura participativa da sociedade os conselhos municipais de saúde não se transformaram em legítimos condutores da política de saúde local. Em concordância com o estudo citado, nota-se que a falta desta participação da sociedade civil tornou-os em atores reativos e não proativos estratégicos.

Shimizu et al. (2017) ressalta que no Ceará a atuação dos conselhos de saúde no processo de regionalização são incorporadas de forma tímida com participação frágil. Desta forma, é importante que os autores dos conselhos tenham uma participação mais efetiva nas tomadas de decisões.

É visível neste estudo que as relações políticas institucionais tomam rumos de governança que fragilizam a condução da regionalização, o caminhar da regionalização na perspectiva da relação existente do conselho e a gestão estadual é incipiente no que tange ao compartilhamento do arcabouço político.

6 CONCLUSÃO

A descentralização no estado do Ceará conduziu avanço no processo de regionalização, obtendo como resultado ótimas estruturas físicas de alta densidade tecnológica nas regiões de saúde, para garantia do acesso aos serviços de saúde próximo a população.

Porém, é notório que a atenção em saúde não é realizada apenas com tecnologias duras, necessita abarcar todo o arcabouço normativo e ter a participação direta do controle social, para facilitar na tomada de decisão, pois estes atores conhecem a realidade local.

Quanto ao gerenciamento dos consórcios, deve-se atentar aos integrantes da tomada de decisão, e analisar como estão se conduzindo as negociações nas assembleias entre os prefeitos, se o foco das pactuações estão a fim de responder as necessidade da população ou por interesses distintos como: conveniência, forças partidárias ou clientelismo.

A participação do controle social por meio dos conselhos no processo da regionalização é insuficiente, considerando as atribuições participativas neste processo. Deste modo, é necessário fortalecer o Fórum Regional de Conselheiros de Saúde ou a criação de um conselho regional para auxiliar na fiscalização e obter efetiva participação do controle social nos espaços de decisões regionais, já que o conselho estadual fica limitado em atuar em mais de 20 regiões de saúde.

Contudo, é visível que a gestão precisa consolidar os laços com o controle social, ambos se verem como partes integrantes do todo, e que um é depende do outro na construção da regionalização e consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V.M. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros.** 2013. 289f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- BARDIN, Laurence. **Organização da análise.** In: _____. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. p. 125-162.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Planalto, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 out. 2016.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Planalto, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 18 dez. 2016.
- CEARÁ. Governo do estado do Ceará. **Fórum Regional De Conselheiros De Saúde Regimento Interno.** Fortaleza: CESAU, c2011. Disponível em: <<http://www.cesau.ce.gov.br/index.php/foruns-de-conselheiros-de-saude/foruns-de-conselheiros-de-saude>>. Acesso em: 10 dez. 2017.
- BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Planalto, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 22 dez. 2016.
- BRASIL. **Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001.** Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: ><http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf><. Acesso em: 13 jan. 2017.
- BRASIL. **Portaria nº 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 01/93. Brasília, DF.: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 13 jan. 2017
- BRASIL. **Portaria nº 399/ GM de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso: 15 nov. 2006.
- BRASIL. **Portaria nº 2.203 de 5 de Novembro de 1996.** Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 20 jan. 2017

BRASIL. **Regionalização Solidária e Cooperativa Orientações para sua implementação no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao2006.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2016.

CARVALHO, A.L.B et al. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p.1155-1164, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1155.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2017.

CEARÁ . Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Consórcios públicos de saúde do Ceará: Estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde**. Fortaleza: Secretaria de Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/53-manual-consorcios-publicos-em-saude-no-ceara-?download=96%3Amanual-consorcios-publicos-em-saude-no-ceara>>. Acesso em: 11 no. 2017.

CRESWELL, Jonh. **Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto**. Porto Alegre. Artmedm, 2007.

DUARTE, L.S et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, n.2, p.472-485, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00472.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

FLEURY, Sonia. Democracia, poder local e inovação. In: _____. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2014. p. 25-73.

GOYA, N et al. Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1235-1244, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1235.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2017.

HORTALE, A.V. O conceito de descentralização aplicado aos serviços de saúde: dimensões, padrões e regularidades. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 32, p. 1-15, maio/jun .1997. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7902/6569>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>>. Acesso: 20 dez. 2016.

- LIMA, L.D et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/30.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2016.
- LIMA, L.D et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: Condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a04.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2017.
- MERHY, E; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MINAYO, Maria. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MORAIS, I.A et al. Participação Social e Regionalização de Políticas Públicas no Brasil: O Caso da Saúde. **Investigação Qualitativa em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, 2016. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/880/864>>. Acesso: 11 dez. 2017.
- QUEVEDO, A.L.A et al. O Conselheiro Regional de Saúde como Ator do Controle Social e da Participação Popular. **Rev. enferm. Saúde**, Pelotas (RS), v. 1, p. 120-130, jan./mar.2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3415/2806>>. Acesso: 02 jan. 2017.
- QUEVEDO, A.L.A et al. Conselhos de saúde e regionalização em saúde. **J Nurs Health**, Pelotas (RS), v. 2, n. 1, p. 28-37, jan/jun. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3453>>. Acesso: 02 jan. 2017.
- SCATENA, João. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. In: LIMA, L; VIANA, A; MACHADO, C. **Regiões de Saúde: Diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 21-46.
- SHIMIZU, H. E et al. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1131-1140, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1131.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2017.
- SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p.622-63, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2016.
- VIANA, A.L.d'Á. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n.2, p.413-422, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00413.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

VIANA, A.L.d'Á. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

VIEGAS, S.M.F & PENNA, C.M.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/19.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

YIN, Robert. **Estudo de Caso Planejamentos e Métodos**. 2. ed. São Paulo: Artmedm, 2003.

ANEXO A – Formulário e Roteiros de Entrevistas.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
GRUPO DE PESQUISA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE

Questionário

Dados sócio-demográficos

Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: 20-29 (); 30-39 (); 40-49 (); 50-59 (); 60-69 (); >=70 ()

Tempo que atua no SUS: _____

Tempo que atua na secretaria estadual de saúde, setor e função:

Tempo que atua na gestão do SUS: _____

Formação básica (graduação): _____

Pós-graduação/Área: Sim () Não ()

Residência _____

Especialização _____

MBA _____

Mestrado _____

Doutorado _____

Gestor SESA – Roteiro de entrevista

Como se deu, historicamente, o processo de conformação das regiões de saúde?

- Contexto político, econômico
- Atores que contribuíram no processo
- Elementos que foram condicionantes para delimitar a região de saúde

Como o estado está operacionalizando a regionalização na saúde?

- O papel da gestão estadual
- Os instrumentos de gestão (destaque para os instrumentos abordados no decreto 7508 e o PDR)
- A relação com os gestores municipais, CES e COSEMS
- A relação do nível central com as regiões de saúde
- A atual realidade do planejamento e da implementação das RAS
- Possíveis instrumentos utilizados para avaliar e monitorar o processo nas regiões de saúde
- Avaliação da gestão sobre potencialidades e fragilidades do processo de regionalização do estado

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
GRUPO DE PESQUISA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE**

Questionário

Dados sócio-demográficos

Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: 18-29 (); 30-39 (); 40-49 (); 50-59 (); 60-69 (); >=70 ()

Escolaridade: Nível médio incompleto () Nível médio completo ()

Nível superior incompleto () Nível superior completo ()

Pós-Graduação (): _____

Tempo como conselheiro: _____

Segmento: _____

Conselheiro Estadual – Roteiro de Entrevista

Qual a sua concepção sobre regionalização na saúde, assim como a organização das ações e dos serviços de saúde no estado?

Como se dá a discussão do processo de regionalização na saúde dentro do Conselho Estadual de Saúde? Quais as principais pautas desta temática já foram levadas ao conselho?

Como se dá a relação do conselho estadual com os conselhos municipais e gestão do estado no que condiz as discussões de regionalização?

A partir de sua representatividade enquanto segmento usuário/trabalhador, como você avalia a contribuição deste segmento em tais discussões? Consegue-se alcançar as demandas de seu segmento?

ANEXO B – Termos de Consentimentos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada **“Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no sus: um estudo avaliativo”**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901– Telefone: (081) 99622571 e e-mail: afalangola@uol.com.br)

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A participação do entrevistado na pesquisa ocorrerá durante o período de janeiro de 2015 a maio de 2017.
- 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 suas contribuições para sistematização de um trabalho que poderá desencadear referências para a sua prática específica e o projeto em que está inserido. O benefício direto se dará por meio da devolutiva aos participantes acerca do estudo desenvolvido, permitindo o acesso à informação sobre o impacto na estruturação da oferta no SUS a partir de iniciativas inovadoras da gestão. Desta forma, pode-se favorecer a tomada de decisão na perspectiva da efetivação do cuidado em saúde.
- As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de gravação e entrevista, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do Pesquisador no endereço acima informado pelo período de 8 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço:

(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra
UFPE/DMS

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no sus: um estudo avaliativo”**, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local /Data

Assinatura do participante

Impressão
digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: