



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO



ANA CLÁUDIA DE ANDRADE CARDOSO

**O CONTROLE SOCIAL NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: UM
OLHAR SOBRE OS MUNICÍPIOS SEDES DE MACRORREGIÃO EM
PERNAMBUCO**

Recife

2017

ANA CLÁUDIA DE ANDRADE CARDOSO

**O CONTROLE SOCIAL NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE:
UM OLHAR SOBRE OS MUNICÍPIOS SEDES DE MACRORREGIÃO EM
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pertencente ao Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Política de Saúde

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli

Coorientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Recife

2017

ANA CLÁUDIA DE ANDRADE CARDOSO

**O CONTROLE SOCIAL NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: UM
OLHAR SOBRE OS MUNICÍPIOS SEDES DE MACRORREGIÃO EM
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pertencente ao Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 31/08/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli (Orientador)

Depto. de Medicina Social – UFPE

Prof.^a Dr.^a Ronice Maria Pereira Franco de Sá (Membro Titular Interno)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFPE

Prof.^a Dr.^a Gabriella Moraes Duarte Miranda (Membro Titular Externo)

Depto.de Medicina Social – UFPE

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me conduzido na elaboração deste trabalho, e pelas graças alcançadas durante esse período.

À minha família, minha maior fonte de amor e de motivação, em especial aos meus pais, as pessoas por quem tenho maior amor e gratidão, e aos meus sobrinhos, por me cercarem de carinho e alegria.

Às minhas tias e primas amadas, que estão sempre dispostas a me ajudar. De modo particular, à tia Kátia, Ana Helena e Karla pelo suporte que me deram para a conclusão deste trabalho.

Ao meu orientador, Petrônio Martelli, pela disponibilidade a todo instante, pela paciência, franqueza, e pelo conhecimento repassado durante esse período.

À minha coorientadora, Adriana Falangola, pelos ensinamentos compartilhados e pela oportunidade de participar do Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde, que me possibilitou aproximação com o tema desta dissertação.

A Cássio Dantas, meu grande parceiro na realização deste trabalho, pela motivação na fase inicial, contribuição ao longo do trajeto e pela amizade construída.

A Vick Brito, pela inspiração e gentileza em atender às minhas solicitações.

Aos que compõem o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC. Aos professores pelo aprendizado e por estimularam meu senso crítico em relação ao SUS e à sociedade.

Aos membros da banca de qualificação e aos suplentes agradeço pelas considerações, que muito contribuíram para o desenvolvimento do trabalho.

Aos técnicos da I, IV, VIII e XI GERES, pela gentileza e presteza na disponibilização das documentações solicitadas, de maneira especial a Avelar Batista, que me auxiliou na ida à sua cidade.

Aos membros dos conselhos municipais de Recife, Caruaru, Petrolina e Serra Talhada por auxiliarem na marcação das entrevistas e, principalmente, aos conselheiros entrevistados, pela disponibilidade e pelo compartilhamento de suas importantes vivências que deram corpo a este trabalho.

Aos professores e preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva – UPE/FCM que, através de seus conhecimentos e experiências possibilitaram meu contato inicial com a Saúde Pública.

Aos amigos que fiz na de SMS/Recife e SES/PE, em especial a Juliana Oriá, Fábio Alencar, Poliana Germano, Marlene Barbosa e Maria do Rosário Brito. Pelo aprendizado que auxiliaram diretamente na elaboração desse trabalho, por compreenderem minhas ausências, por me estimularem em meio às turbulências e pela amizade dedicada.

Aos amigos da turma de mestrado do PPGSC, coorte 2015, por juntos, termos estabelecido uma construção tão rica e cheia de aprendizados.

Às minhas amigas de graduação e residência, por quem tenho grande afeto, agradeço à parceria firmada.

Sou muito grata a todos que, de alguma maneira, participaram da construção e possibilitaram a realização deste trabalho.

RESUMO

Entende-se por regionalização em saúde uma estratégia técnica, política e administrativa de organização dos serviços de saúde de maneira descentralizada, que envolve a participação de atores em complexas relações sociais e de poder, enquanto o controle social constitui a forma de participação popular na formulação de políticas públicas e uma conquista também consagrada na Constituição Brasileira. Assim, foi realizado um estudo de caso de abordagem qualitativa com a finalidade de analisar a participação do controle social no processo de regionalização da saúde, nos municípios sede de macrorregião em Pernambuco. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas com doze conselheiros municipais de saúde e de análise documental dos relatórios das conferências municipais de saúde e das atas, resoluções e listas de frequência das reuniões das Comissões Intergestores Regional (CIR). A identificação das dimensões foi realizada por meio de análise temática. Os resultados evidenciaram o conhecimento incipiente dos conselheiros em relação aos aspectos conceituais, à sua atuação no processo de regionalização e principalmente aos instrumentos de planejamento regional. A ausência de espaços institucionalizados de controle social no âmbito regional de caráter regular e permanente, como fóruns, conferências e conselhos regionais e de representantes dos conselhos na CIR repercutem em escassas discussões acerca da regionalização. Diante dessas constatações, os conselheiros suscitaram propostas com a finalidade de promover o empoderamento do controle social nas regiões de saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Regionalização. Participação Social. Conselhos de Saúde. Política de Saúde.

ABSTRACT

Regionalization of health is a technical, political and administrative strategy for the organization of health care services in a decentralized way, involving the participation of agents in complex social and power relations, while social control constitutes the form of popular participation in the formulation of public policies and an enshrined achievement in the Brazilian Constitution. Therefore, we conducted a case study with a qualitative approach in order to analyze the participation of social control in the process of regionalization of health in the host cities of Pernambuco's macro-region. We obtained the database through semi-structured interviews with twelve municipal health advisers and documentary analysis of the reports of the municipal health conferences and of the minutes, resolutions and frequency lists of the meetings of the Regional Interagency Commissions (CIR). We identified the categories through thematic analysis. The results showed the advisers' incipient knowledge in relation to the conceptual aspects, to their updating in the regionalization process and mainly to the regional planning instruments. The absence of regular and permanent institutionalized spaces for social controlling in the regional scope, such as forums, conferences and regional councils and representatives of the councils in the CIR, have repercussion in scarce discussions about the regionalization. Based on these evidences, the councilors raised proposals aimed at promoting the social control's empowerment in health regions.

Keywords: Unified Health System. Regional Health Planning. Social Participation. Health Councils. Health Polic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Distribuição das regiões de Saúde. Pernambuco, 2011.....	29
Figura 2- Distribuição das macrorregiões de Saúde, Pernambuco 2011.....	30
Quadro 1- Matriz de análise.....	37
Quadro 2- Matriz de análise.....	41
Gráfico 1- Participantes das reuniões das CIR, nas quatro regiões de saúde sedes de macrorregião,2015/2016, Pernambuco, 2017.....	50
Quadro 3- Registro de participação do controle social nas atas da CIR, nas quatro regiões de saúde sedes de macrorregião, 2015/206, Pernambuco, 2017.....	51
Quadro 4- Registros dos relatórios das conferências municipais de saúde, dos municípios sedes de macrorregião de saúde, 2015.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CGR** Colegiado de Gestão Regional
- CIB** Comissão Intergestores Bipartite
- CIR** Comissão Intergestores Regional
- COAP** Contrato Organizativo de Ação Pública
- GERES** Gerências Regionais de Saúde
- MARS** Matriz de Avaliação da Regionalização da Saúde
- MS** Ministério da Saúde
- NOAS** Norma Operacional de Assistência à Saúde
- NOB** Norma Operacional Básica
- OSs** Organizações Sociais de Saúde
- PDR** Plano Diretor de Regionalização
- PDI** Plano Diretor de Investimentos
- PPI** Pactuação Programada e Integrada
- PGASS** Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde
- RENAME** Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
- RENASES** Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
- RIDE** Região Integrada de Desenvolvimento Econômico
- SUS** Sistema Único de Saúde
- TCG** Termo de Compromisso de Gestão
- TCLE** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Descentralização e Democracia.....	15
2.2 Regionalização em saúde.....	19
2.3 O Controle Social no SUS.....	22
3 OBJETIVOS.....	27
3.1 Geral	27
3.2 Específicos	27
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	28
4.1 Tipo de estudo.....	28
4.2 Cenário da pesquisa	28
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	32
4.4 Instrumentos e técnicas de registro e coleta de dados.....	34
4.5 Análises dos dados.....	36
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICE A - Entrevista.....	66
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	68
ANEXO A - Parecer Consubstanciado.....	70
ANEXO B - Instruções da revista.....	73

1 INTRODUÇÃO

Presentes na política de saúde brasileira desde as iniciativas que antecederam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização e a regionalização foram estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde de 1990 como princípios norteadores dos processos de organização do SUS, bem como a gestão sob comando único em cada esfera de governo e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). Esses princípios foram defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária e tornaram-se fortes influências para a conformação do sistema de saúde brasileiro.

Compreende-se o controle social, como forma de participação popular na formulação de políticas públicas e uma conquista também consagrada na Constituição Brasileira que, nesse contexto, diz respeito ao conjunto de esforços que os setores organizados da sociedade civil realizam para exercer a cidadania (BRAVO; CORREIA, 2012). Por meio da inclusão da sociedade nas discussões referentes às políticas públicas pretende-se aumentar a participação na gestão a fim de que atendam, cada vez mais, às suas demandas e interesses.

A Lei 8142/90 regulamenta duas instâncias colegiadas: os conselhos de saúde, no âmbito nacional, estadual e municipal, com atuação permanente, e as conferências de saúde, cujas realizações devem ocorrer a cada quatro anos, ou num período menor, caso haja necessidade. Os conselhos e conferências de saúde são espaços para explicitação das necessidades e para o exercício da participação e do controle social, visando a implementação das políticas de saúde em todas as esferas governamentais (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2014).

A descentralização, importante princípio num contexto de redemocratização, durante a década de 1990, se configurava como um mecanismo pertinente para transferência de poder decisório, das responsabilidades de gestão e de recursos financeiros da União para os entes federativos, com foco na municipalização e pressupõe o estabelecimento de novas competências para os entes federados envolvidos e a configuração de novas estruturas administrativas (ABRUCIO, 2007).

Já a regionalização em saúde consiste numa estratégia técnica, política e administrativa, de organização dos serviços de saúde de maneira descentralizada,

num espaço geográfico delimitado, com definições das necessidades da população atendida (LIMA *et al.*, 2012). Este processo ganha destaque no cenário nacional com a edição das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e com a Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 que implanta o Pacto pela Saúde, quando passa a ser considerada como um importante eixo para a gestão do SUS (TEIXEIRA, 2007; LIMA *et al.*, 2012).

O processo de regionalização em saúde está vinculado à capacidade de oferta e financiamento da atenção à saúde, assim como à distribuição de poder e relações estabelecidas entre governos, organizações públicas, privadas e cidadãos, portanto, demanda uma participação de atores em complexas relações sociais. Em resumo, a regionalização possui uma dimensão técnica, política, econômica para construção de espaço político do debate decisório regional, e deve efetivar uma gestão solidária e cooperativa (VIANA; LIMA, 2011).

Proposto como o marco normativo mais importante para a construção do processo de regionalização, o Decreto Nº 7508 de 28 de junho de 2011, traz o conceito de regiões de saúde como um espaço essencial para integrar as ações e serviços de saúde dos entes federativos, qualificar a gestão do SUS e garantir a integralidade e, por isso deve ser constituída sob a ótica sanitária (SANTOS; GIOVANELLA, 2014). Porém, esta normativa não define com nitidez a atuação do controle social no âmbito regional.

Os progressos encontrados no processo de regionalização em Pernambuco podem ser observados em instrumentos de planejamento regional integrado como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), criado em 2009 e atualizado em 2011 de modo a subsidiar a organização da saúde de forma regionalizada, solidária, hierarquizada e resolutiva. Entretanto, não há registros em literatura, nem tampouco mecanismos instituídos que possibilitem identificar a participação do controle social no planejamento e execução da regionalização no estado (PERNAMBUCO, 2011).

Apesar da importância atribuída ao processo de regionalização, a fim de se obter uma efetiva gestão no SUS e dos avanços obtidos por essa política, destacando-se a criação das instâncias de negociação e os instrumentos de pactuação e programação, não existe clareza no que se refere à participação e ao

controle social no planejamento e execução de ações regionalizadas, ademais pouco se encontra na literatura científica neste tocante.

Dada a relevância do controle social na definição de políticas em saúde como conquista democrática no SUS, o presente estudo considera pertinente analisar a participação do controle social no processo de regionalização nos quatro municípios que constituem sede de macrorregião de saúde em Pernambuco.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Descentralização e Democracia

No Brasil, um modelo de federação inovador foi estabelecido com a Constituição de 1988, caracterizado pela presença de três esferas de governo, cada uma dotada de autonomia e com vastas responsabilidades na gestão de políticas públicas. Esse traçado possui como objetivo, a criação de um Estado descentralizado, mais suscetível ao controle democrático por parte das populações locais e com o estímulo ao trabalho conjunto e o compartilhamento de recursos entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios (ABRUCIO, 2007).

A configuração das relações intergovernamentais do SUS visa concretizar a proposta de acesso universal, integral e equânime à saúde e está definida na Constituição e na Lei nº 8.080, de 1990. Essas leis determinam os fundamentos de organização federativa da política de saúde no Brasil e estabelecem que a distribuição de competências entre as esferas de Estado deve compatibilizar os princípios de descentralização e unicidade, compondo um sistema de saúde com comandos no âmbito nacional, estadual e local, articulados de forma regionalizada com o objetivo de integrar as ações e serviços de saúde em todo o país (BRASIL, 2015).

Nessa perspectiva, a descentralização passa a ser indicada como estratégia mais adequada para reformular e ajustar políticas públicas. No Brasil, o municipalismo tomou força como uma resposta ao alto grau de centralização vivenciado durante o período ditatorial. Dessa maneira, o movimento democrático, abrange a descentralização como componente essencial à democratização do país (CAMPOS, 2006).

A interface da descentralização com a democracia se dá pelo grau de poder que a constituição confere às unidades da federação em propor políticas, descentralizando a administração e transferindo a maior parte do orçamento às unidades da federação (KERBAUY, 2004).

Abrucio (2007) destaca que os conteúdos democráticos são viabilizados na escala ou no âmbito o qual se processam as decisões. Em virtude de o município ser identificado como ente federativo onde se materializa a descentralização, estes,

na concepção do autor, deveria estimular à participação da sociedade civil enquanto disciplinador da democracia participativa. A participação da sociedade civil nos assuntos públicos minimizaria o patrimonialismo e a privatização da política.

A descentralização possui a estratégia de implantar instituições que propiciem a participação dos cidadãos nas decisões políticas. Sendo assim, a participação dos cidadãos que é um tema estreitamente vinculado com a discussão a respeito dos processos de descentralização e de ampliação das possibilidades de democratização das ações do Estado, vem se tornando ao longo das últimas décadas presente nas pesquisas, discussões e debates (DIEGUES, 2013).

Nos governos participativos suas propostas passam pela constituição de conselhos consultivos ou deliberativos setoriais. Nestes casos os conselhos tendem a ser percebidos como instrumentos importantes para a promoção da descentralização administrativa, a ampliação da participação popular no processo decisório e a introdução de maior eficácia na implementação de políticas públicas (KERBAUY, 2004).

Na década de 1990 aconteceu a passagem de um sistema extremamente centralizado política, administrativa e financeiramente para um contexto em que milhares de gestores passaram a se constituir atores fundamentais no campo da saúde. Baseando-se no federalismo, uma configuração de governo, fundamentada num meio de distribuir e exercer poder político numa sociedade, e dos serviços de saúde e com essa base jurídica, o SUS passou a ser regulado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), que enfatizaram a descentralização, especialmente para os municípios (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

O processo de descentralização inicialmente era realizado por meio da ampla centralização do financiamento na União, e sem a participação fundamental dos estados, o que em um país grande e desigual, consolidou o paradigma da municipalização autárquica no SUS. A denominação municipalização autárquica é empregada com a finalidade de apontar os municípios que investem indiscriminadamente em ações e serviços de saúde, um sistema de saúde singular, restrito, com qualidade inadequada, formando subsistemas de saúde fragmentados

e incomunicáveis, sem articulação regional, conseqüentemente, mais oneroso (PESTANA; MENDES, 2004).

Nessa perspectiva, a Norma Operacional Básica de 07 de janeiro de 1991 (NOB 01/91) ainda que de maneira incipiente, apoiava a descentralização e a municipalização, através dos consórcios administrativos entre os municípios, o fato dos repasses financeiros estarem condicionados à produção e não às necessidades populacionais representavam um retrocesso (BRASIL, 1991; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Posteriormente, a NOB/93 normatizava e regulamentava a descentralização governamental das ações e serviços de saúde com a classificação das formas de gestão municipal em incipiente, parcial e semiplena, a fim de propor a autonomia dos três entes federados. As normas definiram as competências tributárias e estimulou a descentralização política e administrativa, proporcionando aos municípios poderes similares ao dos estados e da União (BRASIL, 1993; PESTANA; MENDES, 2004).

A descentralização foi fortalecida com a NOB/96. Essa norma tinha como objetivo atender às 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 para os municípios, da redução dos recursos pós-pagamento, da criação de incentivos financeiros a partir da capacitação e organização da assistência da saúde, e da responsabilização sanitária para cada gestor (BRASIL, 1996).

As normas operacionais foram responsáveis por induzir e impulsionar o processo de descentralização, porém a rigidez e o detalhamento excessivo desses instrumentos representaram limitações à operacionalização da descentralização mediante uma pactuação que considerasse a realidade locorregional e a assimetria dos municípios brasileiros (SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009).

Para Kerbauy (2007), entender as singularidades de cada município e as possibilidades de arranjos organizativos e participativos que podem levar a estilos administrativos diferenciados é fundamental para compreender a trajetória da

descentralização no Brasil. Para a autora são fatores que impactam na descentralização:

A natureza das elites políticas locais e sua constituição histórica e diferenças regionais, cujos interesses e projetos de poder podem ser diferenciados na apropriação privada dos benefícios públicos, em muitos casos indissociável na condução da administração local. (KERBAUY, 2007, p. 09)

Segundo Abrucio (2006), o principal problema da descentralização ao longo da redemocratização esteve ligado ao padrão de relações intergovernamentais predominantes, caracterizado por aspectos predatórios, resultantes da competição que predominava nas relações dos estados com a União e deles entre si. Outra limitação diz respeito ao federalismo compartimentalizado, no qual cada nível de governo realiza uma função específica, o que gera um “jogo de empurra” entre as esferas de governo.

Para Müller Neto (2010), os problemas mais frequentes, referentes à ação do Governo Federal neste processo, são:

A fragmentação institucional na administração federal das políticas nacionais e a falta de monitoramento e avaliação das mesmas; dificuldades logísticas na operacionalização das políticas nacionais no âmbito local; recentralização tributária e exigência de condições para a transferência de recursos financeiros aos governos subnacionais; excessiva concentração do poder de normalização e financeiro, restringindo a efetiva transferência de autonomia decisória aos estados e municípios. Portanto, além dos constrangimentos da política macroeconômica deve-se considerar as dificuldades decorrentes da amplitude, diversidade e complexidade política e operacional para a implementação das políticas sociais. (MÜLLER NETO, 2010, p. 24)

O processo de municipalização fundamental para o amadurecimento do SUS, se deu sem uma articulação de cunho regional. Os sistemas municipais se consolidaram independentes de cooperações regionais. A oferta e o nível de organização e de desenvolvimento da saúde acompanharam o desenvolvimento social, econômico e demográfico do país, privilegiando, principalmente pela via da concentração de recursos, as localidades com maior acúmulo de recursos econômicos, políticos e sociais (LAVRAS, 2011).

2.2 Regionalização em saúde

Apesar de não possuírem movimentos opostos, o cerne da descentralização da política de saúde consiste na transferência de responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os estados e, sobretudo para municípios. A regionalização, entretanto, é particularmente importante, pois tem como escopo a conformação de regiões de saúde, revelando um processo político de maior amplitude, o qual envolve distribuição de poder e as relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas (LIMA; VIANA, 2011).

O processo de regionalização possui maior nível de complexidade devido, também, à institucionalização de uma rede homogênea de serviços e intervenções diante de uma ampla heterogeneidade territorial e em virtude do reconhecimento da responsabilidade pública com necessidade de participação e envolvimento da sociedade civil e dos diversos agentes que integram o sistema de saúde no território (BIFULCO, 2012).

Para Viana e Lima (2011), existem numerosos conflitos entre regionalização e as diretrizes da descentralização, tal como esta se realizou no Brasil. Para os autores isso se deve ao fato da regionalização possuir natureza complementar e se configurar a partir de elementos de diferenciação e diversidade territorial, ao passo que a descentralização, constitui-se de maneira finalística, não complementar pela redistribuição de responsabilidades e recursos para unidades político-territoriais específicos.

O foco da descentralização, na atenção à saúde, voltou-se à contrapartida entre a União e os municípios, com evidente polarização entre estas instituições. Apenas em 2001 a regionalização foi impulsionada com o retorno à agenda governamental por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/01 capaz de fortalecer o processo de construção de instrumentos favoráveis à criação de regiões de saúde e de pactos intergovernamentais (VIANA; LIMA, 2011).

A regionalização, na perspectiva das NOAS, por meio de uma lógica de planejamento integrado vem reforçar as pactuações mediante elaboração do Plano Diretor da Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimentos (PDI), e da Programação Pactuada e Integrada (PPI), além de evidenciar e a organização dos

fluxos da assistência e viabilizar a implantação dos módulos assistenciais. As NOAS tinham em vista o estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para atender às crescentes demandas dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade (MARTINELLI, 2014).

Esse processo, na realidade, é complexo e apesar das expectativas de avanço com a descentralização a NOAS 01/01 e NOAS 01/02 não consideraram as especificidades das regiões, nem tampouco, as particularidades dos estados, tornando difícil a concretização do processo de regionalização da saúde (GIL; LICHT; YAMAUCHI, 2006). E por não relacionar os aspectos locorregionais do território, a regionalização normativa não obteve êxito, tornando-se insustentável (VIANA *et al.*, 2008).

O Pacto pela Saúde, instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006, foi inovador no sentido de estabelecer a regionalização como um de seus eixos estruturantes e indicando as Regiões de Saúde. Assim sendo, amplia a visão, para além da assistência, com a organização de sistemas regionais de saúde (BRASIL, 2006). A constituição de Redes de Atenção à Saúde (RASs), prevista no Pacto, é tida por meio de acordos entre os gestores envolvidos para estabelecimento das responsabilidades compartilhadas ou não (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

De acordo com o Pacto a região de saúde deve ser organizada a partir das redes de ações e serviços de saúde dos municípios que a compõe, com a finalidade de “assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado” para que, dessa maneira venham “favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social” (BRASIL, 2006).

Para aprimorar o processo de regionalização é instituído o Colegiado de Gestão Regional (CGR), um dos mecanismos de Gestão Regional, que tem por fim a qualificação do processo de regionalização. O CGR configura-se como um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa, formado entre os gestores da região e da representação do gestor estadual (BRASIL, 2006).

Na perspectiva de atualizar normas anteriores o Decreto 7.508/11 reorienta os instrumentos formais de planejamento regional, institui o Mapa da Saúde, que se

propôs a identificar as necessidades, serviços e ações de saúde. O Decreto estabeleceu, ainda, o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) que objetivou a organização e integração das ações e dos serviços de saúde, a cargo dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários mediante gestão participativa (BRASIL, 2011).

A regionalização traz como nova ordem a composição da RASs por Regiões de Saúde, conforme Decreto nº 7508 de 2011, onde define-se:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011, p. 03)

Uma rede regionalizada de atenção corresponde a um conjunto de unidades de diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento, que funcionam de maneira ordenada e articulada no território, de forma que responda às necessidades de uma população (LIMA, *et. al.*, 2012).

Ainda no tocante ao Decreto, este visa aprofundar o caráter cooperativo das relações intergovernamentais estabelecido pelo Pacto pela Saúde, institucionalizando no âmbito da gestão do SUS um conjunto de mecanismos organizacionais, gerenciais e assistenciais a fim de consolidar a regionalização da atenção à saúde, tais como: as regiões de saúde, o mapa de saúde, as portas de entrada, as redes de atenção, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e o COAP (BRASIL, 2011).

A instância colegiada no âmbito regional, com o Decreto, recebe nova denominação, passando de CGR para Comissão Intergestores Regional (CIR). As CIR estão vinculadas às respectivas secretarias estaduais de saúde para efeitos operacionais e administrativos, devendo observar as diretrizes definidas na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2011).

Desse modo, as CIR aparecem como cenário especial de articulação entre os municípios objetivando a deliberação sobre organização funcional dos serviços de saúde, norteadas pela equidade e integralidade do cuidado. Esses espaços são

passíveis de consenso, mediante negociação e pactuação, norteadas pelo sentimento dos agentes públicos de responderem às demandas sociais por ações e serviços de saúde em tempo hábil e local oportuno (VIANA; LIMA, 2011).

Como exemplo de espaços de governança, no âmbito da saúde, pode-se citar as Comissões Intergestores Regionais e os Conselhos Municipais de Saúde, ambientes onde há participação de atores sociais representantes de diversos grupos sociais (BRASIL, 2015).

Segundo Santos (2012), as funções atribuídas às instâncias não se confundem. Para ele os conselhos de saúde consistem na democracia participativa no SUS, instância de discussão entre Estado e Sociedade para definir a política de saúde e fiscalizar sua execução, enquanto os colegiados gestores, como exemplo da CIR, numa reunião dos entes federativos para discutir a gestão do SUS.

Cabe destacar, ainda, que a regionalização deve ser realizada com a gestão compartilhada entre os atores, baseada no planejamento de modo ascendente e participativo, todavia não é realidade da gestão, devido à ausência de instrumentos de planejamento e que possibilitem a relação com o controle social (CARNEIRO; FOSTER; FERREIRA, 2014).

Em suma, o processo de regionalização deve ser compreendido como um espaço de troca de solidariedade entre municípios, com o compartilhamento de experiências, influenciador na construção de um projeto de saúde, que responda as necessidades da população, a Controle Social, assim sendo, deveria estar presente na construção regional pois ele é responsável por apontar as diretrizes para a construção do plano de saúde numa população adstrita de um determinado território (QUEVEDO, HECK E JARDIM, 2012).

2.3 O Controle Social no SUS

Com origem na sociologia, a expressão Controle Social é empregada usualmente, podendo ter significado ambíguo. O controle social pode ser empregado tanto para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade, ou de setores organizados da sociedade civil sobre a gestão de políticas públicas na intenção de controlá-las para que estas atendam, cada vez

mais, às necessidades e demandas sociais e aos interesses da coletividade (BRAVO; CORREIA, 2012).

O conceito, na segunda concepção, ganhou importância no Brasil a partir das lutas contra a ditadura militar (1964-1985) e dos embates pela hegemonia na condução do processo de redemocratização. O processo de redemocratização no Brasil possibilitou o surgimento de novos atores sociais e políticos, o que proporcionou uma redefinição das relações de poder com um campo democrático e popular, com a promulgação da Constituição Federal, foi instituída a participação social na gestão das políticas sociais e configurado um novo cenário para o exercício da cidadania no país (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

território nacional, os conselhos e conferências de saúde possuem a proposta de incorporar uma dinâmica de democratização da esfera pública. Desse modo, a sociedade e o Estado, então, passam a estabelecer uma corresponsabilidade, favorecendo a prevalência do interesse público ao intervirem nas políticas e nas decisões de gestão (COSTA; VIEIRA, 2012).

A composição dos conselhos de saúde é dada por usuários, trabalhadores e gestores de saúde (os quais ocupam 50% das vagas, sendo 25% para cada segmento) e por usuários do sistema ocupando os outros 50% (BRASIL, 2012). Os conselhos de saúde correspondem a espaços institucionais, organizados em forma de colegiados, voltados para desenvolver estratégias, controlar a execução da política de saúde, e questões pertinentes aos aspectos econômicos e financeiros (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

Apontado como um meio de intervenção da população no processo de gestão das políticas públicas, os conselhos e as conferências de saúde, junto aos órgãos gestores, são capazes de deliberar sobre as políticas públicas em cada esfera do governo, podem se constituir em espaços democráticos de construção de uma nova ordem capaz de restaurar o sentido autêntico de liberdade, democracia e igualdade social (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009).

As conferências de saúde são realizadas a cada quatro anos, ou num período menor, caso haja necessidade, e têm por fim realizar avaliações sobre a situação de saúde da população e definir diretrizes que irão guiar a criação das políticas e

programas de saúde para a respectiva esfera de governo. A convocação das conferências é feita, a priori, pelo Poder Executivo ou, em caráter extraordinário, pelo conselho de saúde da respectiva esfera de governo, possuem caráter ascendente, ou seja, as conferências municipais precedem as estaduais e, essa, a nacional, e em sua conformação incorpora os diversos segmentos sociais do setor saúde (BRASIL, 2015).

Para Müller Neto e Artmann (2014), as conferências de saúde são espaços públicos, da esfera pública, em que representantes da sociedade civil e do Estado encontram-se em situação de deliberação e, portanto, de estabelecer ações comunicativas e resgatar as pretensões de validade de seus discursos.

A deliberação consiste no diálogo entre diferentes sujeitos em busca de consenso ou do acordo possível, possuindo como meio de legitimidade o direito de todos os interessados poderem participar. A esfera pública, espaço onde ocorre a deliberação democrática, permite a própria existência da sociedade civil e não se constitui apenas de ações comunicativas voltadas à compreensão (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2014).

Para Moroni (2005), a concepção do processo de participação via conselhos e conferências, relaciona-se com a democratização e “publicização” do Estado. Referem-se às possibilidades criadas para enfrentar a ausência de mecanismos eficazes de controle dos atos do Estado por parte da população. Para o autor, os formatos de participação os quais decorrem dos procedimentos tradicionais, como direito de participação política, votando e sendo votado, entre outros, são insuficientes para a cidadania de hoje.

No contexto de redemocratização da década ne 90, o controle social é impulsionado, por meio da NOB 93, que aponta a necessidade do funcionamento regular dos conselhos de saúde, como mecanismo privilegiado de participação e controle social. Um dos requisitos para que houvesse o repasse das verbas federais tanto para o nível municipal quanto para o nível estadual era a exigência da criação e funcionamento de conselhos de saúde organizados de acordo com as determinações legais, fazendo com que os municípios e os estados fomentassem a criação dos respectivos conselhos (COSTA; VIEIRA, 2012).

O Pacto pela Saúde vem reiterar a importância da participação e do controle social nos processos de negociação e pactuação do SUS. Afora analisar e aprovar o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), documento que formaliza as responsabilidades assumidas pelos gestores referentes à sua esfera, os Conselhos de Saúde possuem papel relevante na aprovação ou revisão do respectivo Plano de Saúde. Anualmente, os Conselhos de Saúde devem, juntamente com os gestores, fazer uma avaliação da execução dos Planos de Saúde, a partir do que foi acordado no Termo de Compromisso (BRASIL, 2006).

Para fortalecer a participação e o controle social, o pacto estabelece algumas ações de responsabilidade dos gestores:

- 1) Apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;
- 2) Apoiar o processo de formação dos conselheiros;
- 3) Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;
- 4) Apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;
- 5) Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;
- 6) Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto; (BRASIL, 2006, p. 19)

No tocante à regionalização da saúde, a Portaria 4279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca o papel do controle social enquanto estruturas de capazes de desenvolver mecanismos e instrumentos inovadores de articulação, tais como fóruns regionais, pesquisas de satisfação do usuário, entre outros. Ademais indicam-se as atribuições e proposições que o controle social deve desempenhar, inserindo-o como protagonista de produção de mecanismos e instrumentos inovadores de articulação (MENDES, 2011).

Também com o propósito de fortalecer a participação dos usuários na avaliação das ações e serviços de saúde e no acompanhamento da gestão, o Decreto 7.508/11 institui os conselhos de saúde como planejadores de um processo ascendente e integrado de saúde (BRASIL, 2011). Porém, esta normativa não

institucionaliza espaços de controle social no âmbito regional, além de não ser preciso quanto ao mecanismo de democratização no processo de regionalização.

De certo, as normativas ministeriais estabelecidas desde a constituição do SUS até os tempos atuais representam avanços no sentido de concretizar a saúde como direito fundamental do cidadão. Todavia, o cotidiano que corresponde à construção de políticas públicas e à realidade dos espaços institucionalizados de participação direta com a sociedade civil brasileira, tem nos demonstrado que, apesar da legislação em vigor abrir a possibilidade do controle social no sistema, as avaliações da atuação de diferentes conselhos e conferências de saúde apontam fragilidades (CÔRTEZ, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral:

Analisar a participação do controle social no processo de regionalização da saúde nos municípios sedes de macrorregiões em Pernambuco.

3.2 Específicos:

- Analisar a concepção dos conselheiros de municípios sede de macrorregião de saúde em Pernambuco sobre o processo de regionalização;
- Identificar espaços e pautas de discussões sobre a regionalização sob a ótica do controle social nos municípios sede de macrorregião de saúde em Pernambuco;
- Apresentar estratégias para o fortalecimento da participação do controle social no processo de regionalização da saúde nos municípios sede de macrorregião de saúde em Pernambuco;

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, por meio de estudo de caso da participação do controle social no processo de regionalização da saúde no estado de Pernambuco. O estudo de caso é avaliado como estratégia mais adequada para a investigação de fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real, permitindo a de fenômenos sociais complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores, tais como o significado e a intencionalidade que os atores sociais atribuem à realidade estudada (YIN, 2010).

A pesquisa qualitativa possui relevância particular para estudos das relações devido diversidade das esferas da vida, pois considera a compreensão interpretativa da ação social, imprescindível para entender as relações, as percepções, os julgamentos dos diferentes atores sobre sua ingerência e possibilita a interpretação das suas vivências (FLICK, 2009). Esses atributos motivaram a escolha desse tipo de abordagem para a realização deste trabalho.

4.2 Cenário da pesquisa

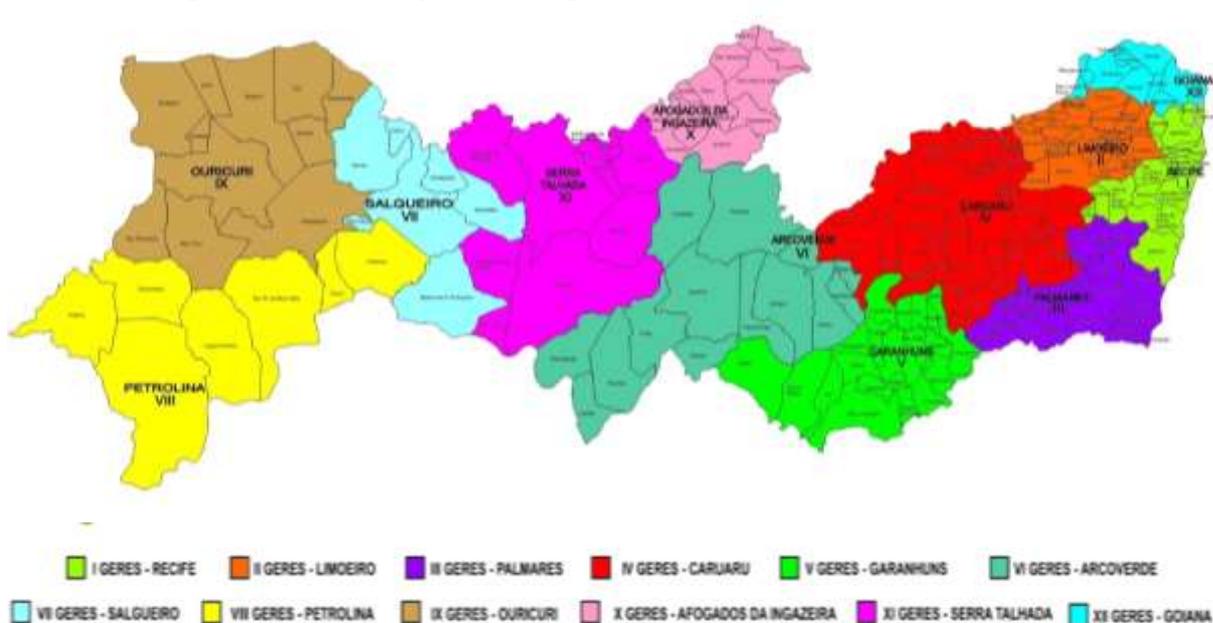
O estado de Pernambuco localiza-se na Região Nordeste do Brasil e tem como estados limítrofes a Paraíba e o Ceará ao Norte, Alagoas e Bahia ao Sul, o Piauí ao Oeste e o Oceano Atlântico no Leste. Sua população é de 9.473.266 habitantes (IBGE, 2017), distribuído em seus 98.146,32 quilômetros quadrados, possui 184 municípios e mais o Distrito de Fernando de Noronha (PERNAMBUCO, 2016).

A organização político-administrativa da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco é estabelecida com base em doze Regiões de Saúde e quatro macrorregiões de saúde. Cada Região de Saúde possui uma Gerência Regional de Saúde (GERES) que consiste na unidade técnica e administrativa que tem como função, planejar, executar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde próprios de cada Região, além de cumprir as diretrizes preestabelecidas no Plano Estadual de Saúde (PERNAMBUCO, 2011).

Cenário de investigação deste estudo, as macrorregiões, constituem-se arranjos territoriais que reúnem mais de uma Região de Saúde, com o propósito de organizar ações e serviços de média e alta complexidade, ou seja, garantir a assistência à saúde em todos os níveis de atenção, portanto, as macrorregiões requerem maior nível de agregação (BRASIL, 2006).

As quatro Macrorregiões do Estado de Pernambuco têm como sede os municípios de Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina. A distribuição das regiões, bem como das macrorregiões do está representada nas Figuras 1 e 2 e na Tabela 1.

Figura 1. Distribuição das regiões de Saúde. Pernambuco, 2011



Fonte: Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde, 2011

Figura 2. Distribuição das macrorregiões de Saúde, Pernambuco 2011

Fonte: Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde, 2011.

O estado possui 81,52% de municípios de pequeno porte (até 50.000 habitantes), 12,5% municípios de médio porte (50.001 a 100.000) habitantes e 5,98% municípios de grande porte (100.001 a 900.000 habitantes). A maior parcela dos municípios de pequeno porte está localizada na III e V Regiões, os de médio porte, na II e IV e os de grande porte na área metropolitana da I Região de Saúde (Pernambuco, 2016).

Tabela 1. Caracterização das macrorregiões de Pernambuco.

Macrorregião de Saúde	Regiões de Saúde	Município Sede	Total de municípios
Metropolitana	I, II, III, XII	Recife	72
Agreste	IV, V	Caruaru	53
Vale do São Francisco e Araripe	VII, VIII, IX	Petrolina	25
Sertão central	VI, X, XI	Serra Talhada	35

Fonte: Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde (2011). Elaborada pela autora.

Nota-se, na Tabela 1, uma ampla variação no quantitativo de municípios em cada macrorregião de saúde, sendo a Macrorregião de saúde Metropolitana, com sede em Recife a que abrange maior quantitativo de municípios, já a Macrorregião do Vale do São Francisco e Araripe, sediada em Petrolina possui menor quantitativo.

Cabe destacar aqui, que os municípios sede, portanto de maior responsabilidade perante as macrorregiões de saúde possuem distintos aspectos, territoriais, populacionais sociais, econômicos, e de configuração de serviços de saúde. Dessa maneira, a Tabela 2 apresenta alguns indicadores com a finalidade de identificar algumas dessas diferenças.

Tabela 2. Caracterização dos municípios sedes de macrorregião, Pernambuco.

Síntese das Informações	Período	Recife	Caruaru	Serra Talhada	Petrolina
Área da unidade territorial	2016	218,435 km ²	920,61 km ²	2.980,01 km ²	4.561,87 km ²
PIB per capita	2014	RS 31.513,07	RS 18.226,43	RS 14.899,75	RS 16.043,56
População residente	2016	1.537.704	314.912	79.232	293.962
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH)	2010	0,772	0,677	0,661	0,697
Índice de Gini	2004	0,49	0,44	0,45	0,46
Estabelecimentos de Saúde	2016	2.272	498	144	382
Total de leitos disponíveis ao SUS	2016	6.433	706	457	349

Fonte: IBGE (2016); CNES (2017). Elaborada pela autora.

Na Tabela 2, é possível observar diferenças relevantes entre os municípios que constituem sede de Macrorregião. Recife, por ser a capital do estado, comporta um quantitativo maior de residentes e, conseqüentemente, possui maior quantitativo de estabelecimentos de saúde e leitos disponíveis ao SUS, é o município que apresenta maior nível de desenvolvimento econômico e social, e que possui maior PIB per capita e IDH, comparativamente.

No tocante à quantidade de estabelecimentos de saúde, Serra Talhada se destacou negativamente pelo valor apresentado.

O Índice de Gini, demonstra o grau de concentração de renda, quanto maior mais desigual a distribuição de renda da região. Para este indicador não se observou amplas variações entre os municípios estudados.

Petrolina destaca-se em relação aos demais municípios pelo fato dele compor a Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco com os municípios integrantes da Região Integrada de Desenvolvimento Econômico (RIDE). Apesar dessa diferenciação em termos de serviços de saúde, o município possui o menor quantitativo de leitos disponíveis ao SUS.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos escolhidos para realização desta pesquisa foram os conselhos de saúde dos quatro municípios de macrorregião de saúde em Pernambuco (Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina) com representantes dos três segmentos (Usuário, Trabalhador e Gestor), o que totalizou 12 entrevistados.

Optou-se por trabalhar com conselheiros municipais de saúde devido a relevância desses atores para democratização da saúde. Apesar do estudo em tela optar pela análise do controle social nos quatro municípios com maiores responsabilidades perante a regionalização no estado de Pernambuco.

Em consonância com a perspectiva qualitativa, o estudo considera o aprofundamento a respeito do tema e a diversificação da participação dos interlocutores no cenário de pesquisa (MINAYO, 2010), desse modo, não ocorreu uma definição de amostragem estatística, pois a escolha dos atores foi definida pela vivência e especificidades de cada ator. De acordo com Deslauriers e Kérisit (2012), enquanto a dimensão de amostra probabilística nos permite conhecer aspectos gerais da realidade social, o caráter único da amostra não probabilística nos dá acesso a um conhecimento detalhado e circunstancial da vida social, sendo, portanto, uma escolha legítima para o tipo de estudo em questão.

No esforço de compreender as diferenças entre os informantes, algumas características foram evidenciadas na Tabela 3, a exemplo do alto grau de escolaridade apresentado pela maior parte dos conselheiros, uma discreta predominância de representantes do sexo feminino, além do fato metade dos

entrevistados possuírem até 40 anos de idade. Destaca-se também que a maior parte dos conselheiros exerce essa função há no máximo cinco anos.

Tabela 3. Perfil dos conselheiros entrevistados

Características	N	%
Segmento		
Gestor/Prestador	4	33,3
Trabalhador	4	33,3
Usuário	4	33,3
Sexo		
Feminino	7	58,3
Masculino	5	41,7
Faixa etária		
28-40	6	50,0
41-50	4	33,3
51-60	2	16,7
Escolaridade		
Ensino Fundamental	0	0,0
Ensino Médio	2	16,7
Ensino Superior	10	83,3
Tempo de atuação como conselheiro (a)		
1 A 5	9	83,3
6 A 10	1	8,3
>10	1	8,3
Realizou curso de Formação		
Sim	7	58,3
Não	5	41,7

Fonte: Ficha de identificação dos entrevistados. Elaborado pela autora.

4.4 Instrumentos e técnicas de registro e coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados dados primários, obtidos por entrevista, além de análise documental. Segundo YIN (2010), a entrevista é umas das fontes mais importantes de informação para o estudo de caso, estas serão estabelecidas por questões abertas. Para tal foi utilizado um roteiro semiestruturado que conteve questões relevantes para o entendimento da participação do controle social no processo de regionalização da saúde.

O roteiro de entrevista foi elaborado com base na Matriz de Avaliação da Regionalização da Saúde (MARS). O instrumento supracitado foi elaborado a partir da Matriz de Reis (2010) produzida anteriormente a publicação do Decreto nº 7.508, atual diploma normativo utilizado no processo da regionalização. Desse modo foram realizadas alterações a fim de atualizar o instrumento e o contextualizar no cenário atual.

A MARS corresponde à sistematização do modelo teórico-lógico da regionalização da assistência à saúde, desenvolvido a partir dos documentos normativos do SUS. Após discussões e reuniões entre os pesquisadores do Grupo de Pesquisa Economia Políticas da Saúde UFPE/CNPQ, a respeito da literatura e do atual diploma normativo no âmbito da regionalização, foram acrescentadas as contribuições do Decreto nº 7.508 à Matriz de Reis (2010). Como o resultado o referido ajuste gerou uma nova matriz, referenciada nesse estudo com 3 níveis, 5 dimensões, 14 subdimensões e 43 critérios de análise.

Da MARS foram utilizadas questões relativas ao nível “Governo”, Dimensão “Projeto estadual” e Subdimensão “Gestão compartilhada e Cogestão”, e referentes ao nível “Gestão” foram abordados os critérios da dimensão “Controle Social”. O roteiro utilizado (APÊNDICE A) passou por pequenas adaptações a fim contemplar os objetivos deste estudo e os atores nele envolvido.

As entrevistas foram agendadas entre a pesquisadora e os secretários ou algum representante do conselho de saúde dos municípios estudado. A realização das entrevistas aconteceu de forma presencial em dias de reuniões dos conselhos e os entrevistados escolhidos mediante disponibilidade, não havendo critério específico de elegibilidade. Todas as entrevistas foram gravadas, após a devida

autorização do entrevistado. A abrangência das entrevistas correspondeu aos anos de 2015 a 2017.

Também se utilizou, no presente estudo, análise documental, método realizado com base em documentos de órgãos públicos ou privados de qualquer natureza, ou com pessoas, como: registros, atas, regulamentos, ofícios, memorandos, entre outros (TOBAR; YALOUR, 2001). Estão entre as vantagens do método o baixo custo, a estabilidade das informações e o fato de ser uma técnica que não interfere no ambiente ou os sujeitos a serem estudado. Segundo YIN (2010), para os estudos de caso, o uso mais importante da análise dos documentos é para corroborar e aumentar a evidência de outras fontes.

Foram utilizadas como fontes de informações as atas, resoluções e listas de frequência da CIR, na abrangência de julho de 2015 a julho de 2016, das regiões de saúde sedes de macrorregiões de saúde. Também foram analisados os relatórios das conferências municipais de saúde destes municípios, referentes ao ano de 2015. O quantitativo de documentos analisado está descrito conforme Tabela 4.

Tabela 4. Documentos analisados

Documentação	Município - Região				Total
	Recife – I	Caruaru - V	Petrolina - VIII	Serra Talhada - XI	
Atas	9	11	12	13	45
Listas de frequência	9	11	12	13	45
Resoluções	23	21	12	6	62
Relatórios das Conferências Municipais de Saúde	1	1	1	1	4
Total	42	44	37	33	156

Fonte: Elaborado pela própria autora

As reuniões das CIR acontecem mensalmente, a variação, conforme região de saúde foi motivada pela ausência de *quórum* e pela realização de reuniões

extraordinárias. No mês de janeiro (2016) não houve reunião da CIR em nenhuma das quatro regiões analisadas.

4.5 Análises dos dados

Para trabalhar os dados transcritos, utilizou-se a análise de conteúdo, que consiste um conjunto de técnicas de análises de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011). O intuito da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção das mensagens. Esta técnica de pesquisa possibilita que as inferências sobre dados de um determinado contexto, tornem-se replicáveis e válidas, por meio de procedimentos especializados e científicos (YIN, 2010).

As transcrições e falas das pessoas sobre o objeto do estudo e sua participação foram analisadas seguindo as três etapas propostas por Bardin (2011), ou seja: a pré-análise, a análise propriamente dita e os resultados.

Na pré-análise, foram selecionadas as informações que realmente importavam ao estudo. Trata-se da fase de sistematização e elaboração de um procedimento preciso para o desenvolvimento do trabalho, para isso, foi realizada leitura exaustiva na busca de obter aspectos relativos à escolha do material, à formulação de objetivos e, conseqüentemente, à formulação de indicadores com vistas à interpretação dos resultados (BARDIN, 2011).

Para organização dos resultados, optou-se pela análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010). Após leitura exaustiva do material selecionado, foram identificadas três dimensões nas falas dos informantes com aspectos relevantes ao objetivo da pesquisa. Releituras foram realizadas até que não surgissem novos fatos e que a compreensão dos dados fosse suficiente para a elaboração das subdimensões. Por fim, uma matriz de análise foi elaborada (Quadro1) com a finalidade de sistematizar as unidades de análise de acordo com a fonte utilizada.

Na etapa de elaboração dos resultados, os dados coletados foram descritos e interpretados de acordo com as normas e literatura existentes. Segundo Bardin

(2011), os resultados e a discussão consistiram em estabelecer uma correspondência entre o nível empírico e o teórico.

Quadro 1 Matriz de análise

Dimensão	Subdimensão	Fonte
Compreensão dos conselheiros	Conceito de regionalização da saúde	Entrevistas
	Papel do conselho municipal no processo de regionalização da saúde	Entrevistas
	Instrumentos de planejamento regional	Entrevistas
O controle social e sua interface com a regionalização da saúde	Pautas relacionadas à regionalização discutidas pelos conselheiros municipais de saúde	Entrevistas
	Regionalização na conferência municipal de saúde	Relatórios das conferências municipais de saúde
	Controle social na CIR	Entrevistas, Atas, Listas de Frequência e Resoluções da CIR
	Conselhos gestores de unidades hospitalares regionalizadas	Entrevistas
Empoderamento do controle social nas regiões de saúde	Estratégias para atuação do controle social nas regiões de saúde.	Entrevistas

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação a análise documental foram feitas leituras nos documentos obtidos. Da documentação referente a CIR (Atas, Lista de Frequência e Resoluções) buscou-se identificar os seguintes descritores: controle social, participação, conferência, conselho, conselheiro. Já nos relatórios as buscas deram-se por meio das seguintes palavras: regional, regionalização, regiões de saúde, GERES.

Para auxiliar a análises foi utilizado o software Microsoft Office Excel 2016, onde as falas dos entrevistados foram organizadas através de suas dimensões e

atores envolvidos e as informações obtidas por meio de documentos esquematizadas de acordo com os descritores encontrados.

5 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com os preceitos éticos, o projeto “Regionalização da saúde em Pernambuco: contexto e implantação” do qual este estudo faz parte, foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número de CAAE: 30694814.1.0000.5208 (APÊNDICE B).

As entrevistas foram autorizadas pela Secretaria Geral de Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco por meio da assinatura da Carta de Anuência, obedecendo às normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/12. Após elucidação, em que foram apresentados os riscos inerentes à participação na pesquisa, inclusive ressaltando-se a possibilidade de cancelar sua participação a qualquer momento, os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que autorizou sua participação na pesquisa. O Termo informa de maneira sintética o tema, a justificativa, os objetivos, os responsáveis e seus contatos, o período do trabalho e a técnica de coleta de dados para a pesquisa. O TCLE constou de duas vias, uma arquivada com a pesquisadora e outra que ficou em posse do entrevistado.

Posto isso, cada uma das entrevistas transcritas receberam um código, para garantir a confidencialidade e a procedência dos dados ao longo do estudo e ao mesmo tempo permitir identificação ao autor (NAVARRETE; SILVA, 2009).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco e desenvolvido a partir da abordagem qualitativa, por meio de estudo de caso da participação do controle social no processo de regionalização da saúde nos municípios sede de macrorregião. O estudo de caso é avaliado como estratégia mais adequada para a investigação de fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real, permitindo o entendimento de fenômenos sociais complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores, tais como o significado e a intencionalidade que os atores sociais atribuem à realidade estudada (YIN, 2010).

Quanto à organização político-administrativa, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco é estabelecida com base em doze regiões de saúde e quatro macrorregiões de saúde (PERNAMBUCO, 2011). As macrorregiões, cenário de investigação deste estudo, constituem-se arranjos territoriais que reúnem mais de uma região de saúde, com o propósito de organizar ações e serviços de média e alta complexidade, ou seja, garantir a assistência à saúde em todos os níveis de atenção, o que requer maior nível de agregação (BRASIL, 2006). As quatro Macrorregiões do Estado de Pernambuco estão sediadas nos municípios de: Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina.

Nessa perspectiva, os sujeitos da pesquisa foram os representantes dos três segmentos, usuário, trabalhador e gestor, conselheiros de saúde dos municípios totalizando 12 entrevistados.

A pesquisa foi desenvolvida conforme as normas preconizadas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS número 466/12, o projeto “Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo” do qual este artigo faz parte, foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número de CAAE: 30694814.1.0000.5208 e é produto da dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco.

Com o objetivo de preservar o anonimato dos conselheiros, referências indicativas foram utilizadas, após cada trecho da entrevista e os sujeitos

entrevistados foram tratados pela letra C (Conselheiro ou Conselheira) e numerados sequencialmente em algarismos arábicos, de acordo com ordem de aparição. Os nomes dos municípios e das unidades de saúde também foram codificados através de letras com o objetivo de preservar a identidade dos participantes.

Também foram utilizadas como fontes de informações atas, resoluções e listas de frequência da CIR, na abrangência de julho de 2015 a julho de 2016, além dos relatórios das conferências municipais de saúde de 2015, dos quatro municípios supracitados, objetivando identificar discussões e propostas no âmbito regional.

Para organização dos resultados, optou-se pela análise temática (BARDIN, 2011). A partir das perguntas do roteiro foram levantadas três dimensões. Após leitura exaustiva do material selecionado, foram identificados, nas falas dos informantes, aspectos relevantes ao objetivo da pesquisa. Releituras foram realizadas até que não surgissem novos fatos e que a compreensão dos dados fosse suficiente para a elaboração das subdimensões. Por fim, uma matriz de análise (Quadro 1) foi elaborada com a finalidade de sistematizar as unidades de análise de acordo com a fonte utilizada.

Quadro 2. Matriz de análise

Dimensão	Subdimensão	Fonte
Compreensão dos conselheiros	Conceito de regionalização da saúde	Entrevistas
	Papel do conselho municipal no processo de regionalização da saúde	Entrevistas
	Instrumentos de planejamento regional	Entrevistas
O controle social e sua interface com a regionalização da saúde	Pautas relacionadas à regionalização discutidas pelos conselheiros municipais de saúde	Entrevistas
	Regionalização na conferência municipal de saúde	Relatórios das conferências municipais de saúde
	Controle social na CIR	Entrevistas, Atas, Listas de Frequência e

		Resoluções da CIR
	Conselhos gestores de unidades hospitalares regionalizadas	Entrevistas
Empoderamento do controle social nas regiões de saúde	Estratégias para atuação do controle social nas regiões de saúde.	Entrevistas

Fonte: Elaborada pela autora.

Compreensão dos conselheiros

Observar a compreensão dos conselheiros sobre regionalização é relevante para identificar a proximidade destes atores sociais com a temática, aspecto importante que influencia a capacidade de atuação sobre o processo de regionalização, além de indicar um movimento inicial, o qual possibilita a participação nas discussões que envolvam a temática.

Conceito de regionalização da saúde

O processo de regionalização baseia-se no sentido de regiões de saúde como recortes territoriais em um espaço geográfico contínuo, apontadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas do território. Essas regiões de saúde devem organizar as RASs objetivando garantir o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado (SILVA, 2011).

Em relação à concepção sobre o conceito de regionalização apresentada pelos conselheiros de saúde, houve convergência nas falas dos entrevistados em relação aos aspectos positivos à organização do sistema de saúde e, conseqüentemente, ao acesso dos usuários:

Regionalizar é a maneira que a gente tem hoje de democratizar e universalizar de maneira mais eficiente o acesso aos serviços de saúde, então se eu regionalizo eu tendo a ser mais eficiente, eu tendo a ser mais resolutivo, vou ter a tendência também de ser mais acessível. Se eu tenho regionalização eu consigo sustentar, se eu não tenho, eu gero competição, eu gero uma série de outras dificuldades que vão fazer com que o serviço de saúde sofra ainda mais[...] a regionalização tá muito vinculada a uma questão de sustentabilidade dos serviços de saúde (C1).

Tem que considerar todos os aspectos de determinada região no que concerne a qualificação dos serviços e instrumentos de saúde, porque antes quando uma gestão assumia ela tinha que pensar o seu município, hoje ela tem que pensar o contexto regional (C2).

Os entrevistados C1 e C2 ressaltam aspectos mais abrangentes sobre a regionalização. Para Duarte *et al.* (2016), a regionalização em saúde constitui-se em uma política que visa a garantia do acesso, o aumento da resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde, a redução de desigualdades sociais e territoriais, a busca pela integralidade da atenção, assim como na racionalização dos gastos e otimização dos recursos. A regionalização possui, ainda, mecanismos capazes de potencializar o processo de descentralização, pretendendo assegurar direito à saúde, promover a equidade e a integralidade da atenção.

Embora alguns dos conselheiros municipais de saúde entrevistados possuíssem conhecimento prévio, outros tiveram dificuldade em expressar suas concepções sobre o processo de regionalização. Houve forte relação com o território geográfico, tal como com o arranjo organizacional de saúde a nível municipal, ou mencionaram aspectos que não se relacionam diretamente com a temática, conforme os trechos a seguir:

Regionalização é que, o nosso município é dividido em X distritos sanitários, mas alguns eram muito grandes e tinham muitos usuários, então foi feito um estudo e recentemente os distritos maiores foram divididos no sentido de atender às demandas daqueles usuários (C3).

Digamos que são indivíduos fazendo um trabalho social né? Se regionalizar? (C4).

Apesar de possuírem o cerne na territorialização, os conceitos apresentados por Gondim (2008) classificam as regiões de saúde, unidade da regionalização, como o nível regional composto por agregados de municípios ou estados com serviços de diferente complexidade, se encarregaria de atender a população referida pelos municípios desse polo de atenção.

Em contraponto, o distrito sanitário, território para o planejamento em saúde, equivale à unidade organizacional mínima do sistema de saúde com base territorial geograficamente, estabelecida e com uma rede de serviços de saúde tecnologicamente adequada às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior. Esse território pode agregar-se em diferentes bairros de um município ou vários municípios de uma região (GONDIM, 2008).

O discurso de C4 mostra desconhecimento no que se refere ao conceito relativo à regionalização da saúde, visto que o apresentado, na ocasião, não tem relação alguma com a temática investigada.

Outro fator que demonstrou o conhecimento incipiente dos conselheiros foi a ausência de menção às RASs, que representam arranjos organizativos de ações e serviços de saúde com distintos graus de tecnologia que, buscam garantir a integralidade do cuidado por meio sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (MENDES, 2011).

Viana e Lima (2011) consideram que regionalização é o processo político que se configura pela necessidade de formar redes de atenção nos diversos espaços geográficos da federação. Desse modo, o conceito de RASs é intrínseco ao processo de regionalização, sendo seu entendimento fundamental aos atores envolvidos no processo.

Papel do conselheiro no processo de regionalização da saúde

A percepção do conselheiro municipal de saúde quanto ao seu papel como ator social no processo de regionalização revela o sentimento de pertencimento e tem como propósito identificar as responsabilidades por eles assumidas. Os conselheiros demonstraram como principal preocupação, atender às demandas dos usuários.

As atribuições relacionadas à fiscalização, proposição e deliberação apareceram frequentemente nas entrevistas realizadas, porém, não são apresentados os mecanismos capazes de esclarecer como os papéis dos conselheiros são desempenhados nas regiões. Para C5, além dos aspectos citados, é reconhecida também a importância dos conselhos municipais como espaço político, onde há possibilidade de atendimento aos pleitos coletivos, além de ser, na sua visão, um espaço de formação.

Tem que ver se é isso realmente o que a sociedade pede, se é realmente essa a necessidade, porque é esse papel, a gente [...] tem que ter argumento pra dizer se isso é legal ou se não é, avaliar esse projeto [...] então a gente tem esse papel dentro do conselho de tá fiscalizando, orientando, participando do planejamento também [...] a gente vê a importância de levar as nossas propostas do município pra o estado e a gente viu que muitas dessas propostas foram

efetivadas, né? Se tornarem leis, isso pra gente é uma conquista, é um espaço de debate, de conhecimento (C5).

Os conselhos de saúde são os meios pelos quais a população pode realizar, de forma autônoma, intervenções no processo de gestão das políticas públicas, para junto ao órgão gestor formular estratégias, controlar, fiscalizar e deliberar sobre as políticas públicas em cada esfera do governo. Constituem-se espaços democráticos de construção de uma nova ordem, capaz de recuperar o sentido autêntico de liberdade, democracia e igualdade social (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013). Portanto, cabe aos conselheiros, como representantes desse espaço, tornar tais atribuições exequíveis.

Embora muitas funções pertinentes tenham sido levantadas pelos entrevistados, o papel dos conselheiros no âmbito regional, especificamente, não foi explicitado. Alguns entrevistados, ainda, não conseguem se ver como atores importantes no processo da regionalização. A fala de C6 revela a ausência do sentimento de pertencimento, atribuindo a responsabilidade a outros atores sociais.

[...] eu sei que a regionalização ela acontece, mas eu não estou ligada intrinsicamente a ela, vamos dizer, não é uma pauta minha enquanto gestão participativa. Eu acho que a regionalização ela fica muito ligada à assistência e, por isso, que eu digo que o controle social fica longe dessa pauta [...] essa responsabilidade, embora seja uma responsabilidade integrada, mas a gente entende que sempre tem alguém que tem que puxar essas discussões, os conselhos são muito atropelados por suas agendas, mas eu entendo que o conselho estadual, por ter mais vínculo com a regional, ele teria que tá puxando isso para os municípios, alguém precisa se responsabilizar em levar essa discussão (C6).

Para C2 a atuação efetiva dos conselheiros não acontece na prática, os conselhos são considerados somente com o caráter burocrático. Assim sendo, a real participação dos conselhos na construção política e no planejamento da saúde não é problematizada.

Porque hoje você tem que passar no conselho, porque precisa da deliberação do conselho [...] mas assim não é só isso [...] penso que elas devem ser construídas e planejadas junto com o conselho. O conselho, é aquele órgão que visa garantir e qualificar a oferta dos serviços por parte da gestão (C2).

Os conselhos de saúde são espaços de participação direta da sociedade civil, onde se delibera sobre os processos de gestão dos recursos públicos, reflete a apropriação, pela sociedade organizada, dos mecanismos e instrumentos de

planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde. Portanto, a ação dos conselheiros está condicionada à existência de uma democracia participativa e à institucionalização dos canais de participação (GERSCHMAN, 2004).

Instrumentos de planejamento regional

O planejamento regional integrado representa as prioridades e responsabilidades sanitárias definidas entre gestores de saúde de uma determinada região de saúde, tendo em vista a integração da organização do SUS. O Decreto 7.508/11 estabelece que os instrumentos de planejamento regional devem estar integrados ao Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) (BRASIL, 2015).

O entendimento dos instrumentos de planejamento regional integrado é fundamental para que os conselheiros possam avaliar a qualidade e a coerência com os instrumentos de planejamento municipais, além de possibilitar o acompanhamento da participação dos gestores municipais na construção e atualização desses instrumentos. Porém, foi constatado durante as entrevistas, o pouco conhecimento dos conselheiros a respeito deste assunto, além da ausência na discussão e construção desses instrumentos.

[...] até então eu não tenho conhecimento de ter tido esse debate sobre essa entidade. COAP, né? (C7).

Eu queria mais transparência sabe nas coisas que acontece, como você está colocando aí três programas né? (PPI, PDR e PDI) porque quando vem muitas vezes que é tanta da coisa que não dá pra você digerir tudo de uma vez [...] (C5).

As falas dos conselheiros C5 e C7 evidenciam o desconhecimento, além da necessidade de maior transparência na informação.

Bravo e Correia, 2012 (2005) ressaltam a importância da participação da sociedade em todos os momentos do planejamento, desde o diagnóstico da realidade, com o levantamento e priorização dos problemas, definição de objetivos e ações para o enfrentamento dos mesmos, até o acompanhamento da execução do que foi planejado e avaliação do impacto das ações implementadas.

Reis, Cesse e Carvalho (2010), destacaram a ausência de consenso, entre seus informantes, acerca da relevância dos critérios referentes ao acompanhamento

dos instrumentos de planejamento regional, por parte dos conselhos. Os sujeitos, pesquisadores e gestores da saúde, atribuíram tal fato ao sentimento de incapacidade de atuação dos conselheiros ante uma discussão direcionada aos aspectos gerais e técnicos das políticas de saúde.

O entrevistado C8 problematiza as motivações da falta de transparência em relação os instrumentos.

[...] o foco nesses termos não é de conhecimento dos conselheiros, mas eu acho que muitas vezes é utilizado como uma saída, uma fuga pra muitas respostas, acerca da secretaria pra dá uma informação e que é extremamente vago, pra os conselheiros que muitas vezes não tem esse conhecimento. (C8)

Para Martins *et al.* (2013), o aprendizado é muitas vezes empírico e passível de manipulação e o conhecimento, sujeito a distorções, o que distancia da ideologia e dos interesses dos segmentos representados, limitando a possibilidade de intervenção autônoma e possibilita uma real representatividade no conselho. Cotta, Cazal e Rodrigues (2009), concordam com a fala do entrevistado C8, quando, em seu estudo, observa que o despreparo dos conselheiros ao exercerem sua função pode apresentar-se como consequência do interesse do poder público.

Quando questionada sobre participação do conselho municipal nas discussões sobre os instrumentos de planejamento regional, C9 retoma à dificuldade em compreender o papel conselheiro de saúde, ao não identificar sua importância como ator relevante no planejamento regional, devido ao segmento o qual representa no conselho.

Então se alguém participou desse plano, foi do segmento gestor [...] até porque ele que tem que pactuar as coisas, por que ele que sabe o que ele pode e o que ele não pode fazer, nem nós de outros segmentos fomos chamados e muito menos tivemos conhecimento do que foi pactuado (C9).

Apesar do caráter democrático, em teoria atribuído ao conselho, na prática a força política influencia muito. Os trabalhadores e usuários participam pouco, sendo as questões dos gestores predominantes, ou seja, são os representantes dos gestores que conseguem determinar o direcionamento de suas discussões e encaminhamentos com base nos seus interesses (MARTINS *et al.*,2013).

Para Cotta, Cazal e Rodrigues (2009), o contexto da falta de compreensão dos conselheiros sobre o seu papel e o desconhecimento dos instrumentos de

planejamento limitam a atuação eficiente dos conselheiros, o que conduz a comportamentos de submissão e conformismo no lugar de práticas de cidadania, participação e controle social.

O controle social e a interface com a regionalização da saúde: Pautas relacionadas à regionalização discutidas pelos conselheiros municipais de saúde

No tocante à temática da regionalização, foi identificado, que é trazida à pauta de modo indireto nos conselhos municipais de saúde. Tais ocasiões são motivadas principalmente, por interesses locais, como a competição intermunicipal e o receio da diminuição de acesso aos serviços de saúde para os munícipes de uma determinada localidade.

O trecho abaixo da entrevista de C1 consubstancia os momentos em que questões regionais são pautadas nos conselhos:

No conselho eu não vejo o tema ser levantado. Exceto quando a gente tá falando de algum serviço que é muito invadido, que tem muito investimento do município e que quem se beneficia são outros, só nesses momentos (C1).

A entrevista com C6 e C8 exemplifica essa afirmativa:

A gente conversou sobre as questões da maternidade [...] que atende mais usuários de outros municípios do que os de "A" e o conselho fica longe desse entendimento. Por que "A" atende mais mulheres de municípios como "B", como "C" e mulheres de "A" parem fora? [...] (C6).

Apesar de compreenderem a necessidade de compartilhamento de serviços entre os municípios, alguns conselheiros de saúde levantaram críticas relativas à falta de clareza em relação aos critérios de pactuação.

[...] tem mais serviços porque é uma cidade polo e é uma cidade que tem quase todas as especialidades, então vem muita gente de fora pra cá... eu não sei de que forma é tratada essa questão, como é pago, como é repassado esse recurso, porque a gente sabe que alguém está pagando aí, certo? (C8).

Existem disparidades muito significativas entre os entes federados, não possuindo, a maioria dos municípios de pequeno porte populacional, demanda suficiente para acolher todos os níveis de atenção em seus limites geográficos. Regularmente os governos locais administram apenas estabelecimentos de atenção

básica, enquanto a oferta de serviços especializados e de alta complexidade ficam reunidas em poucas cidades (VIANA; LIMA 2011).

Controle Social na CIR

As CIR são instâncias deliberativas estabelecidas no contexto de manutenção do protagonismo municipal e de fortalecimento das relações de interdependência e corresponsabilidade sanitária entre os entes estadual e municipais. São formadas por representantes do estado e todos os secretários municipais de saúde de uma determinada região de saúde, com capacidade de provisão de serviços de saúde em distintos níveis de atenção (SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

Segundo C2, os conselheiros ficam à margem da discussão regional devido a não participação nas CIR. Embora a legislação do SUS ressalte a importância do controle social não há determinação legal da participação de representantes da sociedade civil, nem do controle social nas CIR:

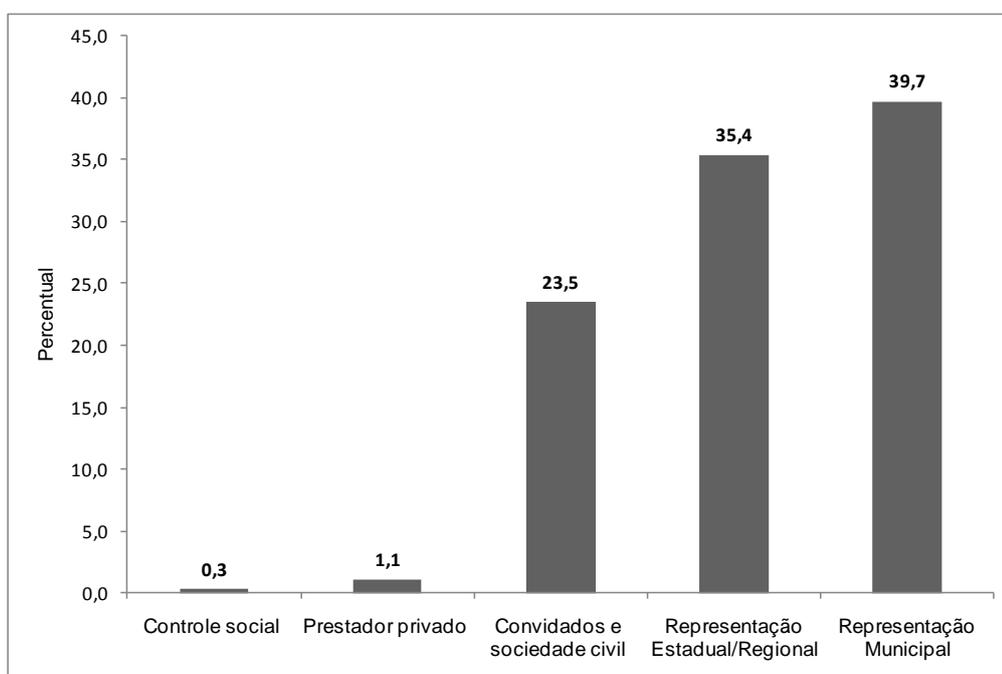
A participação do conselho na gestão em relação a regionalização ainda é deficiente [...] por que qual é a plenária deliberativa de pactuação? É a CIR e o conselho não tem um assento na CIR. [...]. Então você não pode dizer que os conselhos estão participando das discussões se eu chamo pra uma discussão isolada de determinado problema ou alguma situação a ser resolvida num espaço fora da CIR, eu acho que o espaço é a CIR. Pra que eu possa dizer que realmente o conselho está participando das decisões regionais e macrorregionais (C2).

O Decreto 7508/11 institui a CIR como espaço composto pelos gestores das secretarias municipais de saúde, da região e de representantes da Secretaria Estadual de Saúde. Não há menção, quanto a presença da sociedade civil nem do controle social nessa instância, porém, uma vez que os gestores municipais de uma determinada região, através da CIR, participam da contratualização de cotas de exames, de consultas, de procedimentos especializados disponibilizados na região de saúde, cabe aos conselheiros municipais de saúde acompanhar a participação do gestor neste espaço.

O presente estudo observou a relação do controle social nas CIR por meio da análise de atas, resoluções e listas de frequência. No período analisado houve registro da presença de representantes de conselhos municipais em duas reuniões.

A participação do controle social nesse espaço foi analisada comparativamente à outras representações. A distribuição de participantes conforme entidade representativa está descrita no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Participantes das reuniões das CIR, nas quatro regiões de saúde sedes de macrorregião 2015/2016, Pernambuco, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos das listas de frequência das CIR.

Na CIR, os processos decisórios são influenciados por aspectos com os interesses dos participantes presentes. Pôde-se observar, nas listas de frequências analisadas, uma variedade de atores sociais, a exemplo de representantes da esfera pública municipal, estadual, representantes da sociedade civil, do controle social e do setor privado. Este cenário evidencia a baixa inserção de controle social na CIR, atingindo representação inferior à de prestadores privados.

A presença da esfera privada, representada por prestadores privados de serviços de saúde, tem se tornado constante e com grande influência política e técnica nos espaços de negociação da saúde pública.

O contexto de insuficiência assistencial na rede própria do SUS, impulsiona a buscar dos usuários aos serviços no setor privado, o qual, por sua vez, se organiza a fim de ofertar serviços lucrativos e tornam-se aliados das correntes políticas em

situação de poder, privilegiando seus interesses em detrimento das necessidades sociais e do bem público (ALMEIDA; LIMA, 2015; SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Vianna e lima (2013), ao analisar as atas dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) também identificaram que além dos representantes estaduais e municipais, integrantes formais, outros atores participaram de modo eventual das reuniões, tais como prestadores privados e conselheiros de saúde. A participação desses atores, na ocasião, foi justificada pela necessidade de informação sobre algum tema específico.

No presente estudo, o comparecimento dos conselheiros de saúde também se deu em questões específicas. Houve registro de representação de conselheiros municipais em apenas duas reuniões conforme trechos descritos no Quadro 2.

Quadro 3 - Registro de participação do controle social nas atas da CIR, nas quatro regiões de saúde sedes de macrorregião, 2015/206, Pernambuco, 2017

Região de saúde	Registro em ata
IV	O município “D” informou que o Conselho Municipal de Saúde não concordou com a proposta efetuada e entregou documento intitulado “Parecer do Conselho Municipal de Saúde” que detalhava as objeções à proposta. Enfocaram que o município tem grade extensão territorial e que a totalidade das gestantes serem deslocadas para outros municípios mesmo aquelas que poderiam ter seus bebês no próprio município, poderia trazer grandes prejuízos às mesmas, em virtude dos deslocamentos.
XI	O Conselho Municipal de Saúde “E” se sensibiliza com a situação do Hospital “X” e por esse motivo, na última reunião, foi emitido resolução onde solicita que seja discutida na CIR a problemática do referido hospital, para que sejam encontradas soluções, evitando assim o fechamento do hospital o que causaria sérios transtornos à população da região.

Fonte: Elaborado pela própria autora com dados extraídos das listas de frequência das CIR.

Os fragmentos extraídos dos documentos analisados reiteram a inferência já realizada cuja discussão regional nos conselhos se dá via serviços, pois, as ocasiões apresentadas demonstram intervenção dos conselheiros quando há

possibilidade de restrição do acesso aos serviços de saúde para os munícipes daquelas localidades.

Além dos registros supracitados, o controle social foi indicado nas atas das CIR, raras vezes, como informes conferências de saúde e conferências temáticas. Nas resoluções analisadas o controle social não foi mencionado.

Apesar da pouca aparição de representantes do controle social registrada em CIR, foi relatada, frequentemente, durante as entrevistas a presença de conselheiros de saúde, principalmente representantes do segmento gestor, nesse espaço de negociação regional.

De acordo com C4 o conselho de saúde do qual faz parte destina assento à representante da regional, porém, a participação acontece com o caráter informativo.

[...] tem participantes da regional, o suplente e o titular, que participam do conselho de saúde, então eles que trazem mais o que tem de lá, e do que tem aqui (C4).

Ainda que não seja formalizada a participação de conselheiros nas CIR, consistindo em casos de duplicidade de atuação, dos representantes gestores dos conselhos municipais de saúde, a presença de membros que permeiem nos dois espaços, possibilita que informações sejam compartilhadas.

Regionalização na conferência municipal de saúde

Outro importante espaço de controle social, as conferências de saúde dos municípios estudados, foram analisadas mediante seus relatórios finais, objetivando identificar a abrangência regional das propostas. Esses documentos apresentaram graus distintos de organização e complexidade. Os relatórios de Recife e Petrolina apresentaram propostas para o âmbito regional na maioria dos eixos temáticos.

Mesmo os municípios que não sistematizaram propostas de caráter regional de acordo com seus eixos temáticos apresentaram brevemente questões relacionadas à regionalização em seus relatórios conforme descrito no Quadro 3.

Quadro 4 - Registros dos relatórios das conferências municipais de saúde, dos municípios sedes de macrorregião de saúde, 2015

Município	Propostas regionais
-----------	---------------------

Recife	Fortalecer o processo de regionalização do SUS, através do aprimoramento dos sistemas de regulação municipal e estadual com o controle social e fortalecendo pactuações entre Municípios e o Estado para o atendimento da média complexidade e encaminhamento para a alta complexidade consolidando o sistema de referência e contrarreferência.
Petrolina	Implantar um Serviço de Verificação do Óbito na região de saúde
Caruaru	Garantia da implantação da Rede de Atenção Psicossocial Regional com financiamento tripartite.
Serra Talhada	Requalificar o Hospital “Y” para se transformar em maternidade de alto risco, para que seja referência regional.

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos dos relatórios das conferências municipais de saúde.

Apesar de não possuir caráter deliberativo, a conferência municipal tem um importante papel no SUS. Müller Neto e Artmann (2014), destacam a magnitude desse espaço como instrumento para o planejamento e para definição das políticas de saúde, visto que fornece subsídios para a tomada de decisão e para elaboração do plano de saúde do município. Vale ressaltar a importância do planejamento ascendente, de modo que o planejamento regional integrado considere o os aspectos locais.

Chaves e Egry (2012) julgam ter havido melhora na sistematização dos registros referentes às propostas aprovadas nas conferências de saúde ao longo do tempo, eles consideram notável a aproximação do discurso à realidade de saúde da população do município.

Embora tenha-se observado a pauta regional nas conferências municipais, C6 acredita não haver subsídio suficiente para que os conselheiros para discutam propostas regionais:

Inclusive a gente vê que nas conferências de saúde que existe uma dificuldade em propor por região de saúde. O delegado ele fica distante daquela pauta [...] Como aquela região se comporta enquanto vigilância à saúde? Enquanto vigilância epidemiológica? Eu sei isso como? Eu sei do meu município. Do meu município eu discuto, mas da minha região eu não vejo, né? (C6).

A entrevista permite observar a falta compreensão por parte de nos conselhos e sobre as propostas apresentadas nas conferências de saúde, mostrando um enfraquecimento entre essas instituições, que deveriam realizar discussões interligadas.

Conforme Carvalho, Jesus e Senra (2017), as conferências de saúde municipais e estaduais por funcionarem como etapas para a conferência nacional, perdem a capacidade de orientar as agendas locais/regionais, as deliberações não são incorporadas à agenda do SUS, ademais, nos espaços de controle social prevalecem os interesses corporativos, distanciando-se dos interesses da população. Tais fatos, representam, para o autor, um desafio ante o processo de regionalização à garantia da participação e do controle social.

Além da breve discussão regional nas conferências municipais de saúde, os conselheiros relataram haver espaços esporádicos, por meio de conferências temáticas de saúde e fóruns envolvendo o controle social no âmbito da região de saúde, porém problematizando a efetividade desses espaços:

A gente tem conferência de saúde do trabalhador, acaba sendo um fórum regional ou então da educação permanente a construção do plano regional de educação permanente do PAREPS, mas é muito pontual e as vezes é pra construção de ferramentas, documentos, ou formalidades, que depois elas passam meio que despercebidas. Tem esse momento de construção regional pra ver as demandas de cada um, depois isso passa...vai lá e discute algumas políticas específicas, não tem nada permanente (C1).

Conselhos gestores de unidades hospitalares regionalizadas

Os municípios considerados neste estudo, por serem sedes de macrorregionais, possuem em seus territórios unidades hospitalares, sob gestão estadual, com oferta de serviços de média e alta complexidade, objetivando atender à demanda regional e macrorregional. Quando indagados sobre a participação dos conselhos gestores nestas unidades, de suas regiões, os entrevistados concordaram com a existência de um quantitativo reduzido ou inexistência desta organização:

Na realidade a gente não observa isso e a gente sente essa falta. Na realidade a gente sente uma grande falta da participação da gestão nessas entidades como fiscalizadoras também, né? E até mesmo para dar um suporte aos conselhos municipais em reforçar aí as fiscalizações, os trabalhos feitos junto aos hospitais (C9).

A ausência de conselhos gestores representa uma fragilidade ao controle social no âmbito regional, pois essas unidades ofertam serviços regionalizados e é também, através desse espaço que representantes da sociedade podem planejar, avaliar, fiscalizar e controlar a execução das políticas e das ações de saúde.

No estudo de Reis, Cesse e Carvalho (2010), identificou-se a implementação de conselhos gestores em unidades de referência regional como estratégia aperfeiçoamento do exercício do controle social nos espaços regionais.

Foi dado destaque, não raramente, à ausência de conselhos gestores em unidades sob gerência de Organizações Sociais de Saúde (OSs).

As unidades que são de OSs, que eu saiba não, nenhuma delas [...] até por que se houvesse eles também teriam assento aqui, iam tá mais próximos, porque são pessoas que normalmente participam do controle social, de maneira até, quase que permanente[...] até por que, a própria legislação é muito frouxa em relação a regulação das OSs no que diz respeito ao controle social (C1).

Um dos aspectos mais críticos em relação as OSs é a ausência de mecanismos regulatórios prévios, que deveriam ser realizados antes da estruturação do contrato de gestão com as OSSs por parte de diversos órgãos públicos no Estado (PACHECO *et al.*, 2016). De acordo com Rezende (2008), fica a cargo dessas organizações a elaboração e publicação de regulamentos próprios contendo os procedimentos utilizados na contratação de obras, serviços e compras, com recursos provenientes do Poder Público, devendo considerar, os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência.

Visto que as OSs são omissas quanto aos conselhos gestores, ficam às outras esferas do controle social, como os conselhos municipais e estaduais a incumbência de fiscalizar as ações dessas unidades por meio dos dados que deveriam ser transparentes e disponibilizados tanto pelo Estado ou pelas próprias OSs. No entanto, os resultados dos contratos de gestão não são devidamente publicizados, o que dificulta a atuação dos Conselhos de Saúde, contrariando as prescrições da administração pública gerencial de que esse modelo de parceria induziria a mais transparência e participação social (SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016).

Empoderamento do controle social nas regiões de saúde

Considerando as dificuldades apresentadas neste artigo, como a pouca compreensão sobre aspectos essenciais à discussão da regionalização e a presença insuficiente nos discursos dos representantes de todo os atores envolvidos

nesta pesquisa e a ausência de espaços institucionalizados de controle social no âmbito regional, os entrevistados sugeriram intervenções com vistas ao empoderamento do controle social em suas regiões de saúde.

Foram elencados, pelos entrevistados desse estudo, necessidades e sugestões como: integração com os demais conselhos de saúde, maior participação da população, maior transparência dos gestores, agenda específica para a regionalização e oferta de formação voltada à temática. Saliba *et al.* (2009), constataram que, após a capacitação, os conselheiros de saúde obtiveram consciência da falta de informação existente e, dessa maneira, compreenderam suas funções e aprimoraram seus conhecimentos.

No tocante aos processos formativos e de qualificação, são estratégias fundamentais para que conselheiros compreendam melhor e aperfeiçoem o exercício de seu papel no processo decisório das políticas de saúde, estabelecendo recursos políticos que os permitam debater com os demais atores políticos em níveis de igualdade institucional (OUVERNEY; MOREIRA; RIBEIRO, 2016).

Também foram ressaltadas propostas com maior detalhamento, como a de G2 que sugeriu a presença de espaços para formação e negociação regulares e enfatizou a relevância de órgão do controle externo nesse cenário.

Podia ter um fórum trimestral ou a cada quadrimestre que é exatamente quando os municípios começam a prestar as suas contas aí nas audiências públicas, podia ter um momento de articulação que eu acho que poderia existir via órgãos de controle externo ao próprio sistema de saúde, por exemplo o ministério público podia protagonizar isso [...] apesar dele não fazer parte do sistema de saúde, aqui no município "X" ele tem uma influência muito forte em algumas políticas (C1).

A questão apresentada por C2 é conflituosa, por ser exemplo de atuação do Poder Judiciário no Poder Executivo, contrapondo o artigo 2º da Constituição Federal, o qual afirma que deve haver separação entre os poderes. Contudo, diante da necessidade de intervenção do poder judiciário, perante a noção de justiça social, e como consequência da omissão do poder executivo, não existe violação do princípio da separação dos poderes (CHRISTOFOLI, 2014).

Foi identificada, ainda, a necessidade de formalização de espaços para que haja maior relação entre os conselhos de saúde e o processo de regionalização:

Esse link região/conselhos precisa realmente tá formalizado dentro de regimento a participação do conselho, porque uma vez ele lá eu acho que vários leques vão se abrir[...] Eu acho que o primeiro passo seria [...], a participação do conselho na CIR, por que aí ele tá inteirado das discussões da região e assim, uma vez ele lá ia trazer pro conselho [...] seria uma forma legal e efetiva do conselho tá participando, por que lá é onde se levanta propostas e onde delibera e pactua as ações pra região (C2).

Uma sugestão muito boa seria, os conselhos regionais né? Um fórum regional, uma assembleia, uma plenária, seria muito bom (C9).

Considerando o fato de não haver no SUS uma instância de controle social regional, até por não se constituir a região em ente federado, é fundamental estabelecer mecanismos de articulação interconselhos, para que se amplie responsabilidade dos gestores no SUS e se amplie a visibilidade da gestão no âmbito do sistema regional de saúde, e desta maneira aumentar o empoderamento do controle social nas regiões de saúde (BRETAS JUNIOR; SHIMIZU, 2015).

O cenário apresentado por esse estudo aponta algumas fragilidades, tais como, o conhecimento incipiente dos conselheiros no que se refere aos aspectos conceituais da regionalização, à sua atuação no processo de regionalização e, principalmente, aos instrumentos de planejamento regional. Esse contexto de desconhecimento influencia na atuação dos conselheiros que limitam suas discussões e atuações de em âmbito regional a questões voltadas ao acesso dos usuários que residem nos municípios os quais representam. Cabe destacar, a relevância de processos formativos que explanem questões específicas como a conformação das RASs nas regiões de saúde, aos critérios de pactuação intermunicipais, temáticas relevantes, as quais os entrevistados, frequentemente, relataram desconhecer.

No que tange a participação dos conselheiros ausência de espaços institucionalizados de controle social no âmbito regional de caráter regular e permanente, como fóruns, conferências e conselhos regionais como aspecto negativo encontrado neste estudo, somada a não inserção desses atores nas CIR. Evidenciam a necessidade de ampliar o empoderamento dos conselheiros com a finalidade de fortalecer o exercício do controle social no processo de regionalização para de que estes atores promovam discussões aprofundadas, busquem inserção nos espaços de discussão e deliberações de abrangência regional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário apresentado por este estudo aponta algumas fragilidades, tais como o conhecimento incipiente dos conselheiros no que se refere aos aspectos conceituais da regionalização, à sua atuação no processo de regionalização e, principalmente, aos instrumentos de planejamento regional. Esse contexto de desconhecimento influencia na atuação dos conselheiros que limitam suas discussões e atuações de em âmbito regional a questões voltadas ao acesso dos usuários que residem nos municípios os quais representam.

No que tange a participação dos conselheiros, a ausência de espaços institucionalizados de controle social no âmbito regional de caráter regular e permanente, como fóruns, conferências e conselhos regionais foram identificados como aspecto negativo encontrado neste estudo, somada a não inserção desses atores nas CIR. Em relação à participação do controle social na CIR, não foi possível observar o caráter decisório, ante as considerações dos conselheiros municipais de saúde, pois as intervenções não foram pactuadas na ocasião e seu desfecho não foi apresentado nas atas de reuniões subsequentes.

Ficou evidente, portanto, a necessidade de ampliar o empoderamento dos conselheiros para fortalecer o exercício do controle social no processo de regionalização para de que estes atores promovam discussões aprofundadas. Para este fim foram evidenciados os processos formativos e a busca inserção nos espaços de discussão e deliberações de abrangência regional. Cabe destacar, a relevância de formações que explanem questões específicas como a conformação das RASs nas regiões de saúde, aos critérios de pactuação intermunicipais, temáticas relevantes, as quais os entrevistados, frequentemente, relataram desconhecer.

Apesar de não terem sido tratadas questões específicas a cada município, por não se tratar da finalidade deste trabalho, estas requerem atenção. Vale ressaltar que as diferenças entre os municípios estudados, tais como o porte populacional, a capacidade instalada, e a inserção na Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco influenciaram nas respostas dos informantes e merecem maiores aprofundamentos.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista da Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n., p.67-86, 2007.

ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho; LIMA, Luciana Dias de. O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p.51-63, 1 dez. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BRASIL CONSTITUIÇÃO (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituica/Constituicao.htm> Acesso em 22/04/2016.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO (1990). Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Lei 8142/90**. Brasília, DF, 1990

BRASIL. Decreto nº 7508, de 19 de setembro de 1990. **Sistema Único de Saúde - Sus, O Planejamento da Saúde, A Assistência à Saúde e A Articulação Interfederativa**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de Planejamento no SUS – Articulação Interfederativa**. Brasília, 2015.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga O Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação do Sus e Aprova As Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria nº 453, de 10 de maio de 2012. **Define funcionamento dos conselhos de saúde**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2203, de 5 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS. Brasília: MS; 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 109, p.126-150, mar. 2012.

BRETAS JUNIOR, Nilo; SHIMIZU, Helena Eri. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p.962-971, dez. 2015.

BUSANA, Juliano de Amorim; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. Popular participation in a local health council: limits and potentials. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 24, n. 2, p.442-449, jun. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. . Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, Sonia. **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: Editora Fgv, 2006. p. 417-442.

CARNEIRO, Pedro Silveira; FORSTER, Aldaísa Cassanho; FERREIRA, Janise Braga Barros. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p.57-68, jan. 2014.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1155-1164, abr. 2017.

CHAVES, Maria Marta Nolasco; EGRY, Emiko Yoshikawa. Conferências Municipais de Saúde: o movimento social organizado na construção de intervenções em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 46, n. 6, p.1423-1430, dez. 2012.

CHRISTOFOLI, Daniel Pires. Intervenção do poder judiciário no poder executivo na efetivação do direito fundamental a saúde e o princípio da separação de poderes. **Revista da Faculdade de Direito Uniritter**. Porto Alegre, v. 12, p.121-152, 2014.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury S, Lobato

LVC, organizadores. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 102-128.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália. **Democracia Participativa e Controle em Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.419-438, 2009.

DESLAURIERS, Jean-pierre; KÉRISIT, Michèle. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, Jean *et al.* **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 126-153.

DIEGUES, Geraldo César. O controle social e participação nas políticas públicas: o caso dos conselhos gestores municipais. **Revista Nau Social**. Salvador, v. 4, n. 6, p.1-12, 2013.

DUARTE, Ligia Schiavon *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, n. 2, p.472-485, jun. 2015.

SCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação social. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 853-883.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GERSCHMAN, Silvia. **A Democracia Inconclusa: Um estudo da reforma sanitária brasileira**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

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.

GONDIM, Graça Maria Miranda. Espaço e Saúde: uma (inter)ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações. In. Miranda et al (Orgs.) **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.57-75.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: IBGE, 2016. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>> Acesso em 12/08/2017.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília: CNES, 2017. <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906>> Acesso em 12/08/2017.

KEHRIG, Ruth Terezinha; SOUZA, Edinaldo Santos de; SCATENA, João Henrique Gurtler. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p.948-961, dez. 2015.

KERBAUY, Maria Teresa Miceli. DESCENTRALIZAÇÃO, PROCESSO DECISÓRIO E POLÍTICAS PÚBLICAS LOCAIS. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, p.151-163, dez. 2004.

LAVRAS, Carmem Cecília de Campos. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBÁÑEZ, Nelso; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'angelo. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. Cap. 13. p. 317-331.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.269-291, 2001.

LIMA, Luciana Dias de *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p.2881-2892, nov. 2012.

MARTINELLI, Nereide Lúcia. **A regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso: o processo de implementação e a relação público-privada na região de saúde do Médio Norte Mato-grossense**. 2014. 209 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências, Medicinapreventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

MARTINS, Camila Sartori *et al.* Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p.437-445, set. 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. 407p.

MORONI, José Antônio, 2005. **O direito à participação no Governo Lula**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 29, n.71, p. 284-304.

MÜLLER NETO, Julio Strubing; ARTMANN, Elizabeth. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p.68-78, jan. 2014.

MÜLLER NETO, Júlio Strubing; ARTMANN, Elizabeth. Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p.3407-3416, dez. 2012.

NAVARRETE, M. L. V.; SILVA, M. R. Análise dos dados qualitativos. In: NAVARRETE, M.L.V. *et al.* **Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde**. Recife: Imip, 2009. p. 97-110.

OUVERNEY, Assis Mafort; MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes. Democratização e educação permanente: percepção de egressos do QualiConselhos sobre contribuições aos conselhos de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, p.186-200, dez. 2016.

PACHECO, Hélder Freire *et al.* Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 20, n. 58, p.585-595, set. 2016. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano estadual de saúde : 2016-2019**. Secretaria Estadual de Saúde. Recife: A Secretaria, 2016. 338p.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. **Plano Diretor De Regionalização**. Recife: SES/PE, 2011. 20p.

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.

QUEVED, André Luis Alves de; HECK, Rita Maria; JARDIM, Vanda Maria da Rosa. Conselhos de saúde e regionalização em saúde. **J Nurs Health**. Pelotas, v. 2, n. 1, p.28-37, jan. 2012.

REIS, Yluska Almeida Coelho dos; CESSE, Eduarda Ângela Pessoa; CARVALHO, Eduardo Freese de. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1, p.157-172, 2010.

REIS, Yluska Almeida Coelho dos; **Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde do SUS**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo cruz, Recife, 2013.

REZENDE, Denis Alcides. **Planejamento Estratégico para Organizações Privadas e Públicas.**: guia prático para elaboração do projeto de plano de negócios. Rio de Janeiro: Brasport, 2008.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p.139-147, mar. 2013.

SALIBA, Nemre Adas *et al.* Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p.1369-1378, dez. 2009.

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

SILVA, Vanessa Costa e; BARBOSA, Pedro Ribeiro; HORTALE, Virgínia Alonso. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1365-1376, maio 2016.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Regional governance: strategies and disputes in health region management. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 48, n. 4, p.622-631, ago. 2014.

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

SPEDO, Sandra Maria; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p.1781-1790, ago. 2009.

TEIXEIRA, Solange Maria. Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais. **Katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p.154-163, jul. 2007.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001. 172p.

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.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216 p.

VIANNA, Renata Pestana; LIMA, Luciana Dias de. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.1025-1049, dez. 2013.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

APÊNDICE A - Entrevista

ENTREVISTA

Ficha de identificação

Sexo: _____

Idade: _____

Município: _____

Tempo de participação no conselho: _____

Tempo que atua no SUS: _____

Segmento: _____

Participa da direção de seu conselho _____

Participa de comissão (Qual ou quais) _____

Entidade que está vinculado _____

Profissão: _____

Formação básica/graduação: _____

Outra Formação: _____

Já realizou algum curso de formação de conselheiro?

Dados da entrevista

Data da entrevista: _____

Entrevistador: _____

Entrevistador: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Qual a sua concepção sobre a regionalização da saúde?
2. Em sua opinião os conselhos municipais de saúde têm participado da construção da política na sua região de saúde?
3. Qual o papel dos conselhos municipais de saúde no processo de regionalização da saúde?
4. Como você percebe a participação dos conselhos regionais na construção da política de regionalização da saúde?
5. Nas unidades de saúde sob gestão estadual, presentes nos seus municípios, os conselhos gestores estão implantados? Caso sim, estão instituídos em todas as unidades?
5. Existem espaços regionais de controle social, envolvendo os diversos conselhos de saúde?
6. Existem processos de formação de conselheiros de saúde?
7. Os Conselhos municipais acompanham os instrumentos de planejamento regional: PDR, PDI, PPI e COAP?
8. Você teria alguma sugestão para fortalecer o controle social na sua região de saúde?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

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

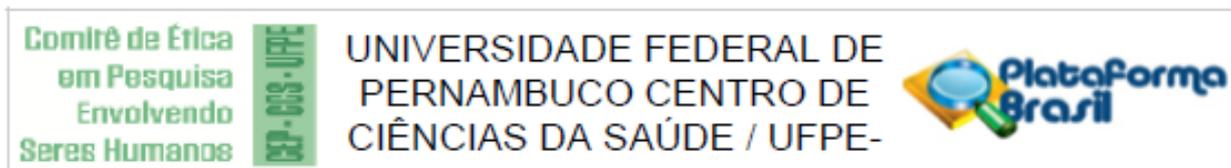
Assinatura do participante

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:

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INICIATIVAS INOVADORAS NA ORGANIZAÇÃO DAS REDES ASSISTENCIAIS E REGIÕES DE SAÚDE E SEU IMPACTO NA ESTRUTURAÇÃO DA OFERTA NO SUS: UM ESTUDO AVALIATIVO

Pesquisador: Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Área Temática:

Versão:

CAAE: 30694814.1.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 674.336

Data da Relatoria: 04/06/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de título "Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no sus: um estudo avaliativo", que tem como pesquisador responsável a Profª Adriana Falangola Benjamin Bezerra, do Departamento de Medicina Social da UFPE. Projeto aprovado pela Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N º 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde, obteve apoio financeiro pelo CNPq. Conta com equipe, cujos currículos dos integrantes foram anexados.

Objetivo da Pesquisa:

Sendo um projeto que comporta três subprojetos, tem-se:

Subprojeto 1 (Redes assistenciais e seu potencial na efetivação da integralidade)

Objetivo geral: avaliar a integralidade na atenção utilizando o Câncer de Colo Uterino (CCU) como condição marcadora em Regiões de Saúde do Nordeste brasileiro.

Objetivos específicos: 1) Mapear as redes de atenção existentes destinadas ao cuidado do CCU; 2) Identificar a cobertura de Papanicolau nas Regiões de Saúde de estados do Nordeste, e 3) Traçar potencialidades e fragilidades na linha de cuidado ao CCU em Região de Saúde.

Sub-Projeto 2 (Avaliação do Programa Mais Médicos na organização das redes assistenciais e

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

**Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos**

CEP - CCS - UFPE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-**



Continuação do Parecer: 674.336

estruturação da oferta: uma investigação mista)

Objetivo geral: avaliar a eficiência e a efetividade o Programa Mais Médicos na organização das redes assistenciais e estruturação da oferta no Nordeste.

Objetivos específicos: 1)traçar o perfil dos Profissionais atuantes no PMM; 2)avaliar a eficiência e a efetividade do PMM no campo do acesso às ações e serviços de saúde; 3)avaliar o impacto do PMM nas diferentes dimensões da integralidade sob o olhar de profissionais, usuários e gestores locais; 4)identificar potencialidades e fragilidades do PMM

Subprojeto 3 (Desafios e perspectivas da regionalização)

Objetivo geral: analisar o processo de regionalização da saúde no Nordeste na perspectiva da gestão estadual, das representações municipais e dos usuários.

Objetivos específicos: 1)comparar o discurso dos gestores estaduais (Nível Central e Macrorregiões e Gerências Regionais de Saúde), na condução da regionalização, com o arcabouço legal e normativo que garante e orienta a operacionalização desse processo; 2) confrontar os discursos dos gestores estaduais, diante da condução na implementação da regionalização da saúde, com os discursos dos gestores municipais, dos representantes das instâncias de participação social e dos usuários; 3)examinar o processo de regionalização da saúde no Nordeste a partir da compatibilidade entre os discursos, o arcabouço legal e normativo e as estratégias de operacionalização traçadas pelos atores envolvidos; 4)propor estratégias de operacionalização que estimulem o fortalecimento da implementação da regionalização da saúde no Nordeste.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: identificados como constrangimento em responder as questões abordadas, mas garantido que a qualquer momento é possível desistir de participar e retirar seu consentimento.

Benefícios: contribuições do entrevistado para sistematização de trabalho que poderá propiciar garantia da integralidade da assistência ao usuário do sistema público de saúde.

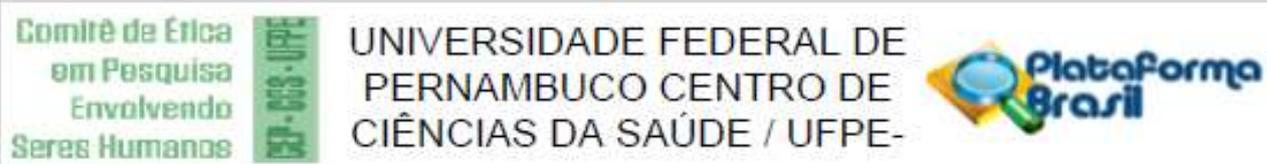
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa avaliativa desenvolvida com base no método misto (quantitativo e qualitativo),sendo os dados quantitativos coletados e analisados, feito com os dados qualitativos, para s interpretação integrada de todos os dados. Metodologia adequada ao que se pretende, cronograma ajustado às atividades, critério de inclusão e exclusão nos três grupos definido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados principais termos.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepocs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 674.336

Recomendações:

Destacar dentre os benefícios, a devolução dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação " e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado .

RECIFE, 04 de Junho de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
 (Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO B

PHYSIS

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Physis é uma revista trimestral publicada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cujo objetivo geral é divulgar a produção acadêmica em Saúde Coletiva. Sua linha editorial enfatiza abordagens interdisciplinares, críticas e inovadoras em temas atuais no campo da Saúde Coletiva. A revista é composta basicamente de artigos originais de demanda livre e seções de resenhas, entrevistas, cartas e comentários. O Conselho Editorial poderá, ocasionalmente, propor temas específicos considerados relevantes, e publicar trabalhos de autores convidados especialistas no tema, e que também irão passar por um processo de revisão por pares.

Atualmente, *Physis* está classificada como B1 na área de Saúde Coletiva, segundo os critérios Qualis da CAPES.

Forma e preparação de manuscritos

A Revista *Physis* publica artigos nas seguintes categorias:

Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. O Conselho Editorial e o editor convidado podem tanto solicitar a autores de reconhecida experiência que encaminhem artigos originais relativos a temáticas previamente decididas, conforme o planejamento da revista, quanto deliberar, ao receber os artigos, com base em pareceres (*double-blind peer review*), sobre a publicação. Revisões e atualizações são em geral provenientes de convite. Artigos que, devido a seu caráter autoral, não podem ser

submetidos anonimamente a um parecerista, são analisados, com ciência do autor, com base em pareceres em que só o parecerista é anônimo (*single-blind peer review*). O número de autores será limitado ao máximo de dois por manuscrito, sendo que cada autor só poderá figurar em um único artigo por número.

Resenhas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): podem ser provenientes de demanda livre ou convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço. Só serão aceitas resenhas com um único autor.

Seção de Entrevistas (até 4.000 palavras): publica depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista.

Seção de Cartas (até 1.500 palavras): publica comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores.

Seção de Comentários (até 1.500 palavras): publica ensaios curtos e notas ou opiniões sobre temas relevantes para a Saúde Coletiva.

Instruções para encaminhamento de textos:

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema **ScholarOne Manuscripts**, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. Para submeter originais, é necessário se cadastrar no sistema, fazer o *login*, acessar o "Author Center" e dar início ao processo de submissão.
2. Os artigos devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende o corpo do texto, as notas e as referências. Resumos são considerados separadamente. **O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria**; os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.
3. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a **informação referente à aprovação por comitê de ética** na pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os autores devem indicar se **a pesquisa é financiada**, se **é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado** e se há **conflitos de interesse** envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item **Agradecimentos**, ao final do artigo ou em nota de fim.
4. Os artigos devem ser escritos em português (preferencialmente), inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. **Os textos são de responsabilidade dos autores**, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.
5. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem

ser incluídos **nas etapas indicadas do processo de submissão** (primeira e segunda, respectivamente). Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, **após as referências** (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Contendo, cada um **até 200 palavras**, devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de **3 a 5 palavras-chave em português e inglês**. O título completo do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

6. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 12x15 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em *Word* ou similar. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em *Photoshop* ou *Corel Draw* ou similar. **Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados** e serão inseridas no sistema no sexto passo do processo de submissão, indicadas como "*image*", "*figure*" ou "*table*", com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

7. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. **As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível**. Não há restrições quanto ao número de notas.

8. As **referências devem seguir a NBR 6023 da ABNT (de agosto de 2002)**. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos do número da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética. **Os autores são responsáveis pela exatidão das referências**, assim como por sua correta citação no texto.

9. **Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença Creative Commons Attribution CC-BY**. A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão dos direitos de publicação para a Revista *Physis*. Quando da reprodução dos textos publicados em *Physis*, mesmo que parcial e para uso não comercial, **deverá ser feita referência à primeira publicação na revista**. A **declaração de autoria deverá ser assinada por todos os autores**, digitalizada e inserida no sexto passo do processo de submissão, e indicada como "*supplemental file not for review*", de modo que os avaliadores não tenham como identificar o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer **outros comentários ou observações encaminhados aos editores** deverão ser inseridos no campo "*Cover letter*".

10. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, **o número máximo de autores está limitado a quatro**, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, e/ou solicitar a remoção de participantes sem contribuição

substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo a seguir), conforme o *International Committee of Medical Journal Editors*. Essa declaração também deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e encaminhada como documento suplementar no sexto passo do processo de submissão. Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria.

11. Em atendimento às normas da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser informado.

12. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o manuscrito, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "*Cover letter*".

13. A Revista *Physis* não cobra taxa de submissão e avaliação de artigos.

14. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível publicá-lo em inglês também, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada (ou recomendada pela Editoria de *Physis*), e os custos de tradução correrão por conta do autor.

15. Os autores são responsáveis por todos os conceitos e informações apresentados nos artigos e resenhas.

16. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

(Enviar no sexto passo do processo de submissão, indicada como "*supplemental file not for review*")

A contribuição de cada autor para o artigo/a resenha _____ foi a seguinte:

(identificação de autor 1): (atividades desempenhadas)

(identificação de autor 2): (atividades desempenhadas)

(identificação de autor *n*): (atividades desempenhadas)

O texto é um trabalho inédito e não foi publicado, em parte ou na íntegra, nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, no formato impresso ou eletrônico.

Em caso de aceitação deste texto por parte de *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva

da revista e, em caso de reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, farei(emos) constar os respectivos créditos.

Assinaturas:

PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva

Instituto de Medicina Social - UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar, bl. D - Maracanã

20550-013 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 2334-0504 ramal 108

Endereço eletrônico: publicacoes@ims.uerj.br

Web: <http://www.ims.uerj.br>

Política de Privacidade Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.