

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE COLETIVA

WILAMES FREIRE BEZERRA

**COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL DE BREJO SANTO - CEARÁ: FORÇAS
POLÍTICAS E INTERESSES ENVOLVIDOS NA GOVERNANÇA**

BRASÍLIA

2016

WILAMES FREIRE BEZERRA

**COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL DE BREJO SANTO - CEARÁ: FORÇAS
POLÍTICAS E INTERESSES ENVOLVIDOS NA GOVERNANÇA**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariana Sodario Cruz

BRASILIA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade de Brasília

-
- B469c Bezerra, Wilames Freire.
Comissão Intergestora Regional de Brejo Santo - Ceará: forças políticas e interesses envolvidos na governança / Wilames Freire Bezerra. – 2016.
58 f. :il. color., enc.; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva, Brasília, 2016.
Orientação: Prof.^a Dr.^a Mariana Sodario Cruz.
1. Gestão em Saúde. 2. Administração de Serviços de Saúde. 3. Regionalização – Saúde. I.
Título.

WILAMES FREIRE BEZERRA

**COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL DE BREJO SANTO - CEARÁ: FORÇAS
POLÍTICAS E INTERESSES ENVOLVIDOS NA GOVERNANÇA**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Mariana Sodario Cruz
(Orientador)

Prof.^a Dr.^a Helena Eri Shimizu
Universidade de Brasília, UNB

Prof.^a Dr.^a Ana Valéria Machado Mendonça
Universidade de Brasília, UNB

Prof. Dr. José Antônio Iturri de La Mata
Universidade de Brasília, UNB

AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais esta etapa cumprida.

À minha família, pelo amor e compreensão de minha ausência, especialmente aos meus pais João Bezerra dos Santos e Alzira Duarte Freire.

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Mariana Sodario Cruz, agradeço pela paciência, e pelas exigências, as quais foram imprescindíveis para execução deste trabalho.

A coordenação da Região de Saúde de Brejo Santo, aos residentes, aos secretários e técnicos municipais pela disposição na participação da pesquisa.

A minha amiga e companheira de lutas, Lucélia Saraiva, que soube criticar de forma doce e carinhosa, ajudando-me a encontrar o melhor caminho para condução deste trabalho.

A gestão municipal de Aquiraz, pelo apoio incondicional nas minhas atividades profissionais.

*Nada é impossível de mudar.
Desconfiai do mais trivial, na aparência singela.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é
de hábito como coisa natural, pois em tempo de
desordem sangrenta, de confusão organizada, de
arbitrariedade consciente, de humanidade
desumanizada, nada deve parecer natural, nada
deve parecer impossível de mudar.*

Bertold Brecht

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo compreender os fatores intervenientes, institucionais e políticos, na governança de uma Região de Saúde do Estado do Ceará. O estudo apoia-se em conceitos adotados para análise da gestão e da regionalização da saúde, como institucionalidade, governança e tomada de decisão, bem assim considerações acerca das diretrizes do Decreto 7501 de 2011. O período, compreendido dos anos 2012 a 2014, foi o recorte temporal. A metodologia de abordagem eminentemente qualitativa foi desenvolvida por meio de estudo de caso, em que se buscou compreender os fatores intervenientes, institucionais e políticos, que acontecem em uma instância decisória do SUS – Comissão Intergestores Regional (CIR). A técnica de coleta de dados envolveu entrevista e análise documental. Para o tratamento dos dados qualitativos, utilizou-se a Análise de Conteúdo. As interpretações foram realizadas de acordo com o quadro teórico delineado no projeto. Quanto aos cuidados éticos, foram obedecidas as recomendações da Resolução 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e submeteu-se à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa em Saúde da Universidade de Brasília. A análise revelou que a governança da região de saúde é fortalecida desde as articulações e tomadas de decisões por meio das comissões intergestores regionais, entretanto, influências externas e interesses de agentes políticos interferem nas deliberações e pactuações da região de saúde. A CIR apresentou-se como espaço de interlocução dos gestores com distintas visões, com espírito solidário, sobretudo em relação aos municípios menores e com maior dificuldade de estruturação de serviços. O funcionamento da CIR revelou reuniões regulares e participativas com dinâmica de descentralização e avanços nas discussões e pactuações em relação ao fortalecimento da rede regional. A importante autonomia de secretários representou um ponto forte na região, entretanto situações específicas revelaram deliberações ao critério político acima do técnico. Observou-se a existência de uma coesão política entre as forças atuantes no panorama da região, tanto no plano municipal quanto estadual e federal. Essa coesão política contou com a influência e a intervenção do Governador, além da participação dos prefeitos municipais na alteração de decisões consensuadas e pactuadas em CIR e CIB, trazendo aos gestores necessidades de rediscussões de pautas já aprovadas e encaminhadas e mudança de decisões por demandas políticas.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Regionalização da Saúde; Comissão Intergestores Regional (CIR);

ABSTRACT

This research aimed at understanding the factors involved, institutional and political governance of a Health Region of Ceará. The study is based on concepts adopted for the analysis of management and health regionalization, as institutions, governance and decision making, as well as considerations of Decree guidelines 7501 2011. The period comprised the years 2012-2014, was the time frame. The eminently qualitative methodology was developed through case study, in which they sought to understand the factors involved, institutional and political, which take place in a decision-making body of SUS - Inter Regional Commission (CIR). The data collection technique involved interviews and documentary analysis. For the treatment of qualitative data, we used the Content Analysis. The interpretations were performed according to the theoretical framework outlined in the project. As for the ethical care, were in compliance with the recommendations of Resolution 466 of 2012, the National Health Council, and submitted to the appreciation of the Health Research Ethics Committee of the University of Brasilia. The analysis revealed that the governance of the health region is strengthened from the joints and decision making through regional intergovernmental commissions, however, external influences and political agents of interest interfere in the deliberations and agreements of the health region. The CIR was presented as dialogue space of managers with different views, a spirit of solidarity, particularly in relation to smaller municipalities and greater difficulty of structuring services. The operation of the CIR revealed regular and participatory meetings with dynamics of decentralization and progress in the discussions and agreements in relation to the strengthening of the regional network. The important autonomy secretaries represented a strong point in the region, however specific situations deliberations revealed the political criteria above technical. It was noted the existence of political cohesion between the forces acting on the panorama of the region, both at the municipal and state and federal. This policy cohesion had the influence and intervention of the Governor, as well as participation of municipal mayors in changing consensual decisions and agreed in CIR and CIB, bringing to rediscussion needs managers guidelines already approved and forwarded and change of decisions by political demands.

Keywords: Health Management; Regionalization of Health; Commission Regional Inter (CIR);

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------------|---|
| CIB | Comissão Intergestores Bipartite |
| CIT | Comissão intergestores Tripartite |
| COSEMS | Conselho das Secretarias Municipais de Saúde |
| CONASEMS | Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (Estadual) |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| NOB | Normas Operacionais Básicas |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SESA | Secretaria Estadual da Saúde (Ceará) |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 | PRESSUPOSTOS TEÓRICOS | 13 |
| 2.1 | A Regionalização da saúde e as comissões intergestores regionais | 13 |
| 2.1.1 | <i>Decreto nº 7508 e o novo modelo de gestão do SUS</i> | 15 |
| 2.1.2 | <i>Institucionalidade</i> | 17 |
| 2.1.3 | <i>Governança</i> | 21 |
| 2.1.4 | <i>Cogestão</i> | 24 |
| 2.2 | Contexto da regionalização da saúde no Estado do Ceará | 26 |
| 2.2.1 | <i>Os antecedentes da Regionalização da Saúde no Estado do Ceará</i> | 26 |
| 2.2.2 | <i>Implantações do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde</i> | 26 |
| 2.3 | Principais abordagens do Processo Decisório nos espaços de articulação administrativa e política. | 29 |
| 3 | OBJETIVOS | 33 |
| 3.1 | Objetivo geral | 33 |
| 3.2 | Objetivos específicos | 33 |
| 4 | PERCURSO METODOLÓGICO | 34 |
| 4.1 | Tipo do estudo | 34 |
| 4.2 | Local, amostra e período do estudo. | 34 |
| 4.3 | Instrumentos e técnicas de coleta e de registro de dados | 36 |
| 4.4 | Tratamento dos dados | 36 |
| 4.5 | Questões éticas | 38 |
| 5 | ANÁLISE E DISCUSSÕES | 39 |
| 5.1 | Região de saúde e comissão intergestora regional | 39 |
| 5.1.1 | <i>Funcionamento de região de saúde, sua resolução e criação.</i> | 40 |
| 5.2 | Planejamento regional/ Financiamento regional e conformação da RAS | 45 |
| 5.3 | Mobilização dos municípios / participação do controle social | 47 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 49 |
| | REFERÊNCIAS | 50 |
| | APÊNDICES | 54 |
| | APÊNDICE A - Roteiro I – Entrevista semi estruturada | 55 |
| | APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido | 57 |

1 INTRODUÇÃO

O contexto atual de consolidação do Sistema Único de Saúde requer o desenvolvimento de formas de aperfeiçoamento de sua capacidade política, institucional, da gestão e provisão de serviços de saúde, com o objetivo de superar uma série de desafios que se expressou em sua agenda estratégica. Esses constituem obstáculos para a materialização dos princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade em ações efetivas na prática cotidiana da produção da política de saúde para os cidadãos brasileiros, o que exige bases mais sólidas e integradas de organização do cuidado, planejamento estratégico, gestão de pessoas e recursos e governança federativa definidas com a renovação dos fundamentos da reforma sanitária (BRASIL, 2008).

A chamada regionalização da saúde é um conjunto de procedimentos complexo e dinâmico, que requer profunda sinergia entre União, estados e municípios. Segundo Lima (2011), a regionalização é um processo técnico-político relacionado à definição de recortes espaciais para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde. Diversas são as variáveis e a natureza dos fenômenos que condicionam as experiências estaduais. Segundo a autora, o avanço da regionalização pode interferir positivamente no acesso à saúde, pois permite observar os determinantes sociais de saúde no modo como estes se expressam no território; estabelecer portas de entrada e hierarquia tecnológica com base em parâmetros de necessidade e utilização dos recursos disponíveis; disponibilizar recursos sociais e políticos que incentivem o compartilhamento de responsabilidades entre os governos e a participação da sociedade nesse processo, entre muitos outros benefícios.

Vainer (1996) nos traz importantes reflexões para pensar a regionalização no planejamento público, nos alertando para a relevância de identificar os agentes que definem os recortes regionais, isto é, quem fala pela região: “Quem se propõe a dizer: a região quer, a região luta por, a região reivindica, a região necessita de?”, além da importância de identificar que recortes estão em confronto (VAINER, 1996, p. 20). O autor afirma que, se nenhum sujeito histórico político assume a região como recorte relevante nas suas estratégias políticas, econômicas, simbólicas, uma regionalização proposta pode nunca existir, pode ser um projeto de região não instaurado social, concreta e historicamente (VAINER, 1996, p.20).

Este texto científico tem por objeto desvelar a relação entre a organização das regiões de saúde do Estado do Ceará e as forças institucionais, a exemplo de comissões intergestores regionais, comissões intergestores bipartite e comissão intergestora tripartite, bem como questionar a possibilidade, ou não, dos interesses políticos envolvidos para a sua

conformação e organização, ou seja, a utilização de influência político-administrativa sobre a região.

A discussão ora suscitada se justifica e se faz necessária, conforme será demonstrado adiante, pelo fato de a comunidade científica poder contribuir significativamente para a questão, merecedora de profunda reflexão; além do mais, há nossos interesses profissionais em aprofundar o estudo da questão em apreço, sem deixarmos de mencionar o caráter atual e instigante do problema, com toda sua originalidade, relevância e viabilidade, para o trabalho de pesquisa e também para a sociedade.

O interesse pelo tema nasce da nossa experiência acumulada como Secretário Municipal de Saúde desde o ano de 1998 até os dias atuais. A relevância do projeto consiste na investigação das práticas da gestão participativa no Sistema Único de Saúde, tendo como foco uma região de saúde e as possíveis contribuições para o aprimoramento destas práticas.

Pluralizando o desafio, Minayo (2010) descreve que a escolha de um tema para estudo não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionados, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e objetivos; ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática.

As perguntas norteadoras que orientarão o desenvolvimento da pesquisa estão pautadas na percepção de atingir o objetivo proposto: de que forma a região de saúde, selecionada para o estudo, atua na gestão regional? Em que medida a Comissão Intergestora Regional é capaz de instituir mecanismos de coordenação regional e cooperação intergovernamental? Quais são as possibilidades e os limites da gestão regional para tomada de decisão voltada para deliberações e pactuações?

Ao findar este trabalho não temos a pretensão de chegar a uma conclusão ou mesmo de esgotar o assunto, ao contrário, por ora visa apenas a iniciar uma pesquisa sobre tema tão instigante e também relevante, onde um estudo de caso em uma região poderá contribuir na permanente avaliação e fortalecimento da regionalização da saúde no Estado do Ceará, quiçá no Brasil.

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Nesta seção, enfocamos o debate sobre a regionalização da saúde como princípio organizativo do SUS e as mudanças relacionadas ao Decreto 7508. Após, discutimos, sob uma perspectiva teórica, a institucionalidade, governança, conceitos relacionados às comissões intergestores regionais e, por último, o contexto da regionalização da saúde no Estado do Ceará,

2.1 A Regionalização da saúde e as comissões intergestores regionais

A regionalização representa o espaço de articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolubilidade na atenção à saúde da população, sendo, portanto, um importante processo para alcance dos princípios do SUS.

No Brasil, a regionalização da saúde configura-se como um processo técnico-político que envolve o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, coordenação, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008; MENDES, 2010; KUSCHNIR; CHORNY, 2010), bem como a distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre distintos agentes sociais nos espaços geográficos (FLEURY; OUVENEY, 2007; VIANA; LIMA, 2011). Requer ainda, profunda sinergia entre União, estados e municípios (VIANA *et al.*, 2008).

Um conjunto de leis e portarias foi instituído para determinar as regras e os mecanismos desse processo em todo o Território Nacional, com destaque para: Constituição Federal de 1988; Leis Orgânicas da Saúde n. 8.080 e n. 8.142 de 1990; Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996; Norma Operacional de Assistência à Saúde (01/2001 e 01/2002), Pacto pela Saúde de 2006 e Decreto 7508/2011.

A citada Carta Magna destaca a cooperação intergovernamental como requisito ao “equilíbrio do desenvolvimento e do bem estar em âmbito nacional”. Estabelece ainda que as ações e os serviços públicos de saúde devem estar organizados de forma regionalizada (Art. 198) (Parágrafo Único do Artigo 23) (BRASIL, 1988). Na Lei Orgânica da Saúde a regionalização destaca-se como um dos princípios do SUS (Art.7º) descrito na sequência (BRASIL, 1990).

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;*
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;*
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;*
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;*
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;*
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;*
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;*
- VIII - participação da comunidade;*
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:*
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;*
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;*
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;*
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;*
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e*
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.*

As normas operacionais básicas deram ênfase à descentralização, com responsabilização dos municípios pela provisão e organização de sistemas municipais; e, em

2001, a regionalização retorna à agenda governamental por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001, quando tivemos o início de um processo mais efetivo de elaboração de instrumentos propícios à criação de regiões de saúde e de pactos intergovernamentais, visando ao estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade.

O Pacto pela Saúde, instituído em 2006 pelo Ministério da Saúde (MS), estabeleceu a regionalização como um eixo estruturante do Pacto da Gestão e define a criação do Colegiado da Gestão Regional (CGR) como um dos mecanismos da Gestão Regional, visando à qualificação da regionalização. O CGR caracteriza-se como espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa, formado entre os gestores da região e da representação do gestor estadual. Assim, o Pacto retoma a regionalização como eixo central, reatualiza os instrumentos de planejamento e amplia a visão da regionalização para além da assistência à saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006a).

Já o Decreto 7508/2011 propõe-se aprofundar a reforma sanitária brasileira, associando seus fundamentos e diretrizes à busca por um novo padrão de desenvolvimento nacional, em que os consistentes processos de regionalização assumem papel central, pois permitem a superação das iniquidades de acesso e utilização dos serviços de saúde. As comissões intergestores regionais (CIR), conforme é previsto no Decreto 7.508, de 2011, e na Lei 12.466, de 2011, com suas atribuições essenciais de planejar de modo *interfederativo* (regional) a execução e o financiamento das ações e serviços de saúde dos municípios e do Estado, fundados nos critérios da Lei Complementar 141/2012, art. 1710, são elementos essenciais nos acordos *solidários*, visando a alcançar a equidade regional no SUS.

Corroborando Viana e Lima (2011), a regionalização é particularmente importante, pois constitui um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações dos distintos agentes sociais no espaço geográfico a fim de realizar objetivos e estratégias comuns.

2.1.1 Decreto nº 7508 e o novo modelo da gestão do SUS

Em junho de 2011, foi editado o Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (LOS) para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Define região de saúde como

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

Mencionado Decreto dá destaque à conformação de redes regionalizadas de serviços e à gestão compartilhada entre as esferas de governo na política de saúde, estabelecendo como instrumentos para sua operacionalização: o mapa sanitário, os contratos organizativos da ação pública da saúde, os planos de saúde, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a Comissão Intergestores Regional (CIR), em substituição ao Colegiado da Gestão Regional (BRASIL, 2011b). Assim, altera alguns aspectos do Pacto pela Saúde e desde que foi publicado está em discussão para a sua operacionalização.

O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), instituído pelo Decreto 7508/11, traduz os acordos de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde, em cada região de saúde, apresentando-se como um instrumento da gestão estratégica, compromissada com a transparência e a ética da gestão pública (BRASIL, 2011).

Para garantir que o COAP seja o resultado de uma gestão participativa, é necessário que se estabeleçam estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como meio de sua melhoria; que haja apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e que se dê publicidade aos direitos e deveres do usuário, em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar (BRASIL, 2011).

Para Santos (2012), o Decreto trouxe luz a questões importantes ao dispor sobre a região de saúde, definindo-a e determinando pré-requisitos, demarcando-a positivamente, bem como sobre as comissões intergestores, em especial a regional, consagrada em seguida pela Lei 12.466, de 2011. Enriqueceu a arquitetura do SUS ao dispor sobre o contrato organizativo de ação pública da saúde (COAP) como um instrumento jurídico-institucional, de caráter regional, capaz de permitir que os entes federativos em uma região de saúde, ao lado do seu estado-membro e da União, possam integrar seus serviços e recursos financeiros numa administração que negocia, faz consenso e pactua acerca de aspectos essenciais para o SUS como: quais são as atribuições que competem a cada ente na região de saúde, quem responde

pelas referências sanitárias e quem as financia? O contrato organizativo se afirma como um *espaço de negociação interfederativa regional* (e jamais deverá ser desvirtuado para se transformar em um documento de adesão, que nasce pronto em apenas uma esfera de governo).

2.1.2 Institucionalidade

O Brasil se organiza em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo – União, estados e municípios – todas consideradas pela Constituição da República de 1988 como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica (Souza, 2002). Atualmente, a Federação brasileira é conformada pela União, por 26 estados, pelo Distrito Federal e por 5.564 municípios (MACHADO,2007).

Em uma Federação, os entes federados têm seu poder estabelecido constitucionalmente, diferentemente dos países unitários, em que todo o poder emana do Governo Central, que pode ou não transferi-lo para as unidades territoriais. Portanto, nas federações se coloca o desafio de uma soberania compartilhada, visto que a existência de competências legislativas concorrentes e de responsabilidades compartilhadas na oferta de bens e serviços é própria à essência do Federalismo. Na implementação das políticas sociais em federações, as relações intergovernamentais assumem formas peculiares, caracterizadas tanto pela negociação entre esferas de governo quanto pelo conflito de poder, no cerne do qual está à definição do grau de autonomia do Governo Nacional e dos governos subnacionais (ALMEIDA, 2001).

O federalismo brasileiro expressa algumas especificidades que merecem destaque, por suas implicações para a área da saúde. A primeira diz respeito ao grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas. A diversidade dos municípios brasileiros – em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado – por sua vez, implica distintas possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde em face da complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados (SOUZA, 2002).

O modelo institucional proposto para o SUS é ousado no que concerne à tentativa de concretizar um arranjo federativo na área da saúde e fortalecer o controle social sobre as políticas nas três esferas de governo, de forma coerente com os princípios e diretrizes do sistema. Esse modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de: a) gestores do

sistema em cada esfera de governo; b) instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das esferas, a Comissão Intergestores Tripartite (no âmbito nacional), as comissões intergestores bipartites (uma por Estado) e, mais recentemente, os colegiados das gestões regionais intraestaduais (número variável em função do desenho regional adotado em cada estado); c) conselhos de representação dos secretários de saúde no âmbito nacional (Conass e Conasems) e no âmbito estadual (Cosems) e d) conselhos de saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e municipal (MACHADO, 2007).

O termo "institucionalidade" refere-se, em primeiro lugar, à configuração institucional, isto é, ao desenho do SUS como uma macro-organização, composta por um conjunto de instituições, situadas em três esferas de governo – federal, estadual e municipal – que desempenham funções diversas, como financiamento, gestão, prestação de serviços, formação de recursos humanos e produção de insumos (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

O conceito de instituição utilizado nos estudos de políticas públicas é por demais amplo, podendo incluir regras formais (leis, normas e outros procedimentos regimentais) e informais relacionadas a códigos de conduta, hábitos e convenções em geral. As instituições também podem, no entanto, ser vistas como agentes que definem e defendem interesses (LIMA *et al.*, 2011).

Para este estudo, ratificamos a configuração institucional como o espaço de interação dos gestores das distintas esferas de governo, para compartilhar decisões sobre a gestão do sistema, na possibilidade de viabilizar o estabelecimento de acordos que possibilitem enfrentar o conflito cotidiano nas relações entre as esferas de governo: a Comissão Intergestor Regional é justamente um dos locos para esta prática (Figura 1).

Figura 1 – O modelo institucional do SUS



Fonte: Ribeiro, 2012.

O arranjo institucional do SUS, constituído com base em parcerias reguladas por pactos entre entes federativos autônomos que compartilham a soberania num mesmo território, busca a interdependência para formar sistemas regionais de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Em 2011, foi publicada a Lei nº 12.466 que reconhece as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como foros de negociação e pactuação entre gestores, cujos objetivos são: decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, definir diretrizes de âmbito nacional, regional e intermunicipal a respeito da organização das ações e serviços de saúde e de fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, visando à integração de territórios e à definição da referência e a contrarreferência da atenção à saúde (BRASIL, 2011a).

A Lei 12.466/2011 também reconhece o CONASS e o CONASEMS como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social. Os COSEMS são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS (BRASIL, 2011a).

Mendes (2010) destaca que a diversidade dos Brasis não se revela somente nas diferenças entre os estados, pois está em distintas realidades regionais dentro de um mesmo estado e por isso, é imprescindível instituir instâncias de governança regionais como espaços de reinterpretação e gestão das políticas estaduais, nos territórios sanitários regionais, bem como a regionalização cooperativa.

Viana e Lima (2011) apoiadas em Scott (2001), defendem o ponto de vista de que a institucionalidade de uma política depende de três pilares que caracterizam uma instituição: o regulatório, o normativo e o cognitivo. O pilar regulatório define-se pelo conjunto de regras e sanções que limitam e ou constroem o comportamento. O normativo diz respeito ao conjunto de valores e normas sociais que estruturam ou modelam o comportamento coletivo. O de teor cognitivo caracteriza-se em recuperar a dimensão cognitiva da esfera institucional, que afeta as preferências e a formação de identidades sociais. Sendo assim, para essas autoras, a institucionalidade da regionalização é conformada pela existência de estratégias, políticas e projetos, compreendendo construções cognitivas e regras normativas integrantes do processo regulatório, que ao mesmo tempo contém e modela o comportamento social.

2.1.3 Governança

Segundo Gonçalves (2005), um dos sérios problemas da análise científica é a imprecisão dos conceitos. Com a palavra governança parece estar acontecendo um movimento de uso amplo da expressão, sem que sua utilização esteja cercada do cuidado analítico que requer. É preciso, portanto, precisar o seu significado no contexto em que é aplicado. Além disso, vale a pena destacar o fato de que governança tem aplicação em variados campos, com sentidos diferentes.

O autor destaca que governança não é um conceito jurídico. Originário de documentos oficiais do Banco Mundial do início da década de 1990, fixou-se mais como uma expressão ligada à Ciência Política e às Relações Internacionais. Em análises de conceitos de governança independente do amparo filosófico, entretanto, diz respeito aos meios e processos utilizados para produzir resultados eficazes.

A governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições por meio das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e medeiam suas diferenças (RONDINELLI, 2006).

O uso do conceito de governança para a área da saúde e em específico no processo de regionalização pode ser justificado pelas próprias características dos sistemas de saúde, onde a fronteira do público e do privado é tênue, pela conformação de complexos e redes específicas de saúde com dinâmicas próprias e pelo fato do interesse geral não estar inscrito de forma cabal na ação pública, mas que necessita de um processo permanente de construção multiforme e aberta (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011).

Denhardt (2012) destaca que um dos acontecimentos mais importantes no campo da política pública nas últimas décadas foi a abertura do processo para um conjunto de múltiplos interesses, organizações e agentes públicos, pois, enquanto no passado o governo era o principal agente a produzir a política pública, hoje há muito mais envolvidos e por isso faz cada vez mais sentido falar não somente em governo, mas também em governança. Nesse sentido, o autor afirma que governança se refere à maneira como são tomadas as decisões numa sociedade e como os cidadãos e grupos interagem na formulação dos propósitos públicos e na implementação das políticas públicas.

Para esse mesmo autor, a interdependência característica da governança

democrática em redes significa que as relações entre os participantes são horizontais, em vez de verticais, e que nenhum agente pode usar o poder hierárquico sem o risco de destruição da rede. Descreve o ato de governar via redes como a nova face do setor público, em que os gestores de redes devem possuir habilidade em negociação, mediação, análise de risco, confiança, colaboração, gestão de projetos e habilidade para responder com flexibilidade e criatividade as circunstâncias que estão sempre mudando.

Segundo Mendes (2010), a proposição brasileira de governança regional, pela singularidade de nosso federalismo e de nosso sistema público de atenção à saúde é diferenciada das experiências internacionais mais relevantes, onde se destaca o paradigma da regionalização autárquica em que a instância de governança é exercitada, numa mesorregião sanitária, por um único ente (federal ou estadual), que cumpre todas as funções da gestão das redes de atenção à saúde (RAS). O autor define a governança das redes de atenção à saúde como um arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, gerando ações cooperativas entre os atores sociais e aumentando a interdependência deles, de forma a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. O autor refere ainda que a governança das RASs é composta por três dimensões: o desenho institucional, o sistema gerencial e o sistema de financiamento.

A Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo os fundamentos conceituais e operativos essenciais à organização da RAS. Destacamos o conceito descrito no referido texto legal.

A governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretar a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região.

Exercer uma governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde. Assim, a governança da RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção

à saúde, dos sistemas de apoio e dos logísticos.

O exercício da governança implica, ainda, o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização, como as relações federativas, as relações público privadas, as capacidades internas de gestão, a sustentabilidade financeira, a regulação da atenção e o estabelecimento de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados), bem como os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros.

No processo de governança são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas, etc.

Alguns desses mecanismos podem ser viabilizados por intermédio de consórcio público de saúde, que se afigura como uma alternativa de apoio e fortalecimento da cooperação interfederativa para o desenvolvimento de ações conjuntas e de objetivos de interesse comum, para melhoria da eficiência da prestação dos serviços públicos e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde.

De acordo com Viana e Lima (2011) a governança da regionalização é determinada por um quadro institucional estável favorecedor da participação dos autônomos, que interagem por meio de negociações, acontecidas dentro de um arcabouço regulatório, normativo, cognitivo e imaginário, autorregulados por mecanismos externos e contribuem para a produção do propósito público.

Nessa perspectiva, os colegiados da gestão regional, atualmente alterados para Comissão Intergestor regional pelo Decreto 7508, possibilitariam preencher o “vazio de governança regional no SUS”, espaços privilegiados para a identificação de problemas, definição de prioridades e de soluções para a organização da rede assistencial, bem como para a formalização de novos modelos de relacionamento e regulação de prestadores e a constituição de objetivos compartilhados numa lógica voltada para as necessidades regionais de saúde (VIANA; LIMA 2011).

É indispensável nessa discussão sobre governança a necessidade de compreender a dinâmica política real das democracias constitucionais e verificar como regimes desse tipo são capazes de distinguir e articular três dimensões do arcabouço institucional básico e da dinâmica política: *polity*, *politics* e *policy*.

À falta de termos apropriados e claramente diferenciados na língua portuguesa para distinguir cada uma dessas três dimensões da realidade política, podemos – recorrendo ao inglês – chamá-los, pela ordem em que foram apresentados acima, de *polity*, *politics* e *policy*. A *polity* corresponde à estrutura paramétrica estável da política e que, supõe-se, deve ser a mais consensual possível entre os atores; a *politics* é o próprio jogo político; a *policy* diz respeito às políticas públicas, ao resultado do jogo disputado de acordo com as regras vigentes (COUTO; ARANTES, 2002).

Quadro 1 - Conjunto de diretrizes que norteiam a ação gestora de um governo

| | |
|------------------------|---|
| <i>POLITICS</i> | É o jogo; são as articulações com cartas de poder para alcançar algum objetivo. |
| <i>POLITY</i> | São as regras do jogo, as estruturas constitucionais. |
| <i>POLICY</i> | É tanto a estratégia quanto o objetivo da jogada |

Fonte: Elaboração nossa, adaptado de Couto e Arantes 2002.

No jogo de quem governa e de como se governa, há também a importante dimensão da tomada de decisões sobre as ações de governo, que constitui outra esfera particular do regime democrático. Tais decisões são elas próprias um objetivo e uma decorrência – ao mesmo tempo – do jogo político.

A pergunta pelo grau de influência das estruturas políticas (*polity*) e dos processos de negociação política (*politics*) sobre o resultado material concreto (*policy*) é importante para a compreensão da governança regional. Embora cada uma destas dimensões seja parte constitutiva do processo político na democracia, elas não têm o mesmo significado nem contribuem da mesma forma para o funcionamento do regime democrático.

2.1.4 Cogestão

A cogestão é apresentada como um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo portanto uma diretriz ético política que visa democratizar as relações no campo da saúde.(BRASIL, 2009)

A noção de democracia participativa emerge do processo constituinte de 1988, quando os movimentos sociais buscam exigir a abertura para a sua atuação, tendo como consequência a realização de inúmeras reformas como a Sanitária chegando ao SUS. Tais experiências tiveram repercussões na órbita da modernização e da democratização, bem como pela capacidade de legitimar e aumentar a eficácia do governo.

Em relação o assunto, Campos (2000) considera que no Brasil, dentro do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), há inúmeras experiências voltadas para ampliar a democracia em instituições de saúde. A descentralização de poder para os municípios (municipalização) e a instalação de conselhos e conferências de saúde, com maioria de usuários, estão entre os principais dispositivos sugeridos pelo SUS para alterar o funcionamento burocrático do Estado. Entretanto, segundo o autor, tratam-se de medidas insuficientes para alcance dos objetivos do Sistema e redução do alto grau de alienação que se constata entre a maioria dos gestores e profissionais uma vez que são pouco estimulados para ampliar sua capacidade de reflexão, de cogestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal. A cogestão ou cogoverno, ou seja, todos decidindo, porém decidindo tendo em vista outras instâncias, deliberar entre interesses em pugna, em negociação permanente, em discussão e em recomposição com outros desejos, com outros interesses e com outras instâncias de poder.

A inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios das organizações de saúde, para se concretizar como prática de gestão, necessita da construção de condições políticas e institucionais efetivas. Estas condições tomam expressão na forma de arranjos e dispositivos, os quais criam um sistema de cogestão, viabilizando a constituição de espaço-tempo para o exercício da gestão compartilhada, cogestão, cogoverno. (Campos, 2000)

Para Harada, (2013), o maior desafio da cogestão é ampliar a governança no âmbito regional, pois nenhum município é auto suficiente. É preciso o cooperativismo entre vários municípios, co governança e apoio técnico do Ministério da Saúde. É um processo que visa não só implantar as ações no associativismo, mas a equidade. Hoje temos mecanismos

bem estabelecidos com ações públicas para implantar no país mapas da saúde, mas sempre numa linha de planejamento, embasada nas necessidades da população daquele território.

2.2 Contexto da regionalização da saúde no Estado do Ceará

2.2.1 Os antecedentes da Regionalização da Saúde no Estado do Ceará

A regionalização da saúde no Estado teve como referência temporal o ano de 1998. O Ceará é um estado com reconhecida tradição na descentralização da saúde, com caráter municipalista, precedendo a constituição do SUS (SOARES *et al.*, 2015):

Desde a NOB/93, o Estado reforçou a transferência da gestão e prestação de serviços para a esfera municipal, incluindo as atribuições na área de vigilância em saúde. Em 2000, criou comissões intergestores bipartite regionais (CIBs regionais), inovando institucionalmente com novos espaços de negociação e pactuação do planejamento regional.

Com a vigência da NOAS, formulou seu primeiro Plano Diretor de Regionalização do SUS, elaborado juntamente com os gestores municipais e pactuados nas CIBs regionais e na CIB estadual. Com o Pacto pela Saúde, a principal mudança regionalização esteve relacionada à estruturação do trabalho das instâncias regionais, com foco na integração das áreas técnicas e incentivo na constituição de grupos de trabalho sistemáticos, para integrar as políticas em curso. Foram reforçadas as características de organização regional do SUS no Estado e o processo participativo, com forte condução da SESA (CEARÁ, 2006).

No contexto da regionalização e implementação das redes de atenção à saúde decorrentes da adesão ao Decreto nº 7.508/2011 mediante da assinatura do Contrato, será explicitado no capítulo seguinte.

2.2.2 Implantações do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, ao explicitar conceitos, princípios e diretrizes do SUS, passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, sendo a principal delas o aprofundamento das relações interfederativa e a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS.

Dentre esses novos elementos, destacamos a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES; a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais –

RENAME; o mapa da saúde; o planejamento integrado das ações e serviços de saúde; as regiões de saúde; a articulação interfederativa e o contrato organizativo da ação pública da saúde.

O contrato organizativo da ação pública, como um instrumento da gestão compartilhada, tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, com suporte em uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos; tudo isso pactuado com clareza e dentro das práticas federativas que devem ser adotadas num Estado Federativo (BRASIL, 2011).

O contrato tem a perspectiva de garantir uma gestão compartilhada dotada de segurança jurídica, transparência e solidariedade entre os entes federativos, elementos necessários para a garantia da efetividade do direito à saúde da população brasileira, o centro do SUS (BRASIL, 2011).

Para Santos (2015), o contrato é um avanço e precisa ser priorizado à altura dos resultados que poderá produzir quanto à definição das responsabilidades regionais federativas e consequente organização das redes regionais de saúde. Para a autora, o contrato é um elemento aglutinador das responsabilidades que traz segurança jurídica aos contratados e pode ser um grande contributo para a *desjudicialização* da saúde por centrar-se fortemente no conceito de responsabilidade solidária no sentido sistêmico e não em responsabilidades iguais entre entes desiguais que afugenta a verdadeira solidariedade sistêmica para dar ensejo a uma individualização de compromissos incompatíveis entre as reais condições do ser federativo e da essência sistêmica da saúde.

O Estado do Ceará foi pioneiro em assinar o COAP, em outubro de 2012. Na época da adesão, já cumpria pré-requisitos para assinatura, como a organização em regiões de saúde e plano estadual de saúde. Além disso, contou como o empenho dos agentes políticos que realmente quiseram que esse processo acontecesse.

A idealização teórica do COAP no Estado do Ceará foi bastante positiva, mas é certo que a pactuação só estaria exitosa se rendesse resultados reais quanto à melhoria da rede de distribuição de saúde pública às populações, corrigindo distorções do sistema, suprimindo vácuos, sanando deficiências comuns à região.

Em termos reais, pode-se dizer que o processo de elaboração do COAP no Estado do Ceará, no primeiro momento, viabilizou o planejamento integrado e a melhor relação interfederativa. As regiões de saúde, por meio das comissões intergestores regionais, intensificaram as atividades dos técnicos das secretarias municipais de saúde, Secretaria de

Estado e Ministério da Saúde. A relação entre os entes, durante todo processo, foi viva e muito dinâmica (RIBEIRO, 2014).

A autora destaca ainda que a atividade envolvendo a implantação e execução do COAP intensificou-se ao ponto de mobilizar agentes diversos, fazendo a junção de ações técnicas e articulações políticas, incluindo as entidades da Associação dos Prefeitos do Ceará – APRECE e o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS, que se envolveram ativamente nas discussões e pactuações.

Decerto, não houve aumento de recursos financeiros com a assinatura do COAP. A expectativa dos gestores estadual e municipal era captar novos recursos para investimento e custeio de serviços especializados integrantes das redes temáticas. O que, de fato, aconteceu foi uma distribuição mais equânime, na medida em que a implantação do contrato permitiu visualizar os vazios ou desproporcionalidades até então existentes, permitindo a transferências de recursos e as políticas de governo voltadas realmente onde a necessidade estava aparente.

O fortalecimento da governança regional também é um dos grandes avanços com o Contrato; os pactos passaram a ter envolvimento dos gestores (prefeitos e secretários de saúde) da região, possibilitando uma integração entre estes, bem como uma melhor apropriação das discussões quanto às redes de atenção à saúde (RIBEIRO, 2014).

Em termos práticos, o COAP demonstra que a regionalização é importante para economia de escala, permitindo distribuir recurso de modo mais justo, reduzindo os desperdícios, mediante a criação de mecanismos para a melhoria de acesso e da prestação de serviços no SUS, fortalecendo a descentralização a organização das ações e serviços de saúde. Considerando a participação em vários momentos ao longo do processo descrito, Ribeiro (2014) observa que tudo isso contribuiu para a desmistificação da idéia de que o COAP seria um produto meramente jurídico, administrativo e burocrático.

Muitos desafios precisam ser vencidos, notadamente no concernente à organização das ações e serviços de saúde em redes de atenção; atenção primária como ordenadora das redes de atenção; financiamento dos serviços de referência compartilhado entre os gestores; utilização dos instrumentos de planejamento e gestão; sistema de transporte sanitário, que precisa ser muito bem elaborado; regulação da atenção; à política da gestão do trabalho que garanta a fixação dos profissionais, política de Educação Permanente que assegure profissionais com perfil ajustado às necessidades do sistema e gestores com informação para o exercício de suas responsabilidades. Outros aspectos de desafios estão relacionados à dimensão política, poder compartilhado (responsabilidade solidária) e interesses de variados agentes sociais, além do entendimento da regionalização cooperativa

(RIBEIRO, 2014).

Os desafios expressos são pontos de partida que permitirão aos entes signatários do COAP encontrar soluções, pois a combinação de esforços se mostra instrumento eficiente de planejamento, gestão compartilhada e controle social.

2.3 Principais abordagens do Processo Decisório nos espaços de articulação administrativa e política.

O Processo Decisório tem sido objeto de estudo de vários autores com abordagens bastante diferenciadas que vão desde as teorias clássicas da administração até áreas da psicologia. As explicações divergem com relação aos pressupostos considerados, com mais ênfase ora aos aspectos racionais do processo, ora aos aspectos organizacionais, ora aos aspectos políticos, e mais recentemente aos aspectos relacionados com o psicológico, e a intuição. (Cornélio, 1999)

As tomadas de decisão decorrem da capacidade dos administradores em escolher a alternativa que melhor satisfaz às necessidades, em função das circunstâncias temporais para assegurar os resultados desejados”. (Porto, 2008)

De acordo com Chiavenato (2001), os processos decisórios são caracterizados por análises e escolhas, entre as alternativas disponíveis no curso de ação, e envolvem critérios, conhecimentos, princípios e valores utilizados pelo tomador de decisão.

Quando se analisa o processo decisório, o que pode ser compreendido como um princípio subjacente aos estudos iniciais é o do homem racional, coerente com o conceito da economia e da escola científica da administração. Este homem racional é, por definição, capaz de analisar todos os dados e todas as alternativas possíveis para uma determinada situação ou problema e tomar decisões de forma isenta, de tal modo a escolher a solução mais adequada para otimizar os resultados desejados.

Embora seja possível se pensar que as decisões possam ser tomadas de forma racional, na prática, nem sempre isto é o que acontece. Geralmente as decisões são tomadas com base em outros critérios, muitas vezes sem utilizar os métodos ou técnicas racionais recomendados para a tomada de decisões. Simon (1976) mostra que o processo decisório pode apresentar uma racionalidade limitada e se ocupar da seleção de alternativas que estejam mais alinhadas com algum sistema de valores e crenças do gestor do que com um sistema lógico.

Motta (1988) classifica algumas variáveis tidas como restrições ao alcance dos objetivos organizacionais através das decisões baseadas na lógica da racionalidade: Variáveis humanas: motivação, conflito, personalidade; Variáveis políticas: auto-interesse e agrupamento de poder; Variáveis sociais: grupos de referência.

Em meio às discussões sobre uma série de limitações de modelos de processos decisórios, Bacharach e Baratz (1963) sugerem a necessidade de um modelo que permita

analisar tanto a tomada de decisão quanto a não-decisão, levando-se em consideração aspectos como poder, força, influência e autoridade.

Entre as diferentes perspectivas no processo decisório, apresentamos o quadro abaixo.

Quadro 2 - Diferentes perspectivas no processo decisório

| | Racional | Organizacional | Política |
|--|---|--|---|
| Conceitos organizadores. | Influência de estruturas e processos cognitivos. | Influência de estruturas e processos organizacionais. | Influência de poder e de manobras políticas |
| Metáfora central | Organização como uma pessoa intencionalmente racional | Organização como uma máquina | Organização como uma mesa de negociações |
| Regras para categorização de estudos. | Estudo lida com fatores influenciadores da compreensão de problemas. | Estudo lida com fatores influenciadores do fluxo de informações e de decisões na organização | Estudo lida com fatores influenciadores das fontes e do uso de poder. |
| Questões propostas para cada perspectiva | Como estrutura, processos e vieses cognitivos influenciam os resultados da decisão? | Como estruturas e processos organizacionais influenciam os resultados da decisão? | Como a distribuição de poder influencia os resultados da decisão? |

FONTE: Schwenk (1988, p. 10)

É importante ressaltar que os fatores integrantes do processo decisório devem ser considerados como um conjunto indissociável, já que as relações existentes entre vários deles formam estruturas interagentes, ou seja, não é ordenado com princípio, meio e fim definidos, mas um complexo caminho, que soluções para um grupo podem representar problemas para outro, pois é o resultado de um complexo de decisões tomadas com base em análises técnicas e escolhas racionais individuais e considerações subjetivas.

Braga (1987), destaca ainda que o processo decisório envolve interação, influência, controle e poder, e para melhor compreendê-lo é necessário conhecer as características dos participantes, os papéis que desempenham, a que autoridade está submetida e sua relação entre os membros da instituição decisória. Embora sua avaliação seja complexa e inconclusa, é essencial fazê-la, mesmo considerando seus limites. Desta forma, um dos primeiros passos para compreender o processo de decisão organizacional é a "identificação qualitativa de comportamentos comunicativos de indivíduos engajados em processo de decisão".

Considerando o sistema de decisão política, Lindblon, (1981) afirma que, o processo decisório é extremamente complexo, sem princípio nem fim, cujos limites são incertos. Para

seu estudo, é preciso antes de mais nada entender as características do participantes, os papéis que desempenham, a autoridade e os outros poderes que detém, como lidam uns com os outros e se controlam mutuamente.

Para o autor, o sistema de decisão política, tem um importante efeito sobre as aspirações, opiniões e atitudes que respondam às políticas. Seu funcionamento não é como de uma máquina que é alimentada com demandas para produzir decisões. É a própria máquina que fabrica necessidades e demandas. Modelando as aspirações dos cidadãos que formam parte da organização, ela põe alguns temas na agenda do debate político e rejeita outros; apresenta certas políticas aos cidadãos e aos formuladores de políticas e informa as opiniões que vão condicionar tais escolhas. Ele ainda destaca que:

"O processo decisório político não leva a soluções que possam ser julgadas com base em padrões de racionalidade; produz acordos, conciliações e ajustes, cuja avaliação com vistas à equidade, aceitabilidade, possibilidade de reexame e atendimento à variedade dos interesses em jogo é sempre inconclusiva." (LINDBLON, 1981: 110).

Outra influência relevante em processos decisórios é o poder. Segundo Braga (1987) e Pfeffer e Salancik (1974), o poder político, além de ser utilizado na obtenção de recursos, pode ser sutilmente usado na definição de critérios que fazem por favorecer a posição de uma subunidade organizacional.

Por outro lado, os próprios Pfeffer e Salancik (1974) ressaltam que a interdependência interna entre subunidades, assim como restrições externas e contingências, tendem a limitar a utilização do poder na tomada de decisão.

Como esse fator é, até certo ponto, determinante na tomada de decisão, alguns atores tentam interferir nas estruturas de poder da organização por meio de táticas políticas como: formação de coalizões – alianças em torno de um ponto de vista ou problema; cooptação – tentativa velada de mudar a posição do tomador de decisão; uso estratégico de informações – manipulação e controle de canais de informações críticas; e uso de especialistas externos – apoio de consultores para legitimar uma proposição.

Mintzberg (1976) chama a atenção para outras questões importantes do processo decisório: à demora de retorno das informações, fato já esperado, pois cada etapa do processo de decisão estratégica demanda tempo e requer uma reação; e a possíveis atrasos e acelerações de acordo com a ocasião. Os gestores podem acelerar ou atrasar propositadamente um processo de decisão e aproveitar certas circunstâncias para esperar apoio ou melhores condições, ou para sincronizar o processo com uma outra atividade. Para usarem a surpresa,

tentam escolher a ocasião para o início das etapas de decisão, a fim de facilitarem a sua execução.

March e Simon, 1970, ressaltam a Rede de Comunicações como um dos principais componentes do Programa responsável pelos "fluxos de informações que comunicam os estímulos e dados necessários à evocação e execução do programa. Esses canais de comunicação são, em parte, planejados de maneira deliberada e consciente no curso da programação, em outra parte, desenvolvidos para atender a determinadas necessidades de espécies diferentes de comunicações, e, por último, são criados para atender as funções sociais da comunicação.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Compreender os fatores intervenientes, institucionais e políticos, na governança de uma Região de Saúde do Estado do Ceará.

3.2 Objetivos específicos

- Compreender como se dá a relação de decisão entre os agentes da Comissão Intergestores Regionais

- Revelar as possíveis influências externas na decisão de uma Região de Saúde de Saúde do Ceará.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa não pretende produzir generalizações, mas conhecer uma realidade dentro do seu contexto, utilizando a abordagem metodológica definida para este fim. Nesta trajetória, fazemos o percurso metodológico utilizado.

4.1 Tipo do estudo

A pesquisa, em função de seus objetivos, implicou a utilização de uma abordagem qualitativa, por meio de entrevistas com agentes considerados estratégicos para o estudo e análise documental. A estratégia foi um estudo de caso. Para Yin (2010), estudo de caso é uma investigação empírica, um método que abrange tudo – planejamento, técnicas de coleta de dados e análise dos mesmos.

Na perspectiva de Merriam (1988, *apud* ANDRÉ, 2005), o conhecimento produzido desde o estudo de caso é diferente do conhecimento saído de outras pesquisas porque é mais concreto, mais contextualizado, mais voltado para a interpretação do leitor e baseado em populações de referência determinadas pelo leitor. Além disso, a autora explica que o estudo de caso qualitativo atende a quatro características essenciais: particularidade, descrição, heurística e indução.

4.2 Local, amostra e período do estudo

Selecionamos para o estudo a Região de Saúde de Brejo Santo (Figura 2), localizada no sul do Estado do Ceará, que integra nove municípios: Abaiara, Aurora, Barro, Brejo Santo, Jati, Mauriti, Milagres, Penaforte e Porteirias. A Comissão Intergestora Regional, conforme legislação vigente é formada pelos secretários de saúde dos municípios e pela coordenação da região de saúde.

A escolha da Região deu-se em virtude de estudo preliminar realizado pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS, 2014), o qual demonstrou que a Região supracitada apresenta a menor rotatividade de secretários e que eles participaram do processo de elaboração do COAP e permanecem na gestão municipal de saúde. Esse critério foi adotado por considerarmos importante a participação na pesquisa de agentes que participaram do processo e assim pudessem contribuir de melhor forma aos resultados da

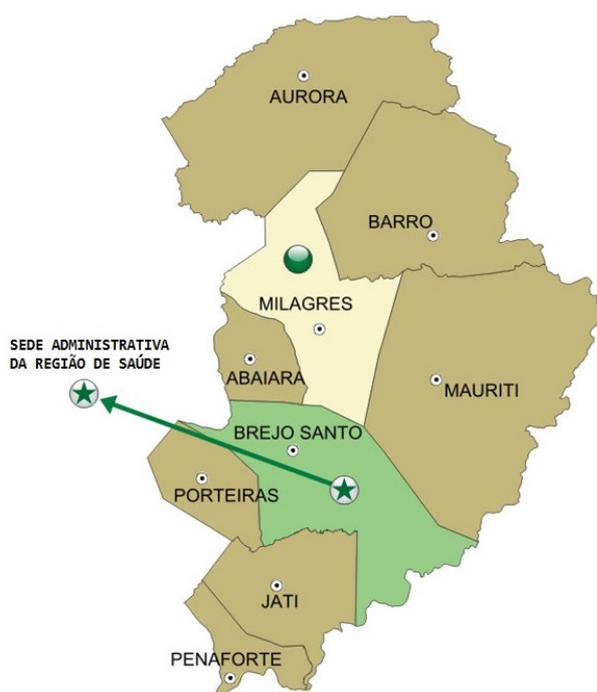
pesquisa.

Portanto, os atributos definidos para a condução da pesquisa, além de responder aos critérios de validade e inclusão, foram: secretário de saúde de municípios da Região selecionada que estão na gestão do município no mínimo há dois anos; coordenadora da Região de Saúde- cargo em comissão de profissional que coordenar a Regional de Saúde e presidir a CIR junto ao vice-presidente da Região de Saúde; e técnicos da CRES e municípios, participantes ativos nas discussões de reuniões da CIR que foram apontados mediante a leitura das atas e do julgamento do investigador, considerando a necessidade de busca por sujeitos que possam dar informações relevantes sobre as questões da pesquisa.

De um total de 20 pessoas selecionadas para a entrevista por este estudo, foram realizadas 14 entrevistas (oito secretários municipais, uma coordenadora regional, um técnico CRES e três técnicos municipais). A exclusão se deu por decisão do convidado a não participação na pesquisa (um secretário municipal) e os que não atenderem aos critérios de inclusão (dois técnicos – recém-chegados a CRES e um secretário recém-empossado).

O estudo compreendeu os fatos e documentos dos anos de 2012 a 2014, justificado pela temporalidade do Decreto 7508 e da assinatura do COAP no Estado do Ceará. As entrevistas foram realizadas no ano de 2015 (ano corrente da pesquisa).

Figura 2 – Região de Saúde de Brejo Santo - CE



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2012), por nós adaptado.

4.3 Instrumentos e técnicas de coleta e de registro de dados

Para a coleta de dados, utilizamos dados primários e secundários. Os primários foram apreendidos por entrevista semiestruturada e os secundários por meio das atas das reuniões de CIR, bem como outros documentos pertinentes ao estudo.

Segundo Yin (2010), umas das fontes mais importantes de informação para o estudo de caso é a entrevista. Para a realização das entrevistas, foi elaborado um roteiro semiestruturado, contendo elementos que atendem aos objetivos do trabalho (Apêndice A). A pesquisa foi aplicada por pesquisadora assistente.

O convite à participação do estudo foi realizado por nós, com o importante apoio da coordenação da Região de Saúde no intuito de buscar maior aproximação com os participantes, sensibilizando-os quanto à relevância do tema em estudo.

Os documentos (atas e lista de frequência) foram facilitados pela Secretaria Executiva da Comissão Intergestora Regional e as entrevistas foram facilitadas pela colaboração dos residentes em Saúde da Família, então em estágio supervisionado.

4.4 Tratamento dos dados

A transformação de dados coletados ainda no seu estado bruto envolve a utilização de determinados procedimentos para sistematizar, categorizar e tornar possível sua análise por parte do pesquisador. Para tal, após a coleta dos dados, reunimos as informações importantes à compreensão e interpretação do objeto estudado, traçados no início da pesquisa, realizando-se o processamento destes por meio da técnica de Análise de Conteúdo.

Esta técnica constitui numa metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de documentos, conduzida mediante de uma descrição sistemática no objetivo de atingir uma compreensão dos seus significados num nível que vai além de uma leitura comum. A análise de conteúdo constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, representando uma abordagem metodológica com características e possibilidades própria (MORAIS, 1999).

Na sua evolução, a Análise de Conteúdo oscila entre o rigor da suposta objetividade dos números e a fecundidade sempre questionada da subjetividade. Ao longo do tempo, entretanto é cada vez mais valorizada a abordagem qualitativa, utilizando

especialmente a indução e a intuição como estratégias para atingir níveis de compreensão mais aprofundados dos fenômenos que se propõe investigar (MORAIS, 1999).

Bardin (1979) configura a Análise de Conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens.

A autora caracteriza a Análise de Conteúdo como sendo empírica e, por esse motivo, não pode ser desenvolvida com base num modelo exato. Para sua operacionalização, contudo, devem ser seguidas algumas regras de base. Neste sentido, a Análise de Conteúdo relaciona as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articula a superfície dos textos com os fatores que determinam suas características (contexto e processo de produção da mensagem) (MINAYO, 2010).

A sistematização e a expressão do conteúdo das entrevistas foram organizadas em três etapas em conformidade com três polos cronológicos propostos por Bardin (1979).

Seguindo a autora, os polos cronológicos compreendem: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

1 A pré-análise - é a fase da organização e sistematização das ideias, onde estabeleceremos contatos com os textos transcritos¹, com o objetivo de fazer fluir impressões e orientações gerais para constituição do *corpus* das entrevistas, isto é, conjunto de documentos que serão submetidos à análise.

2 A exploração do material - nesta fase, fizemos a codificação dos dados brutos, no objetivo de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para seleção das unidades de análises, utilizamos os objetivos do trabalho como primeiros norteadores, no entanto, algumas categorias emergentes também foram incluídas, por sustentarem a proposta do estudo.

3 Tratamento dos resultados obtidos e interpretação - nesta etapa, os dados brutos já codificados foram organizados de modo a se tornarem significativos e válidos e que evidenciem as informações obtidas. Realizamos as interpretações de acordo com o quadro teórico delineado no projeto.

A análise documental consistiu na identificação e validação de informações extraídas nas entrevistas, bem como complementando as devidas informações. Extraímos das

¹Na transcrição das entrevistas, respeitamos a linguagem utilizada pelos entrevistados, bem como as pausas na fala. Nossa interferência ocorreu apenas quando houve a menção, por parte do entrevistado, de nomes de municípios ou pessoas que pudessem de alguma forma, identificá-lo, situação em que omitimos tais referências do texto transcrito.

atas das CIR e CIB fonte original, localização e identificação de fatos importantes para a complementação do estudo, o que nos auxiliou na contextualização dos fatos em determinados momentos (Quadro 1).

O questionário foi desenvolvido com o objetivo de identificar informações que nos auxiliassem a responder às questões da pesquisa. Composto por quatro blocos (regionalização/ funcionamento da CIR/pactuações da CIR; planejamento regional e conformação da RAS; mobilização dos municípios / participação do controle social; financiamento), as informações levantadas compuseram um panorama sobre o assunto que nos orientou na análise e considerações finais.

Para este ensaio, consideramos atuações externas, os agentes políticos que não são membros CIR: prefeitos, governador, secretários e técnicos do Ministério da Saúde, entretanto são agentes externos que, mesmo não participando da CIR, têm o poder de decisão na implantação/ implementação de políticas e programas.

4.5 Questões éticas

A eticidade na pesquisa qualitativa é um tema cada vez mais abordado no campo da saúde coletiva na atualidade, em razão da diversidade de métodos, técnicas e paradigmas que orientam as investigações nesta abordagem (RAMOS et al., 2010). Todo o cuidado é necessário, principalmente nas áreas humano-sociais, pois a maioria dos estudos envolve, direta ou indiretamente, pessoas e suas vidas. Para os autores, os estudos qualitativos requerem significativa aproximação entre o pesquisador e o pesquisado e a confiança é um aspecto importante para a garantia da qualidade dos dados e da pesquisa. Esta confiança está justamente inserida na forma dialogada pela busca de informações que pretendemos obter.

Portanto, seguindo as recomendações quanto aos cuidados éticos, os gestores participantes foram esclarecidos sobre a matéria de que trata essa pesquisa, cabendo a eles a decisão de participar ou não e a desistência em qualquer etapa da pesquisa.

Todos foram consultados previamente, tiveram acesso ao Projeto e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (Apêndice B), conforme determina a Resolução 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa em Saúde da Universidade de Brasília (UnB), tendo sido aprovado (Anexo E).

Quanto às informações fornecidas, foi assegurada a sua confidencialidade, não sendo, em hipótese alguma, compartilhada para pessoas que não estejam diretamente envolvidas com a produção da busca.

O material obtido foi analisado e subsidiou a formulação dos resultados da investigação. Estão tornados públicos por meio desta dissertação, bem como em artigos que serão encaminhados para publicação em periódicos científicos, além da devolutiva a todos os participantes da pesquisa mediante apresentação, em reunião da CIR Brejo Santo.

5 ANÁLISE E DISCUSSÕES

Estruturalmente, a apresentação e a análise dos dados estão quatro partes, seguindo a ordem do questionário, e complementando-se com informações da análise documental.

5.1 Região de saúde e comissão intergestora regional

No que se refere ao entendimento de Região de Saúde, os participantes da pesquisa referiram a “espaço geograficamente delimitado” dando ênfase à divisão territorial e administrativa.

[...] Espaço delimitado geograficamente constituído por agrupamentos de Municípios, definido a partir de semelhanças culturais, econômicas e sociais e infraestrutura de transportes compartilhados.

[...] Entendo que Região de Saúde é divisão dos territórios para organizar melhor sua rede assistencial.

O Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, descreve no seu art. 2, I a definição de Região de Saúde como espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado com base em 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).

Considerando o achado do estudo, destacamos aqui o alerta que Santos (2015), nos traz para a importância do entendimento de região de saúde. A autora destaca que a Região de Saúde é essencial para integrar as ações e serviços de saúde dos entes federativos, qualificar a gestão do SUS e garantir a integralidade e por isso deve ser constituída sob a óptica sanitária e não meramente administrativa; devendo, ainda, para ser qualitativo, não ser concebida e tida como mera divisão administrativa do Estado, mas sim como o *locus* da integralidade; ela precisa ser capaz de resolver se não a totalidade, a quase totalidade das necessidades de saúde da população regional; ser parte de um sistema nacional, estadual e intermunicipal que encontra na região de saúde o espaço de sua atuação para o usuário.

5.1.1 Funcionamento da região de saúde, sua resolução e criação

No pacto da gestão (BRASIL, 2006) vê-se a regionalização como diretriz fundamental do SUS, sendo eixo estruturante para a pactuação e descentralização das ações. Determina que a região de saúde deva propiciar a organização da rede de serviços e ações de saúde para atender e assegurar os princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, possibilitando a ação cooperativa e solidária entre gestores e o fortalecimento do controle social. A rede de atenção à saúde deve ser pactuada tanto em relação aos recursos (materiais, financeiros e humanos) quanto no que tange às responsabilidades e ações complementares entre os entes federados.

O destaque no item de funcionamento e resolução das regiões de saúde está no fato da utilização de verbos no futuro do pretérito, podendo denotar pouca credibilidade. Tal compreensão encontra-se em destaques nas falas abaixo:

[...] *“Deveria” garantir a integralidade da atenção à saúde. Entretanto fica muito centralizado na sede da Região de Saúde.*

[...] *A Região de Saúde “deveria” ser resolutiva para as demandas de saúde*

[...] *“poderia” buscar racionalidade dos recursos para reduzir as desigualdades regionais e efetivar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, garantindo a melhoria da promoção, prevenção e assistência à saúde.*

Quanto a sua criação, não ocorreram expressividades; todos relataram o momento do Marco Legal da Regulamentação da CIR.

[...] A CIR foi regulamentada em 2011 através do decreto 7.508. Entretanto, já existiam as CIB Regionais.

As comissões intergestores regionais (CIR), conforme prevista no Decreto 7.508, de 2011 e na lei 12.466, de 2011, com suas atribuições essenciais de planejar de modo interfederativo (regional) a execução e o financiamento das ações e serviços de saúde dos municípios e do Estado, fundados nos critérios da Lei Complementar 141/2012, art. 1710, é elemento essencial nos acordos solidários visando ao alcance da equidade regional no SUS. (Santos 2015).

Já quanto ao papel da CIR, as falas enfatizam o importante espaço para as articulações e pactuações para região:

[...] Discutir, avaliar e pactuar a organização e efetivação da saúde na região e também da macrorregião.

[...] Negociação entre municípios visando a atenção à saúde em todos os níveis possíveis dentro da Região de Saúde.

Um destaque na questão abordada foi a fala de um secretário municipal:

[...] Além dos papéis burocráticos e necessários de uma CIR, é um espaço de grande fortalecimento entre os secretários de Saúde; vivemos todos os dias muitos aborrecimentos e o espaço da CIR é também um espaço de desabafo e compartilhamos soluções para pequenas coisas... Esses sim são complexos.

O participante da pesquisa cita o exemplo:

[...] Há... Conseguir uma consulta com um neuropediatra, um exame que não está na pactuação ou que já esgotou a cota. Ou mesmo problemas com as agentes comunitárias de saúde... Ficamos trocando figurinhas

Sobre o funcionamento da CIR, seu papel, regulamento, quem coordena, periodicidade das reuniões, definição da pauta, financiamento para operacionalização das reuniões pudemos averiguar nos documentos (atas e resoluções) da CRES, bem como ratificar pelo destaque abaixo:

[...] A CIR funciona através do colegiado de Secretários Municipais de Saúde e representantes da Secretaria Estadual da Saúde e das Câmaras Técnicas. Tem regimento interno aprovado na CIB/CE. Coordenado pela CRES através da presidência e da secretaria executiva. Reuniões ordinárias mensais e extraordinárias (por demanda). As reuniões

ordinárias acontecem de forma descentralizada nos municípios através de pactuação do calendário. A pauta é definida pela CRES e municípios através das demandas oriundas da SESA, das câmaras técnicas, da CIB/CE e municípios. Há financiamento da CIR através da SESA (espaço e técnico) e recursos federais repassados pela SESA e municípios (CIR descentralizada).

Os participantes do estudo foram unânimes em destacar a regularidade das reuniões e dinâmica das reuniões descentralizadas como ponto importante no fortalecimento da articulação regional.

[...] Constituindo-se em um espaço de planejamento, pactuação e cogestão solidária entre os gestores municipais da Região

Quanto à coordenação da reunião, destacam o papel articulador da coordenadora da região.

[...] Temos sorte de estarmos em uma região muito solidária; mais isso se deve também ao papel articulador da coordenadora da região de saúde.

Quanto à pactuações na CIR:

[...] Após apresentação e discussão, são feitas as pactuações através de consenso.

A CIR apresentou-se como espaço de interlocução dos gestores com distintas visões e projetos, sobretudo quando a norma legal nacional/estadual exige discussão regional, observação feita a partir das falas e leituras de atas a exemplo das discussões das redes de atenção à saúde.

Quanto às interposição políticas nas negociações e pactuações da CIR e em que níveis acontecem, houve contradições nas falas dos gestores:

[...] Algumas vezes sim. Acontece no nível estadual a exemplo do SAMU e definição de UPAS e no nível municipal como exemplo a gratificação do PMAQ.

[...] Aconteceu interferência política não só a nível de município, mas a nível estadual quando decidimos uma situação e o governo do estado outra...

[...] Não acontece interferência política nas negociações e pactuações da CIR, entretanto o que compreendo é que a discussão com o prefeito e o governo muitas vezes são

necessárias e às vezes é interpretado como interferência... eu não acho interferência....

Considerando que, durante a análise das falas, este foi o ponto de divergências e discussões, bem como é um dos focos da pesquisa, procuramos melhor compreender os processos ocorridos nos casos citados através da análise de documentos (atas das reuniões) bem como entrevista complementar na Coordenação da Região de Saúde.

Em análise de atas e relatos, elaboramos o quadro abaixo, sintetizando os casos de interposição nas decisões e pactuações da CIR

Quadro 1 - SÍNTESE DE INTERPOSIÇÃO NAS DECISÕES CIR

| SITUAÇÃO | DESCRIÇÃO DO CASO | NIVEL |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|
| SAMU | Inicialmente a SESA apresentou a distribuição de acordo com planejamento feito com o Ministério. Depois veio uma técnica do SAMU visitou os municípios sem o conhecimento da CRES e redistribuiu as bases. Tempos depois houve contato da SESA coma CRES solicitando que todos os municípios solicitassem a base, pois teria uma base em cada município. A maioria dos municípios organizou base, indicou pessoal, foi feito capacitação em alguns. Depois a SESA veio ao município de Brejo e entregou ambulâncias somente aos municípios de Brejo, Jati, Penaforte, Porteiras e Mauriti. E só foi autorizado iniciar as atividades em Brejo, Jati e Penaforte. Atualmente a situação é: Abaiara não tem SAMU; Aurora - (Casa alugada, equipe treinada) - sem SAMU; Barro - (Casa alugada, equipe treinada) - sem SAMU; Brejo - SAMU funcionando; Jati - SAMU funcionando; Mauriti - (casa alugada, equipe treinada, ambulância guardada na base de Brejo) - Sem SAMU; Milagres - casa alugada - sem SAMU; Penaforte – SAMU funcionando; Porteiras - (casa alugada, equipe treinada, ambulância guardada na base de Brejo) - sem SAMU. | MUNICIPAL ESTADUAL |
| REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL | Houve proposta de a RAPS ser uma rede para Região Brejo Santo e Região Juazeiro juntas. Os gestores não aceitaram. Fizeram contraproposta de ser Brejo e Crato. Não foi aceita porque teria descontinuidade geográfica. Então os Gestores optaram por buscar os serviços para a região, pois não aceitavam ficar com a Região Juazeiro, pois o município sede que estava propondo mais serviços não tem credibilidade na gestão municipal. | MUNICIPAL |
| UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) | O município de Mauriti apresentou projeto que contemplava os dois municípios com sede em Mauriti, a CIR E CIB aprovou e foi enviado ao Ministério. O governador do Estado à época veio em Milagres e assinou a ordem de serviço de uma | MUNICIPAL ESTADUAL FEDERAL |

| | | |
|-----------------------|--|---------------------|
| | UPA para o município. A polêmica foi levada para CIR, CIB, SESA, Governo e MS. Depois de muita discussão os municípios optaram formalmente por desistir da UPA e implantar sala de estabilização. | |
| SALA DE ESTABILIZAÇÃO | Sala de Estabilização de Abaiara: está no plano da RUE e aprovada em CIR e CIB para ser ligada a uma ESF, porém o MS não aceita se não for ligada a um hospital e o município não tem hospital. | FEDERAL |
| HOSPITAL REGIONAL | Não atua como REGIONAL. E sim como hospital do Juazeiro. Desde a implantação é um grande problema e ponto de discussão em todas as reuniões da Região, e da macrorregião. Dificuldade imensa na regulação. | MUNICÍPIO ESTADO |

O quadro demonstra que não houve apenas de interposições políticas, mas, também, faltou comunicação efetiva, pelo ente público, sem prévio esgotamento das discussões, o que produziu intenso desconforto para a Região de Saúde.

Esse desconforto foi demonstrado, principalmente, em relação a mudanças ocorridas mesmo após a aprovação em CIR e CIB e o governador, sem discussão prévia ou comunicação efetiva:

[...] O município de Mauriti apresentou projeto que contemplava os dois municípios com sede em Mauriti, a CIR E CIB aprovaram e foi enviado ao Ministério. O governador do Estado à época veio em Milagres e assinou a ordem de serviço de uma UPA para o município.

No plano mais geral e abstrato de análise, é que, tanto a intervenção do Estado, por meio do Governo e do Ministério da Saúde, tem força externa suficiente para modificar decisões da CIR e CIB:

[...] Foi uma decisão visivelmente política partidária e não levou em consideração nenhuma discussão técnica realizada entre os entes. Infelizmente, só depois de muito desgaste é que a comunicação ocorreu e foi verificado que a sala de estabilização para os dois municípios seria, no cenário atual, a melhor solução.

Dourado e Elias (2010) destacam que a estrutura federativa brasileira tem como principal particularidade a existência de três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Essa situação é consagrada pela Constituição Federal de 1988, que alça definitivamente os municípios à condição de entes federados. A organização institucional do

Sistema Único de Saúde (SUS) reproduz essa disposição tríplice e também legitima a autonomia dos três níveis de governo na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios ao constituir o sistema nacional de saúde. Compõe, assim, o arcabouço do federalismo sanitário brasileiro. A regionalização é uma diretriz do SUS que procede da necessidade basilar de integrar seus componentes a fim de garantir a efetivação do direito à saúde no País. Pela natureza federativa do sistema, isso só pode ser realizado mediante arranjos institucionais estabelecidos entre entes federados. Portanto, para que se consolide a regionalização de ações e serviços de saúde no Brasil, devem ser considerados os condicionantes derivados do modelo de federalismo e do desenvolvimento das relações intergovernamentais, observando a inserção de figuras regionais como instâncias administrativas não coincidentes com os entes federados. Não é, contudo o que acontece na prática, mesmo em uma região de saúde com bastante organização e disposição para negociações e pactuações na perspectiva solidária e consensuada.

Quanto ao papel que a Secretaria de Estado desempenha na região, os relatos estiveram coesos quando dizem que coordena as ações e serviços de saúde por meio das estratégias da gestão: Colegiado de Gestão, CIR, Câmaras Técnicas, Fórum de Conselheiros de Saúde e CRES Itinerante.

Quanto ao papel da CIB, as falas expressam ser espaço de discussão e pactuação das políticas públicas de saúde, de forma solidária e resolutiva.

5.2 Planejamento/financiamento regional e conformação da RAS

Quanto ao planejamento regional, os entrevistados reforçaram o papel da elaboração do COAP como marco do processo e que a partir dele o planejamento regional se tornou dinâmico.

[...] O planejamento regional é realizado através da avaliação do COAP e dos instrumentos de gestão, utilizando metodologia participativa, com enfoque nas potencialidades e fragilidades.

[...] O planejamento e avaliação das RAS seguem a mesma metodologia do COAP.

Reforçam que os agentes que participam do planejamento regional são: Coordenação, assessores e técnicos da CRES, gestores e equipes de gestão municipais, prestadores de Serviço, representantes do Fórum de Conselheiros de Saúde.

Quando indagados sobre a utilidade deste planejamento regional para a gestão de saúde, foi unânime no positivismo, destacando-se nos trechos abaixo:

[...] Muita gente participando do planejamento e isso fortalece a região.

[...] De fundamental importância uma vez que o município está inserido na Região de saúde; fortalece o processo de regionalização e a gestão solidária; evidencia as experiências exitosas; define metas indicadores prioritários e otimiza recursos.

Quanto às estratégias propostas para implantação do COAP: O Estado do Ceará iniciou a pactuação dos COAP logo após a edição do Decreto nº 7.508 (junho de 2011), colocando a regionalização estadual da saúde na perspectiva dessa nova proposição normativa do Ministério da Saúde, embora mantivesse as diretrizes do Plano Estadual de Saúde e demais processos organizativos em já curso na esfera estadual.

A decisão em aderir ao COAP no Ceará se deu logo após a sua instituição, pelo Decreto 7.508/junho de 2011, colocando a regionalização estadual da saúde nos eixos normativos propostos por esse instrumento legal.

[...] Foi um processo muito intenso; participamos de tantos momentos conjuntos que até hoje me lembro das idas e vindas das reuniões. Apesar de intenso foi extremamente produtivo...

[...] Foi período em que trabalhamos verdadeiramente como uma região de saúde. Confesso que foi a época que entendi o que é região de saúde.

[...] Realizamos Seminário Regional. Formação da câmara técnica. Construção dos mapas de saúde municipais. Encontros periódicos para avaliação dos indicadores, ações e serviços, pactuações, assinatura formal pelas 3 instâncias e atualmente estamos realizando avaliação e monitoramento.

No final de 2011, o Plano Diretor de Regionalização do Ceará foi objeto dos ajustes necessários à adequação das orientações normativas do Decreto. Em agosto de 2012, em solenidade aberta, procedeu-se à assinatura pública e simbólica dos COAP das regiões de saúde do Ceará. Nos meses de outubro e dezembro de 2012, os extratos dos contratos de 20 regiões de saúde haviam sido publicados no Diário Oficial da União, inclusive a Região de Saúde em estudo, Brejo Santo.

[...] A secretaria de Brejo Santo foi quem nos representou na assinatura do COAP na solenidade. Ficamos felizes em ter sido uma das primeiras regiões a concluir esse processo.

Constata-se que o modelo assistencial regionalizado do Estado do Ceará constituiu-se desde 1998, e assim conservou-se nos COAP - de 22 Regiões de Saúde (RS) agregadas em quatro macrorregiões de saúde.

O desenho das regiões de saúde, fortalecido por meio do COAP, foi definido como pressuposto de garantia do princípio da integralidade da atenção:

[...] O processo do COAP foi de forma cooperativa e solidária entre os entes federativos, principalmente nos municípios; As Redes de Atenção veio como uma das estratégias para solucionar parte dos problemas dos vazios assistenciais.

Na questão abordada de como é o financiamento das estratégias estabelecidas pelo planejamento regional, os gestores destacaram financiamento tripartite, consórcios de saúde, conforme COAP; entretanto, falaram a respeito do subfinanciamento da saúde bem como as dificuldades dos municípios em atuarem conforme estabelecido no planejamento regional.

[...] Muito se é planejado, entretanto a demora na liberação de repasses dos entes estado e ministério demoram muito e muitas vezes o município tem que arcar com as consequências.

[...] O planejamento foi muito bem feito... se na pratica funcionar principalmente no que se refere aos recursos do Ministério da Saúde estaríamos bem melhores. Investimentos são muito demorados principalmente para as RAS.

Quanto à forma de financiamento das regiões e como as responsabilidades são pactuadas, novamente os destaques foram para financiamento tripartite, pactuadas em CIT, CIB e CIR; entretanto houve destaque nas emendas parlamentares e consórcios de saúde.

Quando indagado que a SES assume financiamento de serviços nas regiões, todos responderam que Sim, destacando recursos para hospitais-polo, hospitais de pequeno porte, recursos humanos, consórcio de saúde (CEO e policlínicas regionais).

5.3 Mobilização dos municípios / participação do controle social

Quanto à participação dos municípios na CIR e frequência, pudemos averiguar nas atas analisadas, bem como nas entrevistas, que existe excelente participação. Geralmente se encontram os gestores municipais, os suplentes e técnicos dos municípios.

[...] *A participação na CIR é excelente; fazemos uma festa a cada reunião... Como falei anteriormente é um lugar de aconchego, de desabafo e renovação de energias.*

[...] *Eu participo sempre que dá; as vezes mando a técnica do município pois geralmente a falta faz a gente perder algumas coisas apesar da comunicação da coordenação ser muito boa.*

[...] *Existe falta de gestores... Mandam muitos técnicos e às vezes é difícil algumas discussões*

Quanto à participação do controle social nas discussões sobre saúde na região, sua operacionalização foi destacada nos fóruns de conselheiros, nas reuniões da CIR, nas conferências, nos conselhos de saúde, ouvidorias e fóruns das RAS.

[...] *Os fóruns de conselheiros foram extremamente produtivos nas discussões da RAS principalmente para que a população pudesse compreender o que é REDE.*

[...] *Pra mim, as conferências foram e são campos férteis para comunicação entre conselheiros e gestão municipal.*

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que a governança da Região de Saúde é fortalecida com suporte nas articulações e tomada de decisões por meio das comissões intergestores regionais. Possibilitou o conhecimento das relações de decisão entre os agentes bem como as influências externas nesse processo.

A CIR apresentou-se como espaço de interlocução dos gestores com distintas visões, com espírito solidário, sobretudo em relação aos municípios menores e com maior dificuldade de estruturação de serviços. Espaço institucional deliberativo, com potencialidade para discussão e articulação locorregional, a região em estudo denota características, ainda que preliminares, para uma governança regional fortalecida. Destacada pelos gestores, a CIR representa um espaço de aprendizado constante, o que fortalece o estabelecimento da rede regionalizada.

Do ponto de vista da institucionalidade o funcionamento da CIR, revelou reuniões participativas e também regulares com dinâmica de descentralização e avanços nas discussões e pactuações em relação ao fortalecimento da rede regional. A autonomia de secretários representou um ponto forte na região.

Em contraposição, influências externas à CIR interferem nas deliberações e pactuações, ou seja, situações específicas foram destacadas em deliberações ao critério político há pouco do técnico. Observou-se a existência de uma coesão política entre as forças atuantes na região, tanto no plano municipal quanto estadual e federal; coesão política essa que contou com a influência e a intervenção do governador, além da participação dos prefeitos municipais na alteração de decisões consensuadas e pactuadas em CIR e CIB, trazendo aos gestores necessidades de rediscussões de pautas já aprovadas e encaminhadas e mudança de decisões por demandas políticas.

No contexto da pesquisa, discussões e comunicação efetiva são de vital importância, pois perpassam todas as atividades nos processos de pactuação, fato que permite avaliar e entender como as relações interfederativas e suas forças políticas, em função de contextos específicos, podem fortalecer ou não uma região de saúde.

A modo de remate espera-se que o estudo abra horizontes para futuras pesquisas demandem a avaliação das forças políticas envolvidas em regiões de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.V.; MELLO, G.A.; IOZZI, F.L. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. *In*: VIANA, A.L.D; LIMA, L.D (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p.117-172.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais: BIB**, n. 51, p. 13-34, 2001.

ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de Caso em Pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1979.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1988. Disponível em:<http://www.imprensaoficial.com.br/PortalIO/download/pdf/Constituicoes_declaracao.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2014.

BRASIL. Lei nº8.080, de 19 de setembro 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 26 nov.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.80/90. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nob96.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de Fevereiro de 2006. Aprova as diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006 b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 19nov.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 453. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 maio 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>. Acesso em: 17 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**. 2. ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Senado Federal. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2011. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 16 out. 2014.

BACHARACH, S. B. e BARATZ, M. S. Poder e Decisão. Reproduzido de "Decision and Nondecision: An Analytical Framework". *American Political Science Review*. V. 58, n.3, pp.632-642, 1963.

BRAGA, N. O processo decisório em organizações brasileiras: comportamentos comunicativos. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 34-51, out./dez. 1988

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**: reorganização das ações e serviços de saúde (PDR/2006). Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2006.

COUTO, C. G.; ARANTES, R.B. Constituição, governo e democracia no Brasil. **RBCS**, v.21, n.61, p.41-60, 2006.

CORNÉLIO, RENATA REIS. A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública: um estudo sobre o processo decisório na SMS-RJ. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 131 p.

DENHARDT, R. B. **Teorias da administração pública**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

DOURADO, D.A.; ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.1, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100023>

FLEURY, S.; OUVENERY, A.M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

GONÇALVES, A. O Conceito de governança. In: CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI- Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito, 14. 2005. **Anais...**Fortaleza, 2005. Disponível em: <http://www.unisantos.br/upload/menu3niveis_1258398685850_alcindo_goncalves_o_conceito_de_governanca.pdf>

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H..Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2307-2316, 2010.

LIMA, L.D; VIANA, A.L.D. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A.L.D; LIMA, L.D (Org.).

LINDBLOM CE. **O processo de decisão política**.Brasília (DF): Editora UnB; 1981.

Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 39-63.

MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Rio de Janeiro: Ed. do Museu da República, 2007.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, R. Análise de Conteúdo. **Rev. Educ.**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOTTA, P. R. Razão e Intuição: Recuperando o Ilógico na Teoria da Decisão Gerencial. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro: 22(3):77-94, jul./set.1988.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie La Renovación de La Atención Primaria de Salud em las Américas**. Washington DC: OrganizacionPanamericana de La Salud, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, suppl., p. 1819-1829, 2007.

RAMOS, F. R. S.; FINKLER, M.; GONÇALVES, E. R.; CAETANO, J. C. A eticidade na pesquisa qualitativa em saúde: o dito e o não dito nas produções científicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, supl., p. 1673-1684, 2010.

RIBEIRO, L.L.S. **Processos de tomada de decisão em sistemas municipais de saúde**. Dissertação (mestrado). 146f. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de

Medicina, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://www.saudepublica.ufc.br/imagens/uploads/dissertacoes/af4e5c140e8783c5f12bfb628b06700c.pdf>

SANTOS, L.; CAMPOS, G.W.S. SUS: Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, v.24, n.2, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200438>

SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa**. Campinas: Saberes Editora, 2012.

VAINER, C.B. Interdisciplinaridade e estudos regionais. *In*: MELO, J.G. **Região, cidade e poder**. Presidente Prudente: Gasperr, 1996. p. 11-32.

VIANA, A. L. D. *et al.* Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23 (Suppl.2), p. S117-S131, 2007.

VIANA, A.L.D. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n.1, p. 92-106, 2008.

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

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

APÊNDICES

APENDICE A

Entrevista Semi Estruturada

Conhecendo o entrevistado:

População geral IBGE do município que atua

Sexo () Masculino () feminino

Faixa Etária () 20-30 anos () 31-40 anos () 41-50 anos () 51-60 anos () 61-70 anos

Grau de instrução () Superior completo ou mais

() Ensino Médio Completo

() Fundamental completo

() elementar completo e fundamental incompleto

() elementar incompleto

Formação profissional:

Qual o tipo de Experiência em gestão Secretária Municipal de Saúde tempo: 09 anos

Tempo na função

Em quantos municípios já atuou como gestor:

O que é para você ser gestor

Questão norteadora para entrevista

1- REGIONALIZAÇÃO / FUNCIONAMENTO DA CIR / PACTUAÇÕES DA CIR

- a) Em sua opinião, qual entendimento de região de saúde? O que ela deveria resolver? E como ela deveria funcionar?
- b) Fale-me quando foi criada a CIR?
- c) Qual tem sido o papel da CIR?
Negociação entre municípios visando a atenção à saúde em todos os níveis possíveis dentro da Região de Saúde.
- d) Como é o funcionamento da CIR? Tem regulamento? Quem coordena? Qual a periodicidade das reuniões? Como é definida a pauta? Como é o financiamento para operacionalização das reuniões da CIR? Há direcionamento para financiamento da CIR?
- e) A CIR delibera sobre os problemas da respectiva região de saúde?
- f) Como são as pactuações na CIR?

- g) Em sua opinião, há interferência/interposição política nas negociações e pactuações da CIR? Se sim, em que nível isso acontece? Pode nos dá um exemplo?
- h) Qual o papel que a SES desempenha na região?
- i) Qual o papel da CIB?

2- PLANEJAMENTO REGIONAL E CONFORMAÇÃO DA RAS

- a) Quais foram as estratégias propostas para implantação do COAP?
- b) A região de saúde faz planejamento regional? Como é realizado o planejamento regional? E o planejamento da RAS? Segue o mesmo recorte territorial?
- c) Quais são os atores que participam do planejamento regional?
- d) Qual a utilidade deste planejamento regional para a gestão municipal? Como? E para a gestão estadual?
- e) Quais aspectos do plano municipal de saúde são discutidos na CIR?

3- MOBILIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS / PARTICIPAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL

- a) Como é a participação dos municípios na CIR? Qual a Frequência de participação?
- b) Qual a participação do controle social nas discussões sobre saúde na região? De que maneira se operacionaliza?

4- FINANCIAMENTO

- a) Como é o financiamento das estratégias estabelecidas pelo planejamento regional?
- b) Qual a forma de financiamento das regiões? Como as responsabilidades são pactuadas?
- c) A SES assume financiamento de serviços nas regiões?

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor (a) está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada “**COMPLEXO REGIONAL DA SAÚDE: FORÇAS POLÍTICAS E INTERESSES ENVOLVIDOS NA SUA ORGANIZAÇÃO**” sob responsabilidade do pesquisador **WILAMES FREIRE BEZERRA**, discente do curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública da Universidade de Brasília. Nesta pesquisa, buscaremos compreender os fatores intervenientes, institucionais e políticos, na governança de uma Região de Saúde do Estado do Ceará. Para tal, utilizaremos uma técnica metodológica – entrevista semi estruturada– onde o participante de forma individual, responderá questões relacionadas a pesquisa. Estas entrevistas serão gravadas e após transcritas sem identificação nominal, para análise de dados colhidos. A entrevista poderá ser agendada de acordo com a possibilidade do entrevistado em local e horário acordado previamente, podendo o pesquisador, caso necessário, deslocar-se a cidade de atuação do entrevistado. Esclareço ainda que será garantido o acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa; a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isso lhe ofereça nenhum prejuízo. No caso de aceitar fazer parte do estudo, preencha ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é de V.Sa. e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o senhor (a) não será penalizado de forma alguma.

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**COMPLEXO REGIONAL DA SAÚDE: FORÇAS POLÍTICAS E INTERESSES ENVOLVIDOS NA SUA ORGANIZAÇÃO**” como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.
Fortaleza, ____ de _____ de 2014

Assinatura do pesquisador

Assinatura do pesquisado

O Senhor (a) poderá entrar em contato sempre que desejar:

Pesquisador: Wilames Freire Bezerra (85) 99110015

Orientador: Prof.^aDra. Mariana Sodario Cruz

Comitê de ética: Universidade de Brasília - Faculdade de Ciências da Saúde
Campus Darcy Ribeiro-Brasília DF 70.904-970 Brasil

 (61) 31071947