

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva**

Débora Soledade de Oliveira

**A CONDUÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO EM PERNAMBUCO NA PERSPECTIVA DOS MEMBROS DAS  
CÂMARAS TÉCNICAS REGIONAIS**

**RECIFE**  
**2014**

Débora Soledade de Oliveira

A Condução da Regionalização em Pernambuco na Perspectiva dos Membros das  
Câmaras Técnicas Regionais

Monografia apresentada ao Curso de  
Residência Multiprofissional em Saúde  
Coletiva do Departamento de Saúde  
Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu  
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para  
a obtenção do título de especialista em  
Saúde Coletiva

Orientador: Ms. Francisco de Assis Silva Santos

Recife

2014

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

O48c Oliveira, Débora Soledade de.  
A condução da regionalização na perspectiva das Câmaras  
Técnicas Regionais/Débora Soledade de Oliveira. — Recife: [s. n.],  
2014.  
21 p.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) -  
Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães,  
Fundação Oswaldo Cruz.  
Orientador: Francisco de Assis Silva Santos.

1. Descentralização. 2. Regionalização. 3. Gestor de Saúde. 4.  
Federalismo. I. Santos, Francisco de Assis Silva. II. Título.

CDU 614

---

DÉBORA SOLEDADE DE OLIVEIRA

**A CONDUÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO EM PERNAMBUCO NA PERSPECTIVA DOS MEMBROS DAS CÂMARAS  
TÉCNICAS REGIONAIS**

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de especialista em saúde pública.

Aprovado em: 29/ 08/ 2014

BANCA EXAMINADORA

---

Ms.Francisco de Assis Silva

ASCES/PE

---

Dr. Kátia Rejane de Medeiros

CPqAM/FIOCRUZ

A condução da regionalização em Pernambuco na perspectiva dos membros das câmaras técnicas regionais

The conduct of Regionalization in Pernambuco in the Perspective of Members of the Technical Chambers

Débora Soledade de Oliveira <sup>1</sup>,

Francisco de Assis Silva Santos<sup>2</sup>

<sup>(1)</sup> Secretaria Municipal de Saúde do Recife.

<sup>(2)</sup> Associação Caruaruense de Ensino Superior- ASCES/PE.

Artigo a ser encaminhado para a Revista Physis: Revista de Saúde Coletiva.

OLIVEIRA, Débora Soledade. **A condução da Regionalização em Pernambuco na Perspectiva dos Membros das Câmaras Técnicas**. 2014. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

## RESUMO

O artigo analisa o processo regionalização em Pernambuco na perspectiva dos membros das câmaras técnicas, considerando os dilemas e os desafios existentes e as especificidades da configuração do sistema de saúde no estado.

Trata-se de um estudo de caso com base na abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no período de maio a agosto 2012, com 5 membros das câmaras técnicas. A coleta foi composta por realização de entrevista não estruturada ou guiada. Para análise dos dados foi utilizada a técnica realizada através da condensação de significados de Kvale (1996). Pela percepção dos membros das câmaras técnicas o estado vivencia a desigualdade na partilha e insuficiência de recursos financeiros, dificultando a implementação de medidas de regionalização no estado. Apontam uma relação conflitiva na execução do processo de planejamento ascendente e integrado quanto às estratégias de regionalização, estando os municípios vivenciando dificuldades que extrapolam os limites administrativos e financeiros. Os membros das câmaras técnicas indicam os dilemas e os desafios que interferem na negociação de políticas públicas para ações e desenvolvimento de ações regionalizadas em saúde. Colocando as estratégias de regionalização como medida importante para efetivação do direito a saúde.

Palavras-chaves: Descentralização. Regionalização. Gestor de Saúde. Federalismo.

OLIVEIRA, Débora Soledade. **The conduct of Regionalization in Pernambuco in the Perspective of Members of the Technical Chambers.** 2014. Monograph (Multidisciplinary Residency in Public Health)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

### **ABSTRACT**

The article analyzes the regionalization process in Pernambuco from the perspective of the technical chamber members, considering the dilemmas and the existing challenges and the specificities of the configuration of the health system in the state. This is a case study based on the qualitative approach. The study was conducted from May to August 2012, with 5 members of the technical cameras. The collection was composed by an unstructured or guided interview. For the analysis of the data, the technique was performed through the condensation of meanings of kvale (1996). By the perception of the members of the technical chambers the state experiences the inequality in the sharing and insufficiency of financial resources, making difficult the implementation of measures of regionalization in the state. They point to a conflictive relationship in the execution of the upward and integrated planning process regarding the regionalization strategies, and the municipalities are experiencing difficulties that go beyond administrative and financial limits. The members of the technical chambers indicate the dilemmas and challenges that interfere in the negotiation of public policies for actions and development of regionalised actions in health. Placing the regionalization strategies as an important measure for the realization of the right to health.

Key words: Decentralization. Regional Health Planning. Health Manager. Federalism.

## INTRODUÇÃO

A ação política da regionalização da saúde é antecedida por um longo processo de descentralização do poder público. Na Europa Ocidental e América Latina, a descentralização foi um fenômeno marcante dos processos de reforma dos Estados e dos sistemas de saúde, desde o final da década de 1970. Em grande número de países, por exemplo, Inglaterra, Canadá, Itália e Alemanha, a descentralização da política de saúde articulou-se à regionalização por meio de um arranjo de redes de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais (VIANA; LIMA, 2011).

Contudo, na América Latina, ambos os processos de descentralização e regionalização foram implantados com graus variados de articulação com o maior destaque para a descentralização. O caráter centralizador de organizar o poder público perdeu força devido ao aumento de gastos com política social. Isso ocasionou a descentralização da assistência e a publicização do setor saúde (GURGEL JUNIOR, 2004).

O resultado da estratégia de descentralização trouxera para a saúde nos anos de 1990, à incorporação, pelos municípios, da responsabilidade pela provisão de serviços em seus territórios. Porém, essa medida acarretou problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso, à intensa fragmentação e à desorganização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses problemas se davam dentre outros fatores, ao fato de extrapolarem os limites administrativos e a governabilidade das instâncias municipais necessitando da participação dos gestores estaduais no planejamento e consolidação de sistemas regionais de saúde (PEREIRA, 2009).

Considera-se que a tensão entre regionalização e descentralização da política de saúde acentuou-se no Brasil, pois o processo de descentralização fortaleceu a autonomia dos municípios. Enquanto a regionalização, mais tardiamente, trouxe maior responsabilidade das instâncias estaduais (PEREIRA, 2009).

Nesse estudo, utilizou-se o conceito de regionalização dado por Viana, Lima e Ferreira (2010) que o compreende como: um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, agentes, instituições, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui, ainda, a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território (VIANA, LIMA E FERREIRA, 2010).

Apesar de a regionalização estar presente como princípio do SUS na constituição de 1988 e na Lei 8080/90, somente é reforçada a partir de 2000, quando da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) que tem como instrumento de planejamento da regionalização o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI). Particularmente, de forma mais incisiva, após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, a regionalização foi concebida como uma estratégia para integração dos sistemas municipais (constituição de sistemas regionais), ampliação do acesso e redução da iniquidade em saúde (BRASIL, 2013).

Com a publicação do Decreto nº 7508, em 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 8080/ 1990 e traz de maneira mais clara a definição de Região de Saúde, agora pode-se ter oficialmente municípios com assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), assinados pelos prefeitos da região, com o governador e ministro da saúde. O COAP tem como objetivo a organização e a integração das ações e dos serviços em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2013).

Com vista a fortalecer o planejamento regional foram criadas as Comissão Intergestores Regionais (CIR). Que são instâncias para discussão e consensos. Contribui na formulação de políticas públicas de saúde, considerando as especificidades locorregionais. Articula e apoia os gestores e outros atores locais na implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde. São compostas por representantes da Região de Saúde e dos municípios (BRASIL, 2012).

Em Pernambuco, o processo de regionalização e a proposição de organização da rede de atenção por níveis de complexidade, resultaram na elaboração do PDR discutido e produzido entre os anos de 2001 e 2002, em conformidade às disposições da NOAS – SUS 01/01.

Após 10 anos do referido plano, houve um novo desenho da rede em Pernambuco como a criação de mais uma Região de Saúde com sede administrativa no município de Goiana, além da criação de outra macrorregião de saúde com sede administrativa em Serra Talhada, integrada pelas VI, X e XI

Regiões de Saúde, além destas apresentou outras alterações (PERNAMBUCO, 2011).

Considerando-se as mudanças ocorridas no PDR de 2011 no estado de Pernambuco e a publicação do Decreto 7508 que estabelece o COAP, mostrou-se uma revalorização do tema da regionalização no bojo da política nacional e na agenda dos governos estaduais. Existem poucos estudos que aprofundem a discussão acerca dos condicionantes do processo de regionalização no estado. Guimarães (2012) traz a perspectiva do gestor da Secretaria Estadual de Saúde na condução da regionalização em Pernambuco. O estudo de Reis; Cesse; Carvalho (2010) elaborou um modelo teórico-lógico e uma matriz de avaliação acerca das atribuições do gestor estadual na condução da regionalização. Mas nenhum estudo analisou a perspectiva dos membros da CIR sobre regionalização. Neste sentido, a pesquisa busca analisar o processo regionalização em Pernambuco na perspectiva dos membros das câmaras técnicas, considerando os dilemas e os desafios existentes e as especificidades da configuração do sistema de saúde no estado.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo de caso com base na abordagem qualitativa. A escolha pela metodologia qualitativa deve-se à sua capacidade poder de compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, e possibilitar um maior nível de profundidade e entendimento do fenômeno estudado (RICHARDSON, 1989).

O estudo foi realizado no período de maio a agosto 2012, com 5 membros das câmaras técnicas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A pesquisa foi realizada no Estado de Pernambuco, que se estrutura numa área de 98 Km<sup>2</sup>, e população superior a oito milhões de habitantes (PERNAMBUCO, 2012). As entrevistas foram realizadas nas quatro macrorregiões de saúde do Estado de Pernambuco (Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina), durante cursos de Gestão Regionalizada promovida pelo Estado de Pernambuco em parceria com o Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães.

Como critério de inclusão foram considerados os membros da (CIR) apresentaram boa capacidade de intervenção e opinaram sobre o tema no decorrer do curso e que disponibilizaram-se a participar da pesquisa. Como critério

de exclusão foi considerado sujeitos que demonstravam timidez e pouca capacidade de intervenção.

A coleta de dados foi realizada por entrevista não estruturada ou guiada. Para análise dos dados foi utilizada a técnica da condensação de significados de Kvale (1996). Esta técnica consiste no resumo dos significados encontrados no conteúdo das entrevistas, em um formato condensado, sem perder a sua essência. A aplicação desta técnica de análise foi realizada a partir da utilização da planilha de Condensação de Significados, instrumento que sistematiza as informações das entrevistas analisadas. Os passos para a organização e análise das entrevistas, procuraram seguir às orientações fornecidas pelo autor: leitura cuidados das entrevistas com a finalidade de compreender o sentido do todo; determinação das unidades de significados naturais conforme expressas pelo sujeito; definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível; questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo; e descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa (KVALE, 1996).

Os temas centrais mais relevantes guiados pelos entrevistados foram: Financiamento, Gestão compartilhada, Municipalização Autárquica.

Para garantir o anonimato dos sujeitos entrevistados e citados, foram utilizados códigos de identificação. A cada entrevista foi atribuído um número em ordem crescente e a letra “A” em maiúsculo, como exemplo A1 que significa entrevista nº1.

No que se refere às considerações éticas, a pesquisa foi realizada de acordo com os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando-se a integridade física e moral dos participantes. Para o sigilo das informações geradas através dos dados primários realizados durante o estudo, foram utilizados Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, sob registro nº 0037.0.095.408-11.

Vale ressaltar que o atual estudo faz parte da pesquisa intitulada “O impacto das Reformas Estruturais no SUS: uma análise compreensiva sobre gasto público, acesso e performance da assistência à saúde de 2006 a 2012”. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, sob o número CAEE – 0037.0.095.408-11. E o manuscrito é originário

da monografia da Residência em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-FIOCRUZ. Financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Não havendo conflito de interesse pelos autores.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

Em Pernambuco a partir da publicação do decreto 7508/ 2011 começa a haver uma discussão sobre o processo de regionalização no estado, introduzida pela secretaria estadual de saúde, mas discutida por diversos atores envolvidos.

Dentre as temáticas discutidas destacam-se as mais relevantes: Financiamento, Gestão compartilhada, Municipalização Autárquica.

### Financiamento

A categoria financiamento assume dimensão sobre pactuações interfederativas e alocação dos recursos financeiros na saúde.

Quando aborda-se o financiamento em saúde em Pernambuco, não pode-se deixar de dimensionar as peculiaridades da região Nordeste. Segundo Viana, Lima e Ferreira (2010) o Nordeste conheceu poucas experiências de regionalização, que estiveram mais voltadas para construção de pólos regionais de desenvolvimento, dando continuidade ao padrão de desigualdade pela concentração de riqueza, população e serviços básicos nas capitais e algumas poucas cidades médias no interior do estado. A concentração do financiamento e ações e serviços de saúde na região metropolitana do estado são apontados pelos sujeitos da pesquisa:

Eu não vejo uma nova macro sem investimento dentro de um contexto que encaminha os recursos para os grandes centros [...] cada vez mais a gente tem que continuar mandando, encaminhando referenciando para lugares distantes[...] (A1)

As regiões de desenvolvimento, se eu digo desenvolvimento econômico, elas talvez tenham servido de base para o planejamento da política estadual, para o planejamento dos investimentos do sistema de saúde [...]é o franco investimento na região metropolitana do estado de PE, seja, por exemplo, na construção de grandes hospitais É o fenômeno do desenvolvimento econômico concentrado numa única região [...] (A2)

[...] a região metropolitana ela deslancha [...] alguns investimentos são priorizados na região metropolitana [...] (A3)

[...] a gente sofre muito porque é visto que os grandes investimentos do estado são mais na região metropolitana até caruaru e alguma coisa em Petrolina, formando esse vazio assistencial tão falado pelo sertanejo [...] (A5)

As evocações expostas também corroboram com a afirmação de Andrade et al. (2004) à alocação de recursos do governo federal para estados e municípios, no que se refere à atenção básica, se baseia no tamanho populacional; quanto aos serviços hospitalares, os recursos são distribuídos a partir da oferta, o que tende a favorecer sua alocação nas localidades mais desenvolvidas. Assim, corroborando com (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010; MENDES, LEITE, MARQUES, 2012) via de regra a alocação de recursos ainda segue preceitos de produtividade e não de necessidades, recebe mais a localidade com um maior número de serviços (PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005).

Os entrevistados são unânimes em afirmar que a distribuição de recursos deve ser realizada de maneira equitativa, apesar de que no estado de Pernambuco a alocação de recursos atrela-se a critérios político-partidários:

Aqui a gente sofre muito com a aglomeração de serviços onde já existe, eu sou muito crítico ao Estado de Pernambuco porque eu não enxergo uma gestão com um olhar técnico para as necessidades de cada região, eu vejo muito a questão da mau política [...] resumidamente os critérios são político-partidários do que técnicos e de necessidade[...] (A1)

O grande desafio para o financiamento seria encontrar mecanismo que direcione a alocação de recursos de maneira equitativa e eficiente (PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005).

Ugáet al.(2003) aponta que o critério utilizado pela União para distribuição de recursos entre estados e municípios ainda são insuficientes para redução da desigualdade em saúde. É imprescindível que o gestor estadual contribua para a consolidação de um financiamento solidário entre as três esferas de gestão a fim de contribuir para a superação das desigualdades entre as regiões de saúde. Equacionando os recursos para reestruturação dos serviços de saúde e da organização de sistemas regionais de saúde, a partir da sua capacidade de captar recursos junto à esfera federal e de alocar os recursos com base nos critérios e parâmetros definidos (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010).

Em Pernambuco apesar das mudanças ocorridas no PDR de 2011, o estado não possui um PDI formal, sendo a CIB um importante espaço de governança das redes de atenção, podendo haver discussão sobre realocação de recursos (VIANA; LIMA, 2011).

Os membros das câmaras técnicas são unânimes em afirmar que deveria haver uma maior descentralização de recurso financeiro do estado para os municípios, tendo em vista que estes vivenciam dificuldades na execução de ações e serviços de saúde devido à escassez de recursos.

[...] A gente vê que o Estado tem receio de se desprender, de perder o controle dos recursos. No município a gente vive sufocada com tanta obrigação, por conta do município que muitas vezes não se organiza, mas a gente vê que o município tem capacidade, mas há uma resistência muito grande do Estado em relação aos recursos [...] (A1)

[...]e quando a gente faz a avaliação dos municípios vemos que o estado de Pernambuco é o que menos investe em recursos na rede municipal, embora tenha sempre justificado pela gestão estadual que estes recursos estão na alta e média complexidade [...] (A4)

[...] o estado de Pernambuco tem uma grande concentração de recursos, tem uma dificuldade extrema de descentralizar esse recurso [...] o estado eu vejo um pouco resistente no processo de descentralização de recursos financeiros (A5)

Em 2011 o Ministério da Saúde propôs através do Decreto 7508 o COAP, como um instrumento da gestão compartilhada, que tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos (BRASIL, 2011).

A maioria dos entrevistados suscita dúvidas se o COAP será um instrumento apenas cartorial ou através dele haverá a distribuição equitativa de recursos. Este descrédito se deve ao fato de já ter sido realizada várias programações e pactuações no estado, como a PPI, e a operacionalização ficou comprometida devido à carência de recursos financeiros.

O município vai entrar nesse decreto [...] No momento da avaliação foi colocado que o financiamento não ia mudar então a gestora decidiu aguardar mais um pouco em relação a esse processo [...] (A1)

A regionalização se estrutura com o financiamento e aí a gente consegue estruturar rede, mas está como estava antes é uma grande bagunça, acho que a partir de agora vai começar a pensar o que é regionalização, como ela acontece é a mudança que a gente quer, é o que vem acometendo nesse modelo agora em Pernambuco dessa transição [...]a PPI não deu certo isso é novo será que isso vai dá certo? (A3)

Quando cheguei aqui minha angustia foi muito grande, será que seria oportuno o COAP no momento de transição que estamos passando, se a gente nem estruturou o que a gente já tem [...] antes o planejamento durava um dia e as execuções anos. Que o planejamento dure mais e as ações de execução dure menos, ai entra nessa parte de terceiro setor, o COAP é contratações que vai ocorrer, mas que tem que está estruturado [...] (A3)

Os entrevistados comungam do pensamento de que é necessária uma melhor discussão sobre o reescalonamento do financiamento para o planejamento regional, a fim de que não se fortaleçam apenas determinados serviços, mas se fortaleça uma rede. Existem algumas medidas como o financiamento dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) estabelecido por meio da Portaria Nº 3.170, de 24 de dezembro de 2008, porém afirmam que as medidas adotadas não são suficientes para oferecer uma assistência integral a saúde.

[...] na própria legislação a gente identifica que a região não é um ente federativo e aí a questão do financiamento para os serviços que são regionais ainda é uma incógnita porque existe uma deturpação, por exemplo: existem alguns serviços que são de natureza regional que tem gerência municipal e aí fica difícil que ele seja executado dentro da perspectiva da política regional [...] (A1)

[...] porque trata da questão da regionalização numa perspectiva maior, vendo a necessidade de prevê um financiamento para a região, a necessidade de criação do conselho regional, seria o controle social no âmbito regional, e também funcionar mais com uma perspectiva de região [...] (A4)

[...] quando a gente não tem uma rede organizada, uma região clara e organizada o financiamento se torna também muito complexo porque você pode estar financiando pontos da rede e não ela como um todo e aí você pode fortalecer um determinado ponto e fragilizar os demais [...] (A2)

Na percepção dos membros das câmaras técnicas o estado vivencia a desigualdade na partilha e insuficiência de recursos financeiros, dificultando a implementação da regionalização no estado. Para isso se faz necessário uma discussão sobre financiamento regional. Há uma expectativa com relação ao COAP, com dúvidas se será um instrumento cartorial ou através dele haverá uma distribuição equitativa de recursos para saúde.

### **Gestão Compartilhada**

Para Tancredi, Barrios e Ferreira (1998) o planejamento estratégico, é descentralizado, ascendente quanto às decisões a serem tomadas. Matus (1972) entende o planejamento como uma alternativa aos problemas, uma possibilidade para o surgimento de soluções e uma nova forma da ação mais propositiva.

Com o Decreto 7.508/2011 o planejamento da saúde é colocado na centralidade da agenda da gestão, apontando como grandes desafios à necessidade de remodelagem e reordenamento dos instrumentos vigentes. O planejamento em

saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvindo os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros (BRASIL, 2011).

Os entrevistados são unânimes em afirmar que o planejamento deve ser ascendente e envolver o poder público nos três níveis de governo e nas regionais de saúde, com pactuações e aproximação entre os municípios para compartilhamento das dificuldades existentes.

De acordo com os membros das câmaras técnicas há um conflito inter federativo quanto ao planejamento das ações de regionalização no estado, fazendo-se necessário um planejamento ascendente e integrado coma participação dos municípios e das regionais.

[...] a gente tá trabalhado enquanto câmara técnica [...] realizamos um planejamento...a dificuldade tem sido de que estas decisões realmente sejam consideradas, isso a gente entende como um processo porque a própria CIB ainda não concebe à CIR como autônoma para as suas decisões[...] (A4)

Com o planejamento regional de saúde [...] isso vem sendo de certa forma tenso, não tenso do ponto de vista do embate, mas tenso do ponto de vista da discussão, do ponto de vista do diálogo [...] Contudo, se não há nesse nível de poder, seja estadual, federal ou municipal, um alinhamento de ideias, essas vaidades vão conflitar em algum momento [...] (A2)

Então as coisas chegam de uma maneira muito rápida, e a gente não consegue parar pra pensar e analisar realmente se é bom, se é válido [...] Então a gente precisa amadurecer mais no diálogo sem juízo de valor, um diálogo onde ambas as partes sedam com foco na melhora do serviço (A1).  
[...] antes de implantar serviços novos, precisa antes conversar com os gestores locais para ver as dificuldades que os serviços existentes [...] (A5)

Todos os membros das câmaras técnicas afirmam que a condução da regionalização deve ser realizada pelo estado. Os achados do estudo também corroboram com estudo de Viana e Lima, (2011) que afirmam que o planejamento das estratégias de regionalização se dá com a condução mais unilateral e centralizada pelo estado.

[...] então a gente não analisa, e agente termina pactuando... as coisas já chegam muito bem definidas pelo estado[...]Você num tem tempo de fazer uma análise, de juntar uma equipe[...] (A1)

Historicamente as regionais de saúde não foram consideradas dentro de um processo de descentralização, isso o estado sempre foi quem fez o planejamento, quem monitorou tudo (A4).

[...] o estado vem gradativamente se aproximando dos municípios[...] Mas a gente ainda precisa de um avanço nesse sentido, de que o estado esteja cada vez mais presente, de que as regionais sejam de fato fortalecidas, há

um processo em andamento nesse sentido de instituir o planejamento nas regionais,... de construção, mas ainda, ainda é tímido, precisa avançar mais, ainda há a necessidade do estado demonstrar para os municípios esse compromisso de fazer a cogestão das ações de saúde de forma mais articulada, integrado com os municípios... não podemos negar, avançou, mas precisa avançar mais[ ...] (A2)

[...] na questão da regionalização, de quando se abre um fórum de regionalização, o conselho, o controle social, os gestores e técnicos são altamente participativos, participam da construção do projeto do desenho, de tudo, opina, a gente tem discussões muito produtivas, onde identificam os problemas e propõe soluções, só que no momento da efetivação, da decisão, muitas vezes tudo aquilo que é discutido não é levado em consideração, é o que já tá pré-pactuado, pré-conformado antes do processo, então fica mais ou menos, no qual só participou e não dizer que você ficou de fora, mas no momento da decisão, o modelo já tá pré-concebido e é ele que prevalece (A5)

Segundo estudo de Guimarães (2012), apesar de o gestor estadual ter conhecimento do arcabouço legal e normativo do processo de regionalização e da sua importância ainda há um distanciamento sobre o conhecimento e estratégia de operacionalização, o que também corrobora com os dados da pesquisa:

[...] Do ponto de vista aí acho que teve um grande avanço no processo de regionalização, e do ponto de vista prático mesmo, as coisas ainda estão muito na ideia das proposições [...] (A5)

[...] Para a regionalização nós temos ainda [...] desafios bem complexos, a agente não conseguiu avançar do ponto de vista de rede... a regionalização não deu conta disso. O planejamento é uma coisa muito cartorial, houve a aprovação, mas não há nada de concreto, a concretude não se deu, isso mostra fragilidades do processo de regionalização (A2)

Outro aspecto levantado pelos membros das câmaras técnicas é que o planejamento das ações de políticas e programas do Ministério da Saúde sejam desenvolvidos e operacionalizados considerando a necessidade e as características regionais.

Pelas características apresentadas pelos membros das câmaras técnicas percebe-se o estado de Pernambuco vivencia um conflito no processo de planejamento ascendente e integrado quanto às estratégias de regionalização. Apresentando um planejamento mais centralizado no estado sem considerar as características locoregionais e orientações do Decreto 7508/2011.

### **Municipalização Autárquica**

Para Mendes (2001) o processo de descentralização enfocou os milhares de municípios existentes, provocou a atomização de sistemas municipais de saúde, ou

a municipalização autárquica, conduzindo a um modelo de assistência municipalista, no qual a atenção à saúde é expandida sem nenhuma articulação regional.

Essa descentralização municipalista fortaleceu os atores municipais e trouxe novos dilemas e desafios para a construção do pacto federativo. Pode-se tomar o lado positivo desse processo, no sentido da consolidação da democracia e construção de um sistema federativo; porém grande parcela dos municípios brasileiros depende das transferências fiscais de outras esferas de governo, pois não tem arrecadação própria significativa e possui uma capacidade restrita de aumentar seu grau de independência política e financeira a partir do processo de descentralização (PEREIRA, 2009).

A regionalização, mais tardiamente, veio agregar maior responsabilidade das instâncias estaduais, cujo papel esteve negligenciado ou insuficientemente definido pelo arcabouço do SUS até o início da década de 2000. É nesse momento que a regionalização ganha força no debate setorial, institucionalizando-se como política capaz de reverter o municipalismo radical em curso (SOUZA, 2011)

Para Santos (2013) é necessário regionalizar e descentralizar a fim de inibir os efeitos negativos da descentralização como isolamento do ente federativo, falta de conhecimento das realidades do entorno, fragmentação e enfraquecimento dos serviços.

Na percepção dos membros das câmaras técnicas, essa municipalização autárquica é nítida entre os municípios Pernambucanos. Os municípios convivem com dificuldades que extrapolam os limites administrativos da governabilidade das instâncias municipais, sendo necessária a consolidação de sistemas regionais de saúde. Além das dificuldades internas, convivem com as exigências do estado, que cobra dos município o que estes não tem condições de executar seja por deficiência administrativa, financeira ou de recursos humanos.

[...] aí o município se tornou protagonista do processo de gestão da saúde [...] mas isso também se tornou um processo perverso porque também foram incorporadas responsabilidades que a imensa maioria dos municípios não estava preparada para assumir [...] ele arca com a maior parte das despesas...(A2)

Quando o município não chega a algum indicador, a gente escuta muito do estado que é sua obrigação, porém quando é algo que é obrigação do Estado e ele não realiza sempre encontra uma resposta plausível. O município sempre termina ser o bandido da história, o grande culpado, é o que gera tantas discussões e tantos questionamentos [...] (A1).

[...] estado está muito de cobrar e não de ser parceiro dos municípios, deveria ser mais parceiro, apoiar mais o município, a gente tem alguns eventos claros, da inoperância do estado [...] (A5)

Pelo discurso dos sujeitos é necessária a participação dos gestores estaduais no planejamento e consolidação de sistemas regionais de saúde. O estado é responsável pela articulação e coordenação do processo de regionalização, das referências intermunicipais, reorganizando a lógica do financiamento (PESTANAS; MENDES, 2004).

[...] os municípios colocam no estado talvez um papel de salvador da pátria, ou seja, se o estado chegar, se o estado se fizer presente tudo pode melhorar e isso é uma visão que o município tem e eu não acho que seja tão utópica, eu acho realmente que o estado tem um papel central no processo de financiamento, no processo de gestão e, sobretudo no processo de instituição e organização da rede de atenção à saúde” (A2)

Os entrevistados foram unânimes em afirmar no entendimento que a política de regionalização é uma forma de relacionar-se com outras cidades de forma organizada, visando facilitar a oferta de serviços existentes. Apesar das dificuldades apresentadas, houve avanços no sentido da regionalização no estado como o fortalecimento das GERES. Mas ainda há muito a ser realizado sendo necessário que seja efetivada um modelo de cooperação e coordenação das ações conjuntas por parte dos entes federativos e regiões.

[...]é importante ressaltar que o estado está se fazendo mais presente do que no passado, a política estadual, ela talvez esteja sendo mais respeitada nos espaços de cogestão, nos espaços colegiados, da Comissão Intergestora Regional, essa comissão vem sendo fortalecida inclusive nesse momento que a gente se encontra aqui é uma realidade, mas ainda precisamos intensificar a concretização da política estadual de saúde[...] As GERES foram enfraquecidas ao longo de vários anos, não sei e prefiro talvez nem recordar em que momento começou a ser enfraquecido e também não consigo precisar em que momento começou a fortalecer, mas que isso vem ocorrendo, isso é um fato. (A2)

Está tendo um amadurecimento agora de regionalização apesar de a gente vir falando de regionalização há muito tempo, desde 90 a gente já fala nisso, mas o que está se efetivando no estado de Pernambuco agora. (A3)  
[...] vem agora o fortalecimento das GERES [...] há projetos pra melhoria, o Estado dá suporte a autonomia, esse processo é de fundamental importância. (A3)

[...] Através da efetivação do PDR [...] começaram a visitar, começaram a vê quais eram as nossas deficiências, o que é que a gente tinha de fragilidade, o que a gente tinha de potencialidade, e começou a se estruturar esse modelo, e começaram a vim esse modelo de macro que é excelente, começaram a vê o que é que tem em comum entre as regionais, viram o que eram mais parecidos num grupo e juntaram. Quem é que tem mais fragilidade, quem é que tem mais potencialidade, o que um município pode ajudar o outro, quando eles começaram a ver por essa ótica então realmente começou a andar [...] (A4)

Pela percepção dos sujeitos envolvidos, os municípios convivem com dificuldades que extrapolam os limites administrativos e financeiros dos municípios, sendo as estratégias de regionalização importante para efetivação do direito a saúde. E apesar de haver avanços quanto à regionalização como o fortalecimento das GERES, ainda há muito a ser feito na implementação de medidas de ações regionalizadas a fim de romper com a municipalização autárquica e fragmentação do sistema.

## **CONCLUSÃO**

Os achados indicam que o estado de Pernambuco vivencia a desigualdade na partilha e insuficiência de recursos financeiros, levando a um prejuízo na implementação da regionalização. Há conflitos para efetivação de um planejamento ascendente e integrado entre as três esferas de governo e regiões de saúde, com um planejamento mais centralizado no estado.

Apesar de haver avanços no processo de regionalização, é necessário romper com o planejamento sem base territorial e afastada da realidade loco regional. Os achados fortalecem a necessidade de pactuação e aproximação entre os municípios, a fim de romper com um modelo de assistência municipalista, no qual a saúde é expandida sem nenhuma articulação regional.

Os membros das câmaras técnicas vivenciam diariamente em sua prática profissional as negociações e pactuações que interferem diretamente na condução da regionalização no estado. Por atuarem nas regionais de saúde como atores que articulam e apoiam os gestores e outros atores locais na implementação do monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde. É de grande relevância compreender através da percepção desses atores os dilemas e os desafios que interferem na negociação de políticas públicas para ações e desenvolvimento de ações regionalizadas em saúde.

Para melhor entender o processo de regionalização no estado de Pernambuco é necessário um estudo avaliativo que busque melhor entender a condução do processo de regionalização em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M. V. et al. Metodologia de alocação equitativa de recursos: uma proposta para Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. Disponível em: <[www.ripsa.org.br/lildbi/docsonline/get.php?id=109](http://www.ripsa.org.br/lildbi/docsonline/get.php?id=109)>. Acesso em 05 ago. 2014.

BRASIL. Portaria nº 1.987, de 12 de setembro de 2012. Diário Oficial da República Federal do Brasil, Brasília, DF, p. 138-139, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011. Brasília. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 05 de jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno Diretrizes, Objetivos e Metas. Brasília, DF 2013.

FREESE, E.; MACHADO, E.; CESSE, E. Analisando situações de governo em municípios pernambucanos: quem busca e quem produz mudanças na gestão do SUS. In: FREESE E.(org.). Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE. 2004. p. 261-296

FREESE, E.; SAMPAIO, J.; CESSE, E. Avaliação no Sistema Único de Saúde. In: AUGUSTO L.G, CARNEIRO R.M, MARTINS P.H. Abordagem ecossistêmica em saúde: ensaios para o controle da dengue. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. p.54-64.

GUIMARÃES, V.L.B. O processo de regionalização da saúde em Pernambuco, na perspectiva da gestão estadual. 2012. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

GURGEL JUNIOR, G. D. A Reforma do Estado e o Sistema Único de Saúde no Brasil. In.: FREESE, E. Municípios: A gestão da mudança em saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE. 2004. p. 25-44.

IBGE. Pernambuco 2012. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=261160>>. Acesso em: 05 julh. 2014.

KVALE, S. Interviews. An introduction to Qualitative Research Interviewing. New Delhi: Publications, 1996.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. A. Fundamentos de metodologia científica. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MATUS, C. Estrategia y plan. Santiago de Chile: Editorial Universitária, 1972.

MENDES, Á. ; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma metodologia para alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 3, p.673-690, 2012.

MENDES, E.V. Os grandes dilemas do SUS: tomo I e II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. Pacto de gestão: da municipalização Autárquica à regionalização Cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais, 2004. Disponível em: <<http://educacaominassaude.com.br/workspace/uploads/publicacoes/pacto-de-gestao-da-municipa-5102e2e841128.pdf>>. Acesso em: 05 de jul. 2014.

PELEGRINI, M.L.M., CASTRO J.D., DRACHLER M.L. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p. 275-86, 2005.

PEREIRA, A. M. M. Dilemas federativos e a regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Ed. da UFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 65-102.

PEREIRA, A.M.M. Dilemas federativos e a regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais: 2009. Dissertação (mestrado): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Recife, 28 de dezembro de 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao\\_final1.doc\\_ao\\_conass\\_em\\_jan\\_2012.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2014.

PRESTES, M. L. A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia. 3. ed. São Paulo: Rêspel, 2008.

REIS, Y.A.C.; CESSÉ, E.A.P.; CARVALHO, E.F. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, v.10, n.1 p.157-172. 2010.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.

SANTOS, L. Sistema único de Saúde: Os desafios da gestão Interfederativa. São Paulo: Saberes, 2013.

SOUZA, R.R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciências e Saúde Coletiva; Rio de Janeiro, v.6, n.2 p.451-455. 2001.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em Saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da UPS, v. 2. 1998.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciência e Saúde Coletiva. Rio Janeiro, v. 8, n.2, p.417-437, 2003.

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

VIANA, A. L. D; LIMA L. D; FERREIRA M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2317-2326, 2010.