



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

RENAN CARLOS FREITAS DA SILVA

A GOVERNANÇA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO
PLANEJAMENTO REGIONAL

RECIFE
2019

RENAN CARLOS FREITAS DA SILVA

**A GOVERNANÇA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO
PLANEJAMENTO REGIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^o. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

Coorientador: Prof^a. Dr. José Eudes de Lorena Sobrinho

Recife

2019

Catálogo na fonte:
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4 1790

S586g Silva, Renan Carlos Freitas da
A governança no sistema único de saúde na perspectiva do planejamento regional / Renan Carlos Freitas da Silva. – 2019.
70 f.: il.

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2019.
Inclui referências e apêndices.

1. Regionalização. 2. Governança. 3. SUS. I. Martelli, Petrônio José de Lima (orientador). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2019 - 207)

RENAN CARLOS FREITAS DA SILVA

**A GOVERNANÇA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO
PLANEJAMENTO REGIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 21/03/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli (Orientador)
Depto. de Medicina Social – UFPE

Profa. Dra. Erlene Roberta Ribeiro dos Santos (Membro Titular Externa)
Depto. de Nutrição – UFPE/CAV

Profa. Dra. Nilcema Figueiredo (Membro Titular Interna)
Depto. de Medicina Social - UFPE

Dedico esta pesquisa aos trabalhadores do SUS que passaram pela minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus a concretização de um sonho, me fazendo forte nos momentos de angústia e por me fazer acreditar em mim mesmo.

A toda minha família, em especial meus pais, Carlos e Evane, pelo carinho, amor e apoio em toda minha vida e que sem eles eu não sou nada.

Aos meus irmãos JR e Isabelle, que de certa forma me impulsionaram ainda na adolescência a buscar os caminhos profissionais.

Aos meus tios Adenilton e Eliane, por me concederem os estudos na infância e adolescência, além de todo amor e cuidado com minha criação.

A minha namorada Camila, por ser uma pessoa tão especial na minha vida, me ajudando e me apoiando em todos os momentos. Agradeço por você sempre acreditar em mim e compartilhar sonhos.

Aos meus orientadores Petrônio Martelli e Eudes Lorena, pela confiança depositada e grande apoio. Sem eles, não teria alcançado.

À Fabianni Meneses, gerente da II GERES, pela amizade, confiança e apoio ofertado, me ajudando a conquistar esse sonho.

À Erlene Roberta, uma grande amiga que me ajudou e dividiu comigo alegrias e tristezas. Amiga que sempre carregarei no coração.

Aos amigos Miqueias e Clebiana, que sempre estiveram comigo e dividiram momentos especiais.

Aos gestores municipais de saúde, a Zefinha e Dr. Paulo Dantas no COSEMS, por sempre me incluírem nos espaços de discussão e terem sido fundamentais para meu crescimento profissional.

RESUMO

A publicação do Decreto 7.508/11 permitiu o fortalecimento da regionalização em saúde advindo do processo de descentralização, a qual definiu a Comissão Intergestores Regional como espaço legítimo para a elaboração do planejamento e tomada de decisão de saúde. Desse modo, o estudo analisou a governança e o planejamento em saúde na II Região de Saúde do Estado de Pernambuco, através de um estudo qualitativo, utilizando a análise documental proveniente das atas e pautas da CIR e a análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas realizadas com os gestores municipais da região. O estudo apontou para um protagonismo da CIR no fortalecimento da regionalização em saúde. Além disso, ficou evidente o desafio para consolidação da governança e do planejamento em saúde na região, marcada pela fragilidade no processo de planejamento regional e nas estruturas das redes de atenção à saúde que parecem sofrer interferências externas relacionadas ao financiamento e aos atravessamentos de outros atores.

Palavras-Chave: Regionalização. Governança. SUS.

ABSTRACT

The publication of Decree 7.508/11 allowed the strengthening of regionalization in health resulting from the decentralization process, which defined the Regional Inter-Managers Commission as a legitimate space for the elaboration of health planning and decision making. Thus, the study analyzed governance and health planning in the II Health Region of the State of Pernambuco, through a qualitative study, using document analysis from CIR minutes and agendas and content analysis of semi-structured interviews conducted with the municipal managers of the region. The study pointed to a role of the CIR in strengthening health regionalization. In addition, the challenge to consolidate governance and health planning in the region was evident, marked by the fragility of the regional planning process and the structures of health care networks that appear to suffer from external interference related to funding and crossings of other actors.

Keywords: Regionalization. Governance. SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Triângulo de Ferro de Matus	22
Figura 2 –	Regiões de Saúde de Pernambuco.....	32
Figura 3 –	Distribuição geográfica dos municípios da II Região de Saúde de Pernambuco.....	32
Quadro 1 –	Sistematização da análise documental	35
Figura 4 –	Mapa dos instrumentos de planejamento da II Região de Saúde de Pernambuco.....	44
Quadro 5 –	Matriz Swot da II Região de Saúde de Pernambuco.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
CER	Centro Especializado Regional
CFB	Constituição Federal do Brasil
CGR	Colegiado do Gestor Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CEO	Centro de Especialidade Odontológico
CIES	Comissão de Integração Ensino e Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COSEMS	Colegiado de Secretários Municipais
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
eSB	Equipe de Saúde Bucal
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OS	Organização Social
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PGASS	Programação das Ações e Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
	2.1 GOVERNANÇA EM SAÚDE	14
	2.2 PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....	19
	2.3 REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE	25
3	OBJETIVOS	30
	3.1GERAL.....	30
	3.2ESPECÍFICOS.....	30
4	METODOLOGIA	31
	4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	31
	4.2 AMBIENTE DO ESTUDO.....	31
	4.3 PERÍODO DO ESTUDO	32
	4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	33
	4.4.1 Inclusão.....	33
	4.4.2 Exclusão	33
4.5	SUJEITOS DA PESQUISA.....	33
4.6	COLETA DOS DADOS.....	33
	4.6.1 Técnica da Entrevista	33
	4.6.2 Técnica de Análise Documental	34
	4.6.3 Categorias de Análise.....	34
4.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	35
	4.7.1 Análise de Conteúdo.....	36
4.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
5	RESULTADOS	37

5.1	INTRODUÇÃO	37
5.2	METODOLOGIA.....	39
5.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS.....	52
	APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64
	APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES DOS	
	MUNICÍPIOS DA II REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO.....	67
	APÊNDICE C – MATRIZ DAS PAUTAS/ATAS CIR	68
	APÊNDICE D – MATRIZ DE ANÁLISE DE ENTREVISTAS.....	69

1 INTRODUÇÃO

Marcada pelo processo de municipalização, a diretriz da descentralização incentivou os municípios a ampliarem seus serviços de saúde, fortalecendo a universalidade do sistema. Entretanto, tal extensão não foi suficiente para o avanço da promoção, da integralidade e da equidade, necessitando, assim, de mecanismos de cooperação para sua efetivação (MENDES; LOUVISON, 2015; MEDEIROS; GERHARDT, 2015).

A descentralização no Sistema Único de Saúde (SUS), ratificado por meio de seu extenso ordenamento jurídico, se configurou como uma importante estratégia para a prática da regionalização, alicerçada na lógica do compartilhamento das responsabilidades e da autonomia entre os entes federativos (PINAFO; CARVALHO; NUNES 2016; FERREIRA et al., 2018).

Tal princípio organizativo se conformou com o espaço da gestão regional, na perspectiva de um modelo de governança através do prisma territorial e de cooperação entre atores envolvidos, a partir da coordenação de políticas e de conquistas referente ao espaço nas pautas de planejamento e de gestão para as dinâmicas territoriais. Essa trajetória se concretizou por meio de dispositivos legais e de arranjos organizativos para operacionalização do SUS, tais como: Normas Operacionais Básicas (NOB), Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), Pacto de Gestão e Decreto 7.508, de 28 de julho de 2011 (SANTOS, 2017).

Compreendendo seu fortalecimento, é constatado que o processo de regionalização ainda enfrenta dificuldades em práticas solidárias e cooperativas entre entes federados, carecendo de uma governança regional que permita a integração, por meio do compartilhamento de gestão, perante os processos decisórios (JUNIOR; SHIMIZU, 2015; GADELHA et al., 2011).

A proposta de uma governança regional reforça a abertura de mecanismos capazes de ofertar respostas às demandas de saúde com relevantes aspectos regionais, baseada em uma gestão por resultados que possibilita ações mais democráticas, as quais dialogam com instituições de ensino e sociedade (SANTOS; GIOVANELLA, 2014; RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017; SANTOS, 2017).

As Regiões de Saúde fortalecidas se tornam um dos principais lugares para a governança. Essas Regiões devem estar ancoradas por um processo de

planejamento regional que tem por objetivo melhorar a alocação e a distribuição de recursos na região, possibilitando a promoção de novos arranjos mediante suas necessidades. Para tanto, recomenda-se utilizar, como ferramentas, os diagnósticos epidemiológicos e o mapa da saúde que discute os dados relativos às necessidades para enfrentamento dos desafios atuais que permeiam o SUS (MEDEIROS, 2017; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; VIANA; LIMA, 2013).

Na ótica da governança e do planejamento regional em saúde, o Decreto 7.508/2011 que regulamenta a Lei 8.080/90, revisitando o conceito de Regiões de Saúde bem como a recente publicação da Resolução CIT nº 37/2018, a qual determina a construção de um plano regional que expresse as responsabilidades entre os entes federados, demonstra que as estruturas regionais necessitam de gestores qualificados para lidar com as novas exigências legais e com as demais complexidades (BRASIL, 2018; GIL; LUIZ; GIL, 2016).

Diante do exposto, observa-se a necessidade de estudos que discorram sobre o planejamento e a governança nas regiões de saúde. Desse modo, o presente estudo pauta como pergunta condutora: como se configuram a governança e o planejamento regional na II Regional de Saúde?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GOVERNANÇA EM SAÚDE

A *New Public Management* (NPM) ou Nova Gestão Pública assumiu um protagonismo na reforma do aparelho estatal brasileiro, frente às questões produzidas pelo processo de globalização que demandavam soluções aos paradigmas relacionados à coisa pública. A incorporação desse novo modelo estava condicionada à redução dos procedimentos burocráticos, herdados do modelo weberiano, por meio de uma combinação entre a flexibilização da gestão e o aumento da responsabilização da administração pública. Além disso, a adoção desse novo paradigma também compreende uma gestão baseada em resultados com metas e indicadores bem definidos, ancorados na transparência pública (SANO; ABRUCIO, 2008; ANDION, 2012; MONTEIRO, 2013; DENHARDT, 2011).

Assim, a NPM pode ser compreendida como uma tentativa de introduzir as técnicas e as práticas da administração privada ao setor público. Uma de suas principais características é direcionada aos resultados e ao aumento da capacidade de respostas às demandas da sociedade. Distingue-se a administração hierárquica tradicional, pois ressalta aspectos voltados à liderança, à autonomia decisória e à maior racionalidade da utilização de recursos (HOOD, 1995).

A reforma do aparelho estatal no Brasil foi realizada por meio do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, no ano de 1995, e propôs mudanças na condução da administração pública em reação às crises. Um dos seus objetivos foi permitir a incorporação de uma nova gestão pública com maior capacidade de governança (BRASIL, 1995).

A partir desse contexto, o conceito de governança não deve ser confundido com o de governabilidade. A primeira trata de uma maior capacidade administrativa de governar, com vistas à efetividade e à eficiência, já a segunda se encontra restrita à capacidade de governar (BENTO, 2002; BRESSER-PEREIRA, 1998).

De modo geral, a governança refere-se à redefinição e ampliação das formas de relacionamento entre Estado e sociedade ou entre governos, agentes privados e sociedade, tendo como traço distintivo a dimensão relacional e a forte interdependência (entre grupos e organizações) que caracteriza uma dada política. De certa forma, marca a descentralização do processo decisório e da ação pública para fora dos limites das instituições formais do Estado (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2016).

A governança refere-se à estrutura organizacional e aos meios que um ente federativo possui para obtenção de resultados na função de estado, viabilizando a realização de programas e de projetos sociais e, aos processos das decisões sobre as políticas públicas que são tomadas e implementadas. Além disso, considera a relação das redes entre os diferentes setores, sejam governos, setor público, setor privado e sociedade civil organizada. De forma que a capacidade governativa não seja mensurada apenas pelos resultados das políticas governamentais, mas também pela forma de condução do governo através de seu poder (GONÇALVES, 2005; KNOPP; ALCOFORADO, 2009; BERNINI, 2015).

Em uma análise de alguns autores, Bernini (2015) traz um parecer importante dos desdobramentos das fronteiras entre a administração pública e as políticas públicas. O termo administração pública estaria mais ligado ao modelo weberiano, enquanto a governança estaria relacionada ao questionamento a esse modelo, sendo, portanto, um modelo mais voltado para os resultados. Além disso, a conjuntura da governança pública prioriza não somente o papel do Estado, mas, sobretudo, uma perspectiva ampliada que abrange diferentes atores sociais e atividades (BRESSER-PEREIRA, 2007).

Para Marques (2013), a governança na gestão pública brasileira pode ser compreendida por dois aspectos: a transferência de responsabilidades do estado a terceiros; e, a atuação da sociedade no processo decisório. No primeiro aspecto, a governança estaria associada à transferência de responsabilidades do estado para agentes privados com a incorporação baseada nos interesses de mercado com foco na eficiência. No segundo aspecto, a governança estaria pautada na participação da sociedade nos processos decisórios. Esse aspecto reforça a gestão participativa e democrática para contribuição do combate aos desafios postos na atualidade da gestão pública brasileira.

Mediante ao processo de introdução à governança na gestão pública, o governo federal publicou o Decreto Presidencial nº 9.203 de 22 de novembro de 2017 que aprova a Política de Governança da Administração Pública Federal (BRASIL, 2017).

Nessa seara de incorporação, duas formas de controle democrático não eleitoral vêm se destacando: os mecanismos de controle social e os mecanismos de controle da administração pública, com ênfase nos resultados das políticas e dos programas governamentais. Assim, a relação entre o Estado e a sociedade está sendo

alterada para a direção de modelos democráticos fortemente relacionados com a governança local, mesmo que ainda influenciados pelo poder da tomada de decisão, mandatos, formas de operar, burocracias específicas e métodos de trabalhos (FLEURY; OUVENEY; KRONENBERGER, 2010; BUSS et al., 2012).

A condução dessa governança pode ser compreendida pelo termo “governança territorial”, que expressa as iniciativas ou as ações territoriais organizadas a nível municipal, estadual, regional e federal para conduzir temáticas de interesses coletivos, a partir do envolvimento conjunto e cooperativo de diferentes atores sociais, econômicos e institucionais (DALLABRIDA, 2011). O presente estudo utiliza essas reflexões como arcabouço teórico relativo à governança.

Na perspectiva da política de saúde brasileira, a governança começa a ser introduzida como objeto de estudo na realidade da gestão dos sistemas regionais de saúde, tendo a finalidade de identificar, em suas conjunturas, seus potenciais e desafios para a oferta das ações e serviços públicos de saúde nos territórios. Em consonância com essas perspectivas, recorreremos a Santos e Giovanella (2014), que ao analisarem o sistema de governança regional, quanto às estratégias de disputas de gestão, apontaram um padrão de governança conflitante com institucionalidade intermediária.

Ainda trazendo à baila da discussão os estudos de Kehrig, Souza e Scatena (2015) que buscaram analisar, sob a égide da institucionalidade e da governança, a conformação da regionalização da saúde. Os resultados sinalizaram uma governança incipiente e um planejamento restrito à aplicação normativa de instrumentos legais do Sistema Único de Saúde (SUS).

A fragilidade do Sistema e a deficiência no processo de planejamento, tanto a nível local, como de suas políticas e estratégias, tornaram-se elementos que interferem para a conjuntura da governança regional. Além de priorizarem negociação política, em detrimento do planejamento, no qual são corresponsáveis pela prevalência da deficiência técnica da gestão no SUS (MELLO et al., 2017).

A observação de Lima et al (2017) ao analisar os arranjos de governança regional da assistência especializada no SUS, retrata a diversidade de atores e de arranjos que permeiam a governança regionalizada em saúde, sendo permeada pela escassez e pela desigualdade de distribuição nos serviços.

No mesmo raciocínio, Almeida (2013) dialoga sobre os desafios postos ao processo de governança regional da saúde, referenciando a inclusão da sociedade,

os trabalhadores, os prestadores de serviço e os gestores do SUS nesse processo. O estudo aborda também a necessidade de tratar as situações de conflito nas relações intergovernamentais sob a perspectiva da negociação, do consenso e da pactuação para garantir um trabalho mais efetivo na governança do SUS.

A governança deve ser alicerçada sobre uma visão territorial, com a cooperação entre atores, sobre a coordenação de políticas e, principalmente, deve estar pautada no planejamento e na gestão das dinâmicas territoriais. Além disso, deve incorporar, inclusive à rotina de gestão, maneiras mais democráticas que dialoguem com as instituições de ensino para a criação de respostas frente às demandas sociais (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

A partir dessa perspectiva da governança, quanto à condução do sistema de saúde local, é que se reforça o entendimento para a abertura de mecanismos capazes de ofertar respostas às demandas de saúde com relevantes aspectos regionais (SANTOS, 2017).

Para Mendes et al (2016), as dimensões da estrutura de governança precisam ser analisadas em quatro amplos sentidos. Ao considerar aspectos territoriais, os autores firmam que a macrorregião de saúde é a única que permite uma gestão regional; da importância das Comissões Intergestores Regional (CIR), mesmo com suas deficiências, ressalta o valor das decisões por consenso, que se assemelham à ideia de rede colaborativa; da necessidade de revisão dos Planos Diretores de Regionalização, que possa incorporar a rede macrorregional com maior capacidade gerencial de programar, de executar, de monitorar e de avaliar as RAS; e, da capacidade de se conciliar a economia de escala à gestão regional. A ausência desses aspectos não garante que a governança seja efetivada nas regiões de saúde.

Para além, o reflexo da descentralização do SUS garantiu uma maior autonomia dos entes federativos nos processos decisórios. Permitiram que a governança em saúde fosse trilhada, a partir de arranjos que compartilhassem objetivos comuns, ancorados na tutela do acesso universal à saúde. Essa concepção admite que a governança no SUS possa ser aportada em um modelo de governança em rede colaborativa (MILAGRES; SILVA; REZENDE, 2016).

A governança no SUS precisa ser fortalecida, trazendo robustez à lógica de inclusão dos atores envolvidos na região de saúde que se tornou referência para a concretude das ações e serviços públicos de saúde (ALMEIDA, 2016).

Ainda, para Milagres, Silva e Rezende (2016), o trabalho de governança em rede é complexo e mais difícil de ser aplicado no setor público, pois precisa lidar com estruturas mais formais, burocráticas e hierarquizadas. Demandando, dessa forma, competência e muita capacidade de liderança dos atores.

No âmbito da gestão regional, a CIR, que é formada por esses atores, pode ser compreendida como um dos espaços para a governança regional, por meio de pactuação, cooperação e fortalecimento da região de saúde. Elas se configuram como instâncias deliberativas, compostas por representantes do estado e todos os secretários municipais de saúde de um determinado território. A ausência desse espaço pode interferir em os importantes aspectos de cooperação e de processo decisório regional (FILHO et al., 2016; SANTOS, 2017).

Ao destacar as fragilidades das Comissões Integestores, Mendes (2016) pondera, afirmando que, apesar da grande importância, essas instâncias enfrentam desafios e, por vezes, excluem atores importantes, como os prestadores de serviço, gerando conflitos. Destaca também que as câmaras técnicas, colegiados e a dinâmica clássica dessas reuniões não são suficientes para garantia de uma boa governança. Mas, ressalta o significado e a completude dessas instâncias para o processo decisório.

A tomada de decisão na saúde possui um grande impacto, uma vez que envolve estrutura, processos de produção, ações e serviços de saúde. Além disso, precisa de ações coordenadas entre os níveis de complexidade (atenção primária, média complexidade e alta complexidade), com vistas à avaliação dos produtos finais e dos resultados a serem alcançados (MENDES, 2010; SILVA et al., 2012).

O processo decisório nas organizações é direcionado para a habilidade gerencial, no qual se encontra, sob a responsabilidade do gestor, a escolha da melhor alternativa que produza um melhor efeito frente às situações apresentadas. Dessa forma, o processo de tomada de decisão nas organizações não se constitui como uma tarefa fácil para os gestores, uma vez que envolve toda a dinâmica do ambiente organizacional (PORTO; BANDEIRA, 2006).

Nessa perspectiva, os gestores precisam estar preparados para atuar em um ambiente complexo, considerando a necessidade de tecnologias apropriadas e de competências coordenadas entre os entes federativos e, precisam estar conectados com os saberes da sociedade. Por fim, os gestores devem ser responsabilizados pela

alocação dos recursos e dos insumos que, de forma efetiva, representem uma boa prestação de serviço aos usuários (SANTOS; LEITE; SILVA, 2018).

Nesse cenário, o processo decisório é uma ferramenta potente, mas que precisa compreender o planejamento estratégico como um padrão de comportamento, o qual a organização pretende seguir, com produtos e serviços que objetiva oferecer, com mercados e clientes que busca atingir. Assim, a opção pelo planejamento estratégico no SUS proporcionará que um rol de compromissos seja estabelecido, reduzindo o impacto da dependência política que os gestores sofrem e, ao mesmo tempo, fortalecer a importância relativa ao desenvolvimento de consensos, apontando para um processo contínuo de avaliação e de monitoramento (MAXIMIANO, 2006; BRASIL, 2009).

2.2 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Quando uma organização estabelece objetivo e metas, buscando alcançá-los, possui a essência de sua existência, do que quer e aonde pretende chegar. Diversos conceitos estão sendo aplicados para o termo planejamento, mas, em síntese, pode ser compreendido como uma atividade de definição de um futuro desejado, de uma situação ou de um objetivo, estabelecendo meios para seu alcance. Sendo, essencialmente, compreendido como a existência de alternativas, frente a um grande processo de tomada de decisões (DRUCKER, 1998; MAXIMIANO, 2004).

O planejamento é compreendido como a primeira das funções administrativas, determinando, antecipadamente, quais são os objetivos a serem atingidos e como podem ser alcançados. Estabelece-se por um processo contínuo e dinâmico de ações integradas para a consecução de objetivos futuros. A aplicação apropriada permite que, de forma eficaz, as organizações, não somente se antecipem à tomada de decisão em problemas futuros, mas também participem de um processo que produza efeitos e consequências futuras (CHIAVENATO, 2004; OLIVEIRA, 2006).

As organizações atuais apresentam o planejamento de acordo com as suas estruturas, de modo que possa ser percebido como um processo gerencial de desenvolvimento e de manutenção de uma direção estratégica, alinhando as metas e os recursos da organização. Além disso, o planejamento se apresenta intrinsecamente ligado às estratégias da organização, como a missão, a visão e os valores. A missão e a visão servem, portanto, de critérios gerais para orientar a

tomada de decisão, definir os objetivos e ajudar na escolha das decisões estratégicas (TAVARES 2000; OLIVEIRA, 2005).

Nesse contexto, as organizações públicas também podem considerar o planejamento para o atingimento de suas metas e objetivos. Saldanha (2006) reforça que a gestão pública precisa ser compreendida de uma forma dinâmica, por meio de um processo decisório, cujos princípios estáticos estão envolvidos por uma sociedade que se modifica, com regras e práticas, que se alteram no tempo e no espaço.

Diante dessa tendência de planejamento para a gestão pública, as organizações públicas da saúde não devem considerar que os atores sejam reduzidos à figura do “homem econômico”, “do homem social” ou do “homem organizacional”, de modo que as teorias que orientam a administração pública consideram um amplo entendimento, no qual enfatizam o confronto das racionalidades diversas de forma tensa e dialética. Portanto, é nesse cenário que as organizações públicas devem percorrer para um processo dinâmico de construção de sujeitos coletivos (CHIAVENATO, 1993; RIVERA, 1995; MERHY, 1995).

Na América Latina, o planejamento começou a ser discutido apenas no fim dos anos de 1948 quando passou a ter um direcionamento, por meio da Comissão Econômica da América Latina que o considerava como uma atividade governamental, com a finalidade de romper a dependência dos países americanos, frente às economias desenvolvidas, para induzir o seu crescimento econômico. Nesse sentido, o planejamento estatal passou por três grandes fases: o seu auge (décadas de 1940 a 1970), declínio (décadas de 1980 e 1990) e retomada (primeira década do século XXI) (CARDOSO JR; PINTO; LINHARES, 2010).

Porém, esse modelo posto na América Latina enfrentou críticas por omitir os aspectos políticos inerentes ao setor de saúde, além de outros problemas, como o subfinanciamento, a reduzida capacidade de regulação do estado, a baixa coordenação dos serviços, o alto nível de privatização dos sistemas de saúde, caracterizados pelo planejamento normativo e centrados no raciocínio econômico e administrativo (RIVERA; ARTMANN, 2012).

A Declaração de Alma-Ata, realizada em setembro de 1978, inseriu na agenda internacional a necessidade do desenvolvimento e da cooperação às ações em saúde com foco na atenção primária. A partir desse momento, houve a convergência relativa à busca de um planejamento integrado das ações de desenvolvimento econômico e

social e com profissionais capazes de planejar, estruturar, gerenciar e ofertar novos modos de cuidar (PIRES-ALVES; CUETO, 2017).

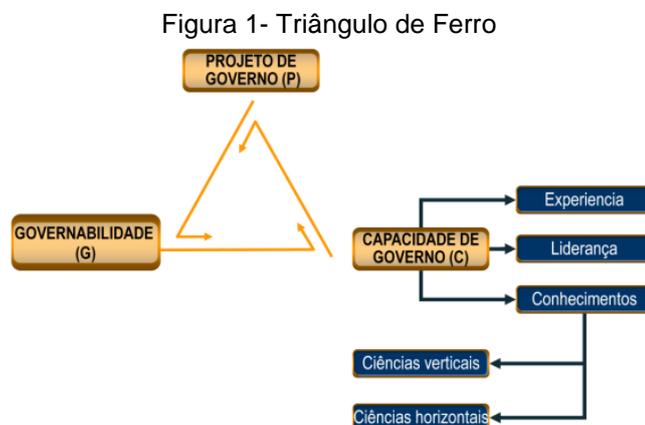
Devido aos estudos clássicos, produzidos por autores como o planejador chileno Carlos Matus, o planejamento começa a ser inserido na agenda da saúde com conceitos e métodos que pudessem ser aplicados. A concepção de planejamento matusiano parte da articulação entre planejamento e governo, por meio de uma ferramenta útil, flexível e eficaz, com o propósito de lidar com as necessidades de direção para administração pública (AZEVEDO, 1992). No Brasil, Giovanella (1991) foi uma das pioneiras no tratamento do planejamento para enfrentamento dos constantes desafios relacionados ao nascimento de uma política pública de saúde.

A sistematização do planejamento estratégico matusiano tinha a concepção de que o planejamento entenderia os problemas de saúde, apresentando apenas alguns elementos socialmente determinados. Assim, o planejamento estratégico começava a ser trilhado, interessando-se pelo comportamento dos atores sociais, com ênfase nas relações de poder e consideração das práticas de saúde enquanto práticas ideológicas. Esse planejamento também se organizava através de políticas formuladas, planos, programa e projetos, ou de modo não estruturado, isto é, como um cálculo ou um pensamento estratégico (GIOVANELLA, 1991; TESTA 1995; MATUS, 1996; PAIM; TEXEIRA, 2006).

Pelo prisma de Carlos Matus, a gestão pública se assemelha a um jogo social, no qual o cidadão vota por promessas sobre os resultados. Esses resultados conferem ao governo uma maior credibilidade. Para a produção desses resultados, o autor elenca as seguintes dimensões: uma alta capacidade de governo; bom desenho do aparelho público; projeto de governo compatível com a capacidade institucional da organização; contexto situacional coerente com o projeto de governo; e, por fim, sorte. Porém, descartando a variável sorte e reordenando algumas outras, as dimensões podem ser resumidas a três variáveis (MATUS, 2006).

Essas três variáveis constituem para Matus o chamado “*triângulo de ferro*”, sintetizado pelo: projeto de governo que é compreendido pela proposta de meios e objetivos de mudança para uma situação desejada; a capacidade de governo que trata da habilidade para alcance dessas mudanças; por fim, a governabilidade como o caminho que o governo deve percorrer o sistema de direção e de planejamento. Este último tem como termômetro o grau de aceitação ou rechaço do projeto frente à

sociedade. É importante destacar que, apesar de estarem fortemente entrelaçadas, essas variáveis são dimensões distintas (MATUS, 1996).



Fonte: Matus (1996).

O autor destaca ainda a aptidão dos diferentes atores sociais que está intrinsecamente relacionada ao domínio das técnicas de planejamento. Nesse aspecto, a capacidade de desenvolvimento do governo remete ao aperfeiçoamento dos métodos, técnicas e habilidades de planejamento, com vistas à manutenção da qualidade, da profundidade e da sistematicidade no “cálculo que precede e preside a ação”. A partir de então, se estabelece a compreensão de que há a inserção dos momentos ao processo de planejamento, os quais se dividem em: o momento explicativo, o normativo, o estratégico e o estático-operacional. O método reforça que governar é enfrentar problemas, não na perspectiva de eliminação, mas, sobretudo, modificá-los por outros de menor valor, assim, o planejamento proposto trabalha com a noção de problemas relevantes, prioritários e estratégicos (MATUS, 1996).

Ao considerar as perspectivas de que o planejamento interfere na capacidade de gestão, a sua introdução no Sistema Único de Saúde começou ainda na gestação e suas disposições foram difundidas paulatinamente, por meio de uma série de dispositivos legais, normas, protocolos e regras com foco no planejamento, monitoramento e avaliação para o alcance de objetivos e metas com a redução da capacidade de improvisação (SANTOS; LEITE; SILVA, 2018).

O planejamento em saúde busca contemplar as necessidades humanas, orientando a identificação e a resolução de problemas que afetam a sociedade. Para Paim e Teixeira (2006), esses problemas podem ser denominados de “estado de saúde” e de “serviços de saúde”. O primeiro se refere aos agravos, doenças, acidentes

e outras adversidades que atingem os usuários e, o segundo contempla as situações que envolvem infraestrutura, organização, gestão, financiamento e outros. Assim, o planejamento lida com situações que envolvem diretamente as necessidades humanas e dos serviços para o seu atendimento.

Embora tenha tomado um caráter normativo, o planejamento no SUS caminhou ao lado das tentativas para organização do sistema e, mais recentemente, para a regionalização dos serviços de saúde, ancorados no princípio da descentralização, o qual confere uma maior autonomia dos níveis locais (CARNEIRO; FOSTER; FERREIRA, 2014; KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

Essa maior autonomia permite aos municípios aplicarem os instrumentos de planejamento, de acordo com as suas realidades, para melhor alocação e distribuição de recursos, de forma ascendente e participativa, sendo de fato eficaz quando a ação planejada for realizada, aumentando a capacidade produtiva e reduzindo as chances de imprevistos (WEILER; MENDES, 2016).

Essa formulação de planejamento ascendente e participativo aproxima o planejamento do conceito de processo de trabalho e permite abordá-lo como organizador de saberes e práticas. E, assim, extrapola o próprio arcabouço normativo, contribui diretamente para o exercício da cidadania e posiciona o ator não somente como usuário, mas também como coparticipante do processo de planejamento e das políticas de saúde de seu território (SILVA et al., 2015).

Todavia, sejam cada vez mais reconhecidas a efetividade dos espaços de participação e as maneiras de potencializá-los. Um dos aspectos a ser considerado é o atendimento aos seus objetivos e a possibilidade de estar ancorados no planejamento da gestão do SUS, influenciando os processos de tomada de decisão dos gestores, mesmo que esses hajam sido negados (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017).

Embora os gestores do SUS reconheçam a importância de planejar as ações, de forma ascendente e participativa, praticam o planejamento muito mais voltado para a manutenção do sistema vigente, fortemente atrelado a exigências do âmbito federal, no que se refere à elaboração e ao preenchimento de planos e planilhas e, às questões cotidianas que se sobrepõem no processo de trabalho, configurando, por exemplo, a prestação de contas frágil. Apesar disso, ainda é observado um alto grau de compartilhamento das decisões, quando se trata do planejamento regional por esses gestores (SILVA; et al., 2015; JUNIOR; SHIMIZU, 2015).

A proposta do planejamento regional tem apresentado avanços, considerando a CIR como um espaço de relação mútua entre gestão municipal e estadual. Embora haja a interferência dos aspectos políticos frente aos técnicos, além da baixa capacidade de monitoramento que dificulta o controle com os prestadores locais, interferindo, assim, nos avanços para consolidação de um arranjo organizacional (MEDEIROS; SALDANHA et al., 2017).

Além disso, a consolidação de um planejamento regional precisa estar com as estratégias fincadas na descentralização. Em contraponto, compromete a adaptação às diversas realidades, deixando de considerar o papel das esferas estaduais e acentuando as atribuições dos municípios na oferta de serviços (VIANA; LIMA, 2014).

É essa conjuntura que determina o entrelaçamento do planejamento de saúde por uma gestão baseada em resultados, na avaliação em saúde e na transparência pública. As inúmeras abordagens sobre a gestão por resultados possibilitam verificar os resultados perseguidos pela organização e como podem ser medidos através da atribuição de sua responsabilidade, pois um sistema de medição de desempenho organizacional bem construído é capaz de alinhar toda a organização em torno da estratégia organizacional (KAPLAN; NORTON, 1997; PAULO, 2016).

Na perspectiva de uma gestão baseada em resultados no SUS, a recente e inovadora publicação da Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018 dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e da organização de macrorregiões de saúde. Esse documento propõe a construção de um plano regional em que sejam expressas as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território, respeitando os aspectos das Redes de Atenção à Saúde, da LC 141/2102 e de acordo com os planos de saúde de cada ente federado (BRASIL, 2018).

As Regiões de Saúde, uma vez fortalecidas, tornaram-se um dos principais locais para a governança que envolve a saúde do território e a possibilidade de promover novos arranjos mediante necessidade e especificidades. Essas áreas de atuação, alicerçadas por um processo de planejamento regional, possuem uma maior capacidade de contribuir para a governança em saúde, principalmente, em relação ao alcance de uma melhor alocação e distribuição de recursos na região, utilizando como ferramentas os diagnósticos epidemiológicos e as necessidades de saúde para o enfrentamento dos desafios atuais (MEDEIROS, 2013; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; VIANA; LIMA, 2013).

2.3 REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE

A operacionalização do Sistema Único de Saúde começou a ser discutida no sentido de promover a descentralização dos serviços de saúde, visando a maior cobertura e igualdade do acesso à população, com direção única em cada esfera de governo. Nesse sentido, o termo descentralização passou a carregar muitos significados, os quais fornecem elementos para compreensão do processo de regionalização da política de saúde, por meio de diferentes mecanismos e instrumentos normativos (DUARTE, PESSOTO et al., 2015).

A descentralização estava ligada diretamente à racionalidade econômica sistêmica, a partir da qual foi percebido que nem todos os municípios deveriam ter a oferta de todos os serviços. Além disso, está associada ao enfrentamento aos desafios postos nos municípios, sobretudo, no acesso aos serviços de saúde, na gestão compartilhada e no planejamento ascendente (CARNEIRO; FOSTER; FERREIRA, 2014).

A avaliação das políticas de regionalização, induzidas no início do ano 2000, foi ancorada na agenda da gestão federativa, do território, da região e das redes e governança, corroborando a necessidade de superação desses desafios, podendo contribuir para o direcionamento político das proposições e práticas em curso na gestão do Sistema Único de Saúde (RIBEIRO, 2015).

Nesse sentido, normativas federais tiveram o intuito de promover a organização do SUS por meio de um processo de descentralização. Essas normativas incluem as Normas Operacionais Básicas, a Norma Operacional de Assistência à Saúde, o Pacto de Gestão e o Decreto 7.508, de 28 de julho de 2011. Assim, diante de todas essas normativas, foi percebida uma mudança de uma gestão centralizadora para um modelo de governos municipais (LIMA et al., 2014; ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Dentre as normativas mencionadas, o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 merece destaque ao regulamentar a Lei Orgânica do SUS, trazendo um novo modelo de gestão e, dispondo sobre a formação das regiões de saúde organizadas em redes de atenção à saúde. Trata também sobre o planejamento da saúde, de forma ascendente, compatibilizando as necessidades de saúde com as disponibilidades financeiras; institui a Comissão Intergestores Tripartite, a Comissão Intergestores Bipartite e a Comissão Intergestores Regional como instâncias de articulação interfederativa; e, estabelece a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde e

o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde como instrumentos jurídicos para formalização dessas articulações (BRASIL, 2011).

O caminho da descentralização e autonomia dos entes federados na execução das ações e serviços de saúde passou, portanto, a enfrentar-se. É nesse prisma que a regionalização se fundamenta como uma estratégia para responsabilização sanitária, juntamente com a perspectiva de fortalecer a autonomia municipal, por meio de um novo cenário na condução das políticas sociais, particularmente as de saúde (LOBATO; MARTICH; PEREIRA, 2016).

As regiões de saúde podem ser compreendidas como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento 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).

Assim, a regionalização se tornou uma das principais estratégias para lidar com a dimensão territorial da universalização da saúde no planejamento e gestão do SUS. A formação das regiões de saúde é imbuída dos aspectos sociais e políticos de uma determinada realidade. Justamente neste sentido que a conformação da regionalização da saúde no Brasil tem um caminho trilhado em constantes ajustes (ALBUQUERQUE, 2013).

A regionalização passa a ser considerada como uma mudança na autonomia das ações, através da redistribuição de poder na política de saúde, envolvendo novos atores, objetos, normas e processos em uma relação direta entre governados e liderados, a partir da percepção de ideologias e de diferentes orientações na tomada de decisão (VIANA; LIMA, 2011).

No cenário da regionalização, as regiões de saúde são conformadas para fins de planejamento regional e não se configuram como um novo ente, pois dependem da capacidade e autonomia dos três entes de governo. Sendo iniciadas pela delimitação sobre o território, de suas redes e especificidades, integrando e coordenando o sistema de saúde regional. Essas redes são indissociáveis da formação das regiões de saúde, ainda que possam abrigar diversidades e desigualdades com demandas e interesses conflituosos (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

De certo modo, é destacada a importância do arranjo regional, sobretudo, na dimensão territorial para o processo de regionalização da política de saúde. Ancorado

na divisão das responsabilidades e dos recursos na rede de atenção à saúde, visando não somente à racionalização das ações e serviços de saúde, mas à permissão de ganhos quando relacionados à economia de escala. O formato desse arranjo regional deve permitir a pactuação entre os entes federados, com maior enfoque nos municípios, nos quais são de onde parte a maior necessidade dos usuários e que exigem uma quantidade mínima de ações e serviços para serem ofertados (MENDES, 2011; MENDES; LOUVISON et al., 2015).

São considerados ainda como elementos essenciais, na região de saúde, à governança executiva e política, o planejamento integrado regional, as comissões Intergestoras, os mapas de saúde, o sistema informatizado de dados sanitários, terapêuticos, diagnósticos, dentre outros. As redes regionalizadas passam a ser, e então, o encontro da esfera local com a regional como instância resolutive, abrangente e com potencialidades para o desempenho da condução e oferta do cuidado para além dos limites municipais (ALMEIDA; SANTOS et al., 2016; SANTOS, 2017).

O território regionalizado compartilha das estruturas e serviços, considerando as peculiaridades de cada município, que pactuam entre si, arranjos capazes de beneficiar o acesso aos serviços de saúde, ou no enfrentamento dos vazios assistenciais. Além disso, torna-se uma alternativa ao enfrentamento dos desafios postos na realidade do SUS atual. Esses desafios ainda carecem de discussão para uma reflexão e intensificação do debate, que poderão ser traduzidos na produção de avanços e no rompimento dos interesses individuais e corporativistas (MENDES; LOUVISON, 2015).

A regionalização tornou-se uma realidade dos entes federativos, sujeitos a uma série de desafios comuns e a realidades avessas, tendo as comissões intergestoras como espaços valorizados de inovação, mas que ainda buscam a superação burocrática e clientelista (MELLO; PEREIRA; UCHIMURA, 2017).

O processo de regionalização tem, dessa forma, a possibilidade de interferir positivamente no acesso universal aos serviços de saúde, mediante o respeito ao planejamento e à organização da rede de atenção à saúde com suas respectivas realidades regionais, homogeneizando os serviços, de acordo com as demandas encontradas, e otimizando os recursos humanos e tecnológicos (LIMA et al., 2012).

Porém, a regionalização é um processo complexo, o qual envolve diferentes aspectos, como o federalismo tripartite, as desigualdades e diversidades territoriais, as transformações socioeconômicas ocorridas nas últimas décadas e a multiplicidade

de agentes (governamentais e não governamentais; públicos e privados) envolvidos no financiamento, na gestão, na provisão de insumos e na prestação de ações e serviços que devem ser considerados pelos atores envolvidos (LIMA; VIANA; MACHADO, 2014).

Os significativos avanços no processo de regionalização não são, por si sós, suficientes para a garantia de um processo de descentralização de recursos que gere maior autonomia para as regiões de saúde e dos municípios. Além disso, as tentativas legais, para formação das regiões de saúde, não foram suficientes para acabar com o caráter clientelista, privatista e ineficiente do Estado Brasileiro (SANTOS; JÚNIOR et al., 2015; SANTOS;CAMPOS, 2015).

É importante salientar que a saúde pública, ao estimular o avanço do processo de regionalização, mesmo com problemas já diagnosticados, protagoniza uma estratégia política respeitável. Ao, de modo justo, propor as pactuações regionais, assegura uma construção política que deve favorecer os atores locais e os gestores federados no enfrentamento dos desafios relativos à oferta das ações e serviços de saúde (MENDES; LOUVISON et al., 2015).

A lógica estrutural da região de saúde permite que outros elementos sejam necessários, ao serem alicerçados pelas redes de atenção à saúde, partindo do pressuposto de sua organização quanto ao modo hierarquizado e de sua complexidade tecnológica, necessárias para o diagnóstico e tratamento da população. E, por último, partindo da atenção primária em saúde como coordenadora e ordenadora do cuidado, sendo a porta de entrada do sistema e agindo no elo entre a rede e os demais serviços (SANTOS, 2017).

Por isso, a compreensão dos desafios postos está também contida na antiga dicotomia entre a saúde coletiva e a individual, arraigada na história da saúde pública brasileira. Essa compreensão precisa partir da identificação de diferentes racionalidades que conduzem o processo de regionalização e que ainda estão em curso. Nesse sentido, pensar em regionalização não pode, de nenhuma forma, deixar de estabelecer os nexos entre as condições de vida e saúde, ou seja, deixar de considerar os determinantes sociais (DUARTE; PESSOTO et al., 2015).

É, portanto, necessário que a organização do processo de regionalização, vise a resolver as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde, sobretudo, nos territórios. Ademais, é preciso que possibilite a existência de uma

integração entre os serviços, instituições e práticas que facilitem e desenvolvam arranjos mais cooperativos (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar a configuração da governança e do planejamento em saúde na esfera da II Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a II Região de Saúde do Estado de Pernambuco com relação aos instrumentos de planejamento, aplicação de recursos e ao mapa da saúde;
- Verificar as principais potencialidades e os desafios para a execução do planejamento em saúde na região;
- Avaliar os mecanismos de governança exercidos pelos gestores;
- Investigar as relações específicas de governança e de planejamento tratadas pela Comissão Integestores Regional.

4 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta uma descrição detalhada do percurso metodológico realizado. Considera-se o conjunto de métodos e técnicas utilizados que objetivaram responder o questionamento da pesquisa: Como se configuram o planejamento e a governança em uma região de saúde?

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

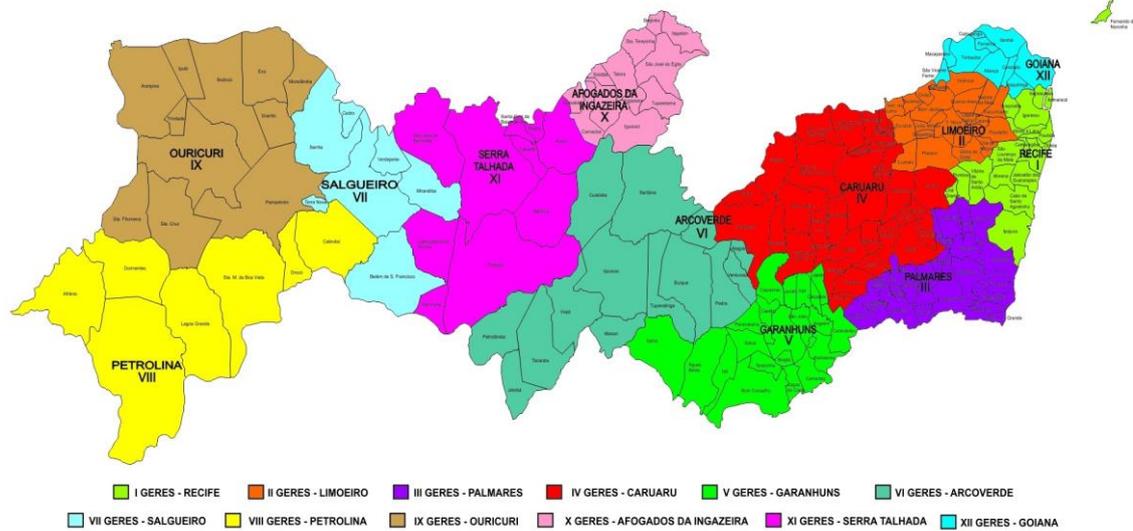
Trata-se de uma pesquisa exploratória que optou por uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa apresenta uma resposta para questões particulares, preocupando-se, nas ciências sociais, com um nível da realidade, não sendo possível quantificá-la. Essa abordagem atua no universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo na relação dos processos e fenômenos (MINAYO, 1994).

A tipologia selecionada foi um estudo de caso, o que possibilitou a imersão na realidade regional de saúde, a partir de seus aspectos e peculiaridades, quanto ao planejamento e governança em saúde. O estudo de caso pode ser tratado como uma importante estratégia metodológica para a pesquisa em ciências humanas. Permite ao pesquisador um aprofundamento no fenômeno estudado e favorece a percepção de difíceis fatores para serem enxergados “a olho nu”. Assim, o estudo de caso admite uma visão holística ao pesquisador, acerca dos acontecimentos, com forte destaque ao caráter de investigação empírica e aos fenômenos contemporâneos (YIN, 2005).

4.2 AMBIENTE DO ESTUDO

O Estado de Pernambuco é uma das 27 unidades federativas da República Federativa Brasileira. Possui uma população estimada para o ano de 2018 de 9.496.294 habitantes. A divisão territorial está estruturada em doze Regiões de Saúde, organizadas a partir quatro macrorregiões e onze microrregiões de saúde, conforme o PDR.

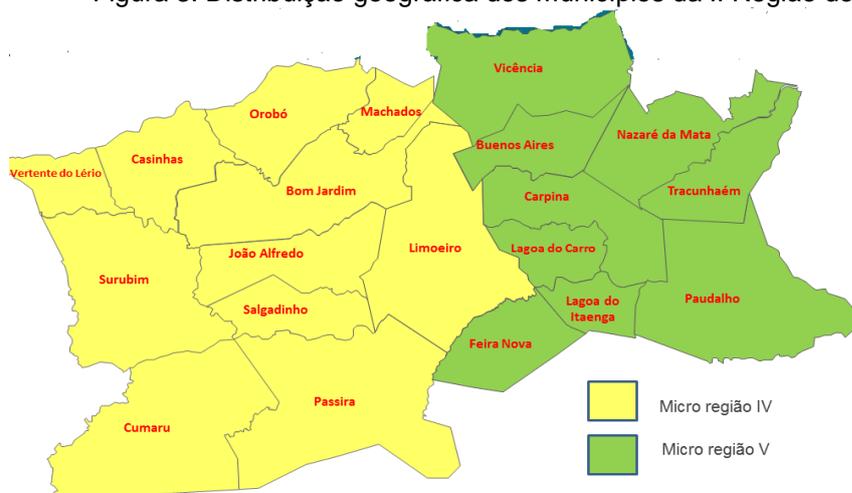
Figura 2. Regiões de Saúde de Pernambuco



Fonte: Plano Diretor de Regionalização, 2011.

O estudo foi realizado na Segunda Região de Saúde do Estado de Pernambuco, composta por 20 municípios (Figura 2). Possui uma população estimada para o ano de 2018 de 596.974 habitantes. A sede se situa em Limoeiro e inclui a microrregião IV, com sede em Surubim/Limoeiro, e a microrregião V, com sede em Carpina/Paudalho. A coordenação dessa região é realizada pela II Gerência Regional de Saúde de Pernambuco - GERES que é a estrutura organizacional do ente estadual.

Figura 3. Distribuição geográfica dos municípios da II Região de Saúde de Pernambuco.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização, 2011.

4.3 PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa foi iniciada no mês de maio de 2018 e finalizada no mês de dezembro de 2018.

4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

4.4.1 Inclusão

Estar exercendo a função de Gestor (a) Municipal de Saúde na II Região de Saúde de Pernambuco no período de referência do estudo.

4.4.2 Exclusão

Apresentar episódios de afastamento da função na Gestão no período de referência supracitado.

4.5 SUJEITOS DA PESQUISA

Para a realização das entrevistas, o estudo considerou 20 gestores municipais de saúde da II Região de Saúde. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram habilitados 14 gestores municipais de saúde com uma perda, após várias tentativas de agendamento pelo pesquisador, totalizando 13 entrevistados.

4.6 COLETA DOS DADOS

4.6.1 Técnica da Entrevista

Foi utilizada a técnica da entrevista, a partir de instrumento/roteiro não estruturado, contendo quatro perguntas (Apêndice B) sobre a percepção do sujeito acerca do planejamento em saúde; entraves e facilidades; e, governança e tomada de decisão. Após a validação do instrumento, foram realizadas as entrevistas com os sujeitos. O procedimento durou cerca de 40 minutos e foi aplicado *in loco* nas respectivas Secretarias Municipais de Saúde. Os sujeitos assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram gravadas com consentimento dos entrevistados e, posteriormente, transcritas.

Durante as entrevistas, considerou-se a espontaneidade do sujeito pesquisado, permitindo a explanação sobre a temática questionada sem interferências. Após a conclusão e, percebida a necessidade de maior aprofundamento sobre algum assunto mencionado, o pesquisador realizava algum questionamento acerca do assunto, para maior aprofundamento do entrevistado.

A equipe de pesquisa para realização da coleta de dados foi constituída pelo pesquisador responsável juntamente com 3 auxiliares, que foram calibrados a partir de uma reunião norteadora para aplicação do instrumento.

Nas ciências sociais, a entrevista tem sido uma das técnicas de coleta de dados mais amplamente utilizadas, por permitir a identificação de informações relacionadas aos mais diversos aspectos da vida real, proporcionando a melhor situação para desenvolver uma estreita relação entre as pessoas (GIL, 2010).

4.6.2 Técnica de Análise Documental

Foram selecionados como fonte para aplicação da técnica, os seguintes documentos:

- a) Plano Diretor de Regionalização;
- b) Mapa da saúde da II Região de Saúde;
- c) Pautas e atas das reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) da II Região de Saúde. Foram obtidas na Coordenação de Planejamento e Regulação da II GERES. Consideraram-se 16 atas referentes aos anos de 2017 e 2018.

A pesquisa documental possui algumas vantagens, pois dispõe de uma fonte rica e estável de dados, não implica altos custos e possibilita, ainda, uma leitura aprofundada das fontes. A técnica possui como objetivo analisar e representar, de forma compactada, as informações sobre os elementos pesquisados, construindo, desse modo, um segundo documento com o máximo de informações pertinentes sobre a temática estudada (GIL, 2002; BARDIN, 2011).

4.6.3 Categorias de Análise

A partir do aprofundamento no referencial teórico, consideraram-se as seguintes categorias de análise: governança, planejamento, regionalização e financiamento.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para o processamento e análise dos dados foram selecionadas as técnicas abaixo destacadas:

- a) No caso das entrevistas, as falas naturais foram registradas em uma matriz para condensação, classificadas de acordo com as categorias de análise e associadas a cada objetivo específico do estudo (Apêndice D). Também foi utilizada a técnica interpretativa para viabilizar o diálogo entre a interpretação do entrevistador e as falas naturais ancoradas no referencial teórico.
- b) Ordenação dos dados para a sistematização da análise documental no quadro explicativo, composto por colunas, associando o documento ao procedimento de coleta de dados e o instrumento para registro, de acordo com a figura abaixo:

Quadro 1. Sistematização da análise documental

Documento	Procedimento De Coleta	Instrumento para Registro e Análise
Atas/Pauta	Extração De Núcleo De Sentido	Matriz de Registro

Procedeu-se da avaliação preliminar de cada documento, sob o olhar dos seguintes elementos: contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto e conceitos-chave. A apuração foi realizada por meio de uma leitura detalhada, utilizando a análise crítica dos documentos com sua caracterização, descrição e comentários, assim como, efetuando o levantamento de assuntos recorrentes, codificação, decodificação, interpretação e inferência. Todas as ações relacionadas ao objeto de estudo, identificadas nos documentos, foram destacadas. Dessa forma, operou-se uma releitura dos parágrafos acentuados e uma organização na matriz de registro, utilizando o programa @Microsoft Excel 2007.

4.7.1 Análise de Conteúdo

A análise de conteúdo teve o propósito de entender o pensamento do sujeito pesquisado, através do conteúdo expresso no texto, em uma clara compreensão de linguagem conforme aborda Caregnato e Mutti (2006). As entrevistas foram processadas por meio das planilhas de condensação de significados. As falas mais frequentes ou que obtiveram maior destaque na percepção do pesquisador foram comparadas com a literatura existente sobre o tema.

A técnica se baseou na metodologia proposta por Bardin (2011) que estabelece três grandes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. A análise de conteúdo das entrevistas com os gestores municipais de saúde permitiu identificar os aspectos que estes julgam sobre os principais desafios e potencialidades para o exercício do planejamento e governança na região de saúde.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Considerando o respeito à dignidade humana e a especial proteção destinada aos participantes das pesquisas científicas, envolvendo seres humanos, o presente estudo observou as normas da **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012, como também, foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa sob o CAEE: 90828718.7.0000.5208.

As entrevistas foram voluntárias e ocorreram em ambiente fechado, o que permitiu a livre manifestação dos participantes, sem interferências paralelas que atrapalhassem a aplicação do instrumento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi levado pelo pesquisador antes da aplicação do instrumento, em seguida, foi requisitada a assinatura dos sujeitos.

5 RESULTADOS

Os resultados da presente pesquisa foram sistematizados no seguinte artigo: A Governança e o Planejamento na Perspectiva Regional de Saúde.

5.1 INTRODUÇÃO

A trajetória da descentralização, como princípio organizativo no SUS, tomou corpo por meio de normas legais instituídas pelo Ministério da Saúde, através das Normas Operacionais Básicas (NOB), Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e Pacto pela Saúde. Tal princípio foi marcado pelo processo de municipalização, incentivando os municípios a ampliarem seus serviços de saúde com o objetivo de garantir a universalidade do sistema (LIMA; VIANA; MACHADO, 2014; MENDES; LOUVISON, 2015).

Porém, tais estratégias não foram capazes de se adequar às diversas realidades dos territórios, uma vez que a desconsideração do papel das esferas estaduais acentuou as atribuições dos municípios na execução dos serviços. Nesse cenário, o Decreto 7.508/2011 permitiu uma nova roupagem para a descentralização, a qual passou a se conformar no espaço da gestão regional, pautada no território e na cooperação entre atores envolvidos, tomando como premissa a coordenação de políticas que integrassem as pautas de planejamento e de gestão para as dinâmicas territoriais (LIMA; VIANA; MACHADO, 2014; SANTOS, 2017).

O reflexo da descentralização do SUS garantiu uma maior autonomia dos entes federativos nos processos decisórios. Permitiu que a governança fosse trilhada, a partir de arranjos que compartilhassem objetivos comuns, ancorados na tutela do acesso universal à saúde. Essa concepção admite que a governança no SUS possa ser aportada em um modelo de rede colaborativa (MILAGRES; SILVA; REZENDE 2016).

A condução dessa governança pode ser compreendida pelo termo governança territorial, que expressa as iniciativas ou ações territoriais organizadas pelos municípios, estados, regiões e união para conduzir temáticas de interesses coletivos, a partir do envolvimento conjunto e cooperativo de diferentes atores sociais, econômicos e institucionais (DALLABRIDA, 2011).

Desse modo, as Regiões de Saúde, uma vez fortalecidas, tornaram-se um dos principais locais para a governança, que envolve a saúde do território, com a possibilidade de promover novos arranjos mediante as necessidades e as especificidades. Tal fortalecimento requer das regiões de saúde um processo de planejamento regional, por meio de uma capacidade de contribuir para a uma melhor alocação e distribuição de recursos na região (MEDEIROS, 2013; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; VIANA; LIMA, 2013).

As redes regionalizadas passam a representar o encontro da esfera local com a regional como instância resolutive, abrangente e com potencialidades para o desempenho da condução e oferta do cuidado para além dos limites municipais (ALMEIDA; SANTOS et al., 2016; SANTOS, 2017).

Nessa perspectiva, os gestores precisam estar preparados para atuar em um ambiente complexo, considerando a necessidade de tecnologias apropriadas e de competências coordenadas entre os entes federativos e precisam estar conectados com os saberes da sociedade, responsabilizados pela alocação dos recursos e insumos, de forma efetiva, que traduzam em uma boa prestação de serviço aos usuários (SANTOS; LEITE; SILVA, 2018).

A partir dessa perspectiva relativa à governança, quanto à condução do sistema de saúde local, é que se reforça o entendimento para a abertura de mecanismos capazes de ofertar respostas às demandas de saúde com relevantes aspectos regionais. Assim, a tomada de decisão na saúde possui um grande impacto, uma vez que envolve estrutura, processos de produção e ações e serviços de saúde. Ademais, precisa de ações coordenadas entre os níveis de complexidade (atenção primária, média complexidade e alta complexidade), com vistas à avaliação dos produtos finais e dos resultados a serem alcançados (SANTOS, 2017; MENDES, 2010; SILVA et al., 2012).

Dentre os aspectos que devem ser considerados, a partir da necessidade de pautar a efetividade dos espaços de participação, chama a atenção aqueles de atendimento aos objetivos e de embasamento no planejamento da gestão do SUS, de modo que influenciem os processos de tomada de decisão dos gestores, mesmo que estes tenham sido negados (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017).

Nesse contexto, o planejamento em saúde busca contemplar as necessidades humanas, orientando a identificação e a resolução de problemas que afetam a sociedade. Para Paim e Teixeira (2006), esses problemas podem ser denominados

de “estado de saúde” e “serviços de saúde”. O primeiro, se refere aos agravos, às doenças, aos acidentes e às outras adversidades que atingem os usuários. O segundo se relaciona às situações que envolvem infraestrutura, organização, gestão, financiamento e outros. Assim, o planejamento lida com contextos que se relacionam diretamente às necessidades humanas e dos serviços para o seu atendimento.

Para tanto, o planejamento deve partir da formulação de um processo ascendente e participativo, o qual se aproxime do conceito de processo de trabalho e permita abordá-lo como organizador de saberes e práticas. E, então, extrapolar o próprio arcabouço normativo e contribuir diretamente para o exercício da cidadania, permitindo o posicionamento do usuário como coparticipante do processo de planejamento e das políticas de saúde de seu território (SILVA et al., 2015).

Porém, os significativos avanços no processo de regionalização não são, por si sós, suficientes para a garantia de um processo de descentralização de recursos que gere maior autonomia para as regiões de saúde e dos municípios. Além disso, as tentativas legais, para formação das regiões de saúde, não foram suficientes para acabar com o caráter clientelista, privatista e ineficiente do Estado Brasileiro (SANTOS; JÚNIOR et al., 2015; SANTOS;CAMPOS, 2015).

Nesse sentido, o presente estudo tem o objetivo de analisar a configuração da governança e do planejamento em saúde na esfera da II Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

5.2 METODOLOGIA

A tipologia selecionada foi um estudo de caso, o que possibilitou a imersão na realidade regional de saúde, a partir de seus aspectos e peculiaridades, quanto ao planejamento e governança em saúde (YIN, 2005).

O estudo foi realizado na II Região de Saúde do Estado de Pernambuco, composta por 20 municípios. Como critérios de inclusão para as entrevistas, apenas foram selecionados os gestores municipais de saúde que estivessem exercendo a função Saúde na II Região de Saúde de Pernambuco, no período de referência do estudo, e como critério de exclusão, o candidato que apresentasse episódios de afastamento da função na Gestão nesse período de referência. Para a realização das entrevistas, o estudo considerou 20 gestores municipais de saúde da II Região de

Saúde. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram habilitados 14 gestores municipais de saúde com uma perda, totalizando 13 entrevistados.

Foi utilizada a técnica da entrevista, a partir de instrumento/roteiro, não estruturado sobre a percepção do sujeito acerca do planejamento em saúde, entraves e facilidades, governança e tomada de decisão. Após a validação do instrumento, foram realizadas as entrevistas com os sujeitos. O procedimento durou cerca de 40 minutos e foi aplicado *in loco* nas respectivas Secretarias Municipais de Saúde. Os dados coletados, a partir das entrevistas, foram interpretados por meio das planilhas de condensação de significados. As falas mais frequentes ou que obtiveram maior destaque na percepção do pesquisador foram comparadas com a literatura existente sobre o tema. A técnica se baseou na metodologia proposta por Bardin (2011), que estabelece três grandes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. A análise de conteúdo das entrevistas com os gestores municipais de saúde permitiu identificar os aspectos que estes julgam sobre os principais desafios e potencialidades para o exercício do planejamento e governança na região de saúde.

Além disso, o estudo utilizou a sistematização da análise documental das atas e pautas das reuniões da CIR, conforme o quadro explicativo, composto por colunas, associando o documento ao procedimento de coleta de dados e o instrumento para registro. A análise documental é considerada uma operação ou um conjunto de operações com o objetivo de representar o conteúdo de um documento com um olhar diferente do original, de modo que facilite, posteriormente, sua consulta e sua referência (BARDIN, 2011).

Quadro 1- Sistematização da análise documental

Documento	Procedimento De Coleta	Instrumento para Registro e Análise
Atas/Pauta	Extração de Núcleo de Sentido	Matriz de Registro

Fonte: Próprio autor

Procedeu-se da avaliação preliminar de cada documento, sob o olhar dos seguintes elementos: contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto e conceitos-chave. A apuração foi realizada por meio de uma leitura detalhada, utilizando a análise crítica dos documentos com sua caracterização, descrição e comentários, assim como, efetuando o levantamento de assuntos recorrentes, codificação, decodificação, interpretação e inferência. Todas as ações relacionadas ao objeto de estudo, identificadas nos documentos, foram destacadas.

Os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram gravadas com consentimento dos entrevistados e, posteriormente, transcritas. O presente estudo observou as normas da **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012, como também, foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa sob o CAEE: 90828718.7.0000.5208.

5.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O reconhecimento da potencialidade da CIR como espaço para governança em saúde foi percebido na maioria das respostas dos entrevistados, sinalizando a sua relevância para governança e fortalecimento da regionalização em saúde.

Conforme Silveira Filho et al (2016), a CIR representou um importante espaço para a governança regional. Santos e Giovanella (2014) seguem a mesma linha, ao afirmar que a CIR foi a principal estratégia da governança regional, reunindo diferentes sujeitos responsáveis pela tomada de decisão, pela negociação e distribuição de recursos.

A partir da fonte de dados das atas, foi possível observar uma alta assiduidade dos secretários municipais de saúde para obtenção de quórum e de representantes e técnicos municipais. Mendes et al (2015) reforça essa evidência, ao concluir que a participação de outros atores denota a capacidade de apoio técnico na condução das reuniões, favorecendo o diálogo para o reconhecimento e o enfrentamento das necessidades de saúde dos territórios.

As entrevistas revelaram que há uma fragilidade quanto às mudanças de gestores e aos atravessamentos políticos, constatando uma necessidade de apropriação técnica e maior empoderamento relativo às temáticas discutidas.

A clara experiência da cooperação regional e de solidariedade entre os entes garante autonomia e governabilidade com maior coordenação central. Por outro lado, a baixa autonomia dos secretários influenciados por incipiência técnica, atravessamento político-partidário e por recursos financeiros insuficientes, dificulta a consolidação da governança na região (GIOVANELA, 2014; MOREIRA, RIBEIRO, OUVENEY, 2017).

As análises permitiram identificar forte tendência para uma negociação com vieses de pactuação por meio do atravessamento de poder. Esse diferente arranjo de

governança pode estar associado ao interesse político de um serviço regionalizado no território e à deficiência técnica dos atores envolvidos. Com efeito, Moreira et al (2017) afirmou que a institucionalização da CIR gerou conflitos próprios das relações interfederativas entre o governo estadual e municipal, com visível favorecimento aos interesses do ente que detivesse mais poder, gerando pautas fragilizadas e com maior preponderância estadual.

Para Lima et al (2017), as formas como se distribuem as funções e os recursos expressam relações de poder que envolvem gestores e prestadores de serviços, condicionadas por dinâmicas regionais específicas. Dourado e Elias (2011) vão além, ao criticar as pactuações na CIR, o que chamam de consensualismo, sem a lógica de decisões coletivas, e sim, pelos poderes estabelecidos. Esse cenário aponta desafios para a democratização do poder em nível local no SUS, que são marcados pelas antigas tradições do clientelismo (FLEURY, 2014).

Ainda sim, as reuniões de CIR revelam dificuldades comuns e buscam estratégias para superação dos problemas na oferta e acesso aos serviços entre os municípios, sendo um importante instrumento de debate e de fortalecimento da região (SILVEIRA FILHO et al., 2016).

Com relação ao tempo no cargo de gestão, mais de 80% dos gestores na região ocupam há menos de dois anos a função. As constantes trocas de gestores municipais de saúde refletem a descontinuidade nos processos de trabalho estabelecidos e podem condicionar modelos de gestão pautados na centralização, hierarquização e burocratização, reduzindo a capacidade gerencial do SUS (LORENZETTI et al., 2014).

Considerando a complexidade da gestão do SUS, é fundamental que o gestor municipal possua um perfil com conhecimento e capacidade de gestão, pois cabe aos atributos da função prover os serviços de saúde com eficiência e eficácia à população (ARCARI et al., 2018).

Por isso, o sentido e a materialidade da governança devem ser compreendidos, em meio à capacidade dos gestores integrantes da política, objetivando um quadro institucional que favoreça a participação e a negociação dos atores, a gestão de conflitos e, por fim, o estabelecimento de uma ação coordenada, voltada à direção de ações pautadas no alcance de metas e objetivos já definidos (GOYA et al., 2017).

Outra evidência quanto ao perfil dos gestores municipais, diz respeito ao seu grau de escolaridade, mais de 85% dos gestores tinham formação na área da saúde e quase 70% possuíam pós-graduação.

Arcari et al (2018) afirma ainda que a evolução nas demandas da gestão pode estar elevando o grau de exigência no processo de trabalho do gestor, fato que, provavelmente, esteja associado com a escolaridade dos secretários que, em sua maioria, possuem curso superior. Fleury e Ouverney (2006) identificaram que grande parte dos secretários municipais de saúde não havia ocupado esse cargo anteriormente, o que apenas reforça a necessidade de apropriação técnica desses gestores para assumirem a função.

As dificuldades relacionadas à infraestrutura e aos processos de trabalho apenas corroboram os desafios para a sustentação e articulação de parcerias entre ensino e serviço, educação e trabalho, agravadas, ainda, pela burocratização e indefinição de formas de gestão financeira, aplicada à Política de Educação que permeia as estruturas regionais (FRANÇA et al., 2017).

Avanços como as ações das Comissões Integradas de Ensino e Serviço têm demonstrado a importância dessas instâncias para o desenvolvimento da educação permanente em saúde. Contudo, os desafios ainda precisam ser superados para propor uma ideologia que seduza pela sua aparência de novidade pedagógica (LEMOS, 2016; FRANÇA et al., 2017).

É preciso, portanto, que mecanismos de incentivo à participação e à apropriação de gestores sobre os temas levantados, possam subsidiá-las quanto aos desafios postos na gestão do SUS regional.

Foi possível identificar, neste estudo, a importância da articulação interfederativa para superação dos problemas regionais de saúde, com uma relação direta entre as dificuldades do processo de planejamento e de tomada de decisão. Espaços como a CIR desenvolvem os mecanismos de coordenação e de cooperação para a regionalização do SUS. Essa interdependência federativa deve ser uma mola propulsora para a autonomia e a capacidade de negociação entre os entes.

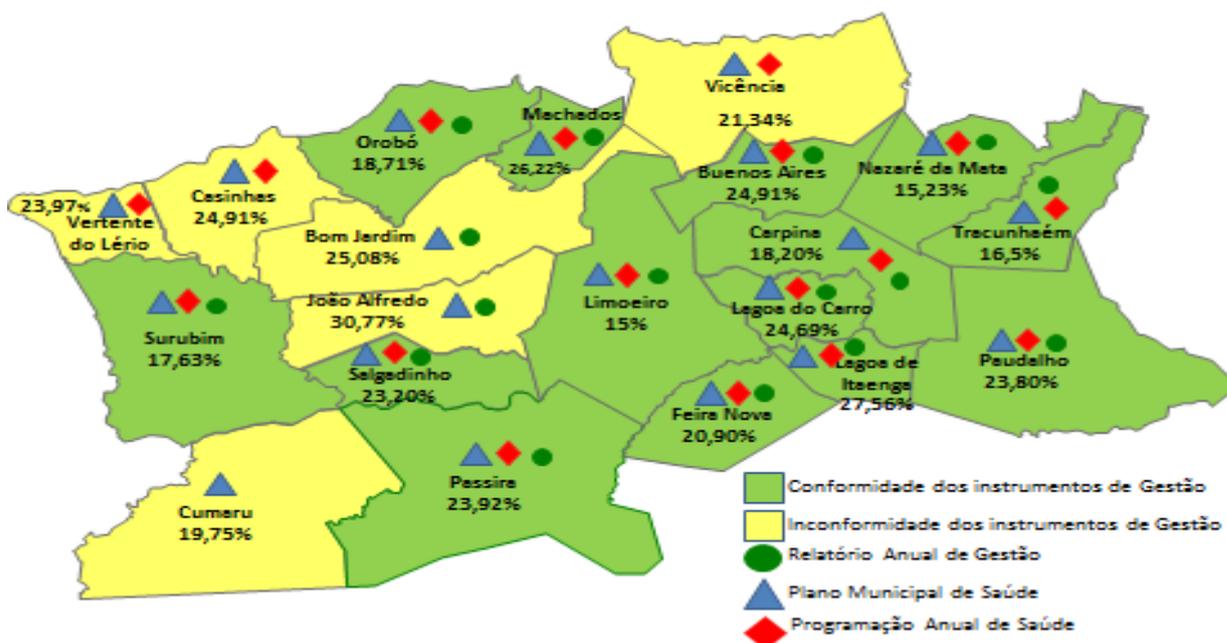
A proposta de desconstruir a herança da municipalização no processo de regionalização ganha força por meio de uma regionalização solidária, na qual deverá abarcar uma força conjunta dos atores para a superação dos desafios imbricados. Assim, somente decisões consensuais entre os entes federativos implicados “nesse fazer” estão legitimadas para definir, em detalhes, as responsabilidades postas (VIANA; LIMA, 2011; SANTOS; ANDRADE, 2012).

Por isso, é necessário que a articulação interfederativa seja uma aliada para a consolidação da regionalização e dos espaços de governança, ainda que, o pacto

federativo do Brasil e os arranjos organizativos do SUS com base municipal, gerem dificuldades, justamente, para sua organização (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017; SOUZA; SANTOS, 2018).

No estudo, as evidências constataam que a predominância na discussão e monitoramento dos instrumentos normativos de planejamento é uma marca na região. O Plano Municipal de Saúde, o Relatório Anual de Gestão e Programação Anual de Saúde demonstraram um cumprimento burocrático desses instrumentos de pactuação de metas e indicadores regionais, conforme figura 4.

Figura 4- Mapa dos Instrumentos de Planejamento na II Região de Saúde.



Fonte: Próprio autor

Gil, Luiz e Gil (2016) apontam que essa forma de trabalho tem tido uma baixa eficácia, quando comparada ao planejamento estratégico, pois este consegue mobilizar e envolver todos os indivíduos inseridos no processo de saúde.

No mesmo direcionamento, Silveira Filho et al. (2016) relata que as reuniões de CIR foram marcadas por debates, quanto aos atrasos na elaboração e entrega dos instrumentos normativos de planejamento, segundo o autor, esse fato compromete a execução de um bom planejamento e a avaliação de ações e serviços no âmbito municipal.

Martins e Albuquerque (2017) ratificam que o monitoramento e pactuação de indicadores na região podem ter se tornado uma atividade meramente burocrática com baixa aderência às ações prioritárias de saúde. A baixa institucionalização do monitoramento e avaliação nas práticas de saúde reforça a necessidade de qualificação dos atores, intensifica a pouca integração entre sistemas de informação e a permanência de ciclos viciosos, que geram práticas fragmentadas, as quais dificultam a institucionalização dos processos (CARVALHO; SHIMIZU, 2017).

No estudo, o planejamento na região é visto pelos gestores como uma importante ferramenta, porém, ainda frágil e incipiente, com uma nítida necessidade de aprimoramento em seu uso. Nesse aspecto, ficou evidente a ausência de um instrumento específico de planejamento para a aplicação na região.

O resultado similar de Júnior e Shimizu (2015) confirma que os gestores de saúde, apesar de reconhecerem o valor de planejar, praticam ações mais voltadas para a manutenção do sistema vigente do que para gerar modificações, com vistas à consolidação do SUS.

Verificou-se também que a carência do setor de planejamento nas secretarias municipais de saúde, juntamente com a necessidade de mais apropriação técnica dos gestores, impacta diretamente a região, reforçando a necessidade de um planejamento regional para superação dos desafios.

Em suas evidências, Medeiros et al. (2017) confirma não haver verificado o conhecimento dos gestores sobre a realidade regional, prevalecendo, ainda, as decisões com embasamento mais político do que técnico. No mesmo sentido, Martins e Waclawovsky (2015) corrobora a existência de uma insuficiência nos ciclos de planejamento dentro das estruturas de saúde.

É válido destacar que a constante repactuação, quanto à recomposição da Câmara Técnica, pode indicar um comprometimento da condução técnica de assessoramento destas reuniões, acarretando numa descontinuidade das construções técnico-políticas que comprometem o processo de governança no sistema regionalizado.

Mendes (2011) coloca que, apesar da grande importância, a CIR e a Câmara Técnica, por si sós, não são suficientes para garantia de uma boa governança, considerando que não há um sistema gerencial permanente que conduza a tomada de decisão.

Diante das evidências, o triângulo de ferro de Matus (1996), composto pelo projeto de governo, o qual traz a proposta de meios e objetivos de mudança para uma situação desejada, a capacidade de governo que trata da habilidade para alcance dessas mudanças e a governabilidade como o caminho que o governo deve percorrer para o sistema de direção e planejamento, reforça a noção de problemas relevantes, prioritários e estratégicos que deve ser adotada pelos gestores na região.

Por meio da análise de documentos e das respostas dos sujeitos entrevistados, foram categorizadas as forças, as oportunidades, as fraquezas e as ameaças na região (Figura 5).

Figura 5. Matriz de SWOT da II Região de Saúde de Pernambuco.

FORÇAS (<i>Strengths</i>) Interno	FRAQUEZAS (<i>Weaknesses</i>) Interno
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconhecimento da potencialidade da CIR como espaço para governança em saúde; ✓ Alta assiduidade dos gestores e outros atores na CIR; ✓ Percepção dos gestores quanto ao <i>turnover</i> desse cargo na região; ✓ A CIR como importante instrumento para as relações interfederativas; ✓ Percepção dos gestores na CIR quanto à execução desgastada da PPI; ✓ Percepção dos gestores na CIR quanto ao subfinanciamento do SUS; ✓ Percepção dos gestores quanto à alta participação da iniciativa privada complementar na região; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência da discussão sobre educação permanente; ✓ Predominância de discussão sobre instrumentos normativos de planejamento; ✓ Ausência do monitoramento e avaliação em saúde; ✓ Carência de planejamento a nível municipal; ✓ Constantes repactuações da Câmara Técnica; ✓ Cartorialização dos instrumentos de pactuação; ✓ Desconhecimento do território para executar o planejamento;
OPORTUNIDADES (<i>Opportunities</i>) Externo	AMEAÇAS (<i>Threats</i>) Externo
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Necessidade de mais aprimoramento técnico dos gestores de saúde; ✓ Planejamento Regional Integrado; ✓ Apoio solidário entre os entes federados 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preocupação dos gestores na concentração de serviços; ✓ Negociação política em detrimento da técnica; ✓ Influência do ente estadual na tomada de decisão nos espaços de pactuação; ✓ Descumprimento do pacto federativo no custeio das ASPS; ✓ Subfinanciamento do SUS; ✓ Participação dos serviços privados complementares.

Fonte: Próprio autor

Na categoria ameaças, chama atenção a ênfase dada pelos gestores, quanto à concentração dos serviços de média e alta complexidade na capital e seu entorno, bem como no polo regional que situa a gerência regional.

Com evidências semelhantes no estado de Pernambuco, Lemos (2014) já tinha observado uma forte centralização da oferta de serviços especializados na I macrorregião de saúde, onde se localiza a capital do estado, e para onde se destina parte expressiva dos usuários do estado.

Com a melhoria nas condições de vida da região nordeste e na oferta de serviços concentrados em poucas regiões, houve uma grande variação de fluxos de

pacientes com deslocamentos entre macrorregiões e estados do país para a obtenção de determinados serviços, gerando vazios assistenciais. Uma das possíveis explicações estaria relacionada aos investimentos e à expansão de atividades econômicas que mantiveram a tendência histórica de concentração nas capitais e em tradicionais polos regionais (ALBUQUERQUE et.al, 2016; XAVIER et. al, 2014; OLIVEIRA et. al, 2004).

Esses resultados permitiram visualizar a forte atuação dos serviços complementares na região, sobretudo, nos exames e diagnósticos, mas que mesmo regionalizados e regulados pelo estado, por meio da gerência regional de saúde, ainda apresentam disparidades entre as filas de espera e absenteísmo.

Para Santos e Giovanella (2014), a terceirização ganha maior envergadura nos territórios com menor capacidade gestora para atuar na regulação assistencial ou em municípios cujos serviços conveniados tornaram-se parceiros das correntes políticas que exercem o poder, ao ponto de privilegiarem os interesses particulares em detrimento do interesse público.

A forte atuação da gestão estadual de saúde também dificulta a conformação de um complexo regulador compartilhado entre os entes federativos. Essa situação dificilmente poderá promover um acesso equânime e integral aos usuários, enquanto a sua atuação estiver somente sobre uma parcela dos serviços de gestão municipal, sem pactos efetivos entre estes entes e os interesses privados às necessidades assistenciais da população. Além disso, a geografia e a operacionalização dos serviços de saúde também impõem desafios para sua distribuição, os quais podem gerar regiões com conceitos distintos (ALBUQUERQUE et al 2013; DUARTE et al., 2015).

Pode-se identificar um amplo debate sobre a organização e pactuação dos serviços regionalizados com foco na ampliação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a partir da qual, alguns equipamentos tornaram-se referência na oferta de serviços e consultas, pois permitem, aos municípios da região, o acesso de seus munícipes aos serviços não ofertados no seu território.

As regiões de saúde ainda são fortemente marcadas pela expansão da RAS, com maior intensidade na atenção especializada, que concentra atualmente boa parte dos recursos necessários para a assistência à saúde (ERDEMANN et al., 2013; SANTOS et al.,2015)

Ainda que exista uma tentativa do fortalecimento das redes regionalizadas para possíveis reduções de custos, frente à racionalidade e à garantia das condições de integralidade da atenção, os desafios são grandes, como as relações entre governos, os aspectos da descentralização dos serviços de saúde e a integração de um modelo assistencial, tendo a Atenção Básica como ordenadora do cuidado (GOMES, 2014).

Para além, o mapa da saúde tido como um importante instrumento de delineamento da RAS, que deveria subsidiar o planejamento integrado e o estabelecimento de metas de saúde, não foi observado na região. A ausência desse instrumento ratifica os desafios postos à conformação dos serviços regionalizados.

A região precisa ser um espaço potente de cooperação, baseado no cumprimento de metas e resultados, sobretudo, nas tomadas de decisão por meio do monitoramento e da avaliação dos serviços de saúde. Ademais, precisa se constituir como um espaço importante para a integralidade, já que é no território que a saúde tem início e fim (VIANA et al., 2018; MENDES, 2011).

A análise realizada reacende a necessidade de buscar novos caminhos e metodologias para o fortalecimento da gestão, considerando o ambiente interno e o ambiente externo que envolve a região.

Apesar da importância conferida pelos gestores, neste estudo, sobre a temática do financiamento, observou-se uma descontinuidade na discussão sobre a execução dos recursos referentes à pactuação dos serviços de saúde na região. Os gestores consideraram a aplicação da Programação Pactuada Integrada (PPI) desgastada, o que promove uma regulação discrepante das reais necessidades dos municípios.

Moreira e Tamaki (2017), com resultados semelhantes, observaram que a PPI não está desempenhando o seu papel de instrumento garantidor do acesso da população a serviços de maior complexidade. Os municípios não acompanham a sua execução, desconhecendo a realidade impedindo a realização de cobranças.

A discussão esteve mais associada ao financiamento e à própria desatualização da PPI do que, especificamente, às centrais de marcação de consultas ou à regulação dos fluxos. Nesse sentido, as ações de saúde acabam apresentando divergências e dificuldades na definição das prioridades, o que torna evidente a lógica da programação de procedimentos e a capacidade de oferta irreal (SILVEIRA-FILHO et al., 2016; SANTOS et al., 2015; GOYA et al., 2017).

Verificou-se a preocupação dos gestores quanto ao subfinanciamento do SUS e do comprometimento do pacto federativo no custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, que interferem no processo de governança na região.

Nessa lógica, a concessão de financiamento do governo federal para alguns programas de saúde, sem o devido compromisso com os estados e municípios, acaba favorecendo a ampliação dos serviços de saúde e o recebimento de um custeio que nem sempre tem sido garantido, forçando os municípios a investirem mais. Esta é uma ampla questão, sobretudo, em relação ao acesso, quando, a abertura de novos serviços não é necessariamente a garantia de acesso à população (DAVID; SHIMIZU; SILVA, 2015; MENDES; MARQUES, 2014).

Estudos realizados demonstram que à medida que as contrapartidas do ente estadual e federal decaem, exige do ente municipal a aplicação superior ao percentual mínimo determinado pela legislação, ainda que esse fato não gere uma garantia para execução integral desses recursos (MENDES; LOUVISON, 2015; FUNCIA; SANTOS, 2019; MAZON et.al, 2018).

Outro fator que merece destaque é o novo regime fiscal brasileiro advindo da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que limitou os gastos públicos pelo período de 20 anos, interferindo diretamente no planejamento e na governança do SUS (ROSSI; DWECK, 2016; REIS et al., 2016).

O financiamento deveria representar um aspecto importante para o fortalecimento da descentralização da política de saúde, com vistas a uma maior autonomia municipal no uso dos recursos financeiros, porém, a sua recente forma de operacionalização resultou na ampliação de uma transferência de recursos fragmentada e condicionada em forma de incentivo, sobretudo, para ações de saúde de média e alta complexidade (DUARTE; MENDES; LOUVISON, 2018).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se a potencialidade da CIR como um espaço fundamental para a governança na região. Suas reuniões ocorrem com boa assiduidade e participação dos gestores na arena de decisões. Em contraponto, ficou clara a necessidade de uma maior apropriação técnica aos gestores, uma vez que seus relatos reacendem a necessidade de se buscar novos caminhos para o fortalecimento da gestão.

Sua potencialidade ainda evidencia que as relações interfederativas se tornaram um mecanismo fundamental para o fortalecimento da governança em saúde. A expressão “parceria”, comungada entre os gestores, demonstra uma realidade já perpetrada dentro da região de saúde, reforçando o aspecto da gestão solidária entre os entes para enfrentamento dos desafios e a consolidação da regionalização em saúde.

Em contrapartida, a mudança de gestores, os atravessamentos políticos e os aspectos relativos às pactuações, envolvendo o financiamento das ações e serviços, interferem no processo decisório e dificultam a governança na região.

Em relação ao planejamento em saúde, a região é estritamente marcada por instrumentos normativos de planejamento. A ausência da construção acerca das causas e consequências dos problemas, por meio de instrumentos de planejamento estratégico, apenas ratifica a necessidade da busca de cálculos que precedem e presidem a ação.

Outro aspecto importante diz respeito à morosidade relativa à implantação dos dispositivos previstos no Decreto 7.508/11. A afirmação de que não existe dinheiro novo, da inexecução da PPI e da falta de atualização da tabela SUS apenas corroboram os desafios, no tocante aos pactos interfederativos que interferem no planejamento e na governança em saúde.

Mesmo que se visualizem diversos aspectos acerca do planejamento e da governança regional, é imprescindível que novos estudos sejam realizados sobre o tema, de modo que possam subsidiar gestores e estudiosos no enfrentamento de desafios postos para a sua consolidação na política pública de saúde brasileira.

A negociação pode ser vista como uma poderosa ferramenta para auxiliar a gestão na região, pois permite a mediação dos interesses dos atores envolvidos e o desenvolvimento de um projeto cujo objetivo é a melhoria do acesso aos serviços e da qualidade prestada à população.

Além disso, a criação de estratégias no processo de educação permanente, como grupos de trabalhos vinculados a CIES, pode ser um importante instrumento para o fortalecimento da região por meio de uma metodologia baseada na problematização das práticas cotidianas com equipes multidisciplinares, permitindo reflexões críticas e a articulação de soluções estratégicas coletivas.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 118-137, Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0118.pdf>. Acesso em 28 Dez. 2018.
- ALBUQUERQUE, M. V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011)**: diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. 2013. 280 f. Tese (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2013.
- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. especial, p.28-38, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00028.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.
- ALBUQUERQUE, M.V.; VIANA, A.L.A.; LIMA, L.D.; FERREIRA, M.P.; FUSARO, E.R.; LOZZI, F.L. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, Abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1055.pdf>. Acesso em 15 Dez. 2018.
- ALMEIDA, L. **O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde**. 115f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13564/1/2013_LourdesLemosAlmeida.pdf. Acesso em: 16 abr. 2018.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SANTOS, V. P.; SILVEIRA FILHO, R. M. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.25, n.2, p. 320-335, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00320.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SANTOS, V. P.; SILVEIRA FILHO, R. M. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.25, n.2, p. 320-335, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00320.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.
- ANDION, C. Por uma nova interpretação das mudanças de paradigma na administração pública. **Cadernos EBAPE**, 10 (1), 1 – 19 2012.
- ARCARI, J.M.; BARROS, A.P.D.; ROSA, R.S.; MARCHI, R, MARTINS, A.B. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no sistema único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência Saude Coletiva**. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/perfil-do-gestor-e-praticas-de>

gestao-municipal-no-sistema-unico-de-saude-sus-de-acordo-com-porte-populacional-nos-municipios-do-estado-do-rio-grande-do-sul/16876. Acesso em 23 Dez. 2018.

AZEVEDO, Creuza da S.. Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 129-133, Jun. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n2/v8n2a03.pdf>. Acesso em 10 out. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 6 ed. Lisboa: Almedina, 2011. 280p.

BENTO, L.V. **Governança e Governabilidade na Reforma do Estado**: entre eficiência e democratização. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas. Programa de Pós-Graduação em Direito, 2002.

BERNINI, E. **Governança e alinhamento de conceitos no contexto das políticas públicas**: Um complemento ao estudo de caso do fundo municipal dos direitos da criança e do adolescente de São Paulo. 65f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 2015. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/14244/FGV-MPGPP_TICC_EJB_GOV_PoIPub_15_10_12.pdf. Acesso em: 16 abr. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS Debate**: Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n-6.pdf>. Acesso em 16 de abr. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Orientações Tripartites para o Planejamento Regional Integrado**. 2018. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/09/PRI-Orientacoes-Tripartite-Terceira-Edicao.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva: organização e funcionamento / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 100 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 1).

BRASIL. Presidência da República. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.203 de 22 de novembro de 2017.

BRASIL. Presidência da República. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, 1995.

BRESSER PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova**, São Paulo, n.45,p.49-95, 1998. Disponível

em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010264451998000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 out 2018.

BRESSER PEREIRA, L. C. O modelo estrutural de gerência pública. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 391-410, Abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/09.pdf>. Acesso 15 out 2018.

BRETAS JUNIOR, N.; SHIMIZU, H.E. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p.962971, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-10700962.pdf>. Acesso em 10 Dez. 2018.

BUSS P. M.; MACHADO J. M. H.; GALLO E.; MAGALHÃES D. P.; SETTI A. F. F. ; NETTO F. A. F.; BUSS D. F. Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.6, p.1479-1491, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n6/v17n6a12.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

CARDOSO JR., J. C.; PINTO, E. C.; LINHARES, P. T. (Ed.). **Estado, instituições e democracia: desenvolvimento**. Brasília: Ipea, 2010. v. 3 (Série Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro).

CAREGNATO, R. C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 4, p.679-684, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>. Acesso em 12 nov. 2018.

CARNEIRO, P.S.; FOSTER, A.C.; FERREIRA, J.BG. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde debate**, 2014, vol.38, n.100, pp.57-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0057.pdf>. Acesso em 12 jun. 2018.

CARVALHO, A.;L.B.; SHIMIZU, H. E. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 21, n. 60, p. 23-33, Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150817.pdf>. Acesso em 19 Dez. 2018.

CARVALHO, A.L.B.; JESUS, W.L.A.; SENRA, I.M.V.B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, Abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1155.pdf>. Acesso em 17 nov.2018.

CHIAVENATO, I. **Administração de Empresas: uma abordagem contingencial**. 4ª ed., São Paulo: Makron Books, 1993.

_____. **Administração nos novos tempos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.610p.

DALLABRIDA, V. R. **Governança Territorial e Desenvolvimento**: uma introdução ao tema. Governança Territorial e Desenvolvimento: Descentralização Político-Administrativa, Estruturas Subnacionais de Gestão do Desenvolvimento e Capacidades Estatais. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2011. p. 15-38.

DAVID, G.C.; SHIMIZU,H.E.;SILVA,E.N. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 232-245, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00232.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

DENHARDT, R. B. **Teorias da administração pública**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

DOURADO, D.A.; E, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, Fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1944.pdf>. Acesso em 20 dez. 2018.

DRUCKER, P.F. **Introdução à administração**. 3 ed. São Paulo: Pioneira 1998.

DUARTE, L. S.; MENDES, Á. N.; LOUVISON, M. C. P. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 25-37, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0025.pdf>. Acesso em 18 Dez. 2018.

DUARTE, L. S.; PESSOTO, U. C.; GUIMARÃES, R. B.; HEIMANN, L. S.; CARVALHEIRO, J. R.; CORTIZO, T. C.; RIBEIRO, E. A. W. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde Sociedade**., São Paulo, v.24, n.2, p.472-485, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00472.pdf>. Acesso em: 16 de abr. 2018.

FERREIRA, J; CELUPPI, I. C; BASEGGIO, L; GEREMIA D.S; MADUREIRA, V.S. F; SOUZA, J.B . Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde sociedade**. São Paulo, v.27, n.1, p.69-79, Jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n1/1984-0470-sausoc-27-01-69.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 965-971, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/15.pdf>. Acesso em 15 Dez. 2018.

FLEURY, S. **Uma rica avaliação da construção da gestão democrática da saúde no nível local**. Rio de Janeiro: Cebes: Editora Fiocruz, 2014.

FLEURY, S.; OUVENEY, A.L.M.; KRONEMBERGER, T.S.; ZANI, F.B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 2010; 28(6): 446–55. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n6/446-455/pt>. Acesso em 14 abr. 2018.

FRANÇA, E. B.; LANSKY, S.; MALTA, D.C.; FRANÇA, J.S.; TEIXEIRA, R.; PORTO, D.A.; ALMEIDA, M.F.; SOUZA, M.F.M.; SZWARCOWALD, C.L.; MOONEY, M.; NAGHAVI, M.; VASCONCELOS, A.M.N. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 46-60, mai. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf>. Acesso em 10 dez. 2019.

FUNCIA, F. R.; SANTOS, L. Do subfinanciamento ao desfinanciamento da saúde: descendo as escadas. **Instituto de Direito Sanitário Aplicado nº 04**.2019. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-04-janeiro-2019>. Acesso em: 28 jan. 2019.

GADELHA, C; GRABOIS, A.; MACHADO, C.V. LIMA, L.D; BAPTISTA, T.W.F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência saúde & coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, Jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000600038&lng=en&nrm=iso.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002.

_____. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, C. R. R.; LUIZ, G. C.; GIL, M. C. R. (Org.). A importância do planejamento na gestão do SUS. São Luís: Edufma, 2016.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.26-44, Mar. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n1/v7n1a04.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, Ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf. Acesso em: 15 dez. 2018.

GOMES, R. M. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.103, p.938-952, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0938.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

GONÇALVES, A. O conceito de governança. **Congresso Nacional do Conpendi**. Anais, Fortaleza, 2005. Disponível em:

https://www.unisantos.br/upload/menu3niveis_1258398685850_alcindo_goncalves_o_conceito_de_governanca.pdf. Acesso em 15 out. 2018.

GOYA, N.; ANDRADE L. O. M.; PONTES R. J. S.; TAIRA F. S.; BARRETO I. C. H. C. Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.4, p.1235-1244, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1235.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

HOOD, C. The New Public Management in the 1980's: variations on a theme, **Accounting, Organizations and Society**, Vol. 20, No. 2/3, pp. 93-109.

KAPLAN, S R. NORTON P. D. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. 4 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KEHRIG R. T., SOUZA E. S. SCATENA J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. 107, p.948-961, out.-dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00948.pdf>. Acesso em 16 dez. 2018.

KNOPP, G.; ALCOFORADO, F. Governança social, intersetorialidade e territorialidade em políticas públicas: o caso da oscip centro mineiro de alianças intersetoriais (cemais). **III Congresso Consad de Gestão Pública**. Disponível em: http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/painel_s_III_congresso_consad/painel_29/governanca%20social_intersectorialidade_e_territorialidade_em_politicas_publicas_o_caso_da_oscip_centro_mineiro_de_aliancas_intersectoriais.pdf. Acesso em: 16 abr. 2018.

LEMOS R.S. **Regionalização da alta complexidade em saúde no estado de Pernambuco: oferta e alocação de recursos**. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2014.

LEMOS, C.L.S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.913-922, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0913.pdf>. Acesso em 14 Dez 2018.

LIMA L. D.; SCATENA, J.H.G.; ALBUQUERQUE, M.V.; OLIVEIRA, R.A. D.; MARTINELLI, N.L.; PEREIRA, A.M.M. Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil.*, Recife, v. 17, n.1, p. 121-133, out. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17s1/pt_1519-3829-rbsmi-17-s1-S107.pdf. Acesso em: 16 abr. 2018.

Lima L.D.; Viana ALD'A, Machado CV. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. In: Scatena, JHG, Kehrig RT, Spinelli MA, organizadores. **Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso São Paulo: Hucitec; 2014. p. 565.**

LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.V.; SCATENA, J.H.G.; Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. **Novos Caminhos**, 2016, n.8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: www.regiaoeredes.com.br. Acesso em: 17 de abr. 2018.

LIMA, L.D.; VIANA, A.L.D.; MACHADO, C.V.; ALBUQUERQUE, M.V.; OLIVEIRA, R.G.; LOZZI, F.L.; SCATENA, J.H.G.; MELLO, G.A.; PEREIRA, A.M.M.; COELHO, A.P.S. 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. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a04.pdf>. Acesso em 12. Abr.2019.

LOBATO, L. V.C.; MARTICH, E.; PEREIRA, I. D'avl. F. Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 74-85, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00074.pdf>. Acesso em 05 Dez. 2018.

LORENZETTI, J.; LANZONI, G.M.M.; ASSUITI, L.F.C.; PIRES, D.E.P.; RAMOS, F.R.S. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, Jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf. Acesso em 22 de dez.2019.

LOUVISON, M.; MENDES, Á. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, V.24, n.2, p.393-402, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00393.pdf>. Acesso em 16 de abril de 2018.

MARQUES, E. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. **Brazilian Political Science Review**, v. 7, p. 8-35, 2013.

MARTINS, C. C.; WACLAWOVSKY, A.J. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde.**, Vol. 4, N. 1. Janeiro/Junho. 2015. Disponível em : <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/157/156>. Acesso em 14 Dez.2018.

MATUS, C. O plano como aposta. In: GIACOMONI, James; PAGNUSSAT, José L. **Planejamento e orçamento governamental: coletânea**, v. 2, Brasília: Enap, 2006.

MATUS, Carlos. **Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi**. São Paulo: Edições Fundap, 1996b.

MAXIMIANO, A.C.A. **Introdução à Administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MAZON, L.M.; COLUSSI, C.M. SENFF, C.O.; FREITAS, S.F.T. Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina,

Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.116, p.38-51, Jan. 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0038.pdf>. Acesso em 20 jan.2019.

MEDEIROS, C.; GOTLER R.; GERHARDT, T.E. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. spe, p. 160-170, Dec. 2015 . Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000500160&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 de abr. 2018.

MEDEIROS, C.R.G; SALDANHA, O.M.L. F; GRAVE, M.T. Q; KOETZ, L.C. E; DHEIN, G; CASTRO, L.C; SCHWINGEL, G; SANTOS, M.V. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saúde Sociedade**., São Paulo , v. 26, n. 1, p. 129-140, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-saudesoc-26-01-00129.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

MEDEIROS, C.R.G. **Redes de atenção em saúde: o dilema dos pequenos municípios**. 2013. 203f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MELLO, AG; PEREIRA, A.P.C.M.; UCHIMURA, L.Y.T.; LOZZI, F.L. DEMARZO, M.M.P. VIANA, A.L processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, Abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1291.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

Mendes EV. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Á.; MARQUES, R.M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.103, p.900-916, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0900.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Ag. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 Dez. 2018.

MENDES, A.;LOUVISON,M.C.P.;IANNI, A.M.Z.; LEITE, M.G.; FEUERWERKER, L.C.M.; TANAKA, O.Y.; DUARTE, L.; WEILLER, J.A.;BUSO,J,A.B.;LARAM N.C.C.; BOTELHO, L.A.N.; ALMEIDA, C.AL. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde sociedade**., São Paulo, v.24, n.2, p.423437, Jun. 2015.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00423.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde** (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), CEBES. Rio de Janeiro. 1995.

MILAGRES, R.; SILVA, S.A.G. REZENDE, O. Governança Colaborativa. **Conass Debate: Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2016 – 1º Edição.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 17ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p.21-22.

MINAYO, M. C. S. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. In: . (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 9-29.

MIRANDA, G. M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A. L.A.; O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde sociedade.**, São Paulo, v.26, n.2, p.329335, Jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00329.pdf>. Acesso em: 15 dez. de 2018.

MONTEIRO, L. M. Reforma da administração pública e carreiras de Estado: o caso dos especialistas em políticas públicas e gestão governamental no Poder Executivo federal. **Revista de Administração Pública**, 47 (5), 117 – 143 2013.

MOREIRA, M.R.; RIBEIRO, J.M.; OUVÉNEY, A.M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, Abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401097&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 dez.2018.

OLIVEIRA, D.P.R. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas**. 22. Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

PAIM, J.S; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 40, n. spe, p. 73-78, Ag. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

PAULO, L.F.A. Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 981-1007, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-00981.pdf>. Acesso em 18 abr. 2018.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F.P.A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, Mai. 2016. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1511.pdf>. Acesso em 16 de abril de 2018.

PIRES-ALVES, F. A.; CUETO, M. The Alma-Ata Decade: the crisis of development and international health. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2135-2144, Jul. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/1413-8123-csc-22-07-2135.pdf>. Acesso em 10 out. 2018.

PORTO, M.A.G. BANDEIRA, A.A. O processo decisório nas organizações. **XIII SIMPEP** - Bauru, SP, Brasil, 6 a 8 de Novembro de 2006. Disponível em: http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/980.pdf. Acesso em 10 dez. 2018.

REIS, A. A. C; SÓTER, A.P.M. FURTADO, L.A.C. PEREIRA, S.S.S. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.40, n.spe, p.122-135, Dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0122.pdf>. Acesso em: 12 dez de 2018.

RIBEIRO, P.T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saúde sociedade.**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 403-412, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00403.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

RIBEIRO, P.T; TANAKA, O.Y.; DENIS, J-L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 22, v. 4, p.1075-1084, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1075.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

RICARDI, L. M.; SHIMIZU, H. E.; SANTOS, L. M.P. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. spe3, p. 155-170, Set. 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0155.pdf>. Acesso em 14 de nov. 2018.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas**. Ed FIOCRUZ, 2012.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.12, e00194316, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00194316.pdf>. 15 de dez. de 2018.

SALDANHA, C. **Introdução à Gestão Pública**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SANO H; ABRUCIO, F.L. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais. **Revista de Administração de Empresas**, 2008, V. 48, n.3, p.64-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v48n3/a07v48n3.pdf>. Acesso em 12 abr. 2018.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, Ag. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf. Acesso em: 15 dez. de 2018.

SANTOS, F.A.S.; JUNIOR, G.D.G. PACHECO, H.F. MARTELLI, P.J.L. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. **Caderno saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 402-408, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n4/1414-462X-cadsc-23-4-402.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

SANTOS, L. Região de Saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo – sistêmico do SUS. **Ciência & saúde colet.** 22 (4) Abr 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n4/1281-1289/>. Acesso em 22 abr. 2019.

SANTOS, L; CAMPOS. G.W.S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

SANTOS. E. R. R.; LEITE, A.F.B.; SILVA, A.P.S.C. **Tomada de decisão no cotidiano do gestor de saúde: tecnologias, instrumentos e estratégias de atuação**. Recife: Ed. UFPE, 2018.

SANTOS; ANDRADE, L.O.M.; Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 2876-2878, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a03.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

SILVA, B. F. S.; WANDEKOKEN, K.D.; ARAUJO-DALBELLO M.; BENITO, G.A.V. A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 104, p. 183-196, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00183.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

SILVA. K. C. L.; SANTOS. E. R. R.; MENDES. M. S. O planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. **J Manag Prim Health Care** 2012; 3(1):15-25.

SILVEIRA FILHO, R.M.; SANTOS, A.M.; CARVALHO, J.A.; ALMEIDA, P.F. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 3, p. 853-878, Sept. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-00853.pdf>. Acesso em: 10 Mar. 2019.

SOUZA, J.C.D. SANTOS, A.O. Os desafios da regionalização do SUS no contexto federativo brasileiro. **Cad. Ibero-Amer. Direito. Sanitário**, Brasília, 7(2):29-47, abr/jun., 2018. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/478>. Acesso em: 20 out. 2018.

TAVARES, M. C. **Gestão Estratégica**. São Paulo: Atlas, 2000.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**. O caso da saúde. Hucitec/Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995, 306p.

URIBE RIVIERA, F.J. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 216 p. ISBN: 85-85676-16-7.

VIANA R.P.; Lima L.D. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. **Physis**, n. 23, v. 4, p.1025-1049, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/02.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

VIANA, A.L. A; LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A.L.D.; BOUSQUAT, A.; PEREIRA, A.P.C.M.; MOTA, P.H.S.; DEMARZO, M.M.P.; FERREIRA, M.P. **Typology of health regions: structural determinants of regionalization in Brazil**. Saude soc., São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00413.pdf>. Acesso em 18 abr.2018.

VIANA, A.L.; BOUSQUAT, A. MELO, G.A.; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M.G. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1791-1798, Jun 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1791.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

WEILLER, J.A.B.; MENDES A.N. O Orçamento por Desempenho como ferramenta para gestão e avaliação da política de saúde no município de São Bernardo do Campo, no período 2006 a 2012. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 36-52, JUL-SET, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0036.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

YIN. R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3 ed., Porto Alegre: Bookman, 2005. ZANELLI, J. C. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Estudos da Psicologia**, n. 7, 2002, p.79-88.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva –
PPGSC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **A Governança no Sistema Único de Saúde na Perspectiva do Planejamento Regional** que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) (Renan Carlos Freitas da Silva, com endereço na Rua Emília Lamas Grandi nº 171 – Bela – Vista-Moreno/PE, CEP: 54800-000, telefone (81) 9 8638-8582(recebe ligações a cobrar) e email: renancarlos_eaf@hotmail.com

Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Petronio José de Lima Martelli, telefone: (81) 9142-7329, email: petroniocarla@uol.com.br na condição de orientador; José Eudes de Lorena Sobrinho, Telefone: (81) 9698-4787, e-mail eudeslorena@hotmail.com na condição de coorientador; As pesquisadoras : Ana Paula da Silva Barbosa, telefone (81) 99569-8502, email: ana.160198@gmail.com; Cinthia Rafaelle do Carmo Santos Marques, telefone (81) 99890-7480, email: cinthiarafa@hotmail.com e Camila da Silva Santana, telefone: 99619-0300, email: 1camilasantana.522@GMSail.com na condição de assistentes de pesquisa.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

A realização desta pesquisa se justifica mediante as recentes iniciativas no campo da gestão da saúde, através da instituição de novos marcos legais que retomam a busca pela consolidação da governança nos espaços regionalizados e conduzem as regiões de saúde para conformação do processo de planejamento e governança regional. Dessa forma, torna-se importante a realização de estudos que investiguem os aspectos da regionalização em saúde no tocante à governança e ao planejamento em saúde. O objetivo desta pesquisa é analisar a governança e o planejamento em saúde na II Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa exploratória que utilizará abordagem qualitativa. Que terá como coleta de dados entrevista semiestruturada com os respectivos Secretários Municipais de Saúde e Levantamento Documental através das Atas e Pautas da Comissão Intergestores Regional. As entrevistas serão realizadas de forma única com os entrevistados. Quanto aos riscos e desconfortos, caso gere incômodo ou constrangimento em relação às perguntas comunique ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências (suspensão imediata da pergunta). Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são caracterizar a II Região de Saúde quanto à composição dos municípios e estruturação dos serviços de saúde, descrevendo o perfil dos gestores municipais de saúde quanto ao tipo de vínculo, formação profissional e tempo de experiência na gestão, analisando a relação das pautas das reuniões da Comissão Intergestores Regional com o planejamento regional de saúde, analisando os mecanismos de governança regional estabelecidos pelos gestores da CIR e verificando os principais desafios e potenciais acerca do planejamento regional em saúde. Todas 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 através da gravação das entrevistas ficarão armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal, sob a responsabilidade de Renan Carlos Freitas da Silva no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão

judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

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).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

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 d estudo A GOVERNANÇA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO PLANEJAMENTO REGIONAL 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 e data _____

Assinatura do participante: _____

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:

**APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES DOS
MUNICÍPIOS DA II REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

I- Como você enxerga o processo de planejamento em saúde a nível regional?

II- Na sua visão, o que tem ajudado e o que tem atrapalhado o processo de planejamento regional na Região de Saúde? E como poderia ser aperfeiçoado?

III- Considerando o conceito de Governança, a CIR tem se constituído como espaço para a governança Regional? De que maneira?

IV- Como você enxerga a participação e a tomada de decisão dos gestores na CIR?

APÊNDICE C – MATRIZ DAS PAUTAS/ATAS CIR

Ata	Eixo	estrutura da Pauta	Correlação

EIXO	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA

