

INDYARA DE ARAUJO MORAIS

Processo de Regionalização em Saúde no Brasil:

A perspectiva da Participação Social

BRASÍLIA, 2016

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

INDYARA DE ARAUJO MORAIS

**Processo de Regionalização em Saúde no Brasil:
A perspectiva da Participação Social**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do Título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Sodário Cruz

BRASÍLIA

2016

INDYARA DE ARAUJO MORAIS

Processo de Regionalização em Saúde no Brasil:

A perspectiva da Participação Social

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em: 15/08/2016

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Mariana Sodário (Presidente)
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Lenir Santos
Universidade Estadual de Campinas

Prof.Dr. Walter Massa Ramalho
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Maria Fátima de Sousa
Universidade de Brasília

Dedico este ao meu Marido, à minha imensa e amorosa família, e aos meus amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela saúde, paciência, inteligência e a dádiva da melhor vida que eu poderia ter.

Agradeço meu marido, que foi meu companheiro, psicólogo, enfermeiro e consultor, que me apoiou incondicionalmente em todo o processo de construção, choro, dor, alegria e orientações deste mestrado, além de me acompanhar em todos os meus sonhos e fazer deles os seus, com muito respeito, carinho e amor.

Agradeço à minha família por respeitar minhas ausências e me acompanhar nesta caminhada, especialmente meu pai, mãe, madrasta, padrasto, irmãos, sobrinhos e minhas tias, vocês são a razão de eu me esforçar sempre mais, para atingir os mais longínquos sonhos. Sem vocês que fico sem rumo, muito obrigado por existirem na minha vida.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Mariana Sodário, por todo o tempo investido em mim, com toda sua máxima atenção, seja me ensinando a utilização de softwares de análise e metodologias de pesquisas, seja passando um ano me instruindo do que era ser professora, por responder minhas mensagens da madrugada e ser sempre franca e direta, ainda se divertir e se apaixonar por este tema tão importante e singular comigo.

Agradeço ao aluno de Iniciação Científica, Danylo Vilaça, por termos compartilhado este tema, termos nos divertido, discutirmos sobre a vida, sobre a Saúde Pública e Coletiva. Foi muito prazeroso, desafiador e intrigante.

Ainda agradeço ao grupo de Pesquisa de “Análise do Processo de Regionalização em Saúde no Brasil”, coordenado pela Prof. Dra. Helena Eri Shimizu, que me auxiliou nas discussões e aprimoramento no método de coleta da pesquisa.

Por fim, agradeço imensamente aos colegas da Coordenação Geral de Saúde da Pessoal com Deficiência pela paciência e ensinamentos. Especialmente à minha Chefa Dra. Vera Mendes, por tantas liberações para aulas, orientações e escrita desta dissertação, além de me ensinar um pouquinho do que é ser gestora do Sistema Único de Saúde, o que auxiliou a entender a complexidade de meu objeto de estudo e do SUS.

*Please don't see
Just a girl caught up in dreams and fantasies
Please see me
Reaching out for someone I can't see*

*Take my hand
Let's see where we wake up tomorrow
Best laid plans
Sometimes are just a one night stand
I'll be damned
Cupid's demanding back his arrow*

So let's get drunk on our tears

*And God, tell us the reason
Youth is wasted on the young
It's hunting season
And the lambs are on the run
Searching for meaning
But are we all lost stars
Trying to light up the dark?*

(Gregg Alexander and Danielle Brisebois)

RESUMO

Entende-se que a competência dos conselhos de saúde é participar da formulação de estratégias da política de saúde e atuar no seu controle e fiscalização, nas instâncias correspondentes, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, configurando o controle social em saúde. Enquanto o processo de regionalização da saúde pode ser definido, de maneira sintética, como a organização do Sistema Único de Saúde por regiões, que demanda uma organização a partir da participação de atores em complexas relações sociais e de poder. Frente a essa constatação, a dúvida levantada pelo presente trabalho foi se os conselhos foram ouvidos ou não durante a conformação das regiões de saúde e qual foi o real papel executado por eles, dentro e para além das normativas existentes. Assim o objetivo desta dissertação é analisar a participação social e o papel dos Conselhos de Saúde no processo de Regionalização da Saúde no Brasil. Para responder essas questões, foram definidos três objetivos específicos: 1. Avaliar as condições de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de todo o País, com base no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS); 2. Analisar o percurso histórico de dois diferentes mecanismos de regionalização no Brasil, com enfoque para o papel da participação e do controle social nos dois processos; 3. analisar qual foi o papel dos Conselhos Municipais de Saúde no processo de regionalização da saúde no Brasil, e a sua visão acerca do tema, a partir de um questionário online enviado a todo o país. Para cada objetivo específico foi utilizada uma metodologia de coleta e análise de dados. Como resultados, em relação às dimensões três dimensões utilizadas, percebe-se que o melhor desempenho global foi no eixo de Representatividade, em todos os portes populacionais adotados, Estrutura foi um dado surpreendentemente favorável, contudo, ser um município de pequeno porte possui associação a ter uma pior estrutura aos demais. O resultado desfavorável foi encontrado, independente do porte populacional, na falta de autonomia dos CMS. Destaca-se que 63,2% dos respondentes afirmaram que não discutiram o processo de criação das Regiões de Saúde, e 80,1% indicaram que os Conselhos não foram ouvidos durante o processo de Regionalização. Por fim, reconhecemos que o problema central entre regionalização e a participação social é o fraco desenho ascendente para a configuração das políticas públicas no Brasil, seja pela autonomia

prejudicada dos conselhos de saúde, seja pela ausência de mecanismos normativos efetivos para que tal processo aconteça de fato.

PALAVRAS-CHAVE: Regionalização; Conselhos de Saúde; Participação Social; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

It is understood that the competence of health advice is to participate in the formulation of health policy strategies and act on their control and supervision, the corresponding bodies, including the economic and financial aspects, configuring social control in health. While the health regionalization process can be defined, synthetically, as the organization of the Unified Health System by regions, which requires an organization from the participation of actors in complex social and power relations. In view of this finding, the question raised by this study was that the councils were heard or not during the forming of health regions and what was the real role performed by them, within and beyond the existing regulations. So the aim of this work is to analyze the social participation and the role of Health Councils in the health Regionalization process in Brazil. To answer these questions, three specific objectives were: 1. To assess the performance conditions of the Municipal Health Councils throughout the country, based on the System Monitoring the Health Councils (SIACS); 2. Analyze the historical course of two different regionalization mechanisms in Brazil, focusing on the role of participation and social control in both cases; 3. analyze what was the role of the Municipal Health Councils in the health regionalization process in Brazil, and his vision on the subject, from an online questionnaire sent to all over the country. For each specific objective a methodology for data collection and analysis. As a result, regarding the dimensions three dimensions used, it is clear that the best overall performance was the representativity shaft in all population sizes adopted structure was a surprisingly favorable data, however, be a small municipality has association have a worse structure to the other. The unfavorable results were found, regardless of population size, the lack of

autonomy of CMS. It is noteworthy that 63.2% of respondents said they did not discuss the process of creating the Health Regions, and 80.1% indicated that the Councils were not heard during the process of regionalization. Finally, we recognize that the central problem of regionalization and social participation is the weak up design for the configuration of public policies in Brazil, either by impaired autonomy of health councils, is the lack of effective regulatory mechanisms to make this process happen fact.

KEYWORDS: Regional Health Planning; Health Councils; Social Participation; Health Policy; Unified Health System.

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

QUADRO 01 - Legislações sobre Regionalização e como cita a Participação Social. 2016.

Artigo 1

Figura 1 – Percentual de registros no SIACS por UF em relação aos municípios brasileiros constantes no Censo 2010. Brasil, 2016.

Figura 2 – Nuvem de palavras dos representantes do segmento de Trabalhadores dentro dos Conselhos Municipais de Saúde, 2016.

Figura 3 – Nuvem de palavras do Segmento de Usuários nos Conselhos Municipais de Saúde, 2016.

Tabela 1 – Resumo das informações sobre Presidente dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil, 2016.

Tabela 2 – Distribuição dos Municípios brasileiros segundo porte populacional e dimensões da análise, 2016.

Artigo 2

FIGURA 1 – Linha do tempo das legislações sobre regionalização e participação social, BRASIL, 1988-2012.

Artigo 3

Tabela 1 – Distribuição proporcional de questionários recebidos válidos por Região Geográfica, Brasil. 2016.

Tabela 2 – Proporção de adequação dos eixos representatividade dos conselhos de saúde respondentes do estudo, 2016.

Tabela 3 – Proporção dos eixos estrutura e autonomia dos conselhos de saúde respondentes do estudo, 2016.

Tabela 4 – Respostas dos Conselhos Municipais de Saúde sobre Regionalização no SUS, Brasil, 2016.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CES – Conselho Estadual de Saúde

CFB – Constituição Federal do Brasil

CGR – Colegiado Gestor Regional

CIB - Comissão Intergestora Bipartite

CIR – Comissão Intergestora Regional

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

RIDE – Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SIACS – Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde

STATA – *Data Analysis and Statistical Software*

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
3. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	21
3.1 A Descentralização do SUS.....	21
3.2 A Regionalização	23
3.3 Controle Social – Participação Social – Participação da Comunidade	31
4. METODOLOGIA	44
4.1 Coleta e Análise dos Dados	44
4.2 Aspectos Éticos.....	46
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
ARTIGO 1	49
ARTIGO 2	70
ARTIGO 3	82
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
ANEXO I – Aprovação no CEP	111
ANEXO II – Questionário Controle Social e a Regionalização no SUS	117

1.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de do Estado brasileiro o qual se conforma como um modelo público de ações e serviços de saúde (Noronha, Lima & Machado, 2008). Entretanto, não nasceu facilmente: foram décadas de preparação, para inicialmente a saúde se tornar um direito de todos os cidadãos brasileiros, via movimento da Reforma Sanitária nas décadas de 1970 e 80, alguns anos para ter uma lei de criação, a lei 8080/90, e, posteriormente, mais duas décadas para a consolidação de políticas e ações de saúde a mais 200 milhões de habitantes, em um país com extensão continental.

A primeira conquista da saúde foi na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que em seu Art. 196 dispôs que “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas*”, fruto da redemocratização no país, que culminou na conquista de direitos sociais pelos cidadãos brasileiros (Brasil, 1988). A base para esse acontecimento da saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que reuniu em Brasília mais de quatro mil pessoas, estudantes, acadêmicos, trabalhadores das mais diversas áreas, profissionais de saúde, movimentos da sociedade civil, movimentos populares, partidos políticos e grupos profissionais. Em sua plenária final foi aprovado o Relatório Final com três eixos: 1. Saúde como Direito; 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; 3. Financiamento do Setor (Brasil, 1986). Neste relatório já apontava:

Esse direito (a saúde) não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma **política de saúde** consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas **pela população** (grifo nosso) (BRASIL, 1986).

Conforme o texto em referência, uma política de saúde universal deveria ser acompanhada pela população para participação no processo de formulação, gestão e avaliação das políticas. Esse ponto foi traduzido para a Constituição no Art. 198, relacionado à organização do sistema, que deve integrar uma rede regionalizada e hierarquizada “*de acordo com as diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade*” (Brasil, 1988)

O SUS foi organizado pela Lei nº 8.080/90, denominada Lei Orgânica da Saúde, que determinou que o conjunto de ações e serviços de saúde executados diretamente ou indiretamente pelo poder público, constitui o SUS. Destaca-se que, nesta normativa, a participação da comunidade também foi definida como uma diretriz, embora sua regulamentação tenha sido apenas a partir da Lei nº 8.142/90.

A Lei nº 8.142/90 instituiu os Conselhos e Conferências de Saúde, regulamentando a participação da comunidade nas três esferas de gestão do SUS municipal, estadual e federal. Vale ressaltar que, apesar da lei criada em 1990, no âmbito nacional já existia o Conselho Nacional de Saúde (CNS), criado por Getúlio Vargas em 1937. O CNS sofreu uma reconfiguração importante ao longo dos anos - de estritamente técnico consultivo para representativo da população – e, acima de tudo, paritário em relação à participação dos usuários (Cardoso et al, 2013).

A competência dos conselhos de saúde é participar da formulação de estratégias da política de saúde e atuar no seu controle e fiscalização, nas instâncias correspondentes, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, configurando o controle social em saúde. Um desafio para os estudiosos das políticas de saúde brasileira é compreender como essa atuação ocorre na formulação das políticas públicas. Algumas questões podem ser elencadas: como a atuação da sociedade foi prevista dentro das políticas integrantes do SUS? Como os atores responsáveis pela participação social institucionalizada compreenderam essas políticas? Há efetiva participação desses atores?

Assim este estudo buscou responder essas questões a partir do processo de regionalização do SUS. A motivação se estabelece pela importância da regionalização na organização do sistema e pela necessária articulação de distintos atores para a sua concretização, principalmente em relação ao território, financiamento e serviços ofertados, espaço de possível contribuição do controle social.

A regionalização da saúde pode ser definida, de maneira sintética, como a organização do SUS em regiões. A região de saúde deve ter em seu território um conjunto de ações e serviços, organizadas dentro de uma lógica que ofereça o acesso e a integralidade da assistência em saúde. Essa organização é de responsabilidade do Estado em articulação com os Municípios conforme Decreto nº 7.508/2011, entretanto essa configuração demanda uma participação de atores (governo, profissionais de saúde, setor privado, burocratas, entre outros) em complexas relações sociais e de poder, ou seja, a regionalização possui uma dimensão técnica, política, econômica (Viana, 2011) e, até mesmo, ideológica no tocante ao seu funcionamento.

Destaca-se que a regionalização só foi possível com a realização de um processo de descentralização acentuado a partir da Norma Operacional Básica - SUS 01/93, a qual instituiu que a descentralização deveria ser entendida como um processo de redistribuição de poder com uma reorganização institucional além de reformulação de práticas e controle social, a qual envolveu dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que são a base de legitimação das decisões (Brasil, 1993)..

Nessa perspectiva, a regionalização do SUS foi impulsionada a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em 2002, quando se começou a concretizar a organização do SUS em regiões de saúde, apesar da previsão da regionalização do sistema na Constituição Federal e na Lei nº 8080/90. Em 2002, em relação ao controle social e segundo a NOAS, cabia aos Conselhos de Saúde somente aprovar o Plano Diretor de Regionalização (PDR), no âmbito estadual, sem

a obrigatoriedade da participação desses atores nas pactuações municipais e/ou regionais em si.

A questão levantada norte do trabalho foi se os conselhos municipais foram ouvidos ou não durante a discussão e conformação das regiões de saúde e qual foi o real papel executado por eles, dentro e para além das normativas existentes. Para responder essas dúvidas, primeiramente foi preciso compreender 1. como os conselhos municipais de saúde estão atualmente estruturados no âmbito do SUS, 2. como as normativas previam/preveem a atuação do controle social na regionalização da saúde e 3. qual a visão que conselheiros de saúde possuem sobre o processo de regionalização em saúde.

A partir desses pontos, foi feito o delineamento da pesquisa, a partir da literatura, das legislações e por último, o levantando questionamentos aos sujeitos que fazem parte dos Conselhos Municipais de Saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a participação social e o papel dos Conselhos Municipais de Saúde no processo de Regionalização da Saúde no Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

1. Avaliar as condições de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de todo o País, com base no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).
2. Descrever o percurso histórico de dois diferentes mecanismos de regionalização no Brasil, a partir da análise do arcabouço legal das Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE) e das Regiões de Saúde brasileiras, com enfoque para o papel da participação e do controle social nos dois processos.
3. Descrever qual foi o papel dos Conselhos Municipais de Saúde no processo de regionalização da saúde no Brasil, e a sua visão acerca do tema, a partir de um questionário online enviado a todo o país.

3. **ARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

3.1 **Descentralização do SUS**

Anteriormente à Constituição de 1988, o sistema de saúde no Brasil era o da Lei nº 6.229 de 1975 – Sistema Nacional de Saúde categorizado na literatura por previdenciário, o qual condicionou o acesso ao sistema de saúde da população ao vínculo empregatício. Esse momento da política de saúde brasileira foi marcada pela centralização política-administrativa no nível federal, descoordenação do setor, duplicidade institucional no nível federal (atuações mistas do Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social), e limitada atuação das esferas estaduais e municipais (Berenger, 1996).

Um pontapé inicial para um novo modelo de gestão em saúde foi a 7ª Conferência Nacional de Saúde que teve como tema, a Implantação de Serviços Básicos de Saúde voltados aos municípios, onde a ideia se tornou ação nacional com a implantação do Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde, parceria ministerial e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que já trazia a necessidade de extensão máxima de cobertura, destaca-se que foi primeira vez que se discutia diretrizes de regionalização e descentralização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, uso de técnicas simplificadas, utilização de pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema (Mendes 1995, pag 34).

Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o marco de revolução na área da saúde, onde previa-se finalmente a saúde como um direito do cidadão. Ali se construiu o texto base para a constituição de 1988, com um sistema de saúde com os princípios de universalidade, equidade e integralidade, e com diretrizes que orientavam sua organização.

Devidos aos traços do sistema previdenciário e como forma de superar suas defasagens, o conceito de descentralização e regionalização em saúde foi fortalecido após o advento do SUS, sendo o primeiro conceito citado na criação do SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde) em 1987 e detalhado no artigo 198 da CF. No referido artigo constitucional, há a indicação da participação da comunidade como diretriz do SUS, fundamentada em conjunto com os preceitos da regionalização, da descentralização, do atendimento integral e da universalidade do sistema.

Com a promulgação da Lei nº 8080, de 1990, o SUS estava oficialmente organizado no Estado brasileiro, mas foi sendo aperfeiçoado com o passar do tempo. A descentralização da atenção à saúde e a prestação de serviços tiveram forma e força a partir dessa data.

Segundo Viana & Lima (2011), foram quatro ciclos de descentralização sem articulação com a regionalização. O primeiro ciclo relacionado ao processo de redemocratização do país onde os municípios e estados cobravam mais autonomia decisória e financeira, o que se relaciona diretamente com o momento político de redemocratização do país. Como estratégia de descentralização houve a difusão dos Distritos Sanitários, mas que não foi implementado e assim não resolveu os problemas profundos de desigualdade socioeconômica do país. Segundo os autores, a conformação dos Distritos Sanitários foram base para se pensar a construção de região nos anos 2000.

O segundo ciclo de descentralização ocorreu no início da década de 90, com tentativas de fortalecimento da gestão municipal, apoiadas pelo maior aporte de recursos para entes municipais, conforme a Norma Operacional Básica (NOB) de 01/93 publicada por meio da Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.

O terceiro ciclo foi marcado normativamente pela NOB 96, que instituiu o processo de redistribuição dos recursos do Ministério por transferência per capita e incentivos a adoção do Programa Saúde da Família (Piso da Atenção Básica, fixo e variável). Embora tenha sido uma estratégia inovadora na época, esse modelo ainda

não conseguiu vencer o quadro das desigualdades regionais e intrarregionais em saúde (Viana & Lima, 2011).

O quarto ciclo se inicia na virada dos anos 2000, com a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS) que enfatizou o processo de regionalização do SUS como estratégia fundamental para o avanço da descentralização e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde. Entende-se que apenas descentralizar não resolvia os problemas da população, mas descentralizar seria um avanço importante.

Viana & Lima (2011), trazem que a regionalização apresenta conflitos diretos com a descentralização, enquanto a primeira possui a natureza complementar as instâncias deliberativas existentes, a segunda se constituiu de maneira finalística, não complementar com os processos existentes pela redistribuição de responsabilidades.

3.2

Regionalização

A regionalização apesar de ser uma diretriz do SUS, não acompanhou o processo de descentralização (Viana & Lima, 2011) por serem processos organizativos diferentes, assim foi retomado o conceito de regionalizar a partir da NOAS 2002, trazendo a regionalização como “*estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade*” (Brasil, 2002).

Um documento de acompanha esse posicionado do Ministério da Saúde, sobre a regionalização, foi apresentado no guia: “*Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento*”. Neste documento há uma síntese do processo de descentralização e regionalização, onde que “*nos primeiros movimentos de implantação do SUS, houve foco acentuado na descentralização e na municipalização dos serviços e da gestão*” (Brasil, 2009)

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

Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011)

Presume-se que a Região de Saúde deve ser organizada a partir das redes de ações e serviços de saúde dos municípios que a compõe, com o objetivo de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais, onde essa ainda deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social (Brasil, 2006, pag.19).

Segundo Santos (2012), na região de saúde:

(...) é necessária para a efetividade do direito à saúde por permitir juntar o que o princípio da descentralização separou e que, por força sistêmica, deve se unir novamente em torno de uma região, dando à luz uma gestão que ao mesmo tempo em que é individual (de cada ente federativo, direção única) também é solidária ante a interdependência sistêmica.

Os autores Lima et al (2012), destacam como se deve ser uma rede regionalizada:

Uma rede regionalizada de atenção à saúde constitui-se por um conjunto de unidades (ou pontos de atenção), de diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de uma população.

Segundo Silva e Gomes (2013), o objetivo que se fundamenta a regionalização é necessidade de garantir serviços “*de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível*” à todos os usuários do SUS. Assim, Oliveira (2003 apud Silva e Gomes, 2013) complementa que o sistema regional de saúde pode ser considerado adequado ao agregar como um sistema cooperativo, um

conjunto de municípios, contudo pode-se pensar a regionalização para a garantia de uma melhoria na eficiência e na qualidade de atendimento.

A questão de respeitar os princípios do SUS foi trazida por Guerreiro e Branco (2011) discutindo que regionalizar pode impactar positivamente na equidade, ao desconsiderar recursos exclusivamente articulados em poucos pólos estaduais e determinar um aumento na satisfação dos usuários.

Ainda para Guerreiro e Branco (2011), ter anterior a regionalização ações de descentralização, fortaleceu a capacidade dos entes estaduais e municipais, com um gradual repasse de responsabilidades e recursos da esfera federal, que acabou levando à mudanças na gestão da saúde, bem como a expansão da rede de atenção dos municipais de saúde.

A descentralização e a regionalização deveriam ser realizadas com a gestão compartilhada entre os atores, com base no planejamento ascendente e participativo, entretanto segundo Carneiro, Foster e Ferreira (2014) não era a realidade da gestão, pois *“os municípios acabavam de entrar na gestão do sistema e os dispositivos de controle social e participação começavam a se organizar”*. Pois se faltava instrumentos de planejamento e relação com o Controle Social.

O SUS exige uma gestão compartilhada e cooperativa e esse modelo exige por sua vez espaços deliberativos, os quais são a Comissão Intergestores Regional (CIR), a Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sendo o primeiro definido no Decreto nº 7.508/2011 e demais na Lei nº 12.466/2011, os quais são espaços fundamentais de articulação da regionalização de acordo com Carneiro, Foster e Ferreira (2014).

Testa (1995, P.49) desenvolve a ideia de que existem atores, individuais e coletivos, que desenrolam o 'drama estratégico' em um cenário: *“Um ator individual é um sujeito que tem interesses no setor saúde e que ocupa uma posição que o coloca em situação de peso dentro do mesmo”*. Esses diversos atores, que interagem com base na ação social, constituem assim o espaço social onde acontece essa ação (Carneiro, Foster e Ferreira, 2014).

Outros atores do jogo são os conselhos de secretários de saúde nos âmbitos nacional e estadual (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS), os Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal, afóra a realização periódica das Conferências de Saúde que reúnem um universo de atores de diversos segmentos.

Para Santos (2012) o papel das instâncias gestoras (CIR, CIB e CIT) não se confunde com as competências dos Conselhos de Saúde, pois *“a primeira é, na realidade, uma reunião dos entes federativos para discutir a gestão do SUS. A segunda, a expressão da democracia participativa no SUS, instância de discussão entre Estado e Sociedade (...) para definir a política de saúde e fiscalizar sua execução”*.

O Pacto pela Saúde, aprovado pela CIT em janeiro de 2006, foi um marco importante para a nova organização do SUS, com foco na regionalização, que buscou dissolver a dicotomia existente entre os pactos da assistência (ações individuais) e da vigilância em saúde (ações coletivas), unindo ambos em um só pacto. Este documento visou instituir de maneira mais clara a responsabilização solidária no SUS, em que todos os gestores são considerados plenos de suas responsabilidades (Guerreiro e Branco, 2011).

Esse processo de regionalização foi trazido como uma ação organizativa do SUS, com as definições de papéis dos gestores que possuem impacto direto com a provisão de serviços da rede em saúde, um papel que muitas vezes não estava claro para a esfera estadual, que com o processo de regionalização a sua responsabilidade passou a ser de oferecer condições para que os seus municípios pudessem desempenhar seus papéis de forma plena e articulada como regiões, além de ter sido o ator principal nas conformações estaduais (Silva e Gomes, 2013).

O ritmo institucional para a realização de ações é lento, onde as ações não acompanham, muitas vezes, as necessidades da população. A composição da rede por regiões é algo novo, mesmo tendo sido uma normativa de 2002, até que a

gestão possa se organizar isso é um longo processo, informar isso para a população é outro desafio mais longo ainda.

As regiões devem respeitar as limitações geográficas, culturais, sociais e econômicas, mas isso influi diretamente de como os habitantes desta região se enxergam, se a identidade regional foi respeitada as pessoas entendem e concordam com essa mudança.

No Grande ABC, em São Paulo, Silva e Gomes (2013) trazem que o processo de regionalização foi um processo administrativo “de cima pra baixo”, que não houve uma discussão ou um planejamento ascendente para sua criação tendo sido realizados apenas por parâmetros técnico-administrativos definidos pelo Estado. Esse processo levou ao sentimento de não pertencimento aquela região de saúde, o cidadão de outro município é considerado "invasor" em busca de serviços, principalmente os de atenção básica, que modifica os indicadores de saúde ao final do mês e ano. Esse sentimento de orgulho por pertencer ao município tem encorajado rivalidades entre os demais, acentuando assim as “ vaidades municipais”.

Bousquat e Nascimento (2001) acreditam que a competitividade intermunicipal dificulta o equilíbrio entre oferta e demanda de serviços de saúde da região, porque os municípios não querem compartilhar seus recursos com cidadãos que não residem em seus territórios, por acreditar que estes estão “roubando vagas” o que poderia acarretar e filas e má qualidade de atendimento. Embora o deslocamento de cidadãos entre municípios seja um direito de cidadania, para os gestores essa mobilidade acaba por trazer transtornos em virtude de critérios técnicos e administrativos, pois não adianta regionalizar sem ter um planejamento prévio de mudanças.

Os dramas estratégicos perpassam conflitos entre gestores, entre municípios, entre população, entre políticos e entre o Controle Social, que não é citado nesses processos. Portanto, os impasses acerca da regionalização giram em torno dos interesses econômicos, embates políticos, competitividade entre os municípios, entre os entes e o Estado. É importante definir as "regras do jogo" para

que os atores possam "jogar". É aqui que residem as tramas locais, nas questões político-administrativas. (Silva e Gomes, 2013)

Esses conflitos são muitas vezes interesses próprios, onde a busca pelo poder de decidir influencia a tomada de decisão. O processo de regionalização traz a solidariedade como relativa à disposição para assumir e cumprir compromissos com o outro ou com a coletividade da qual se faz parte. Há de se destacar que o tema da solidariedade ainda teima em se colocar como aspiração futura em cartas, agendas e resoluções conjuntas dos gestores do SUS (Machado, 2009).

O artigo de Reis, Cesse e Carvalho (2010) traz a construção de um método de avaliação da regionalização construído com a participação de 15 especialistas por meio da metodologia de consenso, os três blocos do método foram, governo, gestão e assistência. A participação social se enquadrava no bloco gestão, onde os especialistas concordavam que era necessário o aperfeiçoamento do controle social perante a regionalização, mas discordavam que os conselhos tivessem conhecimento técnico para "*acompanhamento dos instrumentos de planejamento regional*". Tal entendimento partiu da compreensão de alguns especialistas de que o papel dos Conselhos de Saúde deve ser voltado para aspectos mais gerais das políticas de saúde, definindo as diretrizes gerais de formulação dessas políticas.

Se entendermos que o processo de regionalização como um espaço de troca de solidariedade entre municípios, como a permuta de experiências, e estreitamento/ alargamento de fronteiras na construção de um projeto de saúde, que responda as necessidades da população, a Controle Social deveria estar presente, pois ele é responsável pelo apontamento de diretrizes para a construção deste plano de saúde para aquela população adstrita naquele território (Quevedo, Heck e Jardim, 2012).

Com a instituição de regiões de saúde o Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução Nº 333, de 04 de Novembro de 2003, reconheceu que os Conselhos Regionais de saúde partem do processo de descentralização do SUS. Esta

normativa foi revogada pela Resolução nº 453/2012, entretanto na atual ainda a o reconhecimento do papel dos Conselhos Regionais.

No Rio Grande do Sul foi instituído os Conselhos Regionais pela Resolução 02/2000, do Conselho Estadual de Saúde (CES), anterior a decisão do Conselho Nacional de Saúde, com cada conselho responsável por discutir as políticas regionais em cada Coordenadoria Regional de Saúde.

Segundo Quevedo, Heck e Jardim esses conselhos cumpriam seu papel previsto na Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, indicam ainda que *“a regionalização em saúde, hoje, é uma realidade, mas precisa avançar em pontos estratégicos como a ampliação dos fóruns de participação da sociedade civil organizada”*.

Enquanto os conselhos regionais ainda não são uma realidade em todo o país por falta de legislação própria, outro exemplo de regionalização existente na realidade dos gestores são os Consórcios Públicos, que se apresentam como uma prática de gestão inovadora no sistema de saúde no Brasil, que objetiva viabilizar o acesso da população a diferentes especialidades e serviços, de forma regionalizada e cooperada (Oliveira, 2008).

Na perspectiva dos gestores, o Consórcio Público é visto como uma associação entre entes federativos para a realização de atividades conjuntas, possibilitando a viabilização financeira de investimentos, e contribui para a otimização da rede de assistência, inclusive em relação à organização da referência, possibilitando melhor atendimento às necessidades de saúde das populações (Botti, 2010), o que se assemelha ao proposto pelo COAP.

Neves e Ribeiro (2006), apontam que 95% dos municípios envolvidos em consórcios de saúde no Brasil têm menos de 50 mil habitantes, o que significa que os consórcios públicos podem ser considerados como estratégia intergovernamental de municípios pequenos. Eles ainda indicam que após a sanção presidencial da Lei n. 11.107, em 6 de abril de 2005, a pauta dos consórcios como mecanismo de governança regional tomou força, como uma estratégia favorecendo novas soluções

em gestão pública, normatizando de modo inédito no país a figura do governo regional. Com isso, muitos consórcios constituídos inicialmente como entes privados iniciaram medidas para sua conversão em entes públicos, inclusive para conquistar alguns benefícios que a Lei permitiu.

Para Galindo et al (2014) embora seja tradicionalmente uma estratégia de gestão intermunicipal, a adoção dos consórcios públicos como estratégia de regionalização do SUS foi uma escolha do governo do Estado de Pernambuco. Os municípios se associavam de forma horizontal/cooperada e decidia agir de forma conjunta, para solucionar problemas comuns em determinada área.

Este direcionamento da gestão estadual, está em consonância com o Decreto nº 7.508, de junho de 2011, que sinaliza que o planejamento de saúde no âmbito estadual seja realizado de maneira regionalizada, a partir das peculiaridades e necessidades municipais (Brasil, 2011).

No artigo de Galindo et al (2014) discutiu-se sobre a realização de oficinas de sensibilização e planejamento estratégico das equipes municipais que tinha por objetivo realizar um diagnóstico estratégico preliminar dos pontos fortes e fracos do setor saúde de cada município que comporiam o Consórcio, dos 14 municípios visitados, em 13 deles foi apontado que o Controle Social não era um tema prioritário ou problemático para a conformação do Consórcio.

Para Neves e Ribeiro (2006) os *“mecanismos de controle sobre as atividades dos consórcios estão previstos, ora como acompanhamento das próprias atividades do município via Conselho Municipal de Saúde, ora por formação de um Conselho Intermunicipal de Saúde”*, fortalecendo novamente a necessidade de um Conselho acompanhar o processo de regionalização. Por fim os autores voltam a afirmar que o consórcio *“carece da participação de representantes de associações locais, embora genericamente prevista em seu estatuto e regimento interno, mas sem um mecanismo formal de participação dos diversos Conselhos Municipais de Saúde existentes”*.

3.3

Controle Social – Participação Social – Participação da Comunidade

Ao longo da dissertação, utilizamos as expressões participação social e controle social como referência para descrever diferentes mecanismos de atuação da sociedade em políticas de regionalização. Entretanto, vale destacar que os significados dos termos Controle Social, Participação Social e Participação da Comunidade são diferentes e carregam dentro de si grandes divergências.

O Controle tem como significado no dicionário de português (Michaelis, 2016):

1. Ato de dirigir qualquer atividade, fiscalizando-a e orientando-a do modo mais conveniente;
2. Aparelho que regula o mecanismo de certas máquinas;
- comando;
3. TECN Dispositivo ou sistema que controla os movimentos de máquina, instrumento etc.;
4. Fiscalização e domínio de alguém ou alguma coisa;
5. ECON Fiscalização das finanças.

Enquanto a Participação tem como significado (Michaelis, 2016):

1. Transmitir uma informação;
2. Revelar traços comuns;
3. Ter ou tomar parte de;
4. Ter parcela de;
5. Compartilhar um sentimento ou um pensamento;

Os significados diferem, pois suas origens não são as mesmas. Segundo Correia (2015) a expressão ‘controle social’ tem origem na sociologia, onde é utilizada para estabelecer a ordem social, disciplinando toda a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais.

Mannheim (1971, p. 178) a define ‘controle social’ como o “*conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem*”.

O termo controle social, em sua origem, foi utilizado para descrever o poder do Estado sobre a sociedade civil, tal qual descreveu Hobbes em sua obra *Leviatã* (Hobbes, 1979). Posteriormente, também foi utilizado para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e

submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais, conceito pautado na perspectiva de ordem social (Durkheim, 1978), e do poder desempenhado pelas instituições (Foucault, 1979).

Na economia capitalista, o Estado exerce o 'controle social' sobre a população em favor dos interesses da classe dominante para garantia do consenso em torno do capital. Esse controle é realizado por meio da intervenção do Estado, com a implementação de políticas sociais, interferindo no "*cotidiano da vida dos indivíduos, reforçando a internalização de normas e comportamentos legitimados socialmente*" (Iamamoto & Carvalho, 1988, p. 109).

Já a participação, comunitária ou social, constitui-se na interação de indivíduos em relação à tomada de decisão, que se caracteriza a base da democracia em uma sociedade. O intuito é atingir objetivos mais ou menos precisos que possui diversas motivações individuais ou coletivas. Por ser um significado complexo a participação assume características comunitárias ou sociais por denominação referente à situação histórica, mas que possuem a mesma significância. Para Rousseau, se entende que a democracia seja "*a liberdade entendida como participação direta na formação das leis através do corpo político cuja máxima expressão esta na assembleia do povo*" (Rousseau apud Lima et al, 2012).

Carvalho (2014) afirma que a participação se dá de três formas na esfera política: 1. Presença – com comportamentos passivos e receptivos. 2. A ativação – o sujeito acaba por desenvolver atividades dentro ou fora de organizações política, a exemplo de manifestações e campanhas eleitorais. 3. A participação – quando o sujeito contribui direta ou indiretamente para a decisão política.

No entanto é importante ressaltar que a democracia confere liberdade e o direito de participar, mas não necessariamente estabelece os mecanismos e os processos para tal (Escorel & Moreira, 2008).

Respondendo a necessidade de se ter mecanismos de participação, Carvalho (2014) nos trás três maneiras de participação, a ação, a proposição e o

controle, corroborando com a ideia de consolidação de participação também como controle das ações:

Ação – a sociedade vive na interdependência da ação individual de cada um de nós, eis o princípio da reciprocidade da ação perfeita de cada um.

A *proposição* – as ideias para resolução de problemas individuais e coletivos. Na saúde há um mundo de problemas a serem resolvidas esperando boas ideias e saídas, toda a formulação de estratégias passam pelo Conselho de saúde. No Conselho a comunidade participa propositivamente aprovando o Plano de Saúde.

Controle – fazer o controle de tudo o que foi realizado, incluindo-se a questão econômica-financeira.

Mas o autor não concorda que Participação Social deva ser entendida como Controle Social, pois a atuação se restringiria a apenas uma maneira de participar, segundo Carvalho participação é: engajamento através da ação é o desafio da proposição e o controle dos fatos e feitos (2014, pag 51).

A participação social seria a essência da sociedade socialista, mas essa proposta marxista de dissolução do Estado não foi levado a diante, levando o estado soviético a um regime totalitário sem participação popular. Com a Constituição de 88 foi garantido a participação social no Brasil por meio de algumas instâncias: Eleições diretas; Plebiscito; Referendo; Iniciativa Popular. Outras duas potencialidades: orçamento participativo e os conselhos gestores (Carvalho, 2014).

Como discutido, controle social e participação social tem significâncias diferentes, sendo um o controle do Estado sobre a população, e a participação como a tomada de decisão dos indivíduos sobre o seu meio. Mas que com a redemocratização do país na década de 80, a população começou a reivindicar os seus direitos políticos, sociais e civis, que no período da Ditadura Militar haviam sido retirados. Assim a população se tornou o Controle das ações do Estado, por meio da sua participação.

A participação social nas políticas públicas foi concebida na perspectiva do ‘controle social’ no sentido de os setores organizados da sociedade participar

desde as formulações (planos, programas e projetos), acompanhamento de suas execuções até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. Além de acompanhar essa construção os cidadãos nesta lógica de controle devem ser realizados a fiscalização da execução destes planos, a avaliação e a reformulação (Carvalho, 2014).

Participar presume que os indivíduos façam parte do drama estratégico (Testa, 1995) que envolve a administração de um sistema de saúde, atuando em todas as etapas do planejamento. Mas partimos das necessidades de criar formas de exercer este controle, assim nasceram as instâncias participativas, os conselhos que buscam atingir todos níveis de gestão.

Para González (2000), a criação de instâncias de participação direta de nível local, com poder de influenciar os espaços de representação na formulação de propostas e fiscalização de ações surgiu com a impossibilidade de reprodução do modelo ateniense de democracia direta (berço da democracia ocidental), tendo em vista o tamanho dos Estados atuais. Para o mesmo autor:

(...)o limite do papel dos conselhos dentro da democracia representativa seria o de contribuir na transmissão das reivindicações dos setores organizados ao governo, negociar possíveis decisões e fiscalizar a implementação das decisões. (GONZÁLEZ, 2000, p. 92)

Para Gramsci (apud Escorel & Moreira, 2008), os conselhos participativos não seriam somente uma organização para levar a diante a luta de classes, mas as bases de um novo tipo de Estado: comunidade de trabalhadores. Os conselhos possuem a peculiaridade de radicalizar o espaço público, ampliar a participação direta (democracia não delegada) e reduzir (mas sem extinguir) a necessidade de representação, numa sequência que o sujeito pode apresentar seus desejos e interesses se tornando assim um cidadão de um Estado.

Cidadão é o individuo que tem consciência de seus direitos e deveres e participa ativamente de todas as questões da sociedade. Tudo o que acontece no mundo, seja no meu país, na minha cidade ou no meu bairro, acontece comigo. Então eu preciso participar das decisões que interferem na minha vida. Um cidadão com sentimento ético forte e consciência da

cidadania, não deixa passar nada, não abre mão desse poder de participação (Hebert Souza, Betinho, apud Carvalho, 2014)

Para ser um cidadão há o pressuposto que você deve conhecer seus direitos e cumprir os seus deveres. A participação social possui uma longa lista de fundamentos legais na Constituição Federal, quando se determina no Art. 1, Parágrafo único. *“Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”* (Brasil, 1988).

A participação da comunidade na saúde é uma diretriz do SUS e sua forma organizativa decorre da Lei nº 8.142/1990, que estabeleceu a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas responsáveis pelo controle social da política de saúde realizada pelas distintas esferas de Governo. As Conferências e os Conselhos de Saúde são, pois, os principais espaços para o exercício da participação social no sentido de intervir na formulação e implementação da política de saúde em todas as esferas de governo.

Por um lado, os Conselhos de Saúde correspondem a fóruns permanentes de formação de opinião e vontade política nos três níveis de governo. Com atribuições bem definidas, atuam na tematização da agenda e sua publicização, colocando a implementação do SUS em permanente questionamento e vigilância, o que tem assegurado o aperfeiçoamento do sistema, assentando as bases para o controle social dos usuários sobre as decisões e os atos das autoridades setoriais.

A Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) determina que *“os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde”*. Dessa forma, os Conselhos de Saúde constituem *“uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros”*.

Implantados, pelo menos no papel, em todos os municípios brasileiros, o tamanho de cada Conselho varia segundo sua população, mas as diversas legislações determinam que metade dos assentos seja ocupada por representantes

da autoridade setorial, dos profissionais, dos prestadores públicos e privados e dos trabalhadores da saúde; e a outra metade deve ser ocupada por representantes dos usuários (Cardoso et al, 2013).

Segundo Carvalho e Santos (2003), nos seus Comentários a Lei Orgânica da Saúde não devem participar do conselho membros de outros poderes ou instituição como o Ministério Público (portanto vereadores, deputados, juízes, promotores não podem integrar o Conselho), prefeito ou secretário de saúde reconhecerá formalmente os eleitos ou indicados pelos diversos segmentos que compõem o Conselho, assim ministros e secretários podem participar por designação representando o Governo. Outras informações pertinentes é que o número de conselhos fica em pactuação local, respeitando a paridade, com reuniões abertas e permanentes.

Uma competência dos Conselhos é estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados setoriais, e ainda, aquelas instâncias deliberativas de gestores conforme Resolução nº 453/2012. Entretanto percebe-se na literatura e em documentos oficiais a falta de ações que cumpram essa competência.

Nas normativas e literatura, a participação social é impressionante e instigante, pois percebe-se que uma luta para conquistar um direito se tornou parte da construção e execução do SUS, contudo nem tudo são palavras bonitas e flores a todo momento. O dia a dia dos conselhos de saúde perpassam por problemas de autonomia, gestão e organização. Que ao longo do tempo podem ser sanados ou não.

A fim de aprimorar a gestão participativa e controle social sobre o estado, foram aprovadas algumas propostas na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011, onde há a busca de fortalecimento do Controle Social e pactuação no processo de regionalização, a exemplo da seguinte:

Implementar conselhos regionais e fortalecer os conselhos estaduais de saúde, realizando eleição direta e livre para seus presidentes, garantindo-lhes infraestrutura e logística e impedindo que os Colegiados de Gestão

Regional os substituam nas competências deliberativas, a fim de preservar a efetividade do controle social (Brasil, 2011)

Para que esta dissertação se debruçasse nas normativas sobre a atuação dos conselhos de saúde na construção da regionalização, abaixo foram descritas as normativas em saúde que tinham como foco a regionalização, destacando se este faz alguma referência a participação social (Quadro 1).

Quadro 1. Legislações sobre Regionalização e como cita a Participação Social. 2016.

1. CONSTITUIÇÃO FEDERAL	1988	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.	Menciona a palavra “regionalizada” duas vezes e “regionalização” uma vez. Considera que as ações e serviços, bem como o plano plurianual integrarão uma rede regionalizada. Complementa em um segundo momento afirmando que tais ações poderão ser também hierarquizadas. Apresenta a regionalização como uma diretriz para o setor de comunicações e mídia. Em artigo específico da saúde, estabelece a regionalização como o conjunto de ações e serviços.	Menciona o termo “Controle Social” apresentando-o como uma diretriz para a política nacional de cultura. Estabelece a participação social, por meio do termo “participação da comunidade”, como uma diretriz para organizar as ações e serviços da política pública de saúde.
2. LEI 8.080 Lei Orgânica da Saúde	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.	No decorrer de três artigos, este documento menciona as palavras “regionalizada” e “regionalização”, duas e uma vez respectivamente. Os termos organização de rede antecedem as palavras regionalizada e regionalização neste documento. Em dois momentos, os termos são precedidos do conceito de hierarquização da rede de serviços e do próprio Sistema Único de Saúde.	Apresenta oito princípios constituintes do Sistema Único de Saúde, sendo o último a ser citado o de Participação da Comunidade. Os termos Participação e Controle Social não constam nessa normativa.
3. PORTARIA Nº 545 NOB 93	1993	Estabelece as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização	Constitui as normas do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Introdutoriamente afirma que a regionalização deve ser entendida como	Ao entender a descentralização e regionalização como uma nova prática, aponta que será necessário o funcionamento regular

		da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.	articulação e mobilização municipal que leve em consideração a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. Considera relevante a consideração pelo perfil epidemiológico, o fluxo de demanda e a prestação de ações e serviços além das características geográficas para formação da regionalização.	dos Conselhos de Saúde, como mecanismo privilegiado de participação e controle social.
4. PORTARIA Nº 2.203 NOB 96	1986	Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.	Compreende a regionalização como um meio de organizar o conjunto de ações e serviços de saúde que, além de estarem organizados de forma regionalizada, devem também ser hierarquizados. Afirma-se que a construção de redes regionalizadas amplia o acesso com qualidade e menores custos.	A participação e o controle social são valorizadas no tocante ao vínculo em que os serviços devem possuir com seus usuários pela sua conformação regional e proximidade com a residência e o núcleo familiar destes
5. PORTARIA Nº 95 MS (NOAS-SUS 01/2001)	2001	Aprova, na forma do anexo desta portaria, a norma operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; define o processo de reorganização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de	Reitera o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal, considerando que as ações e serviços de saúde integram uma REDE regionalizada. O termo "hierarquizada" acompanha esta forma de organização que constitui um sistema único. Encontra-se 36 registros, sendo que 31 correspondem a palavra "regionalização" e cinco a palavra "regionalizada". Estas palavras compõem, em sua grande maioria, o anexo deste documento que retratam a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Defini ainda , alguns conceitos-chaves para o processo de organização do PDR, dentre eles, destaca-se a definição de Região de Saúde. Ao definir "regionalização", em capítulo específico, retrata uma lógica de planejamento integrado, utilizando-se de noções de territorialidade, mas que não estejam	Não há menção à Participação Social, Controle Social ou Conselho de Saúde neste documento.

		estados e municípios.	restritos a abrangências municipais, visando garantir o acesso aos usuários a todos os serviços ofertados, fundamentais para a resolução de seus problemas de saúde.	
6. PORTARIA Nº 544	2001	Aprova as Recomendações para Orientar os Convênios de Investimentos ao Processo de Regionalização da Assistência à Saúde.	Menciona a palavra “regionalização” treze vezes e “regionalizada” uma vez, reafirmando a relevância de direcionamento de recursos de investimentos para a estruturação de redes assistenciais de saúde que estejam em consonância com o PDR. O termo regionalização surge devido as constantes citações aos PDR, do qual estes convênios devem estar em sinergia.	Não há menção à Participação Social, Controle Social ou Conselho de Saúde neste documento.
7. PORTARIA Nº 373 (NOAS-SUS 01/2002)	2002	Aprova, na forma do anexo desta portaria, a norma operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.	Inicialmente, reitera a disposição do Artigo 198 da CF, no que se refere ao estabelecimento de que ações e serviços públicos de saúde devem integrarem uma rede regionalizada e também hierarquizada. A palavra regionalização surge com maior frequência quando comparada com a palavra regionalizada, aparecendo em 27 registros para a primeira e em 3 para a segunda. Os registros de regionalização emergem devido ao fato das frequentes menções ao PDR. Afirma que o PDR deve contemplar a perspectiva de redistribuição territorial, tendo como objetivo central a possibilidade de facilitar o acesso aos serviços de saúde, para que o usuário utilize os serviços mais próximos possíveis de sua residência. Apresenta a regionalização como uma estratégia que explicita o papel e responsabilidade dos municípios para com a prestação de assistência à saúde dos seus municípios. Este documento, apresenta em um de seus anexos um termo de compromisso celebrado pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde objetivando a garantia de acesso da população referenciada por outros municípios aos serviços de saúde localizados em outras regiões	Menciona o Conselho Estadual de Saúde como órgão apreciador e deliberativo do PDR. Apresenta a tramitação de aprovação do PDR e demais produtos, onde a Comissão Intergestores Bipartite - CIB deverá encaminhá-la ao Conselho Estadual de Saúde - CES, que terá prazo para apreciação e deliberação.
	2002		Menciona o termo “regionalização” por este constar na sigla PDR. O conceito-	Menciona o Conselho Estadual de Saúde como

<p>8. PORTARIA Nº 1746</p>		<p>Altera a NOAS-SUAS 01/2002 no sentido de permitir que, no prazo de 30 dias a contar da data de publicação desta portaria, todos os Municípios identificados como sede de modulo no Plano Diretor de Regionalização-PDR, aprovado na comissão intergestores bipartite - CIB e Conselho Estadual de Saúde - CES, poderão pleitear habilitação em gestão plena do sistema municipal - GPSM nos termos da NOAS-SUS 01/2002, desde que cumpram todos os requisitos, inclusive o referente ao comando único sobre os prestadores, independente da Condição de habilitação do estado.</p>	<p>chave “Região de Saúde” por sua vez, encontra-se presente no modo organizativo da assistência em âmbito estadual constante no PDR.</p>	<p>órgão apreciador e deliberativo do PDR. Apresenta a tramitação de aprovação do PDR e demais produtos, onde a Comissão Intergestores Bipartite - CIB deverá encaminhá-la ao Conselho Estadual de Saúde - CES, que terá prazo para apreciação e deliberação.</p>
<p>9. PORTARIA Nº 129</p>	<p>2002</p>	<p>Prorroga, para 29 de março de 2002, o prazo para os estados e o Distrito Federal, habilitados à gestão plena do sistema estadual, encaminharem seus respectivos Planos Diretores de Regionalização, acompanhados da Programação</p>	<p>Menciona a palavra “regionalização” duas vezes, considerando-a parte da denominação PDR.</p>	<p>Não há menção à Participação Social, Controle Social ou Conselho de Saúde neste documento.</p>

		<p>Pactuada Integrada/PPI e do Plano Diretor de Investimento/PDI, bem como os relatórios de avaliação dos municípios atualmente habilitados à gestão plena do sistema Municipal pela norma operacional básica – NOB SUS 01/96, adequados aos novos requisitos estabelecidos pela norma operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01.</p>		
<p>10. PORTARIA Nº 399 (Pacto pela Saúde)</p>	<p>2006</p>	<p>Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.</p>	<p>Institui o Pacto pela Saúde em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS. Este documento apresenta 43 registros, sendo que 39 destes correspondem à “regionalização” e 4 “à regionalizada”. A frequência da palavra regionalização surge em maior proporção na no item que trata das responsabilidades na regionalização e em seguida na dimensão do Pacto de Gestão. Apresenta o termo regionalização, em diversos momentos, acompanhado do conceito cooperativo e solidário. Estabelece as atribuições/responsabilidades das três esferas reiterando que a regionalização encontra-se em processo. Elenca a participação dos entes como coordenadores da implementação do processo de regionalização, colocando-o na condição de processo cooperativo e solidário.</p>	<p>Reafirma a importância do Controle Social e apresenta o termo como sucessor do termo fortalecimento. Em outras oportunidades, retrata a necessidade de qualificação do Controle Social. A palavra e suas aplicabilidades surgem em maior preponderância no eixo que trata das responsabilidades na participação e controle social, afirmando que estímulos e apoios devem ocorrer para a realização do processo de discussão destas instâncias.</p>
<p>11. PORTARIA</p>	<p>2007</p>	<p>Regulamenta as condições para transferência de</p>	<p>Menciona a palavra “regionalização” quatro vezes e em um primeiro momento apresenta a regulamentação</p>	<p>Não há menção à Participação Social, Controle Social ou</p>

Nº 2.691		recursos financeiros federais referentes ao incentivo para apoiar as ações de regionalização no Sistema Único de Saúde.	de recursos financeiros como meio de apoio para ações de regionalização. Posteriormente, reitera a regionalização como uma diretriz estruturante do SUS e também do Pacto de Gestão. A palavra “regionalização” surge no documento como sucessora da palavra processo e acompanhada dos termos cooperativa e solidária.	Conselho de Saúde neste documento.
12. PORTARIA Nº 4.279	2010	Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	Esta portaria estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde – RAS dentro do SUS. A unidade de palavra “regionalização” consta 16 vezes neste documento, contudo, 8 referem-se às referências bibliográficas. O documento reafirma a regionalização como uma diretriz do SUS e eixo estruturante do Pacto de Gestão. Faz citação aos conteúdos existentes no Pacto pela Saúde, no eixo Pacto de Gestão. A regionalização é acompanhada do contexto processual.	No capítulo que trata de sistemas de governança, indica-se as atribuições e proposições que o Controle Social deve desempenhar, inserindo-o como protagonista de produção de mecanismos e instrumentos inovadores de articulação.
13. DECRETO 7.508	2011	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.	Registra-se quatro vezes a palavra regionalizada e uma vez a palavra regionalização. Ambos registros apresentam a regionalização num contexto de forma organizativa do SUS, seguido do termo hierarquizada.	Em capítulo específico que trata de planejamento, institui os Conselhos de Saúde como planejadores de um processo ascendente e integrado de saúde. Situa as atividades do Conselho de Saúde frente ao monitoramento do instrumento de acordo colaborativo instituído por esse decreto, denominado Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP.
14. LEI COMPLEMENTAR 141	2012	Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços	Apresenta a regionalização uma vez num contexto de diretriz constitucional e menciona a possibilidade de remanejamento de recursos entre os entes (Estados e Municípios) que estabeleceram entre si consórcios ou outros meios legais de cooperativismo.	Reafirma as atribuições do Controle Social instituídas através da Lei 8.142/1990. Menciona a responsabilidade dos Conselhos de Saúde em aprovar as transferências de recursos públicos para ações e serviços de saúde. Cita o envolvimento dos Conselhos de Saúde com

		públicos de saúde.		a avaliação e fiscalização sobre a gestão do SUS e as normas desta Lei Complementar.
14 DOCUMENTOS				

Elaboração: Vilaça, Morais & Cruz, 2016.

4. METODOLOGIA

4.1 Coleta e Análise dos Dados

Para cada objetivo específico foi utilizada uma metodologia de coleta e análise de dados, embora sejam descritos como estudos transversais, descritivo - analítico, cada um foi desenvolvido guiado por uma particularidade.

Para o objetivo específico de avaliar as condições de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de todo o País, foi realizado um estudo transversal, analítico com base no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). Visto que o sistema não possui a ferramenta de relatórios de todas as informações por estados, foram solicitados todos os dados por meio da Ouvidoria do SUS sob Protocolo 1696701.

Foram recebidas da Ouvidoria do SUS as informações em planilha *Excel* relacionadas por estado brasileiro em mídia digital, entregue na residência de um dos autores, sendo estes dados referentes ao mês de janeiro de 2016. Na construção do bando de dados, foram necessários seis momentos, conforme descrição no Artigo 1.

Os dados quantitativos do Artigo 1 passaram pelo software *Data Analysis and Statistical Software* (STATA) versão 10, com análise estatística e realização de teste bivariado de associação pelo qui-quadrado (χ^2). E os dados qualitativos foram analisados pelo software NVIVO 11. A avaliação das condições de atuação dos conselhos municipais de saúde foram com base três dimensões “estrutura”, “autonomia” e “representatividade” pelo modelo proposto por Vieira e Calvo (2011).

Com o objetivo específico de analisar o percurso histórico de dois diferentes mecanismos de regionalização no Brasil, das Regiões Integradas de

Desenvolvimento Econômico (RIDE) e das Regiões de Saúde, com enfoque para o papel da participação e do controle social nos dois processos, foi realizado um estudo descritivo, qualitativo, transversal, realizado por meio da análise documental.

Essa análise teve como critérios de inclusão as leis brasileiras, decretos e portarias (de âmbito nacional), estas últimas publicadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Integração Nacional, a partir de 1988, iniciando pela Constituição da República Federativa do Brasil, os procedimentos para o levantamento e análise dos dados foram separados em quatro momentos, que foram detalhados no Artigo 2. Estes dados foram analisados com o apoio do software Weft-QDA®.

Por fim, para o objetivo de analisar qual foi o papel dos Conselhos Municipais de Saúde no processo de regionalização da saúde no Brasil, foi realizado um estudo transversal, descritivo, tendo como base um questionário online enviado aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) de todo o país via correio eletrônico, e, as informações disponíveis no SIACS, este questionário está no Anexo II.

Os correios eletrônicos dos CMS foram captados das informações disponíveis no SIACS, que é um sítio eletrônico que tem por objetivo reunir as informações sobre os conselhos de todo o país, principalmente no que tange sua composição proporcional dos segmentos de gestores, prestadores de serviços, trabalhadores e usuários, estrutura e funcionamento. As informações levantadas pelo SIACS foram inseridas na análise, aplicando também o modelo de Vieira e Calvo (2011).

O questionário online foi feito no sítio eletrônico denominado FormSUS, ferramenta criada pelo Ministério da Saúde para realização de inquéritos diversos, disponível gratuitamente para diversas pesquisas. A criação do questionário teve por base a literatura acerca da regionalização e a participação social, com discussão para formação de consenso pelo grupo de pesquisa. Foram definidas 33 questões, dentre informações pessoais do respondente, indicado no correio eletrônico como o Secretário(a) Executivo(a) ou o(a) Presidente do Conselho, e três outros eixos: regionalização, informações sobre a assistência e planejamento.

O link do FormSUS foi enviado pelo correio eletrônico duas vezes para cada CMS que possuía registro no SIACS e que tinha correio eletrônico registrado, o link ficou disponível para o público em geral de 18.02.2016 à 30.04.2016.

No que tange os dados qualitativos, foram realizadas quatro perguntas abertas no formulário online, sendo: a) para você, o que é regionalização da saúde; b) qual o papel do conselho de saúde na regionalização em sua opinião; c) como foi o processo formação das regiões de saúde no seu estado; d) na sua opinião quais os desafios do controle social na atuação na regionalização. As respostas foram categorizadas por meio do software MaxQDA.

4.2 **spectos Éticos**

Esta dissertação faz parte da pesquisa “Análise do Processo de Regionalização em Saúde no Brasil”, coordenado pela Prof. Dra. Helena Shimizu, o qual foi aprovado para financiamento no Edital 41/2013 do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde.

Destaca-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, com parecer nº. 1.326.731, em 15 de maio de 2015, data anterior a coleta dos dados aqui apresentados. A cópia do parecer de aprovação em no Anexo I.

Constava na documentação enviada ao CEP a carta de Anuência da presidência do Conselho Nacional de Saúde para a utilização do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) e contato com os Conselhos Municipais de Saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta dissertação foram divididos em três artigos científicos.

O primeiro artigo científico baseou-se no objetivo específico de avaliar as condições de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de todo o País, tendo como banco de dados do SIACS, que foi submetido à revista Cadernos de Saúde Pública sob título “Avaliação dos Conselhos Municipais de Saúde Brasileiros, na Perspectiva do Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde (SIACS)”.

O segundo artigo foi denominado “Participação Social e Regionalização de Políticas Públicas no Brasil: o Caso da Saúde”, o qual foi submetido e aprovado como artigo completo para apresentação oral no 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa que será realizado na Universidade Lusófona do Porto (ULP), Portugal, de 12 a 14 de julho de 2016, onde será publicado no Anais, com posterior seleção para revistas científicas.

O objetivo deste segundo artigo foi analisar o percurso histórico de dois diferentes mecanismos de regionalização no Brasil, que abarcam a área da saúde, e compreender sua evolução histórica, partir da análise do arcabouço legal das Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE) e das Regiões de Saúde adotadas pelo Ministério da Saúde, com enfoque para o papel da participação e do controle social nos dois processos.

Por fim, o terceiro artigo tinha como objetivo específico analisar o papel dos Conselhos Municipais de Saúde no processo de regionalização da saúde no Brasil, a partir de um questionário online enviados a todo o país, este artigo foi submetido ao número temático “Sistema de Saúde no Brasil e políticas de regionalização” da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Cada artigo seguiu as orientações e formatações das suas respectivas revistas.

ARTIGO 1

**AVALIAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
BRASILEIROS, NA PERSPECTIVA DO SISTEMA DE
ACOMPANHAMENTO DE CONSELHOS DE SAÚDE (SIACS), 2016.**

Submetido à Revista Científica

Avaliação dos Conselhos Municipais de Saúde Brasileiros, na Perspectiva do Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde (SIACS), 2016.

Evaluation of Municipal Councils of Health from Brazil, at the Perspective of Health Councils Monitoring System (SIACS), 2016.

Evaluación de los Consejos Municipales de Salud Brasileños. Sobre la base de Sistema de Vigilancia del Consejos de Salud (Siacs), 2016

Indyara de Araujo Morais¹, Danylo Santos Silva Vilaça², Mariana Sodário Cruz³,

Resumo

Este estudo de abrangência nacional tem por objetivo descrever e avaliar as condições de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) brasileiros, com base nas informações disponíveis no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). Trata-se de um estudo transversal, analítico, com variáveis quantitativas e qualitativas. Para os dados quantitativos utilizou-se o software STATA 10 e nas análises qualitativas o software NVIVO 11. A amostra total foi de 4.495 Conselhos Municipais de Saúde, o que representou 80,8% dos conselhos do país, destes 30% possuem sede própria e 35% dotação orçamentária. Em referência ao tamanho, foi verificada uma Média de 13,25 membros, com mediana e moda de 12 membros. Em relação às dimensões três dimensões utilizadas, percebe-se que o melhor desempenho global foi no eixo de Representatividade, em todos os portes populacionais adotados, Estrutura foi um dado surpreendentemente favorável, contudo, ser um município de pequeno porte possui associação a ter uma pior estrutura aos demais. O resultado desfavorável

¹ Mestrado Acadêmico do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

² Graduado em Saúde Coletiva e Participante do Programa de Iniciação Científica, Universidade de Brasília.

³ Doutora em Saúde Coletiva e professora da Graduação e Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

foi encontrado, independente do porte populacional, na falta de autonomia dos CMS. No que tange as representações dos diversos segmentos, o mais intrigante foram nos usuários, onde mostrou um perfil sindicalista, agrário e religioso do país, refletido nas instâncias de participação social. Por fim, reconhecemos que a existência de um banco de acompanhamento de Conselhos de Saúde é uma vitória da Participação Social no Sistema Único de Saúde, e que embora seja limitado em ferramentas de extração de dados, é possível constatar a situação em que se encontram estes sujeitos.

Palavras Chave: Conselhos de Saúde; Participação Social; Serviços de Informação; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

This study nationwide aims to describe and assess the conditions of operation of the Municipal Health Councils (CMS) from Brazil, based on information available in the Support System of Health Councils (SIACS). This is a cross-sectional analytical study, with quantitative and qualitative variables. For quantitative data we used the software STATA 10 and the qualitative analysis the software NVIVO 11. The total sample was 4,495 Municipal Health Councils, which represented 80.8% of the country's councils, these 30% have their own headquarters and 35% budget allocation. In reference to the size, it was found a middle of 13.25 members, median and mode of 12 members. Regarding the dimensions three dimensions used, it is clear that the best overall performance was the Representativity shaft in all population sizes adopted. Structure was a surprisingly favorable data, however, be a small municipality has association to have a worse structure to the other. The unfavorable results were found, regardless of population size, the lack of autonomy of councils. Regarding the representations of the various segments, the most intriguing were the users, which showed a trade unionist, agrarian and religious profile of the country, reflected in instances of social participation. Finally, we recognize that the existence of a Health Councils tracking bank is a victory for social participation in the Unified Health System, and although it is limited in data extraction tools, it is possible to see the situation in which they find these persons.

Key-Words: Health Councils; Social Participation; Information Services; Health Policy; Unified Health System.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo a nivel nacional para describir y evaluar las condiciones de funcionamiento de la Municipal de los Consejos de Salud (CMS) de Brasil, con base en la información disponible en el Sistema de Vigilancia del Consejos de Salud (SIACS). Se trata de un estudio transversal analítico, con variables cuantitativas y cualitativas. Los datos cuantitativos pasaron por el "Análisis de datos y software estadístico" (STATA) versión 10 del software, con el análisis estadístico y la realización de test de asociación de dos variables de chi-cuadrado (χ^2). Y los datos cualitativos fueron analizados por el software NVivo 11. La evaluación del desempeño de las condiciones de consejos municipales de salud se basaban en la "estructura", "autonomía" y "representatividad". La muestra total fue de 4.495 Consejos Municipales de Salud, lo que representó el 80,8% de los ayuntamientos del país, éstos 30% tienen su propia sede y 35% la asignación del presupuesto. En referencia al tamaño, se encontró una media de 13.25 miembros, mediana y moda de 12 miembros. En cuanto a las tres dimensiones utilizadas, es evidente que el mejor rendimiento general fue el eje de la representatividad en todos los tamaños de las poblaciones estructura adoptada era un dato sorprendentemente favorables, sin embargo, un pequeño municipio tiene la asociación para tener un peor estructura a la otra. Se encontró que los resultados desfavorables, independientemente del tamaño de la población, la falta de autonomía de la CMS. En cuanto a las representaciones de los distintos segmentos, el más intrigante eran los usuarios, que mostraron un sindicalista, el perfil agraria y religiosa del país, que se refleja en las instancias de participación social. Reconocemos que la existencia de un banco de seguimiento de los Consejos de Salud es una victoria para la participación social en el Sistema de Salud, y aunque está limitada en herramientas de extracción de datos, es posible ver la situación en que se encuentran en estos tema.

Palabras clave: Consejos de Salud; Participación Social; Servicios de Información; Política de Salud; Sistema Único de Salud.

Introdução

O verso *“Saúde é direito de todos e dever do Estado”* trata-se de trecho constitucional amplamente conhecido entre cidadãos brasileiros e alvo de hermenêutica por estudiosos da área da saúde. A determinação da Constituição Federal do Brasil (CFB), datada de 1988, em tornar a saúde uma obrigação do Estado, materializa-se nas Leis Orgânicas da Saúde, sendo elas as leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, bem como no Sistema Único de Saúde (SUS).

Movimentos sociais e instituições atuantes na década de 1970 e 1980 influenciaram a existência do SUS do modo como ele apresenta-se atualmente. Estes movimentos formaram o coletivo denominado Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Para Escorel, a RSB possuía a seguinte agenda como foco: (i) a democratização da saúde; (ii) o acesso universal e igualitário ao sistema; (iii) a participação social no processo de formulação e implementação de políticas e, (iv) comprometimento do Estado com a saúde¹.

A Lei 8.080/1990 corrobora com o estabelecido na CFB/1988 e para além disso, entende a saúde como um direito humano, dispendo sobre promoção, proteção e recuperação da saúde. Versa ainda sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, tendo como princípios a descentralização político-administrativa, a regionalização, a hierarquização, intersetorialidade e participação da comunidade².

A Lei 8.142/1990, concentra-se em um dos princípios citados anteriormente, a participação da comunidade. Embora o termo “Participação da Comunidade” tenha sido utilizado na CFB/1988, com o passar dos anos, a literatura e as normativas tem utilizado os termos “Participação Social” e “Controle Social” como sinônimos^{3, 4, 5}. Os autores desse estudo, optam por utilizar com maior frequência a terminologia “Participação Social” como sinônimo à terminologia “Controle Social”, por entendê-la como abrangente para abordar os assuntos debatidos e analisados.

Sendo assim, indaga-se: por quê a participação social, na gestão do SUS, fez tão necessária em normativa específica? A literatura indica que a participação social existia na legislação anterior (Lei 8.080/1990), mas foi alvo de vetos presidenciais à época.

Justificando-se assim a sua solidificação em legislação própria. A participação social como diretriz do SUS, em igualdade com as demais diretrizes de descentralização e o atendimento integral aos cidadãos, tornou-se um direito constitucional, entretanto é necessário que seja proposta, estimulada e garantida a todos os cidadãos⁵.

Desse modo, a lei nº 8.142/1990, estabelece a Conferência e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas de Participação Social nas três esferas de gestão municipal, estadual e federal do SUS⁶. Sendo estes os principais espaços para o exercício da participação social no sentido de intervir na formulação e implementação da política de saúde em todas as esferas de governo.

Os Conselhos de Saúde são definidos como fóruns permanentes de formação, opinião e vontade política nos três níveis de governo. Suas atribuições normativas foram bem definidas pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS), onde atuam na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. As Competências dos Conselhos de Saúde estão postas pela Resolução 453/2012 do CNS, onde se destaca que estruturas físicas e técnicas são necessárias para seu funcionamento pleno, devendo as esferas de governo dotá-los de orçamento, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva⁷.

O Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) é uma ferramenta disponível *online* recentemente, pleiteada nas 10º, 11º, 12º Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Retomou-se o debate envolto à criação deste sistema na 14º CNS, realizada em 2011. O lançamento oficial do SIACS ocorreu em março de 2012. Essa ferramenta tem como objetivo central dar visibilidade e transparência aos Conselhos de Saúde nas três esferas de gestão, para facilitar a comunicação e conseqüentemente, gerar a troca de informações entre estes⁸.

Há uma extensa literatura sobre a participação social no SUS, entretanto voltados a estudos locais, excetuando-se o estudo de Moreira e Escorel, o qual traz dados de um instrumento aplicado a todos os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), com dados referentes a sua organização, autonomia e acesso no ano de 2007⁹. Havendo assim necessidade de novos estudos de abrangência nacional atualizados, a fim de fortalecer a participação social no SUS, com apontamento de avanços e desafios desta área.

Portanto este estudo tem por objetivo descrever e avaliar as condições de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) brasileiros, considerando as dimensões de estrutura, autonomia e representatividade, com base nas informações disponíveis no SIACS.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, analítico, tendo como base as informações dos Conselhos Municipais de Saúde brasileiros disponíveis no SIACS.

Visto que o sistema não possui a ferramenta de relatórios de todas as informações por estados, foram solicitados todos os dados por meio da Ouvidoria do SUS sob Protocolo 1696701. Foram recebidas as informações por meio de planilha *Excel* relacionado por estado brasileiro em mídia digital, sendo estes dados referentes a última atualização do sistema no mês de janeiro de 2016.

Na construção do banco de dados geral utilizado nesta análise, os pesquisadores realizaram seis etapas, conforme descrição a seguir:

I – Compilação de todos os dados recebidos em mídia digital em uma planilha geral, com a retirada de municípios que possuíam informações duplicadas e os dados dos conselhos estaduais;

II – Exclusão das variáveis que não se relacionavam com o objetivo do estudo como: veículo de publicação (da normativa de criação do Conselho); CEP; endereço; telefone; fax; *e-mail*; comissões no Conselho de Saúde; periodicidade das comissões; dados sobre a Mesa Diretora; informações sobre os conselheiros suplentes; nome do (a) presidente; nome e *e-mail* do (a) secretário (a) executivo (a); e, variáveis que não apresentavam nenhum dado (itens que o conselho possui).

III – Seleção das variáveis quantitativas: normativa de criação dos conselhos (Lei, Decreto ou Portaria); ano de criação; ano da última recomposição; forma de preenchimento do SIACS; se realiza eleições para Presidente; se há mesa diretora; sexo, formação e segmento do presidente do Conselho; formação do (a) secretário (a) executivo (a); se possui sede própria; se possui orçamento próprio; se realiza capacitação dos conselheiros; e, a forma de acesso à internet (discada ou banda larga).

IV – Codificação dos dados quantitativos para o software *Data Analysis and Statistical Software* (STATA) versão 10, sendo esta a versão que os pesquisadores tinham acesso, com posterior análise estatística e realização de teste bivariado de associação pelo qui-quadrado (χ^2). Como variável de associação foi inserida a população do Censo 2010 de cada município

no banco, extraído do sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰.

V – Seleção das variáveis qualitativas: instituições representativas dos segmentos de usuários, trabalhadores, prestadores de serviço e gestores; e, o curso de formação superior do Presidente e do Secretário (a).

VI – Sistematização dos dados qualitativos para contagem de palavras e a construção de nuvens no *software* NVIVO 11, esse tratamento dos dados consistiu em retirar erros ortográficos, alinhar palavras maiúsculas e minúsculas.

Em relação aos dados quantitativos foi aplicado o modelo proposto por Vieira e Calvo (2011), em seu estudo sobre os CMS de Santa Catarina, por se tratar de modelo já validado. Segundo este modelo, as avaliações das condições de atuação dos CMS são baseadas em cinco dimensões: (i) “estrutura”, (ii) “representatividade”, (iii) “dinâmica organizacional”, (iv) “sistema de planejamento do SUS”, e (v) “autonomia”. De acordo com a conclusão de seu estudo, observou-se que as dimensões de “dinâmica organizacional” e “sistema de planejamento do SUS” não obtiveram viabilidade comprovada, logo sendo excluídos deste estudo¹¹. A adaptação de dados também foi necessária pela disponibilidade dos dados nacionais no SIACS.

No eixo “estrutura” foi considerada as variáveis: instrumento de criação do CMS, forma de preenchimento do SIACS, tipo de acesso à internet, se possui sede própria, e, se possui mesa diretora. No eixo “autonomia” verificou-se: se possui dotação orçamentária própria, se realiza eleições para presidente do CMS, e, se realiza capacitações.

Nos eixos de “estrutura” e “autonomia” foi realizado um juízo de valor de “Bom”, “Regular” e “Ruim”, conforme o modelo de análise. Assim, caso o conselho tenha acima de 66% de itens positivos foi considerado “Bom”, de 33% a 65% foi considerado “Regular” e abaixo de 33% foi classificado como “Ruim”.

Por fim, no eixo de “representatividade”, considerou-se a proporção de segmentos constantes no conselho em relação ao seu total, e se este atendeu ou não à paridade estipulada em na Lei 8.142/90: 50% usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores e prestadores de serviços⁶. Caso o conselho atendessem a normativa, este foi considerado “adequado”, caso não atendessem “inadequado”.

Resultados

Foram recebidos os registros de 4.585 Conselhos de Saúde, sendo excluídos aqueles referentes aos conselhos estaduais e repetições de conselhos municipais, obteve-se total de 4.495 CMS de todos os estados brasileiros. Destaca-se que segundo o Censo 2010 do IBGE¹⁰, o Brasil possuía 5.566 municípios, ou seja, 80,8% municípios contam com o seu CMS registrado no SIACS. Abaixo, apresenta-se o percentual de registros disponíveis no SIACS por Unidade Federativa (UF).

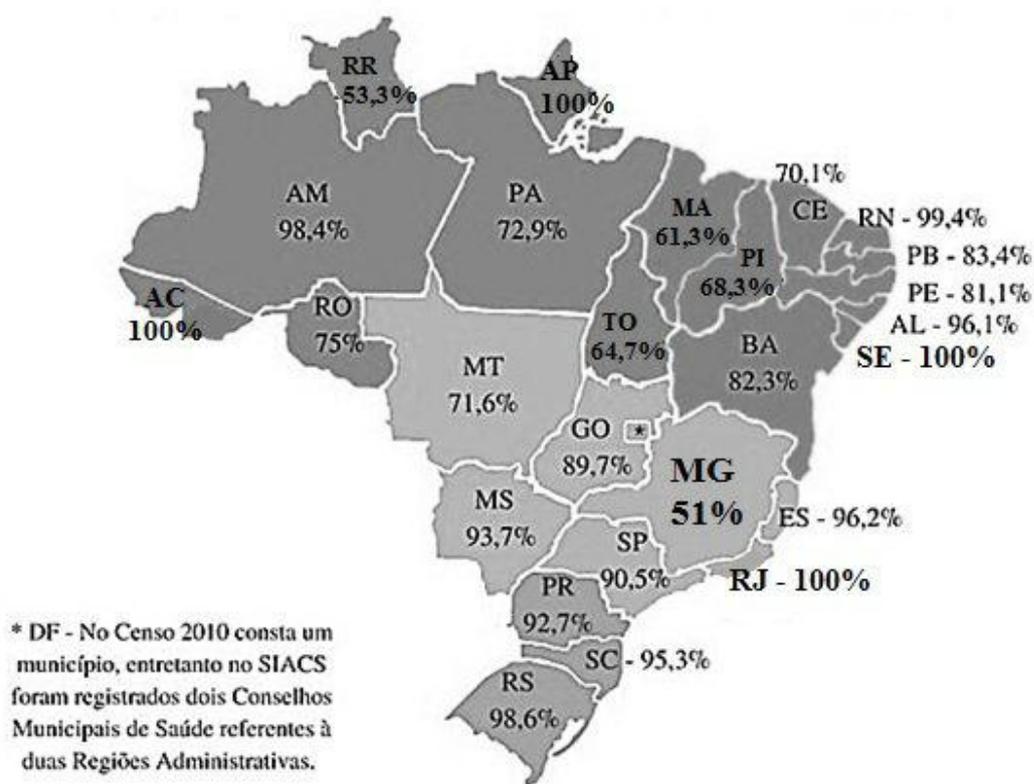


Figura 1. Percentual de registros no SIACS por UF em relação aos municípios brasileiros constantes no Censo 2010. Brasil, 2016.

Fonte: Elaboração própria com base o Censo 2010, IBGE.

Conforme demonstra a Figura 1, cinco UF (MG, RR, MA, TO e PI, por ordem de importância) tiveram um percentual de registro no SIACS abaixo de 69%, em relação ao número de municípios de referência estadual e quatro (RJ, RR, AP, AC) obtiveram percentual máximo 100%. Destaca-se dessa análise que, Minas Gerais (MG) é a UF com maior número de municípios 853, mas ainda assim, com menor percentual de registros.

A Resolução nº 500/2015, que trata do Regimento Interno da 15ª Conferência Nacional de Saúde, reforçou, nos capítulos V e VI das Etapas Municipais e Estaduais, a necessidade de atualização dos dados junto ao SIACS com data pré-estabelecida¹².

Em referência ao ano de atualização de todos os dados que foram utilizados neste estudo, há a variação de 2012 a 2016, com 42,6% de atualizações no ano de 2015. Este dado corrobora com a obrigatoriedade de atualização dos dados de todos os Conselhos no SIACS de acordo com o Regimento Interno da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015¹².

Em relação a forma de criação, 95,7% foram criados por meio de Lei específica, enquanto 3,1% por meio de decreto e 1,2% referem-se à portaria. Quanto ao ano de criação, houve variação de 1937 a 2015, com a mediana estatística em 1994, moda no ano de 1991, ano da publicação da lei regulamentadora da participação social no SUS.

Dos registros presentes no SIACS, 89,5% foram preenchidos pelos próprios Conselhos de forma *online* no sistema, e 10,5% enviaram os formulários via correio para que o Conselho Nacional de Saúde pudesse preencher virtualmente.

No banco de dados havia 3,6% dos formulários totais em branco referente as variáveis de tipo de acesso à internet, se possui sede própria, se possui dotação orçamentária e se possui realiza capacitações, entretanto referente aos outros 96,4% de todos os registros, verificou-se que 30% possuem sede própria, 35% orçamento próprio. Sobre o acesso à internet 96% realizam via banda larga e 4% via linha discada, ainda, segundo os registros 60% dos Conselhos realizam capacitações.

A última recomposição do Conselho teve como média o ano de 2012 e moda 2013. Destes 90,4% realizam eleições para Presidente e 51,7% realizam eleições para a mesa diretora. A Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no tocante à estrutura e funcionamento dos Conselhos de Saúde, estabelece que a Mesa Diretora será constituída por eleição em plenário, considerando a paridade determinada por esta resolução⁷. Dessa forma,

tem-se que o dado evidenciado nessa análise encontra-se muito aquém do estabelecido por esta normativa.

As informações referentes ao perfil de presidentes dos CMS brasileiros, extraídas do SIACS, podem ser analisadas na tabela que segue.

Tabela 1. Resumo das informações sobre Presidente dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil, SIACS, 2016.

Presidente dos Conselhos de Saúde	(n)	%
Sexo		
Masculino	2196	48,85
Feminino	2043	45,45
Não informado	256	5,70
Segmento		
Gestor	1442	32,08
Usuário	1303	28,99
Trabalhadores	1235	27,47
Prestadores de Serviço	261	5,81
Não informado	254	5,65
Formação		
Nível Superior Completo	2408	53,57
Nível Médio	1235	27,47
Nível Superior Incompleto	361	8,03
Não informado	251	5,58
Nível Fundamental	238	5,29
Sem Formação	02	0,04
Total	4495	100
Graduação mais frequentes*		
Enfermagem	636	56,9
Administração	181	16,2
Pedagogia	152	13,7
Assistente Social	148	13,2
Total	1117	100

Fonte: SIACS, 2016.

*Contagem de palavras identificada por meio do NVIVO, versão 11.

Em relação a formação escolar do (a) Secretário (a) Executivo (a) dos CMS analisados tem-se que 2,4% possuíam nível fundamental; 30,5% nível médio; 13,6% superior incompleto; e, 53,6% superior completo, em análise qualitativa foram mais frequentes as graduações de Enfermagem (542 repetições), Pedagogia (223 repetições), Assistência Social (218 repetições) e Administração (183 repetições).

Em referência ao tamanho dos conselhos municipais de saúde, foi verificada uma Média de 13,25 membros, com mediana e moda de 12 membros nos dados de 4.495 CMS. Os nove menores CMS tinham quatro conselheiros sendo eles: Porto de Pedras – AL; Santa Tereza de Goiás – GO; Lamim – MG; Lagoa D'anta – RN; Santana do Serido – RN; Areias – SP; Caiabu – SP; Crixas do Tocantins – TO; Monte Santo do Tocantins – TO. Enquanto os nove maiores tinham de 48 à 99 conselheiros, com apenas um deles sendo de grande porte populacional (acima de 100 mil habitantes), Porto Alegre a capital do Rio Grande do Sul (86 conselheiros), os outros foram: Tiangua – CE(56); Itaguaru – GO (94); Timoteo – MG (56); Bage – RS (48); Pelotas – RS (48); Pontão – RS (48); Santa Rosa – RS (72); e Aurora do Tocantins – TO (99).

Em relação à avaliação nas condições de atuação dos CMS, realizou-se o teste bivariado de associação pelo qui-quadrado (χ^2), para aferição da “autonomia”, “estrutura” e “representatividade”. Os portes populacionais foram considerados segundo o IBGE, sendo Pequeno Porte o município que possui população abaixo de 50 mil habitantes, Médio Porte de 50 a 100 mil habitantes, e, Grande Porte e Metrôpole acima de 100 mil habitantes. Optamos por agregar Grande e Metrôpole, pois não foi considerado significativo as diferenças de resultados entre os dois. Os resultados das associações estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos Municípios brasileiros segundo porte populacional e dimensões da análise, 2016.

Dimensões	Porte Populacional (IBGE, 2010)									p
	Pequeno Porte			Médio Porte			Grande Porte ou Metrôpole			
	n	%	IC 95%	n	%	IC95%	N	%	IC95%	
Autonomia										
Bom	763	20,3	18,9- 21,5	110	39,6	33,9-45,4	125	46,5	40,5-52,4	p<0,001
Regular	1676	44,3	42,8-45,9	109	39,2	33,6-45,1	101	37,5	31,9-43,5	
Ruim	1338	35,4	33,9-36,9	59	21,2	16,8-26,4	43	16,0	12,1-20,8	
Estrutura										
Bom	2649	67,3	65,8-68,7	231	81,0	76,0-85,1	238	86,5	81,9-90,1	p<0,001
Regular	1074	27,2	25,9-28,7	48	16,8	12,9-21,6	36	13,1	9,5-17,6	
Ruim	212	5,3	4,7-6,1	6	2,1	0,9-4,6	1	0,3	0,05-2,5	

Representatividade										
Adequado	2892	73,4	72,0-74,8	240	84,2	79,5-88,0	239	86,9	82,3-90,4	p<0,001
Inadequado	1043	26,5	25,1-27,9	45	15,7	12,0-20,5	36	13,1	9,6-17,6	

Com base na avaliação demonstrada na Tabela 2, percebe-se que o melhor desempenho global dos CMS está no eixo de Representatividade, em todos os portes populacionais, isso pode ser reflexo de uma normatização mais rígida em relação a proporção da composição, influenciando inclusive o repasse de recursos públicos para os municípios^{6,7,13}.

A estrutura foi um dado surpreendente, pois a literatura apontava para resultados insatisfatórios^{9,11}, embora neste espectro o porte populacional é um caso ser destacado, pois ser um município de pequeno porte possui associação a ter uma pior estrutura em relação a médio, grande porte e metrópole.

Entretanto, o pior resultado encontrado independente do porte populacional é a falta de autonomia dos CMS, embora novamente, um município ser de pequeno de porte é um fator associativo para ter uma autonomia ruim ou regular.

Em relação à análise qualitativa em sistematização para inserção no software NVIVO 11, foram consideradas as variáveis das instituições que representam os seus respectivos segmentos, sendo usuários, trabalhadores, gestores ou prestadores de serviços.

Destas variáveis, foram retiradas as palavras “Associação”, “Associações”, “Representante”, “Representantes”, e “Saúde” de todo o banco para que fossem qualificados os tipos de representação, contudo esta última palavra não foi retirada apenas do segmento de gestores, por ser considerada uma possível resposta desta representação. Em complemento, foi retirada a palavra “trabalhadores”, e suas possíveis variações ortográficas, do segmento de trabalhadores.

Nas contagens das palavras dos segmentos foram selecionadas as 30 palavras mais repetidas na pesquisa, com comprimento mínimo de 4 letras, por agrupamento de palavras derivadas, de cada variável descrevemos as oito palavras mais frequentes, os quais são demonstrados na Tabela 3.

Tabela 3. Contagem das palavras por Segmento de Representação segundo o SIACS, 2016

Segmento de Representação	Repetições
Gestores	
secretaria	5.434
municipal	4.848
saúde	3.453
educação	1.174
social	980
assistência	587
governo	294
administração	293
Trabalhadores	
sindicato	1.241
agente	1.191
municipal	1.156
enfermagem	1.097
profissionais	865
comunitária	852
secretaria	824
conselho	756
Usuário	
sindicato	3.298
rurais	3.098
igreja	2.838
trabalhadores	2.573
moradores	2.107
pastores*	1.478
comunitária	1.354
bairros	1.250
Prestadores de Serviços	
hospital	1.047
municipal	603
laboratórios	562
secretaria	491
serviços	430
santa	361
prestadores	360
APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais)	351

*Destaca-se que ao selecionar a opção de palavras derivadas, a palavra “pastores” incorporou a palavra “pastoral”.

Discussão

Percebe-se que a abrangência de 80,8% de Conselhos Municipais registrados no SIACS é um avanço para a participação social, pois a existência dos conselhos é fator primeiro para a sua possibilidade de atuação. Entretanto, por se tratar de um estudo realizado por dados secundários e não de visitas in loco aos conselhos, não é possível inferir se esses conselhos atuam efetivamente ou não.

Em relação ao presidente destes conselhos observa-se que existe um equilíbrio, nacionalmente, entre homens e mulheres quanto à ocupação do cargo nos CMS. O mesmo equilíbrio não ocorre quando se analisa a ocupação por segmento, onde nota-se uma sobreposição do segmento gestor em maior destaque. Pereira, em seus achados encontrou baixa intensidade democrática da ação dos CMS, demonstrando um perfil formal e burocrático de organização e pouco participativa, bem como no predomínio de segmentos de representação social restritos ao papel de fiscalização da gestão¹⁴. Assim, preocupa-se com o segmento gestor ocupando com maior destaque a presidência destas instâncias deliberativas, o que pode influenciar diretamente na autonomia de ação.

No que se refere à formação dos presidentes de conselhos municipais, considera-se o fato de haver um destaque para formação de nível superior, com destaque para a graduação em enfermagem, sendo a segunda profissão com o maior número de empregos em saúde por categoria profissional, considerando apenas os cursos de nível superior, segundo o IBGE¹⁵.

A autonomia dos conselhos é ponto mais problemático dos achados, mas que corroboram com diversos estudos da literatura^{4,9,11}, visto a fragilidade encontrada no presente estudo. Esse achado demonstra uma necessidade de legitimar os conselhos como um espaço de tomada de decisão, o que destoa da representatividade favorável encontrada. Mostrando que para além de se ter um conselho paritário é necessário que este tenha autonomia suficiente para exercer suas competências.

Segundo os estudos de abrangência estadual de Vieira e Calvo¹¹ e de âmbito nacional de Moreira e Escorel⁹, a estrutura dos CMS foi o ponto mais fragilizado. Essa dimensão não foi a mais frágil apresentada pelo presente estudo, entretanto, analisando as variáveis isoladamente, destaca-se que apenas 30% dos conselhos possuem sede própria, e

35% orçamento próprio, indicando que ainda há avanços importantes a serem consolidados nessa dimensão.

No que tange as representações dos diversos segmentos, nos gestores pode-se observar uma abrangência para além da saúde, para as áreas de assistência social e educação, tornando-se ponto positivo, pois sugere a existência de intersetorialidade, uma das diretrizes do SUS.

Em relação aos prestadores de serviços destaca-se que o hospital, laboratórios, Santas Casas e APAE são as instituições de maior contratualização com o SUS para as atividades de média e alta complexidade. Destaca-se a atuação das Santas Casas e APAE no âmbito da reabilitação e habilitação das Pessoas com Deficiência, com um papel histórico na construção do SUS, pois diante da insuficiência da ação do Estado brasileiro, a sociedade civil, ao menos em parte, assumiu os cuidados em saúde¹⁶, o que demonstra o seu papel significativo como representante de prestadores de serviços, e as vezes usuários, dentro dos Conselhos.

No segmento de trabalhadores deve-se reconhecer o papel exercido pelos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem onde contribuem para a compreensão dos determinantes sociais, das práticas e saberes na área da saúde, das relações e articulações econômico-sociais e políticas¹⁷. Além destes, os agentes comunitários corroboram na composição do conselho, assim como os sindicatos e conselhos de classe de diversas profissões.

Entretanto o mais intrigante foram os usuários, onde a representação de sindicatos, instituições rurais, em seguida de igrejas, mostrando um perfil sindicalista, agrário e religioso do país, refletido nas instâncias de participação social. Destaca-se que em muitos Conselhos de Saúde se fazem representar os sindicatos de trabalhadores urbanos ou rurais, agregações, e os “clubes de serviço”, como o Rotary Clube¹⁸.

Considerações Finais

Uma das limitações do estudo foi a qualidade dos dados disponíveis, pois embora sejam de abrangência nacional, são dados que apresentam um viés de preenchimento. Destaca-se ainda que por ser transversal não foi possível inferir causalidade pelo mau desempenho em algumas categorias, necessitando assim mais pesquisas na área.

Por fim, reconhecemos que a existência de um banco de acompanhamento de Conselhos de Saúde é uma vitória da Participação Social no SUS, e que embora seja limitado em ferramentas de extração de dados, é possível constatar a situação em que se encontram estes sujeitos. Sugere-se para aprimoramento do sistema, a possibilidade de geração de relatórios gerais e uma ferramenta de disponibilização das atas das reuniões dos conselhos, para que possa ser estudada a atuação destes, com possíveis desdobramentos da tomada de decisão.

Referências Bibliográficas

1. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Editora: Fiocruz, 1998. 208 páginas.
2. Brasil. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 22 jun. 2016.
3. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988.
4. Oliveira LC, Pinheiro R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500020>.
5. Carvalho GCM. Participação da Comunidade em Saúde. Campinas, SP: Saberes Editora; 2014. pag. 17.
6. Brasil. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 22 jun. 2016.
7. Brasil. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>. Acesso em 21 jun. 2016.
8. CNS em revista. SIACS: retrato do controle social. Brasília, ano 2, número 4, maio de 2012. p. 8-9. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/revista05.pdf>>. ISSN 2238-1732. Acesso em 21 jun. 2016.
9. Moreira MR, Escorel, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência Saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3. pp.795-806. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000300015&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. Acesso em 21 jun. 2016.
10. Brasil. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades@. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em 23 jun. 2016.
11. Vieira M, Calvo MCM. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2315-2326, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011001200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 jun. 2016.
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 500, de 12 de fevereiro de 2015. Aprova o Regimento Interno da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2015/Reso_500.pdf>. Acesso em 23 jun. 2016.

13. Brasil. [Lei Complementar Nº 141, de 13 de Janeiro de 2012](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em 23 jun. 2016.
14. Pereira MF. O controle social e a participação democrática nos conselhos municipais de saúde da Ríde-DF. 2010 [Tese de Doutorado]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10031/1/2010_MarcioFlorentinoPereira.pdf>. Acesso em 24 jun. 2016.
15. Brasil. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/default_zip_brasil.shtm>. Acesso em 27 jun. 2016.
16. Campos MF, Paula SLA, Ferreira MVL. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. Interface Botocatu. v. 19. No. 52. p. 207-210; 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0078>>. Acesso em 27 jun. 2016.
17. Xavier, MAL, Reis SSM. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. Saúde soc. v. 21, p. 199-209; 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500017>>. Acesso em 30 jun. 2016.
18. Schierholt SR, Shimizu HE. Gestão do SUS: Interfederativa e participativa. Tempus Actas de Saúde Coletiva, Brasília, p. 109-113; 2014. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1461>>. Acesso em 30 jun. 2016.

ARTIGO 2

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E REGIONALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: O CASO DA SAÚDE

**Publicado nos Anais do 5º Congresso Ibero-Americano em
Investigação Qualitativa**

Participação Social e Regionalização de Políticas Públicas no Brasil: O Caso da Saúde

Indyara de Araujo Morais¹, Danylo Santos Silva Vilaça², Mariana Sodário Cruz³

¹ Estudante do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

² Estudante da Graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Iniciação Científica, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

³ Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

Resumo. O estudo tem por objetivo analisar o percurso histórico de dois diferentes mecanismos de regionalização no Brasil, as Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE) e as regiões de saúde adotadas pelo Ministério da Saúde, com enfoque para o papel da participação e do controle social nos dois processos. Este é um estudo descritivo, qualitativo, transversal, realizado por meio da análise documental, que possuiu como critérios de inclusão as leis brasileiras, decretos e portarias (de âmbito nacional), a partir de 1988. Foram encontrados 36 documentos oficiais que citavam e ou conceituavam a palavra “regionalização” e “regionalizada”. Entretanto foram selecionados 14 documentos que atendiam aos critérios estabelecidos. Este estudo demonstrou que o processo de regionalização no Brasil, seja por meio da RIDE ou das regiões de saúde, apresentou um percurso normativo gradativo em relação à importância do controle social, porém, os documentos indicaram inconsistência no que tange à sua efetiva atuação.

Palavras Chave: Regionalização; Conselhos de Saúde; Participação Social; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Social Participation and Regional Health Planning on Public Policy In Brazil: The Health Case Abstract. The study aims to analyze the historical course of two different regionalization mechanisms in Brazil, the Integrated Regions of Economic Development (RIDE) and the health regions adopted by the Ministry of Health, with a focus on the role of participation and social control in both processes. This is a descriptive, qualitative, cross conducted through document analysis, which owned inclusion criteria Brazilian laws, decrees and ordinances (nationwide), from 1988 until 2012. It was found 36 official documents quoted and or conceptualized the word "regionalization" and "regionalized". However, they were selected 14 documents that meet the established criteria. This study demonstrated that the regionalization process in Brazil, either through the RIDE or health regions, has gradually normative path of the importance of social control, however, the documents indicated inconsistency in terms of their activeness.

Keywords: Regional Health Planning; Health Councils; Social Participation; Health Policy; Unified Health System.

1. Introdução

A regionalização politico-administrativa é uma importante estratégia para implantação de políticas e programas no Brasil, com destaque para às relacionadas ao sistema de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços e os processos de negociação e pactuação entre os gestores das diferentes esferas (Brasil, 2011), sendo as ações e serviços locais planejados a partir da região de saúde.

O sistema de saúde público vigente no Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi elaborado durante o processo de redemocratização da política brasileira e se materializou por meio da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8.080/1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990). Esse sistema foi fortemente influenciado por grupos sociais e instituições atuantes na década de 1970 e 80, que compuseram o denominado movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). A RSB possuía quatro focos principais: a democratização da saúde; o acesso universal e igualitário ao sistema; a participação social no processo de formulação e implementação de políticas; e, o comprometimento do Estado com a saúde (Escorel, 1998).

No setor saúde no Brasil, a partir da vigência do SUS, o chamado controle social em saúde foi concebido na perspectiva da participação social, no sentido de os setores organizados da sociedade participarem desde as formulações (planos, programas e projetos), acompanhamento de suas execuções até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (Carvalho, 2014). Devido à amplitude de possibilidades de ações (e de vetos), o controle social no SUS se tornou locus de poder, disputas e pactuações. Nesse sentido, participação social e controle social no SUS se aproximam do conceito de Gramsci, podendo, dessa forma, ter forte influência do interesse das classes mais influentes (Gramsci, 1975).

Neste estudo, utilizaremos as expressões participação social e controle social como referência para descrever diferentes mecanismos de atuação da sociedade em políticas de regionalização. Entretanto, vale destacar que os significados dos termos Controle Social, Participação Social e Participação da Comunidade são diferentes e carregam dentro de si grandes divergências. O termo controle social, em sua origem, foi utilizado para descrever o poder do Estado sobre a sociedade civil (Hobbes, 1979). Posteriormente, também foi utilizado para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais, conceito pautado na perspectiva de ordem social (Durkheim, 1978), e do poder desempenhado pelas instituições (Foucault, 1979).

A participação social no SUS, institucionaliza-se por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (Brasil, 1990). Compete aos Conselhos, o estabelecimento de estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros, abordagem que se aproxima da proposta de regionalização adotada pela definição de RIDE - Região Integrada de Desenvolvimento Econômico. A criação das RIDEs se deu com os Art. 21, 43 e 48 da Constituição Federal de 1988, que permitiu a descentralização das ações desenvolvidas pelo Estado, com abertura para a participação da sociedade civil nas articulações regionais da União sobre os complexos geoeconômicos e sociais, visando o desenvolvimento regional e a redução das desigualdades (Haddad, 2010). Os recursos públicos destinados às RIDEs visavam promover o seu desenvolvimento global e se destinavam a diversos setores, entre eles, a saúde. Atualmente, o Brasil possui três RIDEs: (i) RIDE - Polo Petrolina e Juazeiro nos Estados de Pernambuco e na Bahia, com total de 08 Municípios (Brasil, 2002); (ii) RIDE - Grande Teresina, no Piauí com total de 13 municípios (Brasil, 2002) e (iii) RIDE – DF, com total de 22 Municípios, mais o DF (Brasil, 2011). Destaca-se que as

ações de cada serviço são desenvolvidas por setores públicos distintos tendo a necessidade de intersectorialização para que a RIDE atinja o seu objetivo.

Nas RIDEs, consideram-se os serviços públicos comuns de interesse: infraestrutura; geração de empregos e capacitação profissional; saneamento básico, em especial o abastecimento de água, a coleta e o tratamento de esgoto e o serviço de limpeza pública; uso, parcelamento e ocupação do solo; transportes e sistema viário; proteção ao meio ambiente e controle da poluição ambiental; aproveitamento de recursos hídricos e minerais; saúde e assistência social; educação e cultura; produção agropecuária e abastecimento alimentar; habitação popular; serviços de telecomunicação; turismo; e, segurança pública (Brasil, 2002). Com a regulamentação das três RIDEs, na estrutura do Ministério da Integração Nacional, foi criado o Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento, com a finalidade de coordenar as atividades a serem desenvolvidas na então denominada Região Administrativa.

Apesar de claro em seu marco conceitual, a regionalização na política de saúde deixa algumas lacunas para os que se debruçam sobre seu estudo. Uma dessas indagações se refere em como a sociedade participa, e se efetivamente participa, desse processo. Como forma de contribuir para esse debate, o objetivo do presente estudo foi analisar o percurso histórico de dois diferentes mecanismos de regionalização no Brasil, que abarcam a área da saúde, e compreender sua evolução histórica, partir da análise do arcabouço legal das Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE) e das regiões de saúde adotadas pelo Ministério da Saúde, com enfoque para o papel da participação e do controle social nos dois processos.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, qualitativo, transversal, realizado por meio da análise documental. Essa análise teve como critérios de inclusão as leis brasileiras, decretos e portarias (de âmbito nacional), estas últimas publicadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Integração Nacional, a partir de 1988, iniciando pela Constituição da República Federativa do Brasil.

Os procedimentos para o levantamento e análise dos dados foram separados em quatro momentos, conforme descrição a seguir:

Levantamento de dados: sítios eletrônicos oficiais do Ministério da Saúde e do Ministério de Integração Nacional; pesquisa bibliográfica, nas bases de dados BVS saúde, Saúde Legis e SCIELO, com os descritores: regionalização; controle social; participação social; região integrada; regionalização&controle social; região integrada&saúde; regionalização&participação social.

Análise de conteúdo dos documentos selecionados. Para a realização dessa etapa, utilizamos os preceitos de (Bardin, 2009), ou seja, um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Foi definida em três momentos: pré-análise; a exploração do material; e, por fim, o tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação. Consideramos a quantidade de repetição da unidade selecionada (unidade palavra: regionalização, regionalizada, conselho de saúde, participação social, participação comunitária e controle social) e seu contexto em cada documento para posterior categorização.

Sistematização e categorização dos achados sobre o processo de regionalização da saúde no Brasil e participação social, por meio da constituição de uma linha do tempo.

Em última análise, relacionou-se as regiões de saúde adotadas pelo MS com os municípios que compõem as RIDEs.

Foram excluídos do estudo os documentos que não tivessem aplicação nacional na política de saúde. Também foi realizado contatos com técnicos do MS, por meio de e-mail, para ter apoio técnico e indicação de mais normativas que atendessem aos critérios de inclusão. Além disso foram excluídas as publicações do tipo folder, por serem consideradas apenas sistematizações de documentos e orientações mais amplas e não se configurarem como ferramentas de divulgação científica inovadora.

Os dados foram analisados com o apoio do software Weft-QDA®, software livre de apoio à análise de dados qualitativos.

2. Resultados

Partimos em busca de normativas que tratassem de regionalização para posteriormente compreender quais as responsabilidades a serem assumidas pelo Controle Social em Saúde nessa conformação de regionalização. Dessa forma, encontramos 36 documentos oficiais que citavam e ou conceituavam a palavra “regionalização” e “regionalizada”. Desses, 22 foram excluídos por tratar-se de portarias que versavam sobre transferência de recursos para apoio às ações de regionalização, alterando-se apenas Município ou Estado envolvido e fazendo uma única e indefinida menção à palavra “regionalização” analisada nesse estudo. Outros documentos foram encontrados com o

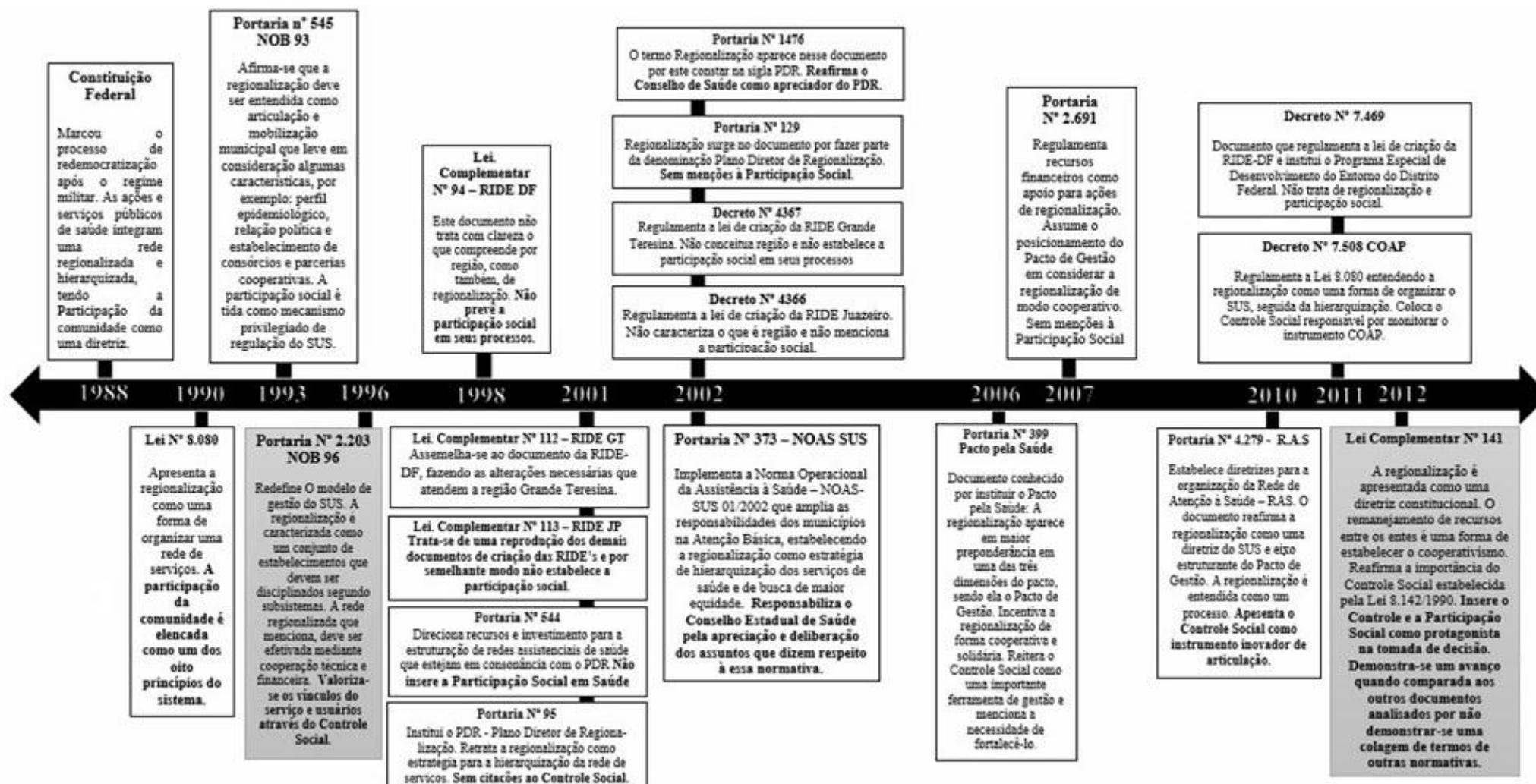
descriptor buscado, contudo, diziam respeito à normativas à nível regional, novamente voltava-se à transferência de recursos. Optou-se nesse estudo, por documentos de abrangência nacional para obtenção de resultados e análise melhor embasada sobre o conceito de regionalização e aplicação. Dessa forma, foram analisados 14 documentos que atendiam aos critérios estabelecidos.

A linha do tempo das legislações sobre regionalização e participação social foi descrita na Figura 1, com o objetivo de dinamizar os resultados apresentados, além de facilitar a compreensão de como os documentos normativos apresentam a regionalização e a participação social na política de saúde brasileira no período de 14 anos, iniciando com a análise da Constituição Federal e finalizando-se na última normativa encontrada que aborda ambos os assuntos. Decidimos iniciar pela Constituição Federal por se tratar como um marco na mudança da política democrática do País e na saúde brasileira vigente.

Considerando todos os documentos selecionados, do período de 1988 a 2012, as palavras que representam a regionalização (regionalizada e/ou regionalização) foram citadas 155 vezes, enquanto que as palavras que representam a participação social (conselho de saúde, participação social, controle social e/ou participação comunitária) foram citadas 42 vezes.

Destacamos, nos achados, que os instrumentos norteadores da regionalização, aqui compreendidos como normativas e ou documentos, apresentam uma gradação a respeito da atuação do Controle Social. Essa gradação, inicia-se com o estabelecimento da participação comunitária, bem como do Controle Social, como uma diretriz e finaliza-se enxergando-o como protagonista da tomada de decisão, na lei 141/2012. Nesse interstício, o Controle Social é visto ainda como uma diretriz do Sistema Único de Saúde, passando à um princípio, à um mecanismo de regulação, como um vinculador entre a comunidade e os serviços de saúde, como apreciador e deliberador de políticas de saúde, como uma ferramenta de gestão que necessita ser fortalecida, como aparelho de monitoramento de organismo de gestão e como instrumento inovador de articulação.

Figura 1. Linha do tempo das legislações sobre regionalização e participação social, BRASIL, 1988-2012.



Na Portaria Nº 95 de 2001, a qual aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01, do Ministério da Saúde, encontramos 36 registros, sendo que 31 correspondem a palavra “regionalização” e cinco à palavra “regionalizada”. Estas palavras compõem, em sua grande maioria, o anexo deste documento que retratam a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Define alguns conceitos-chaves para o processo de organização do PDR (plano diretor de regionalização), dentre eles, destaca-se a definição de Região de Saúde. Ao definir “regionalização”, em capítulo específico, retrata uma lógica de planejamento integrado, utilizando-se de noções de territorialidade, mas que não estejam restritos a abrangências municipais, visando garantir o acesso aos usuários a todos os serviços ofertados, fundamentais para a resolução de seus problemas de saúde. Esta normativa, compôs o quinto documento analisado na ordem cronológica estabelecida e destacou-se pelo número de registros sobre regionalização superior às quatro normativas que as antecederam.

Damos ênfase à Portaria Nº 399 do Ministério da Saúde, conhecida como Pacto pela Saúde, pelo fato desta apresentar o maior número de registros das palavras buscadas sobre regionalização: 43. Esta portaria instituiu o Pacto pela Saúde em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão e possibilitou a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS. Dos 43 registros indicados anteriormente, 39 destes correspondem à palavra “regionalização” e quatro à “regionalizada”. A frequência da palavra regionalização surge em maior proporção no item que trata das “responsabilidades na regionalização” e em seguida na dimensão do Pacto de Gestão. O documento apresentou o termo regionalização, em diversos momentos, acompanhado do conceito de cooperativo e solidário, além de definir as atribuições/responsabilidades das três esferas reiterando que a regionalização encontra-se em processo de evolução. Além disso, elencou a participação dos entes como coordenadores da implementação do processo de regionalização, colocando-o na condição de processo cooperativo e solidário.

No que concerne ao Controle e a Participação Social, o Pacto pela Saúde reafirmou a sua importância e intensificou a necessidade de fortalece-lo. Em outras oportunidades, retratou a necessidade de qualificação do Controle Social. A palavra e suas aplicabilidades surgem em maior preponderância no eixo que trata das responsabilidades na participação e controle social, afirmando que estímulos e apoios devem ocorrer para a realização do processo de discussão destas instâncias, sendo um diferencial nas demais normativas encontradas. O Pacto pela Saúde compunha a décima normativa analisada na ordem cronológica estabelecida.

A décima quarta normativa estudada, a Lei Complementar Nº 141/2012, também cabe destaque pelo fato de se tratar de um importante marco para o financiamento e transferência de recursos públicos da política de saúde vigente no Brasil e por responsabilizar os Conselhos de Saúde em aprovar tais transferências para ações e serviços de saúde. A lei também fortaleceu o envolvimento dos Conselhos de Saúde com a avaliação e fiscalização sobre a gestão do SUS e os colocou no patamar de protagonistas da tomada de decisão.

No que se refere às normativas das Regiões Integradas de Desenvolvimento (RIDE), foram encontrados seis (6) documentos oficiais, as três leis complementares de autorização do Poder Executivo para criação da RIDE e três decretos de regulamentação destas Leis. Resulta-se dessa busca que os textos destas normativas são bastante semelhantes, alterando-se basicamente os municípios que compõem as respectivas RIDEs. Tais documentos não deixam em evidência o conceito de região e ou de regionalização utilizado e não fazem nenhuma menção ao Controle ou à Participação Social em seu conteúdo.

3. Conclusão

Embora a ideia do compartilhamento de serviços públicos seja algo presente nas regiões de saúde definidas pelo MS e pela RIDE, o controle social é destacado como um ator significativo apenas nos

marcos legais instituídos pelo MS. Como hipóteses para essa diferença, destacamos duas vertentes: (i) a definição de região adotada pelo MS e (ii) o histórico das políticas de saúde no Brasil.

Para a explicação da hipótese 1, adotamos como base a legislação das regiões de saúde e da RIDE e a descrição (ou a não descrição) dos conceitos trazidos em seus textos. Percebemos que ambas possuem objetivos diferentes: enquanto a definição de região adotada pelo Ministério da Integração é indicada de forma indireta e tangente-se pelo território geográfico como área prioritária programas e projetos voltados a infraestrutura básica, geração de empregos e prestação de serviços públicos (Brasil, 2002), o conceito de região adotado pelo Ministério da Saúde pautou-se pela definição de um espaço a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011).

Essa diferença conceitual de região adotada pelos diferentes ministérios poderia ter influenciado tal divergência no enfoque do controle social, pois, ao se considerar a região para além do conceito de território geográfico e de consolidação de projetos, o MS sentiu a necessidade de trazer mecanismos formais de representação da sociedade civil para a execução de suas ações, para o atendimento do conceito de território vivo e de compreensão de suas singularidades.

Como segunda hipótese, destacamos que a criação do SUS partiu de um processo de redemocratização do país em que as populações estavam dispostas a resgatar a dívida social acumulada no regime autoritário (Mendes, 1995), se tornando um ator na construção do marco que foi a Constituição Federal e se colocando como um agente a ser considerado durante os processos decisórios que se seguiram, tendo inclusive sua Lei específica que legitima o controle social em saúde (Brasil, 1990). Dessa forma, sua presença em documentos normativos seria obrigatória e, embora a RIDE tenha em seus objetivos o compartilhamento de ações em saúde de um conjunto de municípios, ela não incorporou a lógica organizacional e conceitual do SUS, não apresentando, assim, o controle social como ator em sua conformação.

Ao se analisar o marco legal do SUS acerca da regionalização, percebemos que há uma inserção gradual na atuação do controle social: inicia-se pela necessidade de existência dos Conselhos (em 1993), ressalta-se sua importância de vinculação com o usuário (1996), reforça-se a necessidade de sua qualificação (em 2006), de seu papel de articulador (em 2010) e fiscalizador (em 2014). Apesar de existente nos marcos legais e do claro avanço normativo a partir de 2006, ao considerarmos as indicações mais práticas da atuação do controle social em políticas de regionalização, percebemos que não houve, em nenhum dos documentos analisados, a obrigatoriedade de participação dos conselhos municipais em momentos iniciais dessa política, como na aprovação das conformações regionais pelos Estados.

A possibilidade de participação no debate e escolha do que seria o território regional em que os próprios municípios estariam a ser inseridos pode ter sido um momento chave das etapas de planejamento ascendente, pois desse momento emergiram as indicações de território estabelecidas pelo MS: qual identidade dessa região, como seria sua cultura, quais seriam suas necessidades? A participação dos CS municipais foi indicada apenas na atividade de aprovação de Planos de Saúde municipais e no monitoramento da execução das ações previstas pelo COAP e dos repasses financeiros. Ressalva se faz aos Conselhos Estaduais de Saúde, que tinham a responsabilidade de aprovar os Planos Diretores Regionais e poderiam, ao contrário do CS municipais, influenciar nessas conformações regionais. Frente a esse achado, apesar da previsão legal da existência do controle social na execução das políticas de saúde, percebemos um *gap* no que se refere ao papel do controle social no planejamento das políticas de saúde. A literatura relata um ponto importante que pode ter influenciado essa tímida inserção do controle social em processos decisórios: o discurso dos gestores de que os conselheiros não possuem um saber sobre os processos administrativos (Galindo et al, 2014) e dessa forma, poderiam acabar sendo excluídos da tomada de decisão *in loco*. O presente trabalho não elucidará essa questão, mas levanta essa hipótese como provável explicação para a não previsão de participação dos conselhos municipais nessas pactuações iniciais.

Se não há um planejamento que tenha sido realizado de forma participativa desde o início, a execução e controle se tornam meros papéis normativos, pois há grande dificuldade de que o

controle social possa exercer suas competências com plenitude: como monitorar algo que pode ter vindo pronto de outras instâncias? Segundo o NOAS (Brasil, 2002), a Região de Saúde é a base territorial de planejamento da atenção à saúde, que não necessariamente coincide com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde. A regionalização pressupõe o princípio da solidariedade para com os outros municípios (Quevedo, Heck, & Jardim, 2012), mas é necessária a solidariedade dentro dele próprio com ações participativas, para que se assim os atores presentes nesta trama estratégica possam atingir o seu objetivo comum, a universalização, integralidade e equidade do SUS, com serviços de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível, com ações que atendam às reais demandas da população.

Considerando o processo político, a literatura ressalta que regionalização do SUS envolveu a distribuição de poder em um delicado sistema de inter-relações entre distintos atores sociais, sendo eles governos, organizações públicas e privadas e cidadãos, dentro de espaços geográficos delimitados, implicando na construção conjunta de um planejamento que dê conta da integração, coordenação, regulação e do financiamento da rede de serviços de saúde no território (Silva & Gomes, 2013). Embora a participação social tenha sido ignorada na tomada de decisão em alguns documentos encontrados, o pacto pela saúde (2006), a portaria 4.279/2010 e a Lei nº 141/2012 reafirmaram as atribuições do Controle Social instituídas através da Lei 8.142/1990, onde ele se torna ferramenta de gestão, um articulador para a RAS e ator imprescindível para que possa ocorrer a transferência de recursos para a execução das ações de saúde, representando, dessa forma, grandes avanços em termos normativos.

Importante descrever, principalmente a partir do pacto pela saúde, a compreensão documental de que o controle social é um cogestor da saúde, concepção esta que fortalece a chamada gestão participativa na saúde. A gestão participativa é o ato democrático de gerenciamento das ações e práticas políticas, que incluem o planejamento de programas e serviços de saúde pelo controle social. É a concretude da participação social institucionalizada e o canal para uma estratégia de democratização do poder, reivindicando direitos coletivos e interferindo nas práticas políticas nos aspectos técnicos, administrativos, ambientais e orçamentários (Oliveira, 2009).

Este estudo demonstrou que o processo de regionalização no Brasil, seja por meio da RIDE ou das regiões de saúde, apresentou um percurso normativo gradativo em relação à importância do controle social, porém, os documentos indicaram inconsistência no que tange à sua efetiva atuação, principalmente se considerarmos a conformação das regiões de saúde e a efetiva atuação nas etapas de planejamento ascendente, como a própria definição da região de saúde e, conseqüentemente, de suas prioridades locais. Nos marcos legais instituídos pelo SUS, o controle social está presente na aprovação dos planos de saúde e, com mais frequência, no acompanhamento das transferências de recursos, principalmente a partir de 2012, entretanto, questionamos se estas oportunidades de participação da sociedade civil nos processos de regionalização seriam suficientes para a garantia da plenitude do controle social em saúde.

Como limitação desta pesquisa, indicamos que uma análise pautada em documentos oficiais publicados por um país somente indica os direcionamentos a serem adotados pelas gestões em diversos níveis, entretanto, não pode ser compreendida como um fiel retrato da realidade em si. Para atingir esse objetivo, outras metodologias de pesquisa seriam necessárias, como entrevistas, estudos de campo e observações participantes. Entretanto, reafirmamos a importância dessa metodologia por dois pontos: (i) Documentos oficiais são orientadores da gestão e influenciam em processos decisórios, dessa forma, devem ser compreendidos em profundidade e (ii) Normativas são produtos de discussões, de pactuações e de um jogo de forças e de poderes, sendo resultados do momento histórico em que foram produzidas. Uma análise em profundidade desse material pode revelar traços importantes adotados pelos governos, tais como posicionamentos ideológicos, adesão (ou não) à preceitos legais anteriores ou indicações de mudanças na rota política adotada. Apesar da importância da metodologia de análise escolhida, indicamos a realização de novos estudos para a elucidação das questões levantadas pelo presente trabalho.

Referências

- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990*. Fonte: Presidência da República: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.142, de 19 de dezembro de 1991. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Fonte: Presidência da República: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm
- Brasil. (2002). *Decreto Nº 4.366, de 9 de setembro de 2002*. Fonte: Presidência da República: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4366.htm
- Brasil. (2002). *Decreto Nº 4.367, de 9 de setembro de 2002*. Fonte: Presidência da República: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4367.htm
- Brasil. (2002). *Decreto nº 4.367, de 9 de setembro de 2010. Regulamenta a Lei Complementar 112 de 19 de setembro de 2001, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina*. . Fonte: Presidência da República: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4367.htm
- Brasil. (2002). *Portaria Nº 373, de 27 de Fevereiro de 2002. Normas Operacionais de Assistência a Saúde 2002*. Fonte: Ministério da Saúde: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html
- Brasil. (2011). *Decreto Nº 7.469, de 4 de maio de 2011*. Fonte: Presidência da República: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7469.htm
- Brasil. (2011). *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Fonte: Presidência da República: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
- Brasil. (2012). *Resolução 453*. Fonte: Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html
- Carvalho, G. C. (2014). *Participação da Comunidade em Saúde*. Campinas, São Paulo: Saberes Editora.
- Durkheim, É. (1978). As regras do método sociológico. Em *Coleção Os Pensadores* (pp. 71-161). São Paulo: Abril Cultural.
- Scorel, S. (1998). Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. *Fiocruz*, p. 206 páginas.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. Em R. Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Galindo et al. (2014). Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. *Revista Administração Pública*, 1545-1566.
- Gramsci, A. (1975). *Quaderni del Carcere*. Torino: Einaudi.

- Haddad, M. B. (2010). *EIXO GOIÂNIA – ANÁPOLIS - BRASÍLIA: ESTRUTURAÇÃO, RUPTURA E RETOMADA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS*. Seminário Nacional Governança Urbana e Desenvolvimento Metropolitano.
- Hobbes, T. (1979). *Leviatã*. Em J. P. Silva, *Coleção os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural.
- Mendes, E. V. (1995). *Distrito Sanitário – O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do SUS*. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.
- Oliveira, M. L. (2009). Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública: a experiência de conselhos gestores de unidades de saúde do município de Campo Grande/MS - 1994/2002. *Saúde e Sociedade*, pp. 141-153.
- Quevedo, A. L., Heck, R. M., & Jardim, V. M. (2012). *Conselhos de saúde e regionalização em saúde*. Pelotas, Rio Grande do Sul: J. Nurs Health.
- Silva, E. C., & Gomes, M. H. (2013). Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. *Saúde e Sociedade*, p. 1006-1116.

ARTIGO 3

PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL: ANÁLISE DA PERSPECTIVA DO CONTROLE SOCIAL

Submetido ao número temático “Sistema de Saúde no Brasil e políticas de regionalização” da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Processo de Regionalização em Saúde no Brasil: Análise da Perspectiva do Controle Social

Indyara de Araujo Moraes¹, Mariana Sodário Cruz², Helena Eri Shimizu²

¹ Estudante do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília – UnB.

² Docente da Universidade de Brasília – UnB.

Resumo

No país foram registradas 437 Regiões de Saúde, que nasceram de pactuações de relações intergovernamentais e intergestores que tinham como foco sua organização a partir do conceito de região, em contexto democrático, mas que não necessariamente preconizava os Conselhos de Saúde no processo decisório. Este estudo tem por objetivo analisar papel dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) no processo de regionalização da saúde no Brasil, além de realizar um retrato atual destes utilizando o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). Trata-se de um estudo transversal, descritivo, tendo como base um questionário online enviado aos CMS de todo o país via correio eletrônico, e, as informações disponíveis no SIACS do Conselho Nacional de Saúde. O retorno recebido foi de 374 respostas consideradas válidas. Como resultados, 63,2% dos respondentes afirmaram que não discutiram o processo de criação das Regiões de Saúde, e 80,1% indicaram que os Conselhos não foram ouvidos durante o processo de Regionalização. Conclui-se que a instituição de Conselhos Regionais de Saúde, pode ser uma saída para que a participação social se torne um ator relevante no processo de regionalização.

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

ABSTRACT

In the country were registered 437 health regions, born in pacts of intergovernmental relations and Inter who had focused their organization from the concept of the region, in a democratic context, but not necessarily advocated Health Councils in decision making. This study aims to analyze the role of Municipal Health Councils (CMS) in the health regionalization process in Brazil, in addition to performing a current picture of these using the Tracking System of Health Councils (SIACS). This is a cross-sectional, descriptive study, based on an online questionnaire sent to CMS from all over the country via e-mail, and the information available in SIACS from National Health Council. The feedback received was 374 responses considered valid. As a result, 63.2% of respondents said they did not discuss the process of creating the Health Regions, and 80.1% indicated that the Councils were not heard during the process of regionalization. It is concluded that the imposition of Councils Regional Health, may be a solution to that social participation becomes a major player in the regionalization process.

Key-Words: Regional Health Planning; Health Councils; Social Participation; Health Policy; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O sistema político federativo no Brasil foi constituído pela Constituição Federal (CF) de 1998 por três esferas de governo - União, Estados e Municípios, consideradas como entes com autonomia administrativa que não possuem vinculação hierárquica. Entretanto estes são marcados pelas importantes diferenças, tanto sociais, culturais, econômicas, assim como no seu contingente populacional¹.

No campo das políticas públicas de saúde, agrega-se a complexidade inerente à área relacionada a fatores que frequentemente tencionam a estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania^{2,3}, que se propôs a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) onde todos os atores devem realizar acordos nos diferentes níveis do sistema, para que as reponsabilidades sejam definidas de forma clara, além de buscar o fortalecimento da participação social na formulação das políticas de saúde conforme preconiza a CF¹.

O modelo de gestão do SUS pressupõe uma articulação estreita, conjunta e complexa dos seus principais espaços de representatividade em cada nível de governo: a) para os gestores do sistema há espaços nos três níveis de governo sendo estes de negociação e decisão: Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional; Comissões Intergestoras Bipartites (CIB), no âmbito estadual; e recentemente foram criadas as Comissões Intergestores Regionais (CIR), no âmbito das Regiões de Saúde; e, além disso, conta-se com, b) conselhos de secretários de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal; c) Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal, afora a realização periódica das Conferências de Saúde conforme a Lei nº 8.142/1990^{4,5}.

Diversos têm sido os desafios para garantir o direito à saúde, por meio do provimento de um conjunto de ações e serviços de saúde, organizado em rede regionalizada e

hierarquizada. Destaca-se que a primeira normativa que estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade no SUS, foi a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-2002)⁶, e que nesta, a participação social é considerado órgão apreciador e deliberativo do Plano Diretor Regional (PDR), em sua instância de Conselho Estadual de Saúde.

Recentemente, com o propósito de dar continuidade ao processo de aperfeiçoamento do SUS⁷ foi publicado o Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/90 e definiu a Região de Saúde como o “*espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde*”⁸. Ademais, foram instituídas as CIR’s como as instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, na região de saúde, em consonância com o estabelecido na CIB e CIT, destaca-se que este espaço decisório não possui participação social, sendo assim exclusivo para gestores de saúde.

Neste decreto supracitado coube aos Conselhos de Saúde a responsabilidade de participar do processo de planejamento ascendente, de forma a contemplar as necessidades das políticas de saúde e a disponibilidade de recursos financeiros; aprovar os planos de saúde e os relatórios de gestão dos municípios para serem integrados ao plano regional; e caso tenha a assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), os Conselhos de Saúde devem monitorar sua execução⁸.

No país foram registradas 437 Regiões de Saúde, que nasceram de pactuações de relações intergovernamentais e intergestores a partir do NOAS-2002. Estas tinham como foco sua organização a partir do conceito e em num contexto democrático, mas que não

necessariamente preconizava os Conselhos de Saúde no processo decisório, apenas com um papel de aprovador de planos⁶.

Os Conselhos de Saúde foram constituídos nas três esferas do governo para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde⁹. Dessa forma, são considerados espaços deliberativos integrantes da estrutura político-institucional do SUS de forma permanente¹⁰, apesar de que a participação social, hierarquização e regionalização serem diretrizes do SUS, presentes na CF, as ações de conformação de regiões de saúde são recentes e o papel dos Conselhos se mostra ser tímido de acordo com as normativas e literatura^{11,12}.

Este estudo tem por objetivo analisar papel dos Conselhos Municipais de Saúde no processo de regionalização da saúde no Brasil, para que se possa oferecer subsídios para refletir sobre o aprimoramento deste processo, além de realizar um retrato atual dos respondentes utilizando o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde.

Esta pesquisa está incluída no projeto “Governança nas Regiões de Saúde do Brasil” aprovado para financiamento no Edital 41/2013 DECIT/ SCTIE/ MS/ CT-Saúde/ CNPq/ MCTI. Destaca-se que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, com parecer nº. 1.326.731.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, tendo como base um questionário online enviado aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) de todo o país via correio eletrônico, e, as informações disponíveis no Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde (SIACS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os correios eletrônicos foram captados das informações disponíveis no SIACS, que é um sítio eletrônico criado em 2012, que tem por objetivo reunir as informações sobre os conselhos de todo o país, principalmente no que tange sua composição proporcional dos segmentos de gestores, prestadores de serviços, trabalhadores e usuários, estrutura e funcionamento. As informações levantadas pelo SIACS foram inseridas na análise, onde foram criados três outros eixos: representatividade, autonomia e estrutura, de acordo com o modelo proposto por Vieira e Calvo¹³.

Para a construção do Eixo Representatividade, considerou-se a proporção de segmentos constantes no conselho em relação ao seu total e o atendimento ou não à paridade estipulada em na Lei 8.142/90: 50% usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores e prestadores de serviços⁴. No eixo Estrutura, foram considerados a forma de criação do Conselho (Lei, Portaria ou Decreto), forma de preenchimento (online ou envio de formulário pelo correio a ser preenchido pelo CNS), qual o tipo de acesso do conselho a internet (discada ou banda larga), se possui sede própria, se possui secretaria executiva, e, se possui mesa diretora. Em relação ao Eixo Autonomia, foram considerados se os CMS possuem orçamento próprio, se realizam capacitação e se realizam eleições para presidente. Caso o conselho tenha as três variáveis afirmativas ele foi considerado “Bom”, duas variáveis “Regular”, e, uma ou nenhuma foi classificado como “Ruim”¹³.

Para a análise dos dados quantitativos, foi utilizado o software Data Analysis and Statistical Software (STATA) 10, para elaboração da descrição dos dados, onde os mesmos foram dispostos em cinco eixos finais de análise: representatividade, autonomia, estrutura, regionalização e planejamento.

Como o SIACS não possui a funcionalidade de retirar relatórios gerais por estado, somente a consulta individual de cada CMS, os dados foram solicitados via Ouvidoria do SUS estes dados, o qual foi respondido pelo Protocolo 1696701.

O questionário online foi feito no sítio eletrônico denominado FormSUS, ferramenta criada pelo Ministério da Saúde para realização de inquéritos diversos, disponível gratuitamente para diversas pesquisas. A criação do questionário foi com base na literatura acerca da regionalização e a participação social, com discussão para formação de consenso pelo grupo de pesquisa. Foram definidas 33 questões, dentre informações pessoais do respondente, indicado no correio eletrônico como o Secretário(a) Executivo(a) ou o(a) Presidente do Conselho, e três outros eixos: regionalização, informações sobre a assistência e planejamento. Entretanto, após confecção do instrumento, optou-se por inserir o eixo assistência no eixo de planejamento, para garantir fluidez nas respostas.

O link do FormSUS foi enviado pelo correio eletrônico duas vezes para cada CMS que possuía registro no SIACS e que tinha correio eletrônico registrado, ficando o link ficou disponível de 18/02/2016 a 30/04/2016.

No que tange os dados qualitativos, foram realizadas quatro perguntas abertas no formulário online, sendo: a) para você, o que é regionalização da saúde; b) qual o papel do conselho de saúde na regionalização em sua opinião; c) como foi o processo formação das regiões de saúde no seu estado; d) na sua opinião quais os desafios do controle social na atuação na regionalização. As respostas foram categorizadas no software MaxQDA.

RESULTADOS

O link do FOMRSUS foi enviado via correio eletrônico para todos os 4.557 Conselhos Municipais de Saúde registrados no SIACS, destaca-se que desta lista 635 CMS não havia contatos de correio eletrônico, e outros 805 CMS possuíam contato eletrônico incorretos, ou seja, apenas 3.114 contatos foram considerados válidos.

Foram recebidas 432 respostas no período de pesquisa, foram excluídos aqueles formulários que não apresentavam estado e/ou município, e aqueles que tinham resposta por município repetidos, considerados apenas a última resposta enviada de acordo com data e hora.

Consistiram em 374 respostas válidas de todos os municípios distribuídos, 26 estados e o Distrito Federal, apenas o Estado do Amapá não enviou resposta. Considerando os portes populacionais estabelecidos pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), 72,73% dos CMS respondentes pertencem a municípios de pequeno porte (menor de 50 mil habitantes), 14,97% são municípios de grande porte ou metrópoles (maiores de 100 mil habitantes), e, 12,30% são considerados de médio porte (de 50 mil a 100 mil habitantes). O maior percentual de repostas por região geográfica no Brasil está descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição proporcional de questionários recebidos válidos por Região Geográfica, Brasil. 2016.

Sul	112	29,9
Sudeste	106	28,4
Nordeste	97	25,9
Centro-Oeste	40	10,7
Norte	19	5,1
Total	374	100

Descrição dos participantes

Ao enviar o link para o formulário online foi destacado que o respondente deveria ser o presidente do CMS ou o Secretário (a) Executivo (a). Dos respondentes, 53,21% se declararam do sexo feminino, 46,26% do sexo masculino e 0,53% não informaram. Quanto a idade, 28,34% declaram ter até 35 anos, 29,41% de 36 a 45 anos, 37,17% de 46 a 60 anos, e, por fim, 2,67% acima de 62 anos.

Quanto à escolaridade, 0,53% não responderam, 2,94% possuem nível fundamental, 18,98% possuem nível médio, 41,98% possuem graduação, e, 35,56% possuem pós-graduação. Em relação ao segmento dos respondentes, 2,41% informaram que pertencem aos prestadores de serviços, 4,81% não informaram, 24,87% ao segmento de usuários, 28,61% ao segmento de gestores, e, 39,30% ao segmento de trabalhadores. Sendo eles, 81,28% titulares dentro do CMS, 9,36% suplentes, e, também 9,36% não responderam, os quais 80,21% fazem parte da mesa diretora do Conselho.

Em relação ao tempo como conselheiro, 31,82% dos respondentes possuem tempo de atuação de três a quatro anos, 28,61% acima de seis anos, 25,40% até dois anos, 13,37% de cinco a seis anos, e, 0,80% não informaram.

Organização e Funcionamento

Os dados quantitativos foram separados em cinco eixos principais, a saber, regionalização, planejamento, estrutura, representatividade e autonomia, segundo descrição na metodologia.

Os municípios respondentes foram cruzados com os dados do Sistema de Acompanhamentos de Conselhos de Saúde (SIACS), que possui todos os seus dados

disponíveis em seu sítio eletrônico. Assim foram criados três eixos, estrutura, representatividade e autonomia.

A representatividade do Conselho é um dos itens mais recorrentes na literatura sobre participação social e nas normativas. De acordo com a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012¹⁴, as vagas dos conselhos de saúde deveriam ser distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. Destaca-se que conforme destacado no Quadro2, o segmento de usuários é o que possui maior número de CMS adequados.

Com base nos dados do SIACS, foi analisada a proporção dos participantes por vagas descritos nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2. Proporção de adequação dos eixos representatividade dos conselhos de saúde respondentes do estudo, 2016.

	n	%	n	%
Eixo Representatividade				
Proporção de Gestores e Prestadores de Serviços	315	84,2	59	15,9
Proporção de Trabalhadores	315	84,2	59	15,8
Proporção de Usuários	354	94,7	20	5,4

Tabela 3. Proporção dos eixos estrutura e autonomia dos conselhos de saúde respondentes do estudo, 2016.

	n	%
Eixo Estrutura		
Boa	284	75,9
Regular	75	20,1
Ruim	15	4,0
Eixo Autonomia		
Boa	112	30,6
Regular	163	44,5
Ruim	91	24,9

No Eixo Estrutura, foram considerados a forma de criação do Conselho (Lei, Portaria ou Decreto), forma de preenchimento (online ou envio de formulário pelo correio a ser preenchido pelo CNS), qual o tipo de acesso do conselho a internet (discada ou banda larga), se possui sede própria, se possui secretaria executiva, e, se possui mesa diretora. Logo, 75,94% dos CMS tiveram a estrutura considerada “Boa” o que não corrobora com o estudo de Vieira e Calvo¹³, os outros dados foram 20,05% regulares, e, 4,01% foram consideradas ruins, com base na quantidade de respostas afirmativas.

Em relação ao Eixo Autonomia, foram considerados se os CMS possuem orçamento próprio, se realizam capacitação e se realizam eleições para presidente. Caso o conselho tenha as três variáveis afirmativas ele foi considerado “Bom”, duas variáveis “Regular”, e, uma ou nenhuma foi classificado como “Ruim”. Assim, 30,60% dos CMS foram considerados como bons, 44,54% regular, e por fim 24,86% como ruins.

Os eixos regionalização e planejamento foram criados com base nos questionários online enviado. Em relação ao Eixo Regionalização, o maior percentual de respostas foi de 97,3% onde os CMS afirmaram ter o conhecimento sobre sua região de saúde, em complemento 84,4% destes informaram que se consideram como parte de uma região de saúde.

Ainda neste eixo destaca-se que 63,2% dos conselhos de saúde dos municípios do seu Estado não discutiram o processo de criação das Regiões de Saúde, e 80,1% indicaram que os Conselhos não foram ouvidos durante o processo de Regionalização.

No Eixo de Planejamento, 66,9% dos respondentes informaram que os Conselhos não participam da construção do plano de saúde de seu Estado, contrariando as competências estabelecidas pelas diretrizes da Participação Social no SUS, entretanto 70,7% informaram que a construção do Plano de Saúde do Estado foi com base os nos Planos de Saúde Regionais. Os resultados dos dois eixos foram descritos na Tabela 4.

Tabela 4. Respostas dos Conselhos Municipais de Saúde sobre Regionalização no SUS, Brasil, 2016.

	N	%	Nº	%
Eixo Regionalização				
Conhece o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011	225	61,6	141	38,5
Conhece o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)	230	63,0	135	37,0
Conhece a região de saúde que o seu município está inserido	362	97,3	10	2,7
Os conselhos de saúde dos municípios do seu Estado discutiram o processo de criação das regiões de Saúde	135	36,8	232	63,2
Já ocorreu alguma reunião ou fórum com os outros Conselhos de Saúde de sua região	193	53,0	171	47,0
No seu estado há Conselhos Regionais de Saúde	174	48,1	188	51,9
O seu conselho se considera como parte de uma Região de Saúde	308	84,4	57	15,6
Em sua opinião os Conselhos foram ouvidos durante o processo de Regionalização	73	19,9	294	80,1
Na sua perspectiva há integração entre os municípios que compõem as regiões de saúde	251	68,7	114	31,2
A região de saúde que o município está inserido possui Comissões Intergestores Regional	310	86,8	47	13,2
Daqueles CMS que possuem Comissão de Intergestores Regional, se acompanha as reuniões	87	34,9	162	65,1
Eixo Planejamento				
Se realiza o plano de saúde de seu Estado, com a participação do Conselho	115	33,1	233	66,9
A construção do Plano de Saúde do Estado foi com base os nos Planos de Saúde Regionais	232	70,7	96	29,3
Possui todos os serviços definidos pelo decreto 7.508: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e, vigilância em saúde.	225	60,1	149	39,9
Existem dificuldades para que a população acesse aos serviços de saúde da região	240	66,1	123	33,9

Percepção sobre o Processo de Regionalização

No âmbito qualitativo, questionou-se os participantes “o que seria regionalização para você?”, 47 de 374 não responderam. Para as respostas foi utilizada a categorização com base a repetição de palavras, as categorias identificadas foram: 1. Organização por Região (190 trechos); 2. Descentralização (54 trechos), que foi subdividido em 2.1 descentralização das ações e serviços (43 trechos); 2.2 descentralização da rede de atenção (4 trechos); 2.3 descentralização de decisões (7 trechos); e, por fim, 3. Diretriz do SUS (25 trechos).

“uma diretriz do SUS onde ações e serviços são descentralizados com pactuação de gestores de cada região”.

“regionalizar é organizar por regiões”.

“a regionalização é a descentralização das ações de saúde de forma que haja pactuação entre as esferas do governo para assistência aos usuários do SUS. A participação dos municípios é essencial para que possamos promover a regionalização de forma eficiente, sempre sob a lógica do usuário do SUS. E para que haja a desejada mobilização dos gestores, é necessário intensificar o diálogo, para que haja contratos e compromisso entre os gestores”.

“depende do tipo de saúde que se pretende desenvolver, se for a saúde nos moldes da lei 8.142/90, com controle social atuante e em plenas condições de atuação e fiscalização, considero uma boa ideia e uma grande melhora no Sistema Único de Saúde SUS, por outro lado, se for a aquela mesma saúde praticada apenas pelo segmento gestor desde a criação do SUS em 88 e sem participação e controle social considero que pior vai ficar nossa saúde com esta regionalização”.

Quando questionou-se “como foi o processo de formação das regiões de saúde do seu Estado”, 109 participantes não responderam. Neste quesito foi identificada a grande categoria denominada “Ausência de Conhecimento e Participação”, onde foram encontradas

174 trechos, esta foi formada a partir da palavra mais citada que foi o “não”, dentre os respondentes. Alguns dos trechos:

“pelo que eu saiba, não houve regionalização”.

“o CMS de X não foi convidado a participar ou opinar”.

“bem complicado, a gestão definiu as regiões de saúde e mandou para que os conselhos de saúde aprovassem, muitos deles nem tinham conhecimento de fato como seria a nova dinâmica de atendimento para a população referenciada”.

“o conselho não participou, entendo que tenha sido em função da logística que o gestor tenha determinado estas regiões”.

“aconteceu entre os secretários de saúde municipais e estadual, porem, os CMS não tiveram participação, pois acham (acredito) ser empecilho, mas sempre nos recorrem diante de uma situação”.

A segunda Categoria criada para esta questão foi “Participação do Conselho” e que foram identificados em 34 trechos, abaixo alguns exemplos:

“Foi realizado capacitações inclusive com uma empresa contratada pelo estado (HCOR) para o desenvolvimento do PDR durante 7 meses com atividades de dispersão para diagnostico e planejamento baseado nas necessidades loco regionais. Particpei como conselho. O conselho foi convidado!”

“A secretaria de estado de saúde do DF realizou reunião com os conselhos: distrital e regionais. Até chegar em um denominador comum que ficou bom para a SES/DF, gestores, trabalhadores e principalmente os usuários, pois são os que mais precisam do sistema de saúde públicas do Distrito Federal”.

Em continuação questionou-se qual o papel do Conselho de saúde na regionalização (309 respostas) e quais os desafios identificados (286 respostas), entretanto as categorias encontradas eram compatíveis nos dois documentos sendo então analisados em conjunto. A categorização partiu das competências de um conselho de Saúde estabelecidos nas normativas do Conselho Nacional de Saúde, sendo elas: 1. participação e representação (109 trechos); 2. Fiscalização (92 trechos); 3. Não atua na regionalização (66 trechos); 4. Acompanhamento (55 trechos); 5. Capacitação (36 trechos); e, 6. Fortalecimento (33 trechos).

“o papel do nosso conselho de saúde na regionalização foi ajudar a discutir o desenho da nossa região de saúde , bem como discutir a formulação do plano de saúde municipal baseado nas premissas da regionalização de saúde, ou seja discussão de fluxos de atendimentos e encaminhamentos para os diferentes pontos da rede de saúde, definição de referências etc”.

“os conselhos não tem papel nenhum , não participam da CIR e nenhum outro fórum de discussão. isto não acontece no RS”.

Um grande desafio identificado é a falta de participação do Controle social, foi destacado que um grande problema é acabar com a barreira que existe entre os conselhos de saúde e os gestores do SUS, como destacado pelo participante na resposta a seguir *“que os conselhos sejam respeitados pelos gestores como órgãos deliberativo”*. Destaca-se que os conselhos não possuem cadeira nos espaços deliberativos utilizados no processo de regionalização, como CIR, CIB e CIT. Em complemento a visão de alguns conselho.

“não valorização da fala dos usuários por considera-los leigos. Não participar da CIR, o conselho é visto como mero "aprovador" de planos etc., e nunca como um integrante do processo de gestão em saúde; tipo assim: no final de tudo a gente manda para o conselho aprovar! Não comprometimento de algumas entidades inseridas no conselho; descontinuidade no processo de monitoramento, chama o conselho para iniciar mas depois se perde...fica muito restrito as superintendências regionais”.

DISCUSSÃO

A regionalização no País nasceu normativamente na Constituição Federal de 1988, assim como a Participação Social, ambas sendo diretrizes a serem seguidas na construção do SUS, entretanto estas não caminharam juntas em suas ações efetivas. A primeira começou a se tornar uma organização de ações e serviços de saúde apenas em 2002 com o NOAS, enquanto a segunda já começava atuar em 1990, com a criação oficial por meio da Lei nº 8.142/1990.

As competências da participação social estão amplamente discutidas e normatizadas, contudo sua atuação dentro do processo de regionalização foi tímida e em muitos municípios inexistente.

Um dos princípios da regionalização é solidariedade entre municípios para o compartilhamento de ações e serviços de saúde, mas percebe-se que não há envolvimento dos conselhos de saúde, que poderia em muitos casos facilitar o processo. Silva e Gomes¹⁵ destacam que o processo de regionalização Grande ABC, em São Paulo, foi “de cima para baixo” gerando desconfiança na população e em alguns momentos preconceito contra a população que ia buscar atendimento em município vizinho, os quais poderiam ser evitados se houvesse a participação da população nas mudanças que ocorreram.

Este estudo identificou que os CMS, em sua maioria não participaram do processo de conformação das regiões de saúde, e que ainda não são questionados sobre as mudanças na organização do SUS, embora suas atividades sejam claramente estabelecidas, com um papel de formulador de políticas que está presente apenas em normativas. Uma grande fragilidade destes é a falta de autonomia, financeira e de tomada de decisão, o que influencia a participação efetiva dos CMS, para que possa cumprir ao mínimo suas competências, o que influenciou nos dados qualitativos.

Os conselhos são a instância representativa da população nas ações de saúde, mas para que sua atuação seja plena, eles necessitam de autonomia, estrutura e voz para que as demandas sejam cumpridas, entretanto o grande ator o qual legitima as suas ações são os gestores em saúde, que veem o conselho como um grupo burocrático que tem o papel “apenas” de aprovar planos de saúde e seus relatórios de gestão, ações que estão descritas no Decreto nº 7.508/2011.

Reis *et al*¹² corroboram com o papel encontrado nesta pesquisa, pois em seu estudo, especialistas concordavam que era necessário o aperfeiçoamento do controle social perante a regionalização, mas discordavam que os conselhos tivessem conhecimento técnico para “acompanhamento dos instrumentos de planejamento regional por parte dos Conselhos e à participação destes na contratualização dos prestadores de serviços.” Tal entendimento partiu da compreensão de alguns especialistas de que o papel dos Conselhos de Saúde deve ser voltado para aspectos mais gerais das políticas de saúde, definindo as diretrizes gerais de formulação dessas políticas.

As limitações encontradas foram à disponibilidade dos dados auto declarados, seja no SIACS, seja no questionário enviado, impossibilitando assim maiores questionamentos quanto aos dados disponíveis. Outra limitação encontrada foi em algumas questões abertas, em que as respostas foram retiradas das definições do Ministério da Saúde com inclusão de fonte, embora tenha sido indicado na questão quais eram as opiniões sobre o assunto.

Embora tanto desafios foram encontrados, a instituição de Conselhos Regionais de Saúde, pode ser uma saída para que a participação social se torne um ator relevante no processo de regionalização, uma vez que ele também deve atuar formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde¹¹, entretanto essa conformação deve ser discutida entre os atores envolvidos, visto que todos os Conselhos são referência para um ente federado com definições de competências claras. Principalmente por que a região de saúde é uma conformação e não um ente jurídico.

Este estudo aponta a necessidade de que se tenham mais pesquisas a cerca do tema, visto que a literatura é escassa, para que possa haver confrontado de resultados, vislumbrando assim subsídios para refletir sobre o aprimoramento deste processo de regionalização e que os CMS sejam considerados atores importantes.

REFERÊNCIAS

1. Schierholt S, Shimizu HE. Gestão do SUS: Interfederativa e participativa. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, 8(2), 109-113, jun, 2014.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a Gestão do SUS*. Brasília, 2003. Pag. 14-20.
3. Viana ALA, Lima LD. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216p.
4. Brasil. Lei nº 8.142, de 19 de dezembro de 1991. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Fonte: Presidência da República: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm
5. Machado CV, Lima LD, Baptista, TWF. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: *Qualificação de gestores do SUS*. Oliveira, Roberta Gondim de (Org.). Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009. 404 p., il.
6. Brasil. (2002). Portaria Nº 373, de 27 de Fevereiro de 2002. Normas Operacionais de Assistência a Saúde 2002. Fonte: Ministério da Saúde: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html
7. REIS YAC. *Regionalização da assistência à saúde: uma análise de intervenção*. Recife: FIOCRUZ, 2008. 92p.

8. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. 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 União* 2011; 28 jun.
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde*. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.
10. Labra ME. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et al. (Ed.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 2005. p. 353-383.
11. Quevedo ALA, Heck RM, Jardim VMR; Conselhos de saúde e regionalização em saúde. *J Nurs Health*, Pelotas (RS) 2012 jan/jun;2(1):28-37.
12. Reis YAC, Cesse EAP, Carvalho EF. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2010 Nov [cited 2016 June 06] ; 10(Suppl 1): s157-s172. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500014>.
13. Vieira M, Calvo MCM. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 June 06] ; 27(12): 2315-2326. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001200004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200004>.
14. Brasil. Resolução 453. Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Fonte: Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html

15. Silva EC, Gomes MHA. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. *Saude soc.* [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 June 06] ; 22(4): 1106-1116. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400013>.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como ponto inicial analisar como os conselhos de saúde compreenderam o processo de regionalização do SUS e se eles participaram ou não da conformação das regiões de saúde, por meio do estudo dos conselhos, das normativas norteadoras das políticas nacionais, e de aplicação de questionário online aos conselheiros.

Ao início era necessário analisar quem eram estes sujeitos de pesquisa, ou seja, como estavam organizados os conselhos de saúde e sua possível capacidade de atuação. Em nossa avaliação, foi possível perceber que há uma boa representatividade dentro dos conselhos e uma estrutura regular, apesar de apenas 30% dos CMS terem sede própria, com maior prejuízo os conselhos situados em municípios de pequeno porte populacional. A autonomia é o ponto mais frágil, onde 32,08% dos presidentes de conselhos são do segmento representativo da gestão, o que pode influenciar sua capacidade de tomada de decisão em prol dos usuários.

Acerca da regionalização, no Decreto nº 7.508 de 2011 - a normativa mais recente sobre o tema - os Conselhos de Saúde ficaram responsáveis por participar do processo de planejamento ascendente, de forma a contemplar as necessidades das políticas de saúde e a disponibilidade de recursos financeiros; aprovar os planos de saúde e os relatórios de gestão dos municípios para serem integrados ao plano regional; e caso tenha a assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), os Conselhos de Saúde devem monitorar sua execução. Entretanto, não cabe aos conselhos sua aprovação, ou seja, a tomada de decisão da assinatura não passa pela participação social, o que fere suas competências estabelecidas por meio da Resolução nº 453/2012.

Além da aprovação do COAP, o próprio processo de construção das 437 Regiões de Saúde foi por meio de pactuações de relações intergovernamentais e intergestores, que na federação brasileira significa reunir entes federativos autônomos, participantes de um sistema nacional comum, num “contexto

democrático”. Onde os conselhos de saúde tiveram atuação apenas em seu âmbito estadual com a aprovação dos PDR. A participação dos atores é uma premissa para que possa ser considerado uma ação democrática, no SUS isso se presume que a Participação Social esteja presente.

No drama estratégico de Testa, temos os diversos atores que entram em conflito para que as decisões sejam tomadas, como também destacado no artigo de Silva e Gomes (2013), onde a população não entende como se dá o processo e forma opiniões contrárias as decisões administrativas, contudo aquelas instâncias de participação não estão atuando da forma devida.

Foi encontrado nesta pesquisa essa falta de participação no processo de regionalização, como descrito no artigo 3, onde a “*ausência de conhecimento e participação*”, foi a categoria mais citada quando se questionou sobre o processo de formação das regiões de saúde do seu respectivo Estado.

Um grande desafio identificado foi a falta de empoderamento para atuação da Participação Social, pois foi identificado na pesquisa, e confirmado pela literatura, uma barreira existente entre os conselhos de saúde e os gestores do SUS. Destaca-se que os conselhos não possuem cadeira nos espaços deliberativos utilizados no processo de regionalização, como CIR, CIB e CIT.

Um ponto importante a se destacar é que há também o discurso dos gestores de que os conselheiros não possuem um saber sobre os processos administrativos da gestão (Galindo, 2014), sendo excluídos do processo decisório. Uma ação recente é a obrigatoriedade de se ter um curso de capacitação para conselheiros de saúde, instituído na última década. Pelos achados do presente estudo, 60% dos CMS registrados no SIACS informaram que realizaram capacitações, o que fragiliza, em partes, esse argumento utilizado, visto que o conteúdo das capacitações não foi disponibilizado. Apesar de não ter acesso a como o processo de formação ocorreu, vale destacar que a educação permanente é uma boa aliada para que as decisões tomadas fiquem cada vez mais qualificadas.

Outro ponto é que a política de regionalização, mesmo estando na Constituição, foi um processo relativamente mais recente que o desenho inicial do SUS, e que deveria ter se desenhado considerando todas as instâncias de

participação institucionalizada e não apenas de gestão. Nessa perspectiva, pode se configurar, nesse modelo, como direção de implantação de “cima para baixo”, ou seja, do governo federal aos estados e municípios, conforme demonstrado no estudo sobre as normativas (artigo 2) e também corroborado pelos achados de entrevistas (artigo 3).

Pode se dizer que o problema central entre regionalização e a participação social é o fraco desenho ascendente para a configuração das políticas públicas no Brasil, seja pela autonomia prejudicada dos conselhos de saúde, seja pela ausência de mecanismos normativos efetivos para que tal processo aconteça de fato. Se não há um planejamento que tenha sido realizado de forma participativa, a execução e controle de políticas e programas se tornam apenas normas a serem seguidas.

Muitos autores afirmam que os conselhos se tornaram altamente institucionalizados e nada participativos, mas se os próprios gestores desmerecem os seus conhecimentos e a importância de incorporá-los ao planejamento das ações, há grande dificuldade de que o controle social possa exercer suas competências com plenitude. A regionalização pressupõe o princípio da solidariedade para com os outros municípios, que deve ser “*construído dentro de um modelo de cooperação e coordenação de ações conjuntas por parte dos entes*” (Santos, 2012), mas é necessária a solidariedade dentro das articulações locais, com previsão de ações participativas, para que se assim os atores presentes nesta trama estratégica possam atingir o seu objetivo comum: a qualidade de atenção dos usuários do Sistema Único de Saúde.

7.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERENGER, M. M. *Descentralização ou Desconcentração: AIS -SUDS – SUS*. Fonte: Biblioteca Digital FGV. (1996). Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8090/000065512.pdf?sequence=1>>. Acesso em 10 jan. 2016.
2. BOTTI, Cristina S. Avaliação do processo de implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região do Teles Pires. Dissertação (Mestrado) — Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
3. BOUSQUAT, A.; NASCIMENTO, V. A. Metrópole paulista e a saúde. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 112-120, 2001.
4. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988.
5. BRASIL. PORTARIA Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Ministério da Saúde.
6. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Fonte: Presidência da República: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
7. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Fonte: Presidência da República: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
8. BRASIL. Lei nº 8.142, de 19 de dezembro de 1991. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Fonte: Presidência da República: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm

9. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria- Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento. Brasília;2009.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. [Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde]. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 236, 4 dez. 2003. Seção 1, p. 57.
11. BRASIL. Portaria Nº 373, de 27 de Fevereiro de 2002. Normas Operacionais de Assistência a Saúde 2002. Fonte: Ministério da Saúde: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html
12. BRASIL. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>
Acessado em 02 de julho de 2016.
13. BRASIL. Relatório Final da 8º Conferência Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 1986.
14. BRASIL. Resolução Nº 453, De 10 de maio de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Fonte: Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde: Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>.
Acesso em 27 jan. 2016.
15. CARDOSO, A.J.C; SHIMIZU, H; PEREIRA; M.F.; JESUS, E.A; MORAIS; I.A; TRINDADE, J; PRADO, V. O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E PARTICIPATIVO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE PARA 2013/15: ESTUDO DE CASO. Anais Eletrônicos do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. 2013. Disponível em <
<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais/037.pdf>>, acesso em 02 de julho de 2016.
16. CARVALHO, G. C. . Participação da Comunidade em Saúde. Campinas, São Paulo: Saberes Editora. 2014.
17. CARVALHO, G.; SANTOS, L. Comentários à Lei orgânica da saúde (leis 8.080 e 8.142/90): Sistema Único de Saúde. São Paulo. Hucitec, 1995.

18. CORREIA, M. V. C. Controle Social. Verbetes. Acessado em 30 de março de 2015. <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>>
19. DURKHEIM, É. (1978). As regras do método sociológico. Em *Coleção Os Pensadores* (pp. 71-161). São Paulo: Abril Cultural.
20. ESCOREL, S. (1998). Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. *Fiocruz*, p. 206.
21. ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R.; Participação Social. In: Política e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2008.
22. FOUCAULT, M. (1979). Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal.
23. GALINDO, J. M. et al. Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2014, vol.48, n.6, pp. 1545-1566. ISSN 0034-7612.
24. GONZÁLEZ, R. S. Democracia e conselhos de controle de políticas públicas. Uma análise comparativa. 2000. 327f. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. Disponível em http://www6.ufrgs.br/cienciapolitica/teses/Tese_1.pdf
25. GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, 2011.
26. HOBBS, T. (1979). *Leviatã. Coleção os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural.
27. IAMAMOTO, M. V. & CARVALHO, R. de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 6.ed. São Paulo: Cortez/Celats, 1988.
28. LIMA, Luciana Dias de et al . Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 2881-2892, Nov. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100005&lng=en&nrm=iso>. access on 02 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100005>.
29. MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"?. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2009, vol.24, n.71, pp. 105-119. ISSN 0102-6909.
30. MENDES, E. V. (1995). Distrito Sanitário – O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do SUS. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.

31. MICHAELIS. Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. 2016. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acessado em 02 de julho de 2016.
32. NEVES, Luiz A.; RIBEIRO, José M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, out. 2006. Disponível em: . Acesso em: 31 out. 2012.
33. NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.; O Sistema Único de Saúde - SUS. In: Política e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2008.
34. OLIVEIRA, M. H. B. Pactos de gestão: divisão de responsabilidades entre estados e municípios na descentralização. In: PIERANTONI, C. R.; VIANA, C. M. M. *Gestão de sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2003. p. 59-92.
35. OLIVEIRA, Vanessa E. Municípios cooperando com municípios: relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo. São Paulo em Perspectiva, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 107-122, jan./jun. 2008. Disponível em: ; . Acesso em: 31 out. 2012.
36. QUEVEDO, A. L; HECK, R.M; JARDIM, V.M.R; Conselhos de saúde e regionalização em saúde. J Nurs Health, Pelotas (RS) 2012 jan/jun;2(1):28-37.
37. REIS, Y. A. C.; CESSE, E. Â. P.; CARVALHO, E. F.; Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2010, vol.10, suppl.1, pp. s157-s172. ISSN 1519-3829.
38. SANTOS, L. SUS: desafios politico-administrativos da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a Descentralização. Lenir dos Santos. Campinas, SP : [s.n.], 2012.
39. SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. *Saude soc.* [online]. 2013, vol.22, n.4, pp. 1106-1116. ISSN 0104-1290.
40. TESTA, M. Pensamento Estratégico e Lógica de Programação. O Caso Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora HUCITEC / ABRASCO, 1995.
41. VIANA ALA, LIMA LD. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216p.

ANEXO I – Aprovação no CEP



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do Processo de Regionalização em Saúde no Brasil

Pesquisador: Helena Eri Shimizu

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41857314.6.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.074.909

Data da Relatoria: 13/05/2015

Apresentação do Projeto:

Recentemente, com o propósito de dar continuidade ao processo de aperfeiçoamento do SUS foi publicado o Decreto no 7.508 que regulamentou a Lei no 8.080/90 e definiu a Região de Saúde como o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Foram definidas como os objetivos das Regiões de Saúde: 1) Garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em redes de atenção à saúde, assegurando-se um padrão de integralidade; 2) Efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre gestores, impedindo a duplicação de meios para efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades; e 3) Buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e eficiência na rede de atenção à saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros entre outros, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.074.909

Registram-se 436 Regioes de Saude, que impoem a analise das questoes vinculadas as relacoes intergovernamentais e intergestores, que na federacao brasileira significa reunir entes federativos autonomos, participantes de um sistema nacional comum, num contexto democratico. Entretanto, nem sempre as relacoes intergovernamentais sao simples. E certo que as relacoes intergovernamentais na area da saude vao-se desenvolvendo ao ritmo da cultura cooperativa de cada Estado federado: enquanto alguns Estados procuram integrar seus Municipios e promover negociacoes ou parcerias tecnico-financieiras, outros Estados competem com seus Municipios na gestao direta daqueles servicos de saude que implicam a concessao de recursos financeiros adicionais. Tal descompasso no ritmo cooperativo desafia a doutrina a captar a complexidade das relacoes intergovernamentais brasileiras.

Neste estudo, as relacoes intergovernamentais sao analisadas como um dos componentes de uma nova pratica na gestao, denominada governanca, considerada um fenomeno mais amplo que governo ou do que governabilidade (Rosenau, 2000), pois alem das instituicoes publicas ela e constituída tambem por mecanismos informais que nao sao governamentais, o que permite que as pessoas, isto e a populacao e as organizacoes participem e apresentem suas necessidades e demandas. Desta feita, neste estudo analisar-se-a o processo de regionalizacao em saude, mais detidamente como ocorre o processo de governanca no SUS, no que concerne as estruturas, aos processos, e as responsabilidades de prestar contas com a finalidade de garantir a integralidade da atencao a populacao.

Metodologia: Optou-se por realizar estudos de casos, de modo a contemplar as macro-regioes do pais, bem como os avancos no processo de regionalizacao alcancados. Escolheram-se o Estado do Ceara (Nordeste), Mato Grosso do Sul (Centro Oeste), estes foram eleitos porque ja aderiram ao novo formato de regionalizacao proposto pelo Ministerio da Saude. Alem desses, foram eleitos o Estado Parana (Sul), Minas Gerais (Sudeste), Tocantins (Norte), devido experiencia historica acumulada no processo de regionalizacao em saude. Serao os procedimentos de Coleta de Dados : Realizar entrevistas em profundidade com atores-chave, sobretudo com os sujeitos que estiveram mais diretamente envolvidos no processo de conformacao das regioes de saude. Estes atores-chave serao identificados por meio da tecnica de bola de neve. Analisar os documentos produzidos sobre processo de regionalizacao nos espacos de pactuacao regional (Comissao Integestora Bipartite, Colegiados de Gestao Regional, Colegiado Intergestores Regional e outros espacos. Realizar grupos focais com os integrantes dos colegiados (Comissao Integestora Bipartite, Colegiados de Gestao Regional, Colegiado Intergestores Regional e outros espacos) para examinar os avancos e dificuldades na operacionalizacao da co-gestao, na construcao do planejamento

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.074.909

compartilhado, na organização da atenção à saúde nas Regiões de Saúde. Analisar os documentos relacionados ao processo de regionalização nos estados (Plano plurianual, Plano Estadual, Plano Diretor de Regionalização, Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), onde houver, e outros documentos. Analisar os relatórios das conferências estaduais e municipais para verificar a discussão sobre o processo de regionalização, a organização dos serviços para compor as redes de atenção à saúde, o financiamento e outros aspectos relacionados à gestão de uma política regional. Realizar grupos focais com os conselheiros de saúde para analisar grau de participação dos conselhos de saúde na formulação de políticas e ações regionais de saúde. Para avaliar a operacionalização do financiamento na implementação das políticas públicas de saúde nas regiões de saúde realizar-se análise dos investimentos e gastos compartilhados nas Regiões de Saúde por meio da análise documental. Realizar oficina de avaliação do processo com construção da regionalização em saúde com finalidade construir indicadores para o processo de monitoramento e avaliação das Regiões de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral Avaliar o processo de regionalização da saúde no Brasil, especialmente o modo de governança, bem como identificar os seus avanços e desafios mais importantes, visando oferecer subsídios para refletir sobre o seu aprimoramento. Objetivo Específico a) Realizar revisão integrativa acerca da governança, no período 2000 a 2012, com o intuito de verificar os seus significados, especialmente para subsidiar a compreensão da governança no SUS. b) Descrever como tem ocorrido o processo de regionalização da saúde, considerando-se as dimensões históricas, políticas, econômicas e culturais. c) Analisar o papel dos espaços colegiados Comissão Integrestora Bipartite, Colegiados de Gestão Regional, Colegiado Intergestores Regional e outros espaços na dinâmica e organização do processo de regionalização em saúde. d) Avaliar o processo de planejamento nas Regiões de Saúde, especialmente analisar se estão sendo construídos de forma ascendente, tendo como base as necessidades de saúde da população dos municípios e da região. e) Analisar como ocorre a participação social na co-gestão do provimento das ações e serviços de saúde, notadamente o grau de influência dos conselhos de saúde no processo de gestão das Regiões de Saúde. f) Avaliar a operacionalização do financiamento nas regiões de saúde com o propósito de verificar se ocorre a distribuição equitativa de recursos e condizentes com as necessidades de saúde da população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: De acordo com as pesquisadoras do projeto de pesquisa em questão, não existem riscos aos participantes da pesquisa. Benefícios: Segundo as pesquisadoras, os benefícios estão

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.074.909

relacionados ao fato de que as regiões de saúde poderão realizar melhor planejamento das políticas, ações e serviços de saúde. O Ministério da Saúde, o CONASS e CONASEMS poderão rever a condução da política de gestão das regiões de saúde a partir dos resultados do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se um projeto de pesquisa financiado por CNPq/MCT que envolve alunos de iniciação científica, mestrado, doutorado e extensão universitária sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Helena Eri Shimizu, Profa. Associada da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. O projeto está redigido de maneira clara, permitindo a avaliação ética por parte deste CEP.

Com relação à amostra, no projeto está descrito que a mesma inclui gestores responsáveis pelas Regiões de Saúde e gestores, conselheiros e técnicos da gestão do SUS. Nas informações inseridas na Plataforma Brasil, o tamanho da amostra é estimado em 500 participantes. Entretanto, quando se faz a divisão dos mesmos em grupos e se determina qual intervenção será realizada, a soma dos participantes é de 350. Tanto no TCLE quanto no projeto, não há menção dos possíveis riscos envolvidos na pesquisa, sendo que de acordo com as normas da Resolução CNS/MS 466/12, toda pesquisa envolve riscos. Ainda, no TCLE encontra-se o trecho "sua participação se dará por meio de questionário e entrevista que terá duração de cerca de 30 minutos, e grupos focais com duração de 50 minutos, que serão gravados e posteriormente transcritos". No projeto de pesquisa, não há menção sobre gravação e não foi apresentado o termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados em atendimento às pendências apontadas no parecer No 1.021.339: CARTA EM RESPOSTA AS PENDÊNCIAS APONTADAS PELO CEP - "carta de reencaminhamento.pdf", postado em 05/05/2015;

Projeto Detalhado - "290415 Projeto CEP UnB.pdf", postado em 30/04/2015;

TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - , postado em 30/04/2015;

Termo de Autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa -

"TermoAutorizImagemSom CEPFS 03.2015.pdf", postado em 30/04/2015;

Informações Básicas do Projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_430525.pdf", postado em 05/05/2015.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.074.909

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas as pendências apontadas no parecer No 1.021.339:

Solicita-se:

1. Inclusão tanto no TCLE quanto no projeto de uma avaliação de risco que inclui desde o risco de desconforto ou constrangimento causados pela própria situação de gravação como trabalho nos grupos focais e o que será feito para minimizar esses riscos, de acordo com o item V da Resolução CNS/MS 466/2012. PENDENCIA ATENDIDA
2. Inclusão no TCLE do risco de exposição de identidade, esclarecendo, conforme já descrito nos Termos, que haverá garantia de preservação o sigilo das identidades dos participantes. PENDENCIA ATENDIDA
3. Uniformização do tamanho da amostra tanto nas informações inseridas na plataforma Brasil quanto no projeto. PENDENCIA ATENDIDA
4. Ajuste do cronograma de atividades que prevê o início da aplicação dos questionários em março/ 2015. PENDENCIA ATENDIDA
5. Apresentação do termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa, caso estejam previstas gravações. PENDENCIA ATENDIDA

Pendências sanadas.

Protocolo de pesquisa em conformidade com a Res. CNS 466/2012 e complementares.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.074.909

BRASILIA, 22 de Maio de 2015

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

ANEXO II – Questionário Controle Social e a Regionalização no SUS

Formulário fora do período de validade!

Data Inicial: 30/12/2015

Data Final: 30/04/2016

Em caso de dúvida entre em contato com:

Nome: Indyara Moraes

Email: indyara.morais@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9116

Controle Social e a Regionalização no SUS

Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Processo de Regionalização em Saúde no Brasil: Análise da Perspectiva do Controle Social” sob a responsabilidade da pesquisadora Indyara de Araujo Moraes. O objetivo desta pesquisa é analisar a perspectiva do Controle Social sobre a regionalização nos municípios brasileiros.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação se dará por meio de um questionário com um tempo estimado de 5 minutos para sua realização. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o conhecimento científico da população sobre o papel do controle social na regionalização da saúde.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente em revistas científicas. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Indyara Morais (61) 99147142 ou (61) 81177289 na Universidade de Brasília ou mande email para indydmorais@gmail.com

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Informações Gerais

Estado:

Município:

Nome do Respondente:

Profissão:

Sexo:

- Masculino
- Feminino

Idade:

- Até 25 anos
- 26 a 35 anos
- 36 a 45 anos
- 46 a 60 anos
- Acima de 60 anos

Grau de Escolaridade:

- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Pós Graduação Completo
- Pós Graduação Incompleto

Segmento de Representação:

- Usuário

- Trabalhador
- Prestador
- Gestor

Status no Conselho?

- Titular
- Suplente

Faz parte da Mesa Diretora?

- Sim
- Não

Tempo de atuação no Conselho de Saúde:

- Até dois anos
- 3 a 4 anos
- 5 a 6 anos
- Acima de 6 anos

Eixo Regionalização

Para você, o que é regionalização da saúde?

Conhece o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011?

- Sim
- Não
- Parcialmente



Conhece o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)?

- Sim
- Não

Seu Estado possui:

- COAP
- Consórcios
- Outro tipo de contratualização para serviços
- Não sei

Conhece a região de saúde que o seu município está inserido?

- Sim
- Não

Os conselhos de saúde dos municípios do seu Estado discutiram o processo de criação das regiões de Saúde?

- Sim
- Não
- Parcialmente

Já ocorreu alguma reunião ou fórum com os outros Conselhos de Saúde de sua região?

- Sim
- Não

No seu estado há Conselhos Regionais de Saúde?

- Sim
- Não

O seu conselho se considera como parte de uma Região de Saúde?

- Sim
- Não

Em sua opinião os Conselhos foram ouvidos durante o processo de Regionalização?

- Sim
- Não
- Parcialmente

Na sua perspectiva há integração entre os municípios que compõem as regiões de saúde?

- Sim
- Não

Qual o papel do Conselho de Saúde na regionalização em sua opinião?

Como foi o processo formação das regiões de saúde no seu estado?

Na sua opinião quais os desafios do Controle Social na atuação na Regionalização?

Eixo Assistência

Quais serviços de saúde são ofertados em sua região de saúde?

- Atenção Primária
- Urgência e Emergência
- Atenção Psicossocial
- Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar
- Vigilância em saúde
- Outros

Existem dificuldades para que a população acesse aos serviços de saúde da região?

- Sim
- Não

Quais são as dificuldades encontradas?

- Falta de vagas em serviços
- Falta de serviços
- Falta de transporte adequado
- Ausência de regulação
- Tempo de Espera
- Distância entre o serviço e o domicílio
- Outros

Eixo Planejamento

Como se realiza o plano de saúde de seu Estado?

- Realizada sem participação do conselho
- Realizada com participação esporádica do conselho
- Realizada com participação forte do conselho

Quais os canais de comunicação do conselho com a população para verificação de suas necessidades de saúde?

- Conferências temáticas
- Reuniões de bairro
- Reuniões com populações específicas
- Mídias sociais
- Outros

A construção do Plano de Saúde do Estado foi com base os nos Planos de Saúde Regionais?

- Sim
- Não

A região de saúde que o município está inserido possui Comissões Intergestores Regional? :

- Sim
- Não

O conselho de saúde acompanha as reuniões da Comissão de Intergestores Regional? :

- Sim
- Não