

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**ANA GLEISA CARGNELUTTI**

**COMPREENDENDO O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NA REGIÃO 29 –  
VALES E MONTANHAS DO RIO GRANDE DO SUL**

**PORTO ALEGRE**

**2016**

**ANA GLEISA CARGNELUTTI**

**COMPREENDENDO O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NA REGIÃO 29 –  
VALES E MONTANHAS DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aline Blaya Martins de Santa Helena

**PORTO ALEGRE**

**2016**

**ANA GLEISA CARGNELUTTI**

**COMPREENDENDO O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NA REGIÃO 29 –  
VALES E MONTANHAS DO RIO GRANDE DO SUL**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, apresentada no dia 30 de dezembro de 2016.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aline Blaya Martins de Santa Helena  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof Dr. Roger dos Santos Rosa  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Êrica Rosalba Mallmann Duarte  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof. Dr. Glademir Schwingel  
Centro Universitário UNIVATES

---

Prof. Dr. Maurício Fernando Nunes Teixeira  
Centro Universitário UNIVATES

Dedico a meu filho Lucas.

Desde que nasceste, vem me ensinando a praticar um importante sentimento...

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por me permitir chegar até aqui.

Ao meu filho, Lucas, o qual pacientemente perguntava por que eu tinha de estudar: você é a razão desta caminhada.

A minha mãe, Lorena, mulher guerreira, corajosa, sábia e de fé inabalável, minha inspiração nos dias mais difíceis. Amo você.

Ao meu pai, Telmo, que, mesmo distante, sei que torce por mim.

Aos meus irmãos, vocês têm a vitalidade da juventude e foram amparo em muitos momentos. Perto ou longe, amo vocês.

Ao Roberto, companheiro de “uma vida” e durante boa parte desta caminhada: “que seja *infinito enquanto dure...*” (Vinicius de Moraes). Obrigada.

À dinda do Lucas e minha tia Maria Elena, obrigada por cuidar do Lucas quando eu precisava me ausentar.

A minha segunda família, Sr. Regis, Dona Naira e família: vocês moram em meu coração.

Às amigas/irmãs, Marcele e Gika, obrigada pelos ouvidos, conselhos, incentivos, ombros, colos: vocês são demais.

A minha orientadora, Aline Blaya: passamos por muitas provações nesta jornada. Obrigada pela paciência e por toda ajuda que foi muito importante em minha formação, foste fundamental para que este trabalho acontecesse.

A Paula que, através de seu olhar, consegui traduzir em palavras muitos ensaios desta pesquisa.

Aos meus amigos. Ao longo desta caminhada descobri que tem muita gente torcendo por mim, em especial, abraços as “ex, atuais e nunca executivas” e “as vizinhas”.

Aos meus amigos da Secretaria de Saúde de Lajeado, Neiva, Josiane, Nilva, Catia, Mauricio, Cristiano, Glademir e Leise: este “bom encontro” foi essencial.

As minhas colegas e professora da UPP Construção de Projetos e Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa, Izabella, Talita, Inaiara, Vivian e Eliane: desde os primeiros rascunhos nos dedicamos ao apoio uma da outra. Que os caminhos de vocês sejam lindos!

Aos meus colegas da Secretaria de Saúde de Lajeado, pela compreensão, pois estive ausente em muitos momentos. Espero retribuir um dia.

Aos meus anjos, Aline, Olivan e Jaqueline, muito mais que profissionais da saúde, verdadeiramente cuidadores da alma. Gratidão.

À 16ª Coordenadoria de Saúde de Lajeado, obrigada pela disponibilidade com o material da pesquisa e aos secretários de saúde da CIR 29 e 30 e COSEMS – RS inspiração para este projeto.

A minha banca, professores Dr. Mauricio Fernando Nunes Teixeira, Dr. Glademir Schwingel, Dr. Roger dos Santos Rosa e Dr<sup>a</sup> Érica Rosalba Mallmann Duarte.

Obrigada pela disponibilidade e contribuições.

À UFRGS, ao PPG da Saúde Coletiva, aos professores do mestrado. A academia me trouxe uma nova perspectiva sobre o cuidar, o pensar e o fazer.

A todos que passaram pela minha trajetória profissional e acadêmica, vou continuar militando por um SUS para todos e de qualidade.

## RESUMO

A presente pesquisa traz algumas nuances acerca do processo de regionalização da saúde, na 29ª região de saúde do Rio Grande do Sul (RS), Vales e Montanhas, a partir da análise das atas da Comissão Intergestora Regional (CIR). A regionalização, no Brasil, passa por diversas fases desde a promulgação da Constituição de 1988, da Lei Orgânica da Saúde – LOS (8080/90), do Pacto Pela Saúde em 2006 e do Decreto 7.508/2011, em um movimento de ordenação da estrutura organizativa do Sistema Único de Saúde em uma rede regionalizada. A partir do Decreto 7.508/11, os Colegiados de Gestão Regional (COGERE) são substituídos pela CIR, que é espaço de definição de prioridades, decisão e pactuação de soluções para organização dessa rede. A Região de Saúde traz, no seu rol de ações, o objetivo de resolver as necessidades de saúde da população. Deveria haver, no mínimo, ações e serviços que incluíssem a atenção primária como ordenadora do sistema, uma rede de urgência e emergência, a atenção psicossocial, a vigilância em saúde, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar. **Objetivos:** Estudar o processo de construção e consolidação da regionalização, na região de saúde 29 do RS. Identificar, nas atas de reunião, o tema da regionalização e os encaminhamentos, bem como identificar quem pauta a regionalização nessa comissão. **Metodologia:** O estudo utilizou a técnica da análise documental. Foram selecionadas as atas do período de 2011 a 2015. Ordenamos os dados, classificamos por semelhança e novamente reordenamos após a leitura compreensiva dos achados, baseada no marco teórico-conceitual e de acordo com os critérios mínimos para uma região de saúde ser instituída. **Resultados e considerações:** As pautas em que os assuntos referentes à regionalização e os critérios mínimos para conformação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) foram elencados, em sua maioria, pelos técnicos da 16ª CRS. Uma trajetória de discussão sobre a atenção especializada se deu no período analisado, sendo este um gargalo da formação das redes. Destaca-se que há uma inversão de prioridades no processo de regionalização. As necessidades e recursos que a Região de Saúde possui, quanto às ações e serviços nos diferentes níveis de atenção, deveriam ser levados em conta e discutidos no colegiado quando ocorre a contratualização. Seria oportuno avaliar o Mapa de Saúde da região para que não houvesse duplicidade de ações e serviços em uma área e falta em outras.

**Palavras-chave:** Regionalização. Comissão Intergestora Regional. Regiões de Saúde. Redes de Atenção.

## ABSTRACT

This search has some nuances about the regional health planning process, in the 29<sup>th</sup> region of health in Rio Grande do Sul (RS), Vales e Montanhas, from the analysis of the regional interagency committee's records. The regional health planning, in Brazil, goes through many phases since the promulgation of Constitution of 1988, of the Organic Law of the Health – LOS (8080/90), of the Pact for Health in 2006 and of the Decree 7.508/2011, in an ordination movement of the organizational structure of Brazil's Unified Health System in a regionalized network. From the Decree 7.508/11, the Regional Management Colleges (COGERE) are replaced by CIR, which is a priorities definition space, decision and solutions pact to organize this network. The Health Region brings, in its actions list, the goal to solve the population's health needs. There must be, at least, actions and services that included the primary health care as system's ruler, a network of urgency and emergency, the psycho-social care, the health surveillance, specialized ambulatory care and the hospital care. **Goals:** To study the construction and consolidation process of the regional health planning, in the 29<sup>th</sup> health region in RS. To identify, in the meetings' records, the regional health planning's topic and the routing, as well as to identify who dictates the planning in this committee. **Method:** The study used the documental analysis technique. The records in the period between 2011 and 2015 were selected. We ordered the data, ranked them by resemblance and, again, reordered after the comprehensive reading of the found, based on the theoretical-conceptual mark and according to the minimum criteria for a health region to be instituted. **Results and considerations:** The guidelines in which the subjects referring to the regional health planning and the minimum criteria to conformation of the RAS were listed, mostly, by technicians of the CRS 16<sup>th</sup>. A way of discussion about the specialized care happened in the analysed period, having it as a network formation throat. It is highlighted that there is a priorities inversion in the regional health planning process. The needs and resources that the Health Region has, related to the actions and services in the care's different levels, it must be taken into account and discussed in the committee when the contracting occurs. It would be worth to evaluate the Health Map of the region so that there is no duplicity in actions and services in an area and lack in others.

**Key words:** Regional Health Planning. Regional Interagency Committee. Health Regions. Health Care Network.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Estrutura operacional das RAS .....	17
<b>Figura 2:</b> Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde .....	18
<b>Figura 3:</b> Conselhos Regionais de Desenvolvimento .....	25
<b>Figura 4:</b> Macrorregiões de Saúde .....	26
<b>Figura 5:</b> Regiões de Saúde que compõem a 16ª CRS .....	27

## LISTA DE ABREVIATURAS

AGAR – Ambulatório de Gestação de Alto Risco  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
APS – Atenção Primária em Saúde  
ASSTEPLAN – Assessoria Técnica e de Planejamento  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador  
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas  
CEP/CONEP – Comitê de  tica em Pesquisa/Comissão Nacional de  tica em Pesquisa  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIR – Comissão Intergestores Regional  
CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde  
COGERE – Colegiado de Gestão Regional  
CONSISA – Consórcio Intermunicipal de Saúde  
COREDE – Conselho Regional de Desenvolvimento  
CORESVAT – Conselho Regional de Saúde do Vale do Taquari  
DAS – Departamento de Ações em Saúde  
ESF – Equipes de Saúde da Família  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
MS – Ministério da Saúde  
NAAB – Núcleo de Apoio   Atenção Básica  
NOAS – Norma Operacional de Atenção   Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica da Saúde  
NUREVS – Núcleo Regional de Vigilância em Saúde  
PAB – Piso da Atenção Básica  
PAR – Plano de Ação Regional  
PIB – Produto Interno Bruto  
PMAQ – Programa de Melhorias do Acesso e da Qualidade  
PSF – Programa Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RS – Rio Grande do Sul

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SAE – Serviço de Atendimento Especializado em DST, HIV/AIDS

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES – Secretaria Estadual da Saúde

SM – Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
<b>2.1 O Sistema Único de Saúde e suas diretrizes</b> .....	14
<b>2.2 Redes de Atenção à Saúde</b> .....	16
<b>2.3 Regionalização e o Decreto 7.508/11</b> .....	19
<b>2.4 Região de Saúde</b> .....	23
<b>2.5 29ª Região de Saúde – Vales e Montanhas</b> .....	25
<b>2.6 O papel do gestor</b> .....	28
<b>4 CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	30
<b>4.1 Origem das Informações</b> .....	30
<b>4.2 Considerações Éticas</b> .....	31
<b>4.3 Caminho para Análise: ordenação e classificação dos dados</b> .....	32
<b>4.4 Análise dos Dados</b> .....	32
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	35
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	53
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	55
<b>APÊNDICE A</b> .....	58
<b>APÊNDICE B</b> .....	59

## 1 APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Essa ideia de território usado, a meu ver, pode ser mais adequada à noção de um território em mudança, de um território em processo. Se o tomarmos a partir de seu conteúdo, uma forma conteúdo, o território tem de ser visto como algo que está em processo. E ele é muito importante, ele é o quadro da vida de todos nós, na sua dimensão global, na sua dimensão nacional, nas suas dimensões intermediárias e na sua dimensão local (SANTOS, 1999, p.19).

De que lugar, espaço, território, estamos falando? A região dos Vales e Montanhas do Rio Grande do Sul é meu local de atuação profissional há 10 anos, lugar que escolhi para morar, onde me encantei pela riqueza e prosperidade local que oferece muitas possibilidades de trabalho e estudo. Devido às vivências particulares e profissionais, essa região de saúde está enraizada em meus pensamentos através da tríade: território, gestão e Comissão Intergestores Regional (CIR). O território, por ser o espaço geográfico onde vivo e atuo; a gestão, devido a minha implicação profissional; e a CIR, enquanto local de empoderamento da gestão sobre o território.

De minha participação na CIR, apreendo que, além de ser um espaço de discussão, planejamento e de tomada de decisão, também é um espaço de disputas de interesses e desejos, que podem ser compreendidos através da participação de determinados atores, assim como pelas pautas que são elencadas, as quais trazem à tona o que cada um deseja daquele espaço. Desse modo, as reuniões e encontros da CIR são pautados por movimentos regionais, pelos técnicos do Estado e pelos municípios, os quais, muitas vezes, tensionam os encontros com pautas em benefício próprio.

No município de Lajeado, componho a equipe de gestão da Secretaria Municipal da Saúde como Coordenadora da Atenção Básica. Além dessa ocupação, substituo o gestor nos períodos em que ele está afastado ou com agendas duplas. Por conta disso, coube a mim a suplência da CIR, onde me identifiquei com o objeto desta pesquisa através da observação da atuação dos técnicos da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e dos gestores.

Ao pensar neste estudo, fico tomada de um sentimento de curiosidade a respeito do processo de gestão, do processo de trabalho ali empreendido, assim

como pelo território rico de possibilidades e descobertas. Tal curiosidade é aguçada pela possibilidade de vivenciar o Sistema Único de Saúde (SUS) pelo olhar da gestão.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi pesquisar a forma como o processo de regionalização é tratado na comissão por meio do acompanhamento dos acontecimentos, das pautas, e das tensões micropolíticas presentes. Para isso, procuramos identificar, nas atas, o tema e os encaminhamentos sobre a regionalização, assim como quais atores trouxeram essa pauta; e, através da análise das atas, observar como está a construção e consolidação da regionalização na 29ª Região de Saúde.

Tomamos como ponto de partida o Decreto 7.508/11 (BRASIL, 2011a), e as atas das reuniões da CIR 29 para, através da pesquisa documental, compreender o processo de construção e consolidação da regionalização nessa região.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O Sistema Único de Saúde e suas diretrizes

A Saúde Pública no Brasil passou por diversas mudanças ao longo dos últimos trinta anos, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 e sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990 (BRASIL, 1990). Tais documentos legais são marcos históricos construídos a partir de um amplo movimento da sociedade brasileira, denominado Movimento da Reforma Sanitária, o qual definiu as diretrizes e mudou a política de saúde do Brasil. Para Kuschnir e colaboradores (2009), o país viveu várias mudanças entre as décadas de 70 e 90, entre as quais, a transformação de um sistema extremamente centralizado, para um cenário em que a descentralização e o processo de municipalização da saúde foram protagonistas.

A Constituição Federal de 1988, em seu Art. 198, retrata que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes 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.

A proposta para o SUS, refletida nos princípios doutrinários da universalização, integralidade, equidade e participação social, teve, na diretriz da descentralização, a base para superar as fragmentações social, territorial e de comando que eram vigentes. Essa diretriz, iniciada através da municipalização da gestão dos serviços, constituiu-se na mudança mais significativa no aspecto político administrativo da reforma do sistema de saúde no Brasil (DUARTE *et al.*, 2015).

Ressalta-se o fato de ter ocorrido uma transferência do poder decisório do governo central para o local, com mudanças nas funções e nas competências dos três níveis de governo, o que produziu um novo tipo de relação entre as esferas, intensificando o protagonismo da gestão, especialmente para as instâncias municipais e regionais (ROESE, 2012).

Viana e colaboradores (2008) destacaram quatro ciclos no processo de descentralização, os quais levaram em consideração o financiamento, o fortalecimento das estruturas, o ambiente intergovernamental e a conformação do pacto nacional e de políticas regionais.

O primeiro ciclo foi nacional e extrapolou a área da saúde no contexto da democratização dos anos 1980, o que favoreceu a crítica ao modelo centralizador de condução das políticas públicas. A descentralização tornou-se bandeira do movimento liderado pelos governos estaduais e municipais para obtenção de maior autonomia decisória e financeira, sendo este o cenário da municipalização. Inicialmente, houve fortalecimento das ações de atenção básica que foram descentralizadas aos municípios, como as de controle e combate a endemias e de vigilância epidemiológica, enquanto as ações de atenção especializada e alta complexidade mantiveram-se centralizadas nos grandes centros urbanos (VIANA *et al.*, 2008).

O segundo ciclo teve seu início na primeira metade da década de 1990 e caracterizou-se pelas tentativas de fortalecimento da gestão municipal, que foram apoiadas por um maior aporte de recursos financeiros para os municípios. Assim, houve avanços para a pactuação nacional e para a conformação de um ambiente intergovernamental mais cooperativo. Foram criadas a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em âmbito nacional, e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), em âmbito estadual, a partir da necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS (VIANA *et al.*, 2008).

O terceiro ciclo iniciou-se com a Norma Operacional Básica – NOB 96, e foi a partir dela que foram definidas as modalidades de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema de Saúde, possibilitando maior autonomia administrativa e capacidade de planejamento aos municípios na gestão dos recursos financeiros. Além disso, houve uma organização para redistribuição dos recursos por meio das transferências *per capita*, ou seja, de acordo com o tamanho da população do município, através da criação do Piso de Atenção Básica (PAB). Nesse período, também houve incentivo à adesão ao Programa de Saúde da Família (PSF), como forma de reordenação do sistema (VIANA *et al.*, 2008; JUNIOR e JUNIOR, 2006).

O quarto ciclo de descentralização iniciou na virada dos anos 2000, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) SUS, nas versões

01/2001 e 01/2002, que enfatizaram o processo de regionalização do SUS, como estratégia fundamental para ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde, baseada na distribuição e organização dos serviços no território. As NOAS trouxeram um estímulo ao planejamento regional dos estados através do Plano Diretor de Regionalização e da Pactuação Programada e Integrada (VIANA *et al.*, 2008).

Consecutivamente, ocorreu a publicação da Portaria Ministerial 399/2006, a qual regulamentou o Pacto pela Saúde, que estabelecia: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006). Tal documento retoma a Regionalização enquanto diretriz do SUS e a coloca como seu eixo estruturante para orientar a descentralização, definindo as responsabilidades de cada unidade gestora do SUS (federal, estadual e municipal), preconizando o fortalecimento dos processos de negociação e pactuação entre os entes federados. Nesse sentido, o Pacto de Gestão propôs um colegiado de discussão formado por representação dos municípios e do Estado, o Colegiado de Gestão Regional (COGERE), com o objetivo de articular, pactuar e planejar as ações de forma solidária, para resolver de forma conjunta os problemas no plano regional. Isso foi uma evolução em relação à NOAS (BRASIL, 2006).

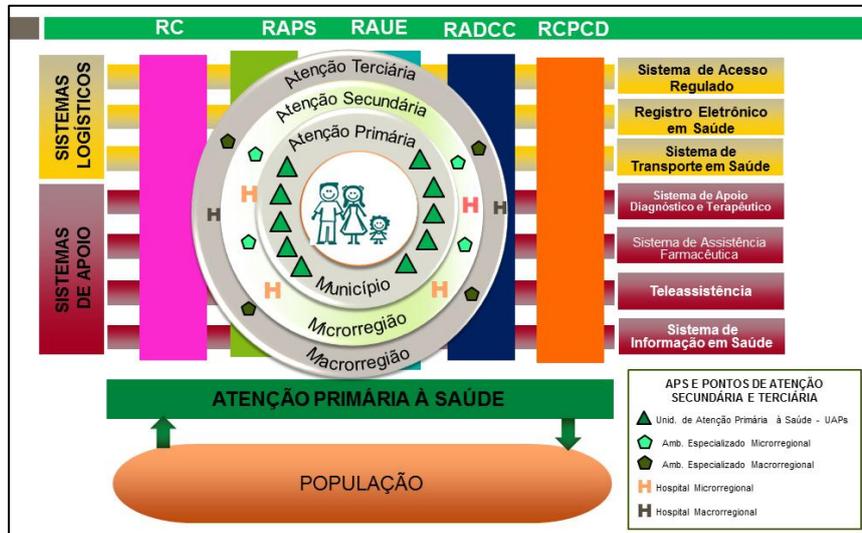
## **2.2 Redes de Atenção à Saúde**

No Brasil, a discussão a respeito da RAS surge de uma crítica ao modelo de prover cuidados de forma hierarquizada. O Modelo Piramidal que foi proposto previa um atendimento racionalizado e um fluxo ordenado, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a base da pirâmide e porta de entrada do usuário, seguida pela média complexidade e pela alta complexidade (topo desta pirâmide), tendo, no critério da hierquização dos fluxos, um modo de racionalização dos recursos. Por muito tempo, o modelo foi tido como ideal, uma vez que a regionalização e a expansão dos serviços atenderiam aos problemas de saúde da maioria da população (MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), descritas há muitas décadas, devem possuir como pontos essenciais a integração da medicina preventiva e curativa, o papel central do médico generalista, a porta de entrada na APS, a atenção

secundária prestada em unidades ambulatoriais e a atenção terciária nos hospitais (MENDES, 2011), como representado na Figura 1.

Figura 1: Estrutura operacional das RAS



Fonte: Mendes, 2011.

Esse modelo apresentou limites e Cecílio (1997) pontuou alguns motivos para o seu fracasso: 1) a insuficiência de recursos; 2) a ineficiência da gestão dos recursos; 3) o aumento da demanda pelos serviços públicos de saúde; e 4) a atuação do setor privado de forma suplementar e não complementar.

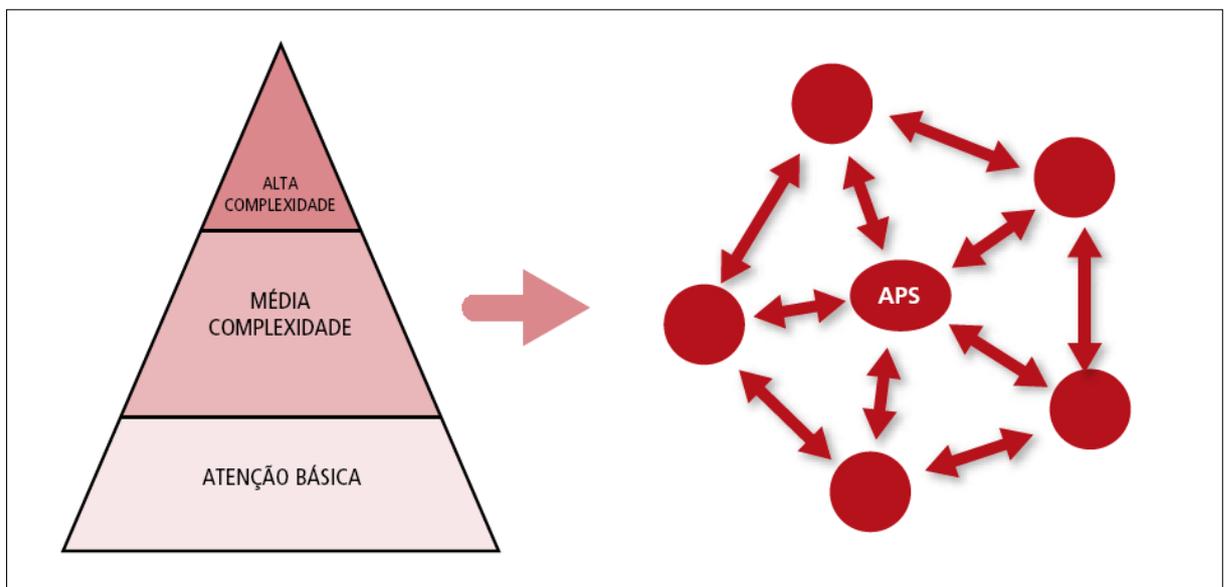
Da mesma forma, Barrios (2009), em sua análise sobre o sistema de saúde, reforça as críticas sobre a organização piramidal do sistema de saúde por níveis hierárquicos de complexidade e a concepção de polos de referência. Segundo ela, a ideia de centro-periferia discrimina, negativamente, municípios menores, que só têm condições de oferecer atenção básica em seu território.

Para o enfrentamento dessa realidade, observou-se que, dentre as diretrizes orientadoras da RAS estabelecidas na Portaria 4.279/10, havia, por parte do governo federal, a intencionalidade de fortalecer a atenção básica e de valorizar o seu papel ordenador da rede de atenção, através das linhas de cuidado e das necessidades identificadas com base nas distintas realidades locorregionais. Além disso, o referido documento define como diretriz a necessidade de fortalecer o papel

dos Colegiados de Gestão Regionais no processo de gestão da RAS (BRASIL, 2010).

Mendes (2011), propôs que essa concepção hierárquica e piramidal fosse substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem as relações verticalizadas, conformando-se em redes policêntricas horizontais, tendo a APS no seu centro de comunicação.

**Figura 2:** Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes, 2011, p.86

Para esse autor (MENDES, 2011), a existência de uma RAS pressupõe a articulação entre 3 elementos: 1) a população, uma vez que a rede deve ser estabelecida com base nas necessidades previamente determinadas; 2) a estrutura populacional; e 3) um modelo de atenção à saúde. As RAS podem ser definidas como

[...]organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população. (MENDES, 2011, p. 82)

Cabe elucidar que o Decreto 7.508/11 traz uma releitura da definição proposta por Mendes para as Redes de Atenção à Saúde enquanto conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011a).

Visando tal integralidade do cuidado, os municípios devem potencializar suas capacidades locais e compartilhar as inovações, ações e serviços, assim como as RAS, atuando como interlocutores de novos processos na regionalização (RIGHI, 2005).

### **2.3 Regionalização e o Decreto 7.508/11**

O processo de indução da regionalização, organizado em redes distribuídas e organizadas, para dar conta de um acesso de abrangência regional, foi influenciado pela proposta das redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas para sistemas universais de saúde, inspirada no Relatório Dawson, de 1920. Já nesse período, esse documento descrevia um modelo de atenção em que os serviços médicos fossem ordenados em redes, com centros de saúde primários, secundários e hospitais de ensino com abrangência regional. Para garantia de acesso ao cuidado integral, a regionalização deveria ser baseada em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões (ALBUQUERQUE e VIANA, 2015).

Segundo o modelo proposto por Dawson, haveria uma divisão técnica, gerencial e territorial do trabalho no setor saúde, que relacionava a hierarquia dos serviços (especialidade do tratamento, variedade de equipamentos e profissionais) à hierarquia urbana (porte populacional, equipamentos e serviços, função rural ou urbana) e a redes de transporte e comunicação, criando uma organização regional do sistema de saúde. Várias Regiões de Saúde constituiriam uma rede e, para gerenciar administrativamente cada Região de Saúde, foi proposto que houvesse uma autoridade única de saúde no comando. O Brasil usou alguns dos preceitos

trazidos pelo Relatório Dawson, porém não incorporou o comando da autoridade única regional como o modelo Inglês (ALBUQUERQUE e VIANA, 2015).

Na América Latina, a descentralização e a regionalização foram conduzidas com graus variados de articulação, sempre com maior destaque para a descentralização, o que contribuiu para a fragmentação dos sistemas de saúde, com comprometimento do acesso e da continuidade da atenção (LIMA *et al.*, 2012).

Com a municipalização ocorrida no Brasil, emanciparam-se muitos municípios, a maioria deles de pequeno porte, com insuficiência de recursos assistenciais em seus territórios, poucos serviços de saúde de média complexidade e quase nenhum de alta complexidade, o que mostrou a necessidade de a descentralização ser acompanhada por estratégias de coordenação e cooperação intergovernamental como forma de enfrentar as desigualdades regionais e a fragmentação dos serviços (BRASIL, 2006).

A regionalização tem sido uma dessas estratégias, colocando o usuário em um sistema em que ele é referenciado para um serviço especializado e pode retornar a sua Unidade Básica de Saúde (UBS) de origem para acompanhamento (referência e contrarreferência). Esse mecanismo necessita de um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas, UBSs, hospitais ou clínicas conveniadas e credenciadas ao SUS. Para seguir esse fluxo, é necessário que diferentes gestores e técnicos conversem e articulem-se para conseguir promover o arranjo para além do espaço político-administrativo do município ou do estado, o que esbarra em dificuldades políticas e operacionais (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

Diversos instrumentos foram criados para a implantação da regionalização, buscando tratar tanto das redes assistenciais quanto da dinâmica social dos lugares para o reconhecimento das necessidades de saúde. O Decreto 7.508/11 foi um desses instrumentos, uma vez que se refere às ações e aos serviços de saúde na direção de sua integração a uma rede regionalizada (DUARTE *et al.*, 2015).

Esse Decreto traz, em seu texto, o conceito de Região de Saúde, suas instâncias de gestão Colegiada, as CIR, suas redes de serviços de 'portas de entrada' e decorrentes fluxos assistenciais, sob a coordenação da APS. Além disso, discorre a respeito dos Mapas de Saúde como ferramentas para o planejamento a partir da descrição geográfica da distribuição de recursos humanos, de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada na

região. Também aponta as Relações de Serviços e Medicamentos, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas como instrumentos de suporte para o cuidado e a atenção à saúde (BRASIL, 2011a).

As CIR foram constituídas em substituição ao COGERE, através da Resolução CIB 405/11, e possuem a prerrogativa de estabelecer planejamentos interfederativos (regionais) de execução e de financiamento das ações e dos serviços de saúde para os municípios e para o Estado nas Regiões de Saúde. São espaços de decisão por meio de identificação de necessidades, definição de prioridades e pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, a qual seja integrada e resolutiva. A CIR é constituída pelo gestor estadual representado por um técnico da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e de todos os gestores municipais que compõem a região, representados por seus titulares ou suplentes (BRASIL, 2011a).

O artigo 32 do Decreto 7.508/11, define que as CIR são responsáveis por pactuarem:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Para que o acordo de colaboração seja firmado entre os entes federativos, o Decreto 7.508/11 apresenta o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) como ferramenta de organização e integração das ações e serviços de uma Região de Saúde. O COAP tem o objetivo de definir as responsabilidades de cada ente, os indicadores e as metas de saúde, as estratégias para a melhoria das

ações e serviços, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros e a forma de fiscalização de sua execução. Ainda acrescenta a necessidade de estabelecimento de estratégias de gestão participativa para que o usuário participe da avaliação das ações e serviços visando sua melhoria (BRASIL, 2011a).

Além disso, o COAP tem como propósito dar suporte jurídico/legal para organizar e integrar a Região de Saúde, de acordo com as necessidades de cada ente, e também com critérios de avaliação de desempenho possíveis de serem auditados pelo Sistema Nacional de Auditoria do SUS e de serem monitorados através de prestação de contas dos relatórios de gestão (BRASIL, 2011a).

Frente aos desafios da política de regionalização da saúde, cabe aos municípios encontrar formas novas de realizar a gestão e organização de redes de serviços mediante uma construção coletiva. Tal processo demanda debates e estratégias cotidianas, considerando as especificidades regionais. Conhecer as Regiões de Saúde, os serviços nelas instalados e suas especificidades, são desafios para a efetivação da regionalização (KUSCHNIR *et al.*, 2009).

Schweickardt e colaboradores (2015) referem que houve um período entre 2001 e 2006 em que alguns municípios encontravam-se com dificuldades para manter uma atenção básica resolutiva e de qualidade, o que gerava aumento restritivo no acesso aos serviços de atenção especializada, gerando gargalo e suposta ineficiência da atenção básica, o que fez com que muitos gestores procurassem isoladamente a compra de serviços médicos especializados para suprir a demanda do seu município, pulverizando recursos e não sendo resolutivo.

Progressivamente, os gestores municipais foram criando alternativas devido ao afastamento progressivo da Secretaria Estadual da Saúde (SES) na prestação de serviços secundários que, por hora, necessitam ser absorvidos pelos municípios, como a criação dos Consórcios Intermunicipais (ROESE, 2012).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS):

Não representaram, de forma geral, um recorte espacial compatível com os critérios de pertencimento econômico, social, cultural e sanitário; como regra, constituíram-se como sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos; em sua maioria organizaram-se para ampliar a oferta de serviços de atenção médica, como serviços hospitalares, serviços ambulatoriais especializados e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (MENDES, 2001).

Os CIS são utilizados, também, como forma de planejamento local e regional, auxiliando em vários assuntos pertinentes à administração pública que vão além da saúde, tais como segurança e desenvolvimento regional. Além disso, costumam ser dispositivos criados pelos municípios em situações de contratação de pessoal, compra de insumos e serviços especializados.

Ferla e colaboradores (2009), salientam que a regionalização de um sistema de saúde apresenta dimensões que vão além de saberes técnicos, e que, de fato, engendram saberes e interesses políticos, econômicos, culturais e ideológicos, representados pelos diferentes atores sociais que vivem, militam e constroem-se nesses lugares.

## **2.4 Região de Saúde**

Modernamente, pensamos nas políticas de saúde voltadas às especificidades e necessidades dos usuários que habitam, circulam e usufruem dos serviços de saúde de determinado território. O atual contexto federativo do país traz o desafio de formular políticas públicas, pensando em atender o usuário dentro do seu território, não havendo limites definidos geográfica e politicamente. Para se conceituar um território com base em uma região é preciso pensar em aspectos econômicos, político-administrativos, históricos e culturais (ROESE, 2012).

De acordo com o Decreto 7.508/11, uma Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo, constituído por municípios limítrofes, delimitado através de semelhanças, com rede de comunicação e transporte compartilhados. A Região de Saúde traz, no seu rol de ações, o objetivo de resolver, se não a totalidade, a quase totalidade das necessidades de saúde da população. Para tanto, deve ser uma integrante ativa de um sistema nacional, estadual e intermunicipal de ações e serviços disponíveis à população que incluam, no mínimo, a atenção primária como ordenadora do sistema, uma rede de urgência e emergência, a atenção psicossocial, a vigilância em saúde, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar (BRASIL, 2011a).

O que se espera de uma Região de Saúde é que ela seja integradora de ações e serviços de saúde entre os entes federativos, a fim de qualificar a gestão do SUS e de garantir a integralidade, facilitando a gestão e organização dos fluxos de

saúde. Deve ser constituída sob a ótica sanitária e não meramente administrativa, buscando aglutinar o que a descentralização fragmentou para tornar-se, de fato, o local da integralidade (SANTOS e CAMPOS, 2015).

A Regiões de Saúde não possui um comando executivo, ela se dá através de organismos ligados por características comuns, como as Coordenadorias Regionais de Saúde e os Conselhos de Desenvolvimento Regional. Assim, as CIBs ficaram responsáveis pela articulação política entre os atores envolvidos no processo de regionalização constituído pelo Decreto 7.508/11, passando a lhe caber a responsabilidade de estabelecer diretrizes estaduais de organização do espaço político e geográfico das Regiões de Saúde e de avaliar o seu funcionamento (LARA e MENDES, 2013).

No Estado do Rio Grande do Sul, a resolução da CIB nº 555 do ano de 2012 alterou a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde, aprovando a criação de 30 (trinta) Regiões de Saúde e instituindo uma CIR para cada uma delas. O desenho da região foi definido e sua população foi demarcada territorialmente, buscando responder às necessidades que não são atendidas no âmbito municipal. Dadas as diversidades locais, Regiões de Saúde assumem diferentes desenhos e não seguem as mesmas divisões regionais utilizadas por outros órgãos e setores (SES-RS, 2012).

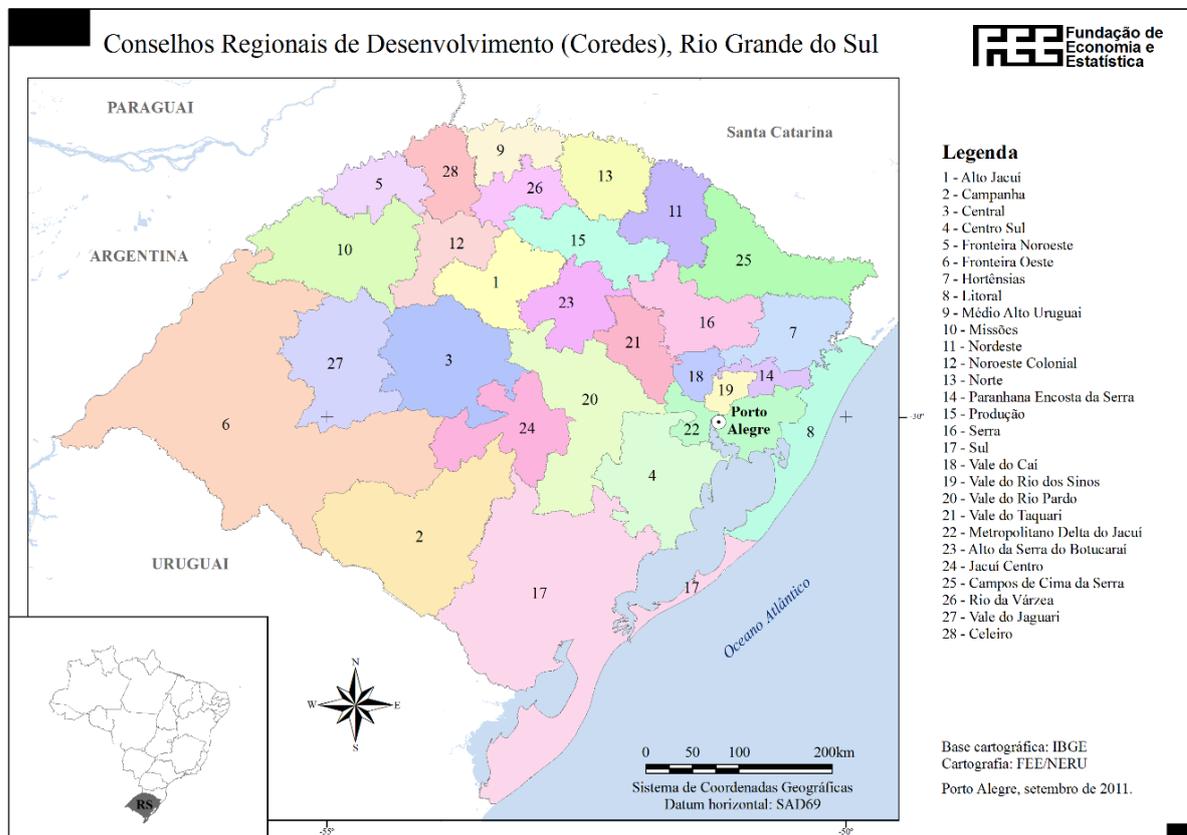
Dessa forma, faz-se necessário contextualizar tal processo dentro do cenário de interesse desta pesquisa. O estudo dos autores Roese, Gerhardt e Miranda (2015) apontou que cerca de 3/4 dos municípios brasileiros possuem pequeno porte populacional (menos de 20.000 habitantes) e dispõem somente de serviços restritos à Atenção Básica e alguns procedimentos de Atenção Especializada para atendimento de urgências. O Rio Grande do Sul, a exemplo do citado, também apresenta maioria de municípios de pequeno porte populacional e condições assistenciais similares às referidas anteriormente, com a Atenção Especializada sendo o gargalo das regiões de saúde

Tais condições repetem-se nas diversas regiões do Estado, e a 29ª Região de Saúde reproduz tal realidade, possuindo uma rede assistencial incapaz de ter respostas custo-efetivas às demandas da região que visivelmente ainda necessita de estratégias de organização da regionalização propostas na legislação vigente.

## 2.5 29ª Região de Saúde – Vales e Montanhas

O Vale do Taquari possui localização estratégica, com fácil acesso a outras regiões do estado, do país e do exterior, por rodovias pavimentadas e um entroncamento intermodal hidroviário, ferroviário e rodoviário. No meio rural, destacam-se as pequenas e médias propriedades, onde estão registrados 43 mil produtores rurais. São centenas de famílias que se dedicam à agricultura e à pecuária e elevam a região em nível estadual, ocupando a segunda colocação em produtividade rural (COREDE, 2016).

Figura 3: Conselhos Regionais de Desenvolvimento



Fonte: CIC Vale Taquari, 2016.

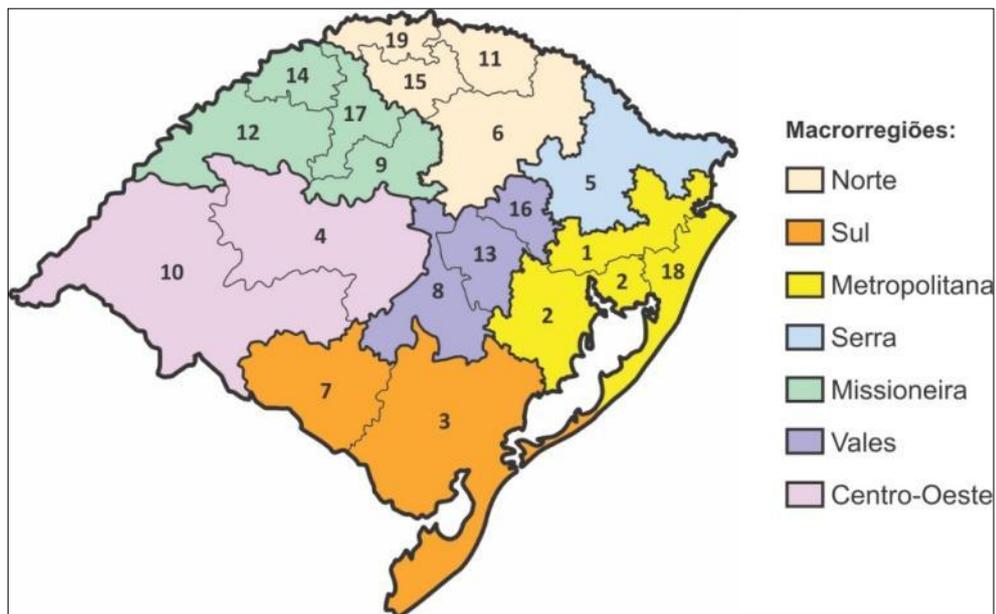
Na atual composição do Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE) Vale do Taquari, observa-se que, dos seus 37 municípios, 25 compõem a 29ª Região Saúde, abrangendo ainda Boqueirão do Leão e São José do Herval, que economicamente pertencem a outras regiões de desenvolvimento regional (COREDE, 2016).

Essa região possui uma população total (2015) de 352.943 habitantes, área (2015) de 4.826,4 km<sup>2</sup>, densidade demográfica (2013) de 69,3 hab/km<sup>2</sup>, taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais (2010) de 4,06%, expectativa de vida ao nascer (2000) de 73,61 anos e coeficiente de mortalidade infantil (2013) de 9,17 por mil nascidos vivos (COREDE, 2016).

Nos pequenos municípios, destaca-se o setor da agropecuária, enquanto nos municípios maiores, sobressaem-se atividades ligadas à indústria e ao setor de serviços e comércio. A região tem como forte característica a produção de alimentos e praticamente 80% da sua atividade produtiva gira em torno do agronegócio. O Produto Interno Bruto (PIB) é de R\$ 10.064 bilhões (CIC Vale Taquari, 2016).

Quanto às Regiões de Saúde, o Rio Grande do Sul (RS) é composto por dezenove Macro Regiões, conforme a Figura 4 abaixo:

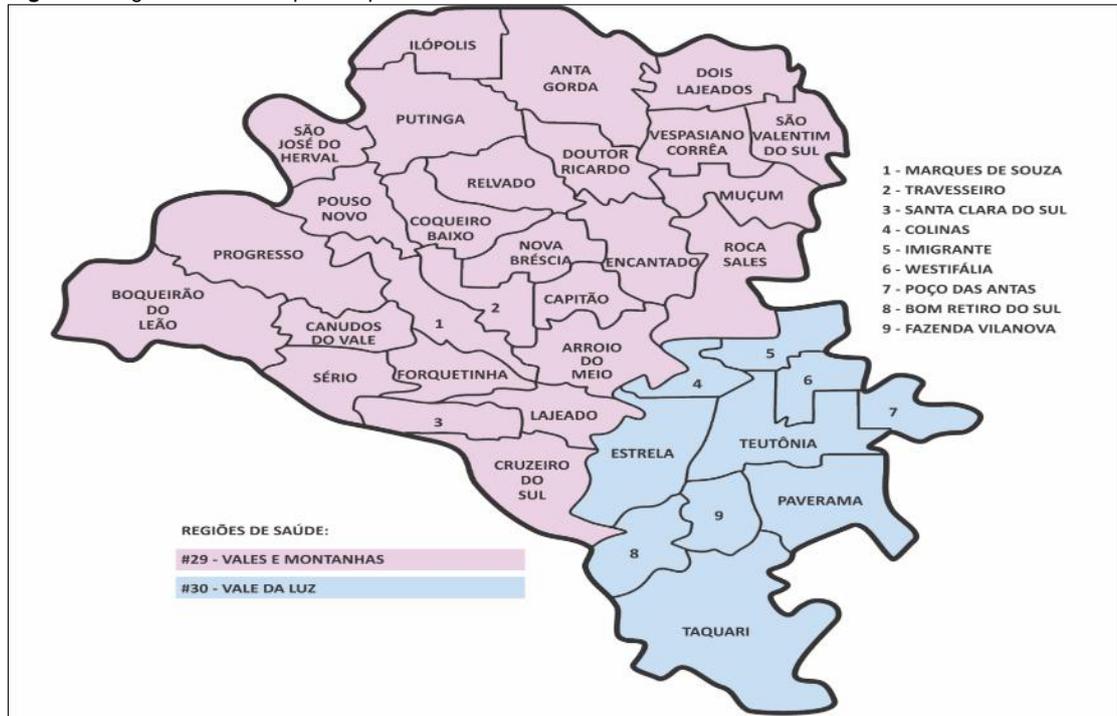
**Figura 4:** Macrorregiões de Saúde



Fonte: SES-RS, 2016

A 16ª Regional de Saúde do RS foi desmembrada em 2 (duas) CIR: a Região 29 - Vales e Montanhas; e a Região 30 – Vale da Luz; como mostra a Figura 5:

**Figura 5:** Regiões de Saúde que compõem a 16ª CRS



Fonte: SES-RS, 2016

O foco desta pesquisa é a Região 29 - Vales e Montanhas, que compreende 27 (vinte e sete) municípios, os quais apresentam características diferentes e diversos modelos de gestão, alguns em Gestão Plena do Sistema Municipal e outros em Gestão Plena da Atenção Básica, sendo o município de Lajeado a sede da CIR da Região 29.

Quanto à RAS, a 29ª Região de Saúde conta, em seu território, com 13 hospitais gerais. A cobertura de Atenção Básica se dá por meio de 39 UBSs, das quais 15 encontram-se em Lajeado, o maior município e sede da Região de Saúde. Possui ainda 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 3 no município de Lajeado e 1 em Encantado (DATASUS, 2016).

Em 2016, foi inaugurado o Centro Clínico Univates, vinculado à universidade local, que se trata de uma clínica-escola para atendimento especializado de média complexidade e atende à região do Vale do Taquari. Tal serviço conta atualmente com 4 especialidades médicas (cardiologia, hematologia, pneumologia e ginecologia), sendo que, até 2019, atenderá a 13 especialidades, juntamente com o curso de medicina da universidade.

No momento, o Estado do RS passa por uma reformulação no planejamento das Regionais de Saúde e, neste novo cenário, a 16ª CRS, que dá suporte aos municípios do Vale do Taquari, seria incorporada à 13ª CRS, que tem sede no município de Santa Cruz do Sul. Dessa forma, afastar-se-ia da sua referência no estado em decorrência da distância, agravada principalmente para os municípios que compõem a parte alta do Vale.

## **2.6 O papel do gestor**

De acordo com Kuschnir e colaboradores (2009) as “funções do gestor da saúde são a formulação de políticas e planejamento; o financiamento, regulação, coordenação, controle e avaliação; e a prestação direta dos serviços de saúde”. Conforme a Lei Orgânica da Saúde 8080, mais do que um administrador, o gestor é a autoridade sanitária em cada esfera de governo, responsável pela ação política e técnica (BRASIL, 1990).

As diretrizes de hierarquização e regionalização das ações, presentes no SUS, induzem à gestão descentralizada e com ela os gestores estaduais e municipais da saúde passaram a tomar para si um importante papel na condução dessa política, tornando-se pessoas-chave na construção e fortalecimento do modelo de gestão que se deseja para a saúde. Dentro desse contexto, os gestores podem definir prioridades locais de saúde e exercer autonomia no âmbito municipal (KUSCHNIR *et al.*,2009).

Para além do município, o gestor do SUS é ator importante no processo de descentralização e regionalização da saúde, devendo articular políticas de saúde para o município e região na CIR e em outros espaços, tais como os consórcios, associações e conselhos. De forma geral, pode-se dizer que os gestores no SUS atuam em dois campos que se entrelaçam: o político e o técnico. Destaca-se o âmbito político que se expressa no relacionamento constante dos gestores do SUS com outros atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

Embora a atuação do gestor em uma arena tal como a CIR possa ser atravessada por uma singularidade enorme de interesses e de objetivos, ele é o representante do município em diferentes espaços de pactuação e seu desempenho

deve ser pautado pelo projeto de governo construído com base em necessidades locais. Cabe aos secretários de saúde o protagonismo na gestão do SUS através da construção de novas relações com o estado e com outros municípios. Seu papel questionador e sua capacidade de interferir no processo micropolítico podem ser determinantes para o processo de construção de uma rede regionalizada de saúde (KUSCHNIR *et al.*, 2009).

Cabe ressaltar que a interação entre projeto de governo e política de estado tem de ser considerada na reflexão sobre a atuação dos gestores do SUS, uma vez que pode influenciar na possibilidade ou impossibilidade de continuidade e consolidação das Políticas Públicas de Saúde. A atuação política do gestor se expressa em seu relacionamento com pares e com outros atores sociais nas distintas arenas; já a atuação técnica, permanentemente permeada por variáveis políticas, depende de habilidades e experiências nos campos da gestão pública e da gestão em saúde (KUSCHNIR *et al.*, 2009).

Para Kehrig e colaboradores (2014), a gestão regionalizada somente vai ocorrer quando houver a implementação de práticas gestoras como a institucionalidade e a governança. Por institucionalidade, entende-se como sendo a legalidade, o desenho da região, sua robustez e conteúdo das instâncias regionalizadas, assim como as estratégias de regulação, que podem melhorar a efetividade da regionalização. Já a governança é entendida como a viabilização do projeto político regional de saúde mediante inter-relação das instâncias e atores envolvidos e através do planejamento, implementação e gerenciamento de ações e intervenções. Esses dois processos vêm no intuito de organizar novos arranjos da gestão do sistema para que seja mais resolutiva.

Tais estratégias parecem estar distantes da realidade que se observa, embora, ao longo dos últimos 25 anos de implementação do SUS, possa-se observar avanços. Entre os retrocessos, nota-se a desigualdade de condições políticas, administrativas, técnicas, financeiras e de necessidades de saúde entre os municípios, que tornaram o processo extremamente intrincado e a competição entre os entes federados, que, em muitos casos, não possibilitou a real autonomia municipal nem na gestão de ações e serviços existentes nos seus limites territoriais, nem nos recursos financeiros disponibilizados (DUARTE *et al.*, 2015).

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

### 4.1 Origem das Informações

A Comissão Intergestora Regional (CIR) da Região de Saúde 29, pertencente à 16ª CRS do RS, foi a fonte do material de estudo desta pesquisa, que teve como objetivo estudar o processo de construção e consolidação da regionalização, através da estratégia metodológica da análise documental. A pesquisa documental é um procedimento que se vale de técnicas e métodos que permitem a apreensão, compreensão e análise de documentos de vários tipos. Quanto à diferença entre pesquisa bibliográfica e pesquisa documental, Sá-Silva, Almeida e Guindane (2009, p. 6) referem que

o elemento diferenciador está na natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. Essa é a principal diferença entre a pesquisa documental e pesquisa bibliográfica.

Na pesquisa documental, as fontes primárias de informação devem ser os dados originais que não receberam nenhum tratamento analítico, portanto requerem um olhar mais cuidadoso do pesquisador.

Para esta pesquisa documental, foram utilizadas as atas das reuniões da CIR, da 29ª Região de Saúde do RS, do período de outubro de 2011, quando ocorreu a substituição do COGERE pela CIR, até dezembro de 2015, período definido para o final da pesquisa de campo. Foram consideradas atas de reuniões ordinárias e extraordinárias, podendo ser incluídas atas das reuniões conjuntas com a outra Região de Saúde que compusesse a 16ª CRS. Foram excluídas atas de reuniões extraordinárias de pauta única que não eram referentes à regionalização.

As atas da CIR são documentos públicos, porém não se encontram disponibilizados em meio eletrônico. Assim, foi realizada solicitação formal de Acesso aos documentos para o Coordenador desta Regional (Apêndice A).

A construção das atas é de responsabilidade de um servidor da CRS, o qual tem como uma de suas funções secretariar e transcrever as pautas e as discussões, registrando as ocorrências, deliberações, resoluções e decisões de reuniões ou assembleias. As atas devem ser redigidas em língua oficial portuguesa de tal maneira que evite qualquer modificação posterior, sendo lidas e aprovadas pelos presentes em cada reunião realizada. Tais documentos têm procedência direta da instituição que os “abriga”, salvos em modo que impeça sua modificação ou adulteração.

## **4.2 Considerações Éticas**

Em relação às considerações éticas que tangem esta pesquisa, consideramos a Resolução 510 de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde em seu Artigo 1º, Parágrafo Único, o qual refere que não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP as pesquisas que utilizem informações de acesso público, nos termos da Lei 12.527/11 (CNS, 2016; BRASIL, 2011b).

Essa Lei, conhecida como Lei de Acesso à Informação, e o Decreto nº 7.724/12, que a regulamenta, são os principais instrumentos normativos de garantia do exercício do direito à informação na legislação brasileira (CGU, 2012), que dispõe sobre o acesso a documentos públicos. O Parágrafo Único da referida Lei registra os órgãos que se subordinam a ela:

- I - os órgãos públicos integrantes da administração direta dos Poderes Executivo, Legislativo, incluindo as Cortes de Contas, e Judiciário e do Ministério Público;
- II - as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Assim, estando embasada na Resolução 510/16 e na Lei 12.527/11, esta pesquisa foi dispensada de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

### **4.3 Caminho para Análise: ordenação e classificação dos dados**

Nesta pesquisa, buscamos compreender, em profundidade, o processo de regionalização. Utilizamos a estratégia de ordenação dos dados, a qual, segundo Minayo (2011), é uma etapa de sistematização de todos os dados recolhidos.

Nos documentos pesquisados, buscou-se, após leituras e releituras, agrupar somente os trechos que traziam palavras, conceitos e inferências sobre proposta da regionalização e da descentralização das ações de saúde, assim como a instituição das Regiões de Saúde e o movimento da Região em busca de serviços, aporte, construção de novos contratos, consolidação de referências locais de saúde, a delimitação dos territórios, assim como a gestão das decisões que impactam a vida dos usuários dos 27 municípios da Região dos Vales e Montanhas do RS.

A partir desse agrupamento temático, foram criados quadros analíticos com as informações que correspondiam ao objeto e objetivos da pesquisa coletadas de cada ata.

Desse modo, foram criados cinco quadros com a seleção das deliberações identificadas em cada ata, com o relato do que diziam sobre o tema da regionalização. Os documentos foram ordenados conforme sua data de realização, o tipo da reunião, se foi reunião conjunta ou não, número de participantes e se foram reuniões ordinárias ou extraordinárias. Ainda em relação aos sujeitos participantes, identificamos quem eram, qual sua representação e seu papel na arena política.

### **4.4 Análise dos Dados**

Passado o momento de organização e categorização dos dados, procedemos à etapa de análise dos temas e dos dados que os suscitaram.

Como procedimento de interpretação das informações e dos dados, foi adotado o método hermenêutico-dialético (MINAYO, 2011). A opção por esse método deveu-se à possibilidade de oportunizar uma abordagem das categorias de análise na perspectiva de uma compreensão, em profundidade, acerca do tema estudado. A proposta de análise, na perspectiva hermenêutico-dialética, apresentou

como primeira etapa a leitura compreensiva do material selecionado pelos pesquisadores.

Nessa primeira etapa, as citações foram identificadas tematicamente e categorizadas segundo critérios de frequência, como: 1 - Construção de uma rede regional; 2 - Referências de serviços fora da região de saúde; 3 - Gestão do SUS; 4 - Negociações de contratos e 5 - Decreto 7.508/11.

No entanto, uma nova análise foi realizada visando a dialogar com os critérios mínimos de uma Rede de Atenção à Saúde que foram estabelecidos no Decreto 7.508/11, responsável por definir as diretrizes da Regionalização do SUS. Essa etapa de análise não se deu necessariamente separada da etapa anterior, uma vez que os processos se entrecruzaram. A comunhão dos momentos de classificação e análise tiveram como objetivo a obtenção de uma visão de conjunto, bem como a apreensão das particularidades que se encontraram presentes no cenário de estudo. Portanto, a classificação e o ordenamento dos dados tiveram como ponto de partida a leitura compreensiva, baseada no marco teórico-conceitual e devidamente contextualizada no período de tempo em que ocorreram tais reuniões.

Essa leitura permitiu agrupar o material empírico (Apêndice B) e o marco conceitual e analítico selecionado a partir dos critérios mínimos para uma região de saúde ser instituída, que foram identificados no Decreto 7.508/11, em seus artigos 5º e 7º.

Dessa forma, as categorias finais de análise passaram a ser:

- 1- Atenção Primária;
- 2- Atenção Psicossocial;
- 3- Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar;
- 4- Vigilância em Saúde;
- 5- Urgência e Emergência;

A interpretação, que consistiu na terceira etapa, foi o momento da releitura, tendo como referência os diálogos entre: a dimensão teórico-conceitual, os achados empíricos e sua contextualização, bem como as questões de pesquisa e os objetivos explicitados no projeto da pesquisa.

No processo de constituição de um caminho metodológico de análise, a distância entre teoria e prática pode ser observada através da leitura das atas que conduziu inicialmente a uma categorização que precisou ser revista em busca de uma aproximação com a política atual, uma vez que esta vem buscando induzir a conformação de redes regionais e a sua consecutiva autonomia. Da mesma forma, essa direção na análise dos dados também foi observada por Sá-Silva, Almeida e Guindane (2009) em sua produção sobre análise documental. Esses autores salientam dificuldades em estabelecer categorias de análise, uma vez que elas partem de um embate entre empiria, teoria e interesse do pesquisador.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O período de tempo avaliado nesta pesquisa foi de outubro de 2011 a dezembro de 2015, o que ressaltou fatos marcantes, tais como a regulamentação da Lei 8080/90 através do Decreto 7.508/11. A partir do Decreto e de movimentos promovidos pela SES-RS, aconteceu a reorganização da 16ª CRS em duas novas Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul: a 29ª - Vales e Montanhas; e a 30ª – Vale da Luz. Além disso, ocorreram as eleições municipais de 2012 e com elas a substituição de cadeiras ocupadas legitimamente pelos novos gestores municipais. Pode-se situar, também, o pleito para o governo estadual ocorrido em 2014, que acarretou na substituição de alguns sujeitos na composição da CIR 29. Tais fatos foram relevantes para a compreensão do contexto social, econômico, cultural e político de construção dos documentos.

Dentre os 27 municípios que compõem a Região 29, existem realidades diversas, sendo que poucos encontram-se em Gestão Plena do Sistema Municipal, o que significa dizer que somente estes poucos municípios podem contratualizar diretamente com os prestadores. Nos demais casos, a contratualização se dá via Secretaria Estadual de Saúde. Dessa forma, o espaço da CIR assume papel importante, como arena onde é possível que os municípios possam negociar e questionar as pactuações que são feitas via Estado.

Duarte e colaboradores (2015) chamam a atenção para a importância de estudar como se estabelecem as solidariedades territoriais, uma vez que os instrumentos de gestão presentes no Pacto de Gestão e no Decreto 7.508/11 buscam possibilitar que as instâncias regionais sejam espaços de gestão e também de decisão. Assim, faz-se necessário reconhecer a regionalização enquanto processo político que envolve diferentes atores sociais e que sua construção está relacionada às inter-relações, à distribuição e à disputa de poder entre eles. Portanto, torna-se imprescindível conhecer quem ocupa esse espaço e buscar entender quais interesses estão em jogo (SCHWEICKARDT *et al.*, 2015).

Em relação aos sujeitos atuantes na arena dessa CIR, foi identificada a presença de gestores, técnicos da 16ª CRS, agentes externos que foram convidados para explanar ou apresentar algum tema da pauta, e prestadores de serviços enquanto representantes de hospitais, clínicas, laboratórios e outros serviços

contratualizados ou não ao SUS. Houve, também, a presença de escolas e da universidade local, assim como a do Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST) da Região dos Vales, do Conselho Regional de Saúde do Vale do Taquari (CORESVAT), do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CONSISA), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e dos integrantes de outros níveis de governo, tanto estadual quanto federal.

A gestão eficaz da RAS exige trabalho na produção de consensos entre os diferentes atores para harmonizar decisões políticas e administrativas, negociando soluções possíveis para a Região na interação de agentes públicos e privados, centrais e locais. No entanto, consenso não significa unanimidade, mas sim um acordo, e, nesse sentido, o desacordo deve ser considerado uma possibilidade natural (MENDES, 2011). Interessou saber como ocorreu esse processo, observando o quanto a regionalização foi pautada pelo setor privado e levando em consideração o apontamento de Dourado e Elias (2011), de que o maior poder político nas relações regionais, geralmente, está com os municípios mais populosos, mais inseridos economicamente e com uma rede assistencial melhor estabelecida, demonstrando as desigualdades de força e poder.

Para a discussão dos resultados obtidos, passamos à construção de inferências, isto é, fomos além dos textos, das informações e dos demais materiais obtidos. A intenção foi a identificação das ideias que estavam implícitas as atas e de pontos que poderiam elucidar os limites e potências na constituição das RAS na Região de Saúde dos Vales e Montanhas.

Foram analisadas 55 atas neste período, nas quais pode-se observar que os temas relacionados à regionalização foram pautados, na maioria das vezes, pelos técnicos da 16ª CRS, seguidos pelos gestores ou prestadores de serviços dos municípios de maior porte populacional. Também se percebeu que foram os técnicos que trouxeram a proposta da discussão acerca do Decreto 7.508/11 para a CIR.

As discussões a respeito desse Decreto transcorreram no final do ano de 2011 e durante todo o ano de 2012, tendo como alicerce a pauta sobre a formação da Região de Saúde, com temas de caráter mais técnico, envolvendo itens trazidos pelo Decreto, como elementos que precisam ser definidos pelos entes federativos em relação às Regiões de Saúde, tais como: 1) os limites geográficos; 2) a população usuária; 3) o rol de ações e serviços ofertados; e 4) as respectivas

responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Como nesse contexto os temas foram determinantes para o estabelecimento das Regiões, buscou-se encontrar, nas atas, pautas que fizessem menção aos quesitos **limites geográficos** e **população usuária**, com intuito de entender como aconteceu o processo de divisão da Regional em duas Regiões de Saúde: a 29 – Vales e Montanhas, com sede em Lajeado e a 30 – Vale da Luz, com sede em Estrela.

Observou-se, nas atas, que havia uma necessidade de respeito às distâncias e às especificidades regionais, sendo que tal assunto veio à tona em 2011 e 2012, período em que aconteceu a realocação dos municípios em distintas Regiões de Saúde a partir de discussões conduzidas pelos técnicos da 16ª CRS. O recorte territorial, a disponibilidade de serviços de saúde, o acesso aos serviços, a distância e a população a ser referência de cada região, foram assuntos debatidos pelos gestores na CIR, conforme pode ser observado:

**Reunião ordinária, conjunta, 03/03/12:** [...] as servidoras da CRS apresentaram os primeiros resultados do trabalho que está sendo desenvolvido, na regional, referente ao desenho das Regiões de Saúde. Acrescentaram que foram realizadas três reuniões com representantes dos 42 municípios. Também apresentaram o recorte territorial com os critérios de população, de distância e de funcionamento da CIR. Demonstraram a situação atual da oferta da atenção básica e na média e alta complexidade. Acreditam que nossos maiores problemas estejam nessas áreas/níveis, como o acesso inadequado, insuficiência de serviços, inexistência de especialidades e compra de serviços pelos municípios e também dificuldades na vigilância em saúde. Os participantes da CIR fizeram algumas observações e aprovaram o que foi apresentado. Ainda comentaram que foi uma primeira etapa e que a equipe da CRS irá levar este material para a reunião com o grupo de Porto Alegre [...].

Além disso, é possível analisar que os técnicos fazem referência à situação atual da oferta de serviços, porém não estão presentes nas atas avaliadas informações a respeito da existência de indicadores de monitoramento que permitissem um diagnóstico baseado em necessidades de saúde dessa população.

Ainda, tratando sobre o novo mapa das Regiões de Saúde, definiu-se, conjuntamente com técnicos da Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN) da Secretaria de Estado da Saúde e da Região dos Vales, que seria necessária a alteração na quantidade de municípios que compõem a regional,

localizados principalmente em regiões limítrofes, no qual o critério de distância foi importante para definir o acesso aos serviços de referência:

**Reunião ordinária, conjunta, 04/04/12:** [...] em função dos resultados do trabalho desenvolvido, algumas mudanças em curto prazo poderão ser implementadas no desenho dos mapas das regiões de saúde. Entre elas, havendo a concordância dos secretários municipais e Estado, alterações na quantidade de municípios que compõem a regional, visando adequar às necessidades de referência, proporcionando assim um acesso mais efetivo. Diante do fato, alguns municípios limítrofes, que procuram atendimento em outras regiões poderão ser realocados.

Embora a proposta inicial da divisão territorial tenha partido do Estado, é possível notar que ela não foi imposta, mas que se respeitou a identificação e maior proximidade político-administrativa expressada pelos gestores, demonstrando um importante aspecto do processo de negociação ocorrido nesse espaço:

**Reunião ordinária, conjunta, 06/06/12:** Mudança de Região de Saúde dos municípios a seguir: Arvorezinha, Barros Cassal, Fontoura Xavier, Itapuca e Tabaí. Esta alteração considerou a decisão dos mesmos, que demonstraram interesse de pertencer a outra região com a qual consideram-se mais identificados. Entre os municípios que estavam relacionados inicialmente para mudar de região, São José do Herval e Boqueirão do Leão, optaram por permanecer na atual.

Observam-se dois movimentos no processo de regionalização brasileiro, um diz respeito a como atingir os objetivos do SUS, garantindo acesso universal, com maior qualidade e menor custo financeiro; e outro que propõe a criação das Regiões de Saúde a partir de características sociais e epidemiológicas da população (DUARTE *et al.*, 2015). O que se percebeu no processo aqui estudado é que o planejamento se deu seguindo predominantemente o primeiro movimento citado, a partir da divisão do território em regiões funcionais, ou seja, tentando otimizar os recursos existentes, sem que se pudesse observar discussões referentes às características epidemiológicas. Considera-se que é necessário avaliar a disponibilidade dos serviços existentes para a conformação da rede, porém as necessidades locais de saúde devem ter prioridade nessa discussão, sob o risco de se favorecer a lógica da saúde como mercadoria, pautada na oferta de interesses dos prestadores, em detrimento da saúde como direito universal.

Após a aproximação aos temas elencados, foi possível visualizar melhor a conformação da região. Em relação aos requisitos mínimos para constituição das Regiões de Saúde, o Decreto 7.508/11 define que ela precisa ofertar minimamente serviços em: 1) atenção primária; 2) urgência e emergência; 3) atenção psicossocial; 4) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; além de 5) vigilância em saúde. Portanto, na sequência, analisa-se a presença desses itens nas atas das reuniões da CIR.

Muitas referências à **Atenção Primária em Saúde** (APS) foram encontradas, porém as solicitações diziam respeito à adesão de programas, tais como o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), Academia da Saúde, saúde do homem, ampliação do número de Equipes de Saúde da Família (ESF) e plano de trabalho para construção ou ampliação de unidades de saúde, de uma forma protocolar e repetitiva, não ocorrendo uma discussão mais aprofundada a esse respeito.

**Reunião ordinária, conjunta, 03/03/12:** [...] Município de Westfália: apresenta proposta para aquisição de um veículo com capacidade de transporte de 07 passageiros para Secretaria Municipal de Saúde, valor de R\$ 50.000,00. Os membros da CIR aprovaram a proposta. [...] Município de Teutônia: solicitação de recurso financeiro para aquisição de dois gabinetes odontológicos para as unidades de saúde ESF Morada do Sol e a nova ESF do Bairro Boa Vista, valor R\$ 71.921,66. Os membros da CIR aprovaram a solicitação. [...] Municípios de Barros Cassal, Colinas, Fazenda Vila Nova, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Ilópolis, imigrante, Itapuca, progresso, Travesseiro e 16ª CRS: adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Os membros da CIR aprovaram o pleito das secretarias.

Pode-se perceber que muitas pautas de interesses locais são elencadas e discutidas no território do município, onde a micropolítica é bastante relevante. Franco versa com propriedade sobre a temática da micropolítica e refere a importância dela como possibilidade de fuga e de singularização na busca por relações que se produzem a partir do afeto; o autor refere ainda que os fluxos-conectivos que se estabelecem através da micropolítica do processo de trabalho acontecem de forma independente de pactos e até mesmo de comunicação verbal e cognitiva (Franco, 2006). Neste âmbito, acreditamos que alguns gestores que participam da CIR façam do trabalho vivo em ato um recurso para a estruturação da sua atenção básica, porém, nos parece que as capturas decorrentes das amarras impostas pelos dispositivos programáticos de financiamento levam os gestores a

não ver a arena avaliada nesta pesquisa como um espaço potente para o planejamento e qualificação deste nível de atenção para a região.

Nesse item, observa-se o papel da coordenadoria como incentivadora da adesão a projetos e programas propostos pelo Ministério da Saúde e pelo Estado, assim como as ações locais (municipais) de saúde.

Todos os níveis de atenção à saúde devem ser igualmente importantes para que se efetive a RAS. No entanto, a APS tem um papel fundamental como ordenadora do cuidado (Mendes, 2011; BRASIL, 2012). Segundo o Decreto 7.508/11, a APS deve ser uma das portas de entrada para o usuário. De acordo com Starfield (2002), é ela que deve coordenar o fluxo dos usuários entre os diferentes serviços de saúde na busca de equidade no acesso e utilização dos serviços do sistema, com o intuito de responder à maior parte das necessidades de saúde da população. Essa autora salienta, ainda, a necessidade de entender a saúde como direito social e que a boa organização dos serviços de APS, a partir do conhecimento da população e das necessidades locais, impactam positivamente a saúde da população e a eficiência do sistema, mostrando que ele pode ser resolutivo em até 80% dos casos.

Contudo, neste estudo, observou-se, através das atas da CIR, que o nível de atenção não determina as discussões que deveriam induzir a formação de redes a partir das necessidades percebidas nos territórios, o que diverge totalmente do que se espera da conformação da RAS (Mendes, 2011). Nesse interim, destaca-se que não parece viável construir um COAP e RAS sem uma discussão prévia das necessidades de saúde e da capacidade instalada da APS nos municípios que compõem a Região de Saúde, o que poderia ser conhecido através da ferramenta instituída dos Mapas de Saúde, que deveriam ser discutidos pelos gestores nesta arena política (Brasil, 2011a).

Discussões a respeito da cobertura da atenção básica, possibilidades de ampliação do acesso, vinculação ao território, ordenação da rede a partir da capacidade instalada da atenção básica na região e outros temas importantes para que a APS tenha qualidade e seja efetivamente ordenadora e coordenadora do cuidado não foram observadas. Esse é um desafio importante que precisa entrar na pauta e fazer parte das discussões para que se seja possível obter integralidade na atenção. Observamos que os atores que participam desta arena possuem conhecimento do que vem acontecendo na atenção básica nos municípios porque

precisam aprovar a habilitação dos mesmos aos programas e às ações propostas pelo Ministério da Saúde e pelo Estado, porém, aparentemente os resultados de tais habilitações e a perspectiva de qualificação da rede a partir da atenção básica não são objetos de trabalho nesta arena.

Tal realidade, corrobora com a fala de Giovanella que em 2014 referiu que a atenção básica possui uma insuficiência de base normativa para ordenar a rede ao mesmo tempo que é insuficiente em estabelecer mecanismos de diálogo e comunicação. Vale o questionamento sobre como gestores, que não conversam profundamente sobre os caminhos e limitações da sua atenção básica, poderiam juntos formatar uma rede que estivesse a serviço de todos.

Durante os últimos anos avaliados nesta pesquisa houve um momento importante na reconfiguração da cobertura da atenção básica no país que se refletiu na região que foi a vinculação de médicos do Programa Mais Médicos que foi uma resposta do Ministério da Saúde ao déficit de profissionais médicos que causavam uma lacuna grande que inviabilizava a cobertura ampliada da Estratégia de Saúde da Família no país (Pinto e cols, 2014). Porém, embora saibamos que alguns municípios tenham ampliado sua cobertura por causa do programa, não foram observadas maiores discussões por parte dos gestores na CIR.

Quanto ao critério **Atenção Psicossocial**, notou-se que o assunto foi pautado com ênfase na questão de disponibilidade de leitos para a Saúde Mental (SM) na região, onde houve uma contratualização de leitos em hospitais gerais, evitando o deslocamento desnecessário para a capital e para outras regiões, quando da necessidade de internação. Além disso, houve pautas referentes à mudança de ambulatorios de saúde mental para CAPS, instituição de oficinas terapêuticas e Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), para apoiar a inserção das ações de saúde mental na atenção básica.

A Portaria 3.088/11 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, constituindo um avanço legal para ampliar o acesso aos usuários da Saúde Mental. Essa Portaria propõe que a atenção psicossocial esteja articulada com a atenção básica, integrando as ações de cuidado com os demais pontos de atenção à saúde, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências,

sendo os CAPS serviços estratégicos para a organização dessa rede no território e para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2011c).

De acordo com a análise das atas, percebeu-se a indução financeira para construção de uma RAPS como uma linha de cuidado:

**Reunião ordinária, conjunta 11/12/11:** [...] a CRS entregou para os secretários o ofício 10/11, que apresenta 4 resoluções de incentivo financeiro do Estado para a saúde mental para 2012. Foi reforçado que os municípios interessados encaminhem ofício para a CRS até 20/12/11. [...] detalhamento do pedido de habilitação a resolução CIB 402/11 que tem por objetivo instituir incentivos financeiros aos hospitais contratualizados pela SES, na Política Estadual de Saúde Mental, nos municípios de Encantado, Roca Sales, Teutônia, Lajeado, Estrela, Boqueirão do Leão, Arroio do Meio e Taquari. Comentou-se sobre a construção do trabalho em rede, que não é formada apenas por leitos hospitalares, o trabalho em rede deverá ser fortalecido.

Após um ano de negociações, os hospitais gerais da região têm leitos habilitados por Portaria específica de incentivo do Estado do Rio Grande do Sul e do Ministério da Saúde (MS):

**Reunião ordinária, conjunta 10/10/12:** [...] técnica do setor de ações em saúde [...] apresentou para análise a nova distribuição dos leitos de saúde mental, com incentivo financeiro, para internação psiquiátrica e de internação para usuários de álcool e outras drogas na regional da 16ª CRS. Conforme nova legislação, a organização dos leitos de SM terá cobertura nas duas regiões de saúde, com 8 hospitais gerais com leitos habilitados e com incentivo do MS e SES/RS, em um conjunto de 70 leitos de SM.

Há vários financiamentos para esta rede, porém, o que se observou através das atas, foi um aporte financeiro prioritário para contratação de leitos em hospitais gerais, o que é importante do ponto de vista da desinstitucionalização. No entanto, trabalhadores demonstraram preocupação em relação às habilitações dos serviços da região aos recursos de cofinanciamento estadual das oficinas terapêuticas, CAPS e NAABs, referente aos repasses, manutenção das atividades e fortalecimento da rede de saúde mental já constituída na região.

Além disso, pontuaram a importância do fortalecimento da RAPS, uma vez que ela não é constituída apenas da atenção hospitalar.

Os componentes da RAPS que estão presentes na Portaria 3.088/11 são: 1) a atenção básica; 2) atenção psicossocial especializada; 3) atenção de urgência e

emergência; 4) atenção residencial de caráter transitório; 5) atenção hospitalar, 6) estratégia de desinstitucionalização; e 7) reabilitação psicossocial. A operacionalização da RAPS tem como primeiro critério o Desenho Regional da Rede, no qual consta a necessidade de elaboração de um Plano Regional de Atenção Psicossocial. As atas fazem menção, em dois momentos, a esse Plano: no primeiro, em 05/11/13, seu projeto foi aprovado na CIR; e, no segundo, em 08/10/15, falou-se da “possibilidade de implementação de Rede de Saúde Mental da região através de um Plano Regional de Atenção Psicossocial a ser coordenado e acompanhado pelo grupo condutor de cada Região de Saúde”. As atas não permitem saber se esse Plano foi enviado ao Ministério da Saúde e quais os desdobramentos que ocorreram, mas demonstram um movimento da Região de Saúde para efetivá-lo.

Cardoso e Macedo (2016) apontam as fragilidades dos instrumentos de gestão ao analisarem as dificuldades do processo de implantação da RAPS no Piauí, que resultaram de ausência de espaços efetivos de cogestão com potencial de mudar a direção do modelo tecnoassistencial. Além disso, mostram a necessidade de avançar na produção de atores que fortaleçam os processos de gestão com empoderamento e protagonismo. Da mesma forma, é possível que os fatores descritos acima interfiram nas dificuldades de desenvolvimento e concretização do plano na região estudada, uma vez que não se observou sua implantação.

A inserção em loco permite afirmar que a regional de saúde, Vales e Montanhas, possui atores e arenas atuantes na defesa da atenção à saúde mental, e que possui alguns componentes da RAPS, tais como: oficinas terapêuticas, ambulatório de egressos e CAPS em alguns municípios.

A **Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar** foi a pauta mais recorrente nas atas, considerando que, no período, aconteceram 55 reuniões da CIR. É provável que o tema tenha estado na agenda dos gestores que participam deste espaço durante a maior parte do período estudado.

Dentre os temas mais discutidos quanto à atenção ambulatorial e especializada estavam:

a) Dificuldades relacionadas ao acesso às cotas contratualizadas junto aos prestadores:

No ano de 2012, há várias pautas relacionadas à negociação de contratos de prestadores junto ao Estado, onde é possível perceber que houve um tensionamento dos gestores municipais, devido a dificuldades que os municípios enfrentavam em acessar alguns serviços contratualizados:

**Reunião ordinária, conjunta, 04/04/12:** (Prestador): apresentação de plano de trabalho para aplicação de recursos da consulta popular [...] os gestores relataram que são contra a aprovação do projeto apresentado ou qualquer projeto que envolva questões de saúde pública [...] Quanto aos motivos relatados pelos membros da CIR, favoráveis a decisão de prorrogar o tempo para estudo do plano, está a dificuldade de acesso dos municípios aos diversos serviços contratualizados entre o Estado e o hospital. [...] secretários de saúde manifestaram a sua insatisfação com os constantes problemas de atendimento das suas necessidades, inclusive as contratualizadas, situação que ocorre há vários anos.

Essa insatisfação também aparece quanto a outros prestadores, havendo exigência de cumprimento dos acordos previstos no Termo de Compromisso de Gestão, do Pacto pela Saúde. Chama-se a atenção para o Termo de Compromisso de Gestão enquanto instrumento de pactuação que permite reafirmar e cobrar as combinações pré-estabelecidas. Outro instrumento utilizado, nesse sentido, foram as solicitações de Auditoria junto aos prestadores para que se garantisse o acesso às cotas que deveriam ser disponibilizadas aos municípios.

**Reunião ordinária, conjunta, 09/09/12:** [...] foi garantido retorno de consultas em neurologia. As consultas iniciam-se em 17/09/12. Em discussão, reafirma-se a necessidade de qualificar o acesso a estas consultas e o cumprimento do contrato, o que será alcançado via ampliação do controle e auditoria junto ao prestador.

Esse problema é recorrente e também é citado quanto à referência para traumato-ortopedia de alta complexidade. A Resolução CIB nº 112/10 aprova a rede de referências em traumato-ortopedia no âmbito do Rio Grande do Sul e menciona que as

Centrais de Regulação utilizarão as referências pactuadas até o limite da responsabilidade técnica, e na possibilidade de esgotamento do prazo de resolução e risco de sequelas, poderão ser utilizadas as ofertas de outras regiões, mantido contato entre as centrais (SES-RS, 2010).

Observa-se que não há, de fato, uma garantia de que o município conseguirá utilizar as cotas que são pactuadas. A resolução aponta um desses motivos. Em decorrência disso, em maio de 2015, começa-se a pensar na criação de uma referência regional em traumatologia como uma alternativa (SES-RS, 2010).

A Atenção Especializada parece ser o grande gargalo da Região de Saúde, com processos de referência em atendimento especializado e hospitalar muito imbricados, dificuldades em organizar essas ações e serviços, gerando grandes filas de espera para acesso a esse tipo de atendimento. A região conta com poucas referências de alta complexidade, sendo a cardiologia, a neurologia e a oncologia os únicos ambulatórios especializados que compõem toda linha de cuidado dentro da regional.

b) Estruturação de serviços regionais:

A referência de oftalmologia apresentou inúmeras dificuldades e foi tema bastante discutido, passando por diversas fases no período estudado, sendo que, em julho de 2013, é acordado que a administração desse serviço seja feita pelo CONSISA, tornando esse um serviço 100% SUS. O CONSISA ainda apresentou proposta de outros dois serviços regionais: uma Central Regional de Distribuição de Medicamentos e um Centro de Especialidades Odontológicas Regional:

**Reunião ordinária, conjunta, 01/10/13:** CONSISA: o coordenador do consórcio, falou aos presentes que o consórcio pretende implantar uma central de distribuição de medicamentos, na qual os municípios participantes encaminhariam seu pedido ao CONSISA, que faria o pedido via sistema e na chegada o mesmo distribuiria aos municípios. O coordenador disse que com a implantação do sistema o custo da medicação diminuirá e o prazo de entrega será no prazo certo.

**Reunião ordinária, conjunta, 03/03/15:** CONSISA: secretário do consórcio falou sobre a possibilidade de instalação de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) regional, via consórcio destinado a atender casos que exijam maior complexidade, encaminhados pelas SMS. Disse que a implantação funcionará por meio de parceria, consórcio estado e união,

sendo que os municípios contribuiriam com parcela de recursos. Pediu consentimento para elaborar um projeto e posterior apresentação do valor para cada município.

No período estudado, houve um fortalecimento dos Consórcios Intermunicipais, uma vez que gestores passam a vê-los como uma alternativa promissora no campo da Saúde, devido ao afastamento progressivo da Secretaria Estadual da Saúde- SES na prestação de serviços secundários que necessitavam ser absorvidos pelos municípios (ROESE, 2012).

A participação dos Consórcios no SUS ocorre de forma complementar e eles são acionados pelos municípios consorciados em situações de contratação de pessoal, compra de insumos e serviços especializados, atuando a serviço da gestão municipal. Nota-se que o CONSISA faz parte de muitos processos administrativos na região de saúde em questão, porém nem todos os municípios participam dele, e para estes a referência contratualizada deverá ser outra.

c) Linha de cuidado – Redes Temáticas:

Em fevereiro de 2012, iniciaram-se as discussões a respeito do Ambulatório de Geração de Alto Risco (AGAR), a ser criado enquanto serviço de referência regional. Em julho, foi apresentado o plano de trabalho, como relatado abaixo:

**Reunião ordinária, conjunta, 07/07/12:** (prestador): apresenta plano de trabalho para implantação do Ambulatório de Geração de Alto Risco (AGAR), tipo I em consonância a resolução CIB/RS 203/12. Apresentado o plano o qual consta que o AGAR será referência para os municípios da 16ª CRS.

Ainda nessa linha de cuidado, ocorreu a discussão sobre o Plano Regional da Rede Cegonha:

**Reunião ordinária, conjunta, 01/04/14:** [...] as representantes do Departamento de Ações em Saúde (DAS), apresentaram as linhas gerais do Projeto com a proposta de mapeamento das maternidades nas regiões de saúde 29 e 30, pertencentes a 16ª CRS, como os hospitais que poderiam se tornar referência nos atendimentos.

Observou-se disponibilização de recursos financeiros federais de investimento e custeio para a Rede Cegonha, o que induziu uma articulação regional para estruturação desse serviço. Essa política indica a priorização do cuidado materno-infantil e a garantia dessas estruturas é um ponto importante, porém é preciso que se garanta o acesso e que os serviços sejam de qualidade, pra que resultem em diminuição dos índices de mortalidade materno-infantil.

Além disso, houve uma discussão a respeito dos locais de parto, que devem ser realizados nos hospitais de referência de cada município (ponto que abordado no item a seguir).

Quanto à Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência, salienta-se que foi pauta de uma reunião no período, e nessa reunião foi apresentado o Plano Regional.

**Reunião ordinária, 05-05-2013:** [...] 16ª CRS, setor de ações em saúde: apresentação do Plano de Ação realizado pela servidora L. N., os membros da CIR aprovaram o referido plano.

d) Mapeamento/Avaliação custo-efetividade de serviços:

Em junho de 2014, representantes do Departamento de Ações em Saúde (DAS) apresentaram o Plano Regional da Rede Cegonha, além do mapeamento de 8 maternidades que foram avaliadas como tendo condições de estrutura física, equipamentos e recursos humanos adequados nas regiões 29 e 30. Nessa reunião, os gestores não chegaram a um consenso quanto aos locais de parto e aprovaram o Plano. No entanto, não aceitaram reduzir o número de maternidades, mantendo todos os locais que realizavam parto até aquele momento:

**Reunião ordinária, conjunta, 03/06/14:** Técnico da CRS: Apreciação do Plano Regional da Rede Cegonha: As representantes do Setor Departamento de Ações em Saúde apresentaram o Plano Regional da Rede Cegonha. Salientaram a importância das boas práticas na atenção ao pré-natal, parto e nascimento da criança. Foram aprovados todos os itens descritos no Plano, com exceção da proposta de mapeamento das maternidades nas regiões de saúde 29 e 30, que pretendia direcionar o parto para oito (08) maternidades em Hospitais de Referência (hospitais com estruturação física, de equipamentos e recursos humanos) que

realizam o maior número de partos e que também atendem áreas de difícil acesso geográfico. Após a apresentação do Plano, os membros da CIR não chegaram a um consenso sobre os locais de parto descritos no Plano. Foi decidida a manutenção de todos os locais que realizam partos até o momento.

Além disso, os serviços de otorrinolaringologia e traumatologia passaram por momentos de questionamento sobre seu custo-efetividade, sendo proposto seu desligamento pelo Estado. Entretanto, mais uma vez, os gestores discordaram e mantiveram os serviços. Em setembro de 2012, os gestores manifestaram-se preocupados com o risco de se perderem leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) pediátrica, devido ao prazo para cumprir exigências, a partir de normativas ministeriais, quanto à adequação desses leitos. Enviaram documento ao MS e SES manifestando essa preocupação.

Em todas essas situações, observou-se uma preocupação dos gestores em não perder serviços. Inclusive quando as condições e estrutura dos serviços foram questionadas pelo Estado, os gestores optaram por manter a sua contratação. Nota-se que é necessário que essa discussão seja amadurecida e que os técnicos possam problematizar a questão a partir de dados concretos que resultem em qualificação dos serviços. Considera-se que as discussões não deveriam ser pautadas apenas por números de cotas, mas sim focadas na análise de situação para problematizar a efetividade da RAS, considerando as demandas regionais.

Outro fato que chamou atenção, foi o fato de um prestador solicitar alteração para se tornar referência na área de oncologia e cardiologia também para a 1ª CRS. No entanto, os municípios da 16ª CRS apontaram suas dificuldades quanto ao acesso ao serviço de cardiologia e referiram que essas vagas já eram insuficientes para essa região, com filas de espera e demoras nas consultas. Nesse sentido, a CIR aprovou somente a referência de oncologia.

Essa questão traz à tona a discussão sobre os interesses dos hospitais privados/filantrópicos e o seu papel na determinação do estabelecimento da regionalização da atenção especializada e hospitalar que termina por ser pautada pelo interesse dos prestadores na captação de recursos. Esses conflitos de interesse constituem um dos principais desafios da regionalização, sendo necessária uma postura firme por parte dos gestores para que os interesses do mercado não se sobreponham aos interesses do SUS. Nesse sentido, mais uma vez, pontua-se a

importância dessas instâncias colegiadas e dos instrumentos de pactuação como imprescindíveis na regulação dos processos (MENDES, 2010).

e) Critérios para distribuição de cotas

Outro fato observado foi o uso do critério de porte populacional sendo usado para divisão das cotas, sem, aparentemente, levar em conta outros parâmetros, como perfil populacional e indicadores de saúde:

**Reunião ordinária, conjunta, 10/10/12:** (Prestador) apresentou os fluxos, a estrutura atual para atender a demanda, bem como a distribuição das cotas de traumatologia e ortopedia; otorrino; cirurgia geral; cirurgia vascular e oftalmologia de baixa e média complexidade (referências) para os municípios da 16ª CRS. Segundo o administrador o critério definido para a distribuição das cotas foi o populacional. Também apresentou dificuldades iniciais para implementação dos serviços e dirimiu dúvidas dos membros da CIR.

Pode-se observar, através de diversas pautas, que a oferta de serviços é pautada pela disponibilidade dos prestadores e não através da análise de critérios de necessidades e prioridades dos municípios. A centralidade dessa negociação parece se dar entre Estado e prestadores, cabendo aos municípios menores tensionar este plano de aplicação de recursos e a gestão regional, que, de fato, não está na sua governabilidade:

**Reunião ordinária, conjunta, 05/02/13:** Secretária de Saúde [...] apresentou questionamentos acerca das referências regionais, contratos do hospital com o Estado e a complementação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para pacientes internados no hospital [...]. O setor de planejamento da CRS apresenta os contratos dos diversos hospitais e os mesmos estão à disposição dos municípios. A secretária solicitou informações sobre referência em cirurgia plástica. Referência é Porto Alegre.

Outro atravessamento que aparece é o de processos eleitorais, tanto dos municípios, quanto do Estado:

**Reunião ordinária, conjunta, 08/08/12:** (Prestador) mantém contrato com a SES/RS até dezembro próximo e o indicativo é que surjam alternativas para resolver os problemas, construindo solução conjunta. Discussão em torno da dificuldade de resolver a questão neste período eleitoral. Há alternativas, mas que precisam ser amadurecidas. Alguns gestores posicionaram-se fortemente quanto à questão, cobrando efetividade na solução dos problemas, visto que a população está desassistida.

**Reunião ordinária, conjunta, 02/12/14:** Secretário de Saúde [...] relatou que os recursos recebidos do estado destinados para o Serviço de Atendimento Especializado em DST, HIV/AIDS (SAE) não são suficientes para o seu custeio, acredita ser difícil conseguir algum incentivo estadual nesse período de transição de governo, e sugeriu um cofinanciamento pelos municípios que compõe a região de saúde [...].

Períodos de mudança de gestão são momentos críticos, nos quais interesses políticos são colocados em jogo, o que pode prejudicar processos estabelecidos. Machado (2013) refere que existem “dois jogos alinhados, o jogo da barganha nas relações intergovernamentais e o jogo do sucesso eleitoral”, e que os gestores tendem a privilegiar seus ganhos eleitorais, principalmente quando os instrumentos de controle são frágeis.

No item **Urgência e Emergência**, fala-se da Rede de Urgência e Emergência (RUE), que foi pautada, diversas vezes, principalmente, para a discussão do Plano de Ação Regional (PAR) da RUE:

**Reunião ordinária, conjunta, 07/05/13:** [...] Plano de Ação Regional-servidor da CRS apresentou aos presentes o PAR de Urgências e Emergência, elaborado pelos representantes da CRS, com o levantamento situacional das áreas de saúde abrangidas pela nossa coordenadoria, com os objetivos, metas e desenvolvimento. Pediu aos secretários que tiverem sugestões para adequação do plano que enviem por e-mail [...]

E para as negociações necessárias, visando ao compartilhamento dos serviços e do custeio da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Lajeado:

**Reunião ordinária, conjunta, 03/12/13:** SMS Lajeado: solicitação de incentivo financeiro especial para custeio da UPA Regional, o secretário G. S. falou que a habilitação e a qualificação da UPA acontecerá no mesmo momento que o prédio estiver pronto, porém faltam os recursos de financiamento mensal. Disse da possibilidade de ser UPA I e atender Lajeado e alguns municípios pequenos.

Observou-se que o PAR foi realizado a partir do tensionamento para criação da UPA regional. O interesse estava em compartilhar o custeio necessário para seu funcionamento, no entanto os demais gestores não foram favoráveis e a UPA não foi incluída no PAR. Dessa forma, a UPA foi construída com um porte para atendimento regional, mas, atualmente, só atende ao município de Lajeado. Nesse contexto, ficam explícitas as divergências de interesses entre os diferentes atores, de um lado um município de maior porte que tensionou pela habilitação de um serviço regional, uma vez que a edificação já havia sido construída, e, de outro, municípios menores que não estavam dispostos a isso, visto que já tinham um compromisso assumido com o prestador que mantém diversos outros vínculos de dependência com eles.

No tema surgiu, também, a discussão da pactuação das Portas de Entrada da RUE, em que hospitais de pequeno porte aderiram. Entretanto, observou-se através das atas que alguns desses locais não possuíam, de fato, estrutura para suporte básico de urgência.

Além disso, discussões quanto à cobertura assistencial do SAMU foram suscitadas:

**Reunião ordinária, conjunta, 05/08/14:** CRS: servidora da CRS apresentou a alteração das referências de alguns municípios para o suporte básico do SAMU, esta alteração foi feita pois alguns municípios haviam sido referenciados por divisas territoriais, o que não foi aceito, pois toda a população de um mesmo município deve ser referenciada para um mesmo local. Alteração aprovada.

Chama a atenção quando esse critério é colocado com referência ao SAMU, pois, nesse caso, os limites territoriais podem significar um maior tempo para chegada do atendimento, o que pode ser responsável por agravamento das condições do paciente (Mendes, 2011). Pontua-se que deveria haver uma discussão e um consecutivo planejamento baseado em evidências que suportassem uma conformação da RUE, capaz de prover respostas de custo efetivas nos casos de emergência.

Compõem o item da **Vigilância em Saúde**: a vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância sanitária e vigilância nutricional. A descentralização das ações da vigilância sanitária e a saúde do trabalhador foram os assuntos mais discutidos:

**Reunião ordinária, conjunta, 04/06/13:** Setor de vigilância sanitária: Servidora coordenadora do Núcleo Regional de Vigilância em Saúde (NUREVS) apresentou aos presentes sobre a necessidade da descentralização das ações de Vigilância em saúde para os municípios, uma vez que o Decreto 7.508/11 cita que o município tem responsabilidade sanitária sobre estas ações, recebendo recursos da união e do estado para executá-las.

A partir do Pacto de Gestão em 2006, e posteriormente do Decreto 7.508/11 de 2011, os municípios começaram a assumir a gestão dessas ações, mas o que se percebe é um rol de ações pactuadas com o Ministério da Saúde, sem critérios estabelecidos regionalmente e sem autonomia de gestão por parte dos municípios.

Portanto, observou-se que, apesar dos avanços, um dos problemas que fica evidente no processo da descentralização é a prática de desresponsabilização entre os entes federados, o que dificulta a atuação dos municípios no que diz respeito à gestão de alguns serviços e dos recursos financeiros disponibilizados (DUARTE *et al.*, 2015). Nesse sentido, os municípios ainda resistem em assumir algumas responsabilidades por, aparentemente, não possuírem estrutura para absorver novas demandas, o que foi compreendido na leitura das atas.

Por fim, cabe retomar a importância do COAP como instrumento relevante em todo esse processo, uma vez que seu objeto é a organização e integração das ações e serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos. No entanto, nas atas analisadas o COAP foi citado somente duas vezes: primeiramente, em uma reunião da CIR de 2012, através da fala de um gestor, o qual “solicita um breve curso de capacitação, tendo em vista a complexidade do tema”, e, posteriormente, já em 2015, quando “servidor da CRS informou que ainda há municípios que não assumiram os contratos de seus prestadores, e essa é uma condição para a assinatura do COAP”.

Desse modo, entende-se que parece haver um desconhecimento e uma aparente acomodação acerca do COAP, tanto no que tange à gestão dos municípios, quanto por parte do Estado. Foram quatro anos de reuniões analisadas através das atas, nas quais a necessidade de contratualização regional através do COAP nunca foi elencada. É recente a tentativa de introduzir a metodologia dos contratos e pactos entre os gestores, porém o COAP é um avanço e precisa ser priorizado (SANTOS e CAMPOS, 2015).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro ponto que trazemos é que a CIR é um espaço de discussão dos mais diversos interesses, pautada principalmente por questões pertinentes à política de saúde do município em si e não da região. Nos itens elencados para discussão nas reuniões, observou-se uma gama de assuntos relacionados a propostas para adesão a programas ou à aquisição de bens para os municípios, notoriamente por indução do Ministério da Saúde ou Governo Estadual, sem que fosse discutido e planejado regionalmente, principalmente quando se fala de bens, ações e serviços de atenção especializada e hospitalar.

As análises que resultaram dessa pesquisa foram capazes de agregar valor à compreensão de como vem ocorrendo o processo de construção e consolidação da regionalização na Região 29 - Vales e Montanhas do RS. No entanto, pode ser observada a fragilidade que a diretriz encontra quando os parâmetros constituídos na literatura e na política pública vigente são colocados em evidência e passam a ser objeto de análise, mostrando que essa arena política, a qual deveria ser determinante na constituição de uma RAS custo efetiva para os cidadãos da região, não coloca efetivamente em pauta essa discussão.

Há uma inversão de prioridades no processo de regionalização. As necessidades e recursos que a Região de Saúde possui quanto às ações e aos serviços nos diferentes níveis de atenção deveriam ser levados em conta e discutidos no colegiado quando ocorre a contratualização. Seria oportuno avaliar o Mapa de Saúde da região para que não houvesse duplicidade de ações e serviços em uma área e falta em outras. Porém, o que acontece, na maioria das vezes, é que a contratualização se dá pela oferta gerada pelos prestadores em benefício próprio, em detrimento ao que seria elencado para satisfazer o que a região necessita. Isso demonstra que a Região de Saúde Vales e Montanhas ainda parece muito dependente dos interesses dos prestadores para atender às suas necessidades. Além disso, os gestores podem vir a ser politicamente pressionados para dar conta das demandas que envolvem, especialmente, a atenção especializada.

Também foi possível notar o desenvolvimento das Redes de Atenção Psicossocial, Rede Cegonha e Rede de Atenção às Urgências. A respeito disso, pontuamos que há a necessidade de consolidação de outras Redes Temáticas, tais

como a Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e de Cuidado à Pessoa com Deficiência, a respeito das quais não foi encontrada discussão nas atas estudadas.

Outra fragilidade que esse estudo encontrou está no fato de que, no Brasil, apesar da regionalização ser um pressuposto legal, não se tem a figura do gestor regional, como em outros países. É provável este seja um dos grandes entraves do processo de regionalização. Para Santos e Campos (2015), é possível unir as individualidades municipais para poder gerar uma unidade regional, porém a resposta centra-se na constituição de uma instância unificada de gestão e planejamento regional, com comando único na região, capaz de não somente identificar um território e sua população, mas que tenha condições de assumir a gestão dos serviços, ações e planejamento do gasto nesse território.

Esses autores sugerem algumas possibilidades de mudança para que o SUS seja orientado pela regionalização e destacam a necessidade dessas mudanças serem centradas na Região de Saúde, integração de serviços, governança regional e autoridade sanitária regional. Dessa forma, elencam como uma alternativa a criação de associações regionais de apoio aos entes para gestão do COAP, como meio de avançar na governança do SUS regional. Ainda, nesse sentido, referem que é necessário qualificar a gestão e pensar meios para que se possa evoluir para uma entidade regional que consiga operacionalizar os serviços na Região de Saúde (SANTOS e CAMPOS, 2015).

Nas atas analisadas, não percebemos algum empoderamento dos gestores ou dos próprios técnicos sobre este espaço (CIR), no sentido de trabalhar para que fosse usado como espaço de se pensar a região, como previsto no arcabouço legal do SUS.

Durante o presente estudo, respondendo ao objetivo, foi visto que, quanto mais a Região de Saúde estiver organizada em redes, com linhas de cuidado pré-definidas, maior a possibilidade de a regionalização acontecer de acordo com o que foi estabelecido pelo Decreto 7.508/11.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.V.; VIANA, A.L.d'A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde Debate**, v.39, n. especial, p.28-38, 2015.

BARRIOS, S.T.G. **Micropolítica e gestão regionalizada da saúde**: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do estado do Rio Grande do Sul. 2009. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Santa Maria.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, prevenção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 399. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006** — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, 30 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa e dá outras providências**. Diário Oficial da União. 20 jun. 2011a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011b. **Regula o acesso à informação**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm)>. Acesso em: 19 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial**. Diário Oficial da União, 23 dez. 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

CARDOSO, F.M.C.; MACEDO, J.P.S. A Regionalização da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí: Caminhos e Percursos. **Revista FSA**, v. 13, n. 4, p. 235-261, 2016

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CGU. Controladoria Geral da União. Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012. **Direito de acesso à informação**. Diário Oficial da União, 16 mai. 2012.

CIC Vale Taquari. **O Vale do Taquari**. Portal do Vale do Taquari. Disponível em: <<http://www.cicvaledotaquari.com.br/portal/index.php/cic-vt/o-vale-do-taquari>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em 19 jul. 2016.

COREDE. Conselho Regional de Desenvolvimento. **Perfil Socioeconômico COREDE Vale do Taquari**. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/perfilsocioeconomico/coredes/detalhe/?corede=Vale+do+Taquari>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

DOURADO, D.A.; ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n.1, p. 204-211, 2011.

DUARTE, L. S.; PESSOTO, U.C.; GUIMARÃES, R.B.; HEIMANN, L.S.; CARVALHEIRO, J.R.; CORTIZO, C.T.; RIBEIRO, E.A.W. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva em análise. **Saúde Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015.

FERLA, A.A.; CECCIM, R.B.; SCHAEGLER, L.I.; DARON, V.L.P.; BILIBIO, L.F.S.; SANTOS, L.; HERRERA, H.T. Educação permanente e a regionalização do sistema estadual de saúde na Bahia: ensino aprendizagem e política de saúde como composição de tempo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p.7-21, 2009.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A (orgs.). *Gestão em Redes*. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ, 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistência. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 51, p. 30-37, 2014.

JUNIOR, A. P.; JUNIOR, L. C. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para Saúde**, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2009.

KEHRIG, R.T.; SOUZA, E.S.; SCATENA, J.H.G.. Aproximações à institucionalidade, governança e gestão na regionalização da saúde. In: SCATENA, J.H.; KEHRIG, R.T.; SPINELLI, M.A.S. **Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. São Paulo: Hucitec, 2014.

KUSCHNIR, R.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W.F.; MACHADO, C.V. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: OLIVEIRA, R.G.; GRABOIS, V.; JUNIOR, W.V.M. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009.

LARA, N.C.C.; MENDES, A.N. As políticas de regionalização do SUS: construção histórica e embates. In: **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/064.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

LIMA, L.D.; VIANA, A.L.d'A.; MACHADO, C.V.; *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

MACHADO, J.A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma 'regionalização solidária e cooperativa'?. In: HOCHMAN e FARIA (orgs.). **Federalismo e Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

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

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

PINTO, H. A.; SALES, M. J. T.; OLIVEIRA, F. P.; BRIZOLARA, R.; FIGUEIREDO, A. M.; SANTOS, J. T. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 51, p. 105-120, 2014.

RIGHI, L.B. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D.F.; CRUZ, I.B.M. (orgs.). **A saúde coletiva: diálogos contemporâneos**. Ijuí: Unijuí, 2005.

ROESE, A. **Planejamento regional ascendente e regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde**. 2012. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre.

ROESE, A.; GERHARDT, T.E.; MIRANDA, A.S. Análise estratégica sobre a organização da rede assistencial especializada em região de saúde no Rio Grande do Sul. **Saúde Debate**, v. 39, n. 107, p.935-947, 2015.

SANTOS, L.; CAMPOS, G.W.S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 24, n. 2, p.438-446, 2015.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**, Rio de Janeiro: v. 13, n. 2, p. 15-26, 1999.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANE, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p.1-15, 2009.

SCHWEICKARDT, J.C.; LIMA, R.T.S.; CECCIM, R.B.; FERLA, A.A.; CHAVES, S.E. **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

SES-RS. Resolução CIB nº 112, de 30 de abril de 2010. **Aprova, em caráter provisório, a Rede de Referências em Traumatologia-Ortopedia no âmbito do Rio Grande do Sul**. Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2010.

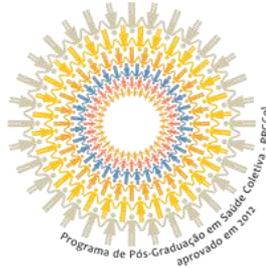
\_\_\_\_\_. Resolução CIB nº 555, de 19 de setembro de 2012. **Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul**. Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2012

\_\_\_\_\_. **Secretaria Estadual da Saúde**. Disponível em:  
<[http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias\\_Regionais](http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias_Regionais)>. Acesso em: 19 jul. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

VIANA, A.L.d'A.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M; LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.V.; IOZZI, F.L. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em perspectiva**. São Paulo, v. 22, n. 1, p.92-106, 2008.

## APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGCoI)

Ao Senhor Vitor Hugo Gerhardt  
Coordenador Regional de Saúde

### SOLICITAÇÃO

Eu, Ana Gleisa Cargnelutti, aluna do Mestrado Acadêmico na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, venho mui respeitosamente, solicitar acesso as ATAS das reuniões da Comissão Intergestores Regional, desde o ano de 2011, para serem utilizadas como documento fonte para minha pesquisa intitulada: GESTOR DA SAÚDE E PROTAGONISMO NA REGIONALIZAÇÃO NO SUS: estudo desenvolvido na região Vales e Montanhas do RS. Onde realizarei um estudo a cerca do protagonismo dos gestores nas reuniões da CIR.

Sem mais, reitero votos de estima e consideração.

Att,

Ana Gleisa Cargnelutti

Mestranda UFRGS

Lajeado, 24/05/2016

## APÊNDICE B

### Quadro referência atas CIR, ano 2012<sup>1</sup>

Data/extra/ordi/ conjunta ou não	Encaminhamentos	Quem pautou? Como?	Presenças
- dia e mês - Ordinária ou extraordinária - conjunta ou não	1. ... 2. ... 3. ... 4. ... 5. ...	Exemplo:  - CRS - presidente CIR - gestores - HBB - CORESVAT - COSEMS	- x gestores  - x técnicos CRS  - x outros

### REGIÃO DE SAÚDE DEVE CONTER NO MÍNIMO:

#### LEGENDA:

1. Atenção primária
2. Atenção psicossocial
3. Atenção ambulatorial especializada e hospitalar
4. Urgência e emergência
5. Vigilância em saúde

**Tabela 1:** Atenção primária:

DATA	PAUTA
Dia/mês/ano	1. Texto retirado da ata
Dia/mês/ano	2. Texto retirado da ata

**Tabela 2:** Atenção psicossocial:

DATA	PAUTA
Dia/mês/ano	3. Texto retirado da ata
Dia/mês/ano	4. Texto retirado da ata

**Tabela 3:** Atenção ambulatorial especializada e hospitalar:

DATA	PAUTA
Dia/mês/ano	1. Texto retirado da ata
Dia/mês/ano	2. Texto retirado da ata

<sup>1</sup> Optamos por não exibir as informações identificadas nas atas no intuito de preservar os atores que estiveram presentes nas reuniões da CIR que compõe a Região 29 – Vales e Montanhas do Rio Grande do Sul.

**Tabela 4:** Urgência e emergência:

DATA	PAUTA
Dia/mês/ano	1. Texto retirado da ata
Dia/mês/ano	2. Texto retirado da ata

**Tabela 5:** Vigilância em saúde:

DATA	PAUTA
Dia/mês/ano	1. Texto retirado da ata
Dia/mês/ano	2. Texto retirado da ata