

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

PRISCILA FARFAN BARROSO

**O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL:**
visão a partir de três macrorregiões de saúde

Porto Alegre

2021

PRISCILA FARFAN BARROSO

**O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL:**

visão a partir de três macrorregiões de saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Especialização em Saúde Pública do
Departamento de Medicina Social da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito para obtenção do título de
Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Barroso , Priscila Farfan
O processo de regionalização do Sistema Único de
Saúde no estado do Rio Grande do Sul: visão a partir
de três macrorregiões de saúde / Priscila Farfan
Barroso . -- 2021.
50 f.
Orientador: Roger dos Santos Rosa.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Saúde Pública, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Regionalização. 2. Planejamento em Saúde. 3.
Saúde Pública. 4. Direção e Governança do Setor de
Saúde. 5. Negociação. I. Rosa, Roger dos Santos,
orient. II. Título.

RESUMO

Este estudo visou caracterizar o processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), no estado do Rio Grande do Sul, a partir de três macrorregiões de saúde: Metropolitana, Serra e Missioneira. A pesquisa foi realizada em 2021, por meio de levantamento documental e de metodologia qualitativa, com entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram realizadas com gestores do nível regional da gestão estadual. Os resultados revelam que há uma relação entre os determinantes e condicionantes de saúde e o processo de regionalização do SUS no RS. A Macrorregião Serra tem melhores indicadores e apresentou maior facilidade para implementar as ações relativas ao processo de regionalização, já a Macrorregião Missioneira tem piores indicadores e demonstrou mais dificuldade neste processo. A Macrorregião Metropolitana tem indicadores intermediários, concentra serviços de saúde de maiores complexidade, tem maior população para ser atendida e revela maior complexidade na implementação do processo de regionalização.

Palavras-chaves: Regionalização; Planejamento em Saúde; Saúde Pública; Direção e Governança do Setor de Saúde; Negociação.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the process of regionalization of the Unified Health System (SUS), in the state of Rio Grande do Sul, from three health macro-regions: Metropolitana, Serra and Missioneira. The research was carried out in 2021, through a documentary survey and qualitative methodology, with semi-structured interviews. The interviews were carried out with managers at the regional level of state management. The results reveal that there is a relationship between health determinants and conditions and the process of regionalization of the SUS in RS. The Macroregion Serra has better indicators and showed greater ease to implement actions related to the regionalization process, while the Macroregion of Mission h-as worse indicators and showed more difficulty in this process. The Metropolitan Macroregion has intermediate indicators, concentrates health services of greater complexity, has a larger population to be served and reveals greater complexity in the implementation of the regionalization process.

Keywords: Regionalization; Health Planning; Public health; Direction and Governance of the Health Sector; Negotiation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Macrorregião e CRS dos entrevistados	21
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CGR/COGERE	Colegiados de Gestão Regionais
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIB/Regional	Comissão Intergestores Bipartite Regional
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Nacional dos Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
CRS	Coordenadorias Regionais de Saúde
ESP	Escola de Saúde Pública
FADERGS	Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul
GM	Gabinete do Ministro
IMED	Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas de Operacionais Básicas
OFTALMO	Oftalmologista
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PROCERGS	Centro de Tecnologia da Informação e Comunicação do Estado do Rio Grande do Sul
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REUMATO	Reumatologista
RS	Rio Grande do Sul
SES/RS	Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Live e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
TRAUMATO	Traumatologista

Sumário

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE PESQUISA	8
1.2 JUSTIFICATIVA	10
1.3 OBJETIVOS	11
1.3.1 Objetivo Geral.....	11
1.3.2 Objetivos Específicos.....	11
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	13
3. DESENVOLVIMENTO DE CONTEÚDO	15
3.1 REVISÃO TEÓRICA.....	15
3.2 ANÁLISE DE DADOS	20
3.2.1 Regionalização do SUS na Macrorregião Metropolitana.....	22
3.2.2 Regionalização do SUS na Macrorregião Serra.....	27
3.2.3 Regionalização do SUS na Macrorregião Missioneira.....	31
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	37
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE A - ROTEIRO DE TEMAS NORTEADORES	46
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	47

1 INTRODUÇÃO

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE PESQUISA

A regionalização está prevista na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, foram criados mecanismos jurídicos (BRASIL, 1996; BRASIL, 2001; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011) que permitissem a implementação desse princípio na organização das ações e serviços públicos de saúde disponíveis.

O Ministério da Saúde lançou as Normas Operacionais Básicas (NOB) que discorriam sobre regras formas e operacionais do SUS. Inicialmente, foram criadas a NOB nº 01/91, que discorria sobre formas de pagamento pela produção de serviços; equiparava prestadores públicos e privados, além de estimular a municipalização da saúde; e a NOB nº 01/92, que incluía diferentes atores no SUS; destacava o aspecto processual da construção do SUS e enfatizava elementos da descentralização, como autonomia e democracia. Em seguida, a NOB nº 01/93 estabeleceu normas para habilitação do estado e do municipal na gestão dos serviços de saúde e criou a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como instâncias formais de negociação e acordos entre entes governamentais de diferentes níveis; e a NOB nº 01/96 propôs novos ajustes para reorganização do SUS. Essas normas partem da própria descentralização estabelecida na organização administrativa da União, dos estados e dos municípios.

O Rio Grande do Sul conta com as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRSs), instituídas desde 1964, que são espaços administrativos da Secretaria Estadual da Saúde do RS (SES/RS) distribuídos pelo estado, com servidores estaduais, para apoiar e organizar serviços de saúde junto aos municípios. Até 2020, havia 19 CRSs, agrupadas em sete macrorregiões, sendo elas (I) Metropolitana, (II) Serra, (III) Vales, (IV) Centro-oeste, (V) Missioneira, (VI) Norte e (VII) Sul. No SUS, a tomada de decisão tem sido induzida por instâncias de pactuações entre gestores de diferentes recortes territoriais.

Foi implementado no estado, então, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) por meio da Portaria RS nº 09/1993 para formular, executar e acompanhar os processos de negociação e decisão entre gestor estadual e os gestores municipais por meio da pactuação consensual. Em 2002, foi proposto o Plano Diretor de Regionalização, elaborado pela SES/RS para garantir a atenção e a qualidade à saúde de forma regionalizada, as CRSs foram estratégicas nesse

processo atuando também por meio das instâncias de pactuações intergestores para o fortalecimento da gestão descentralizada. Em 2003, o RS instituiu a Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIB/Regional) (RIO GRANDE DO SUL, 2003), considerando uma instância de pactuação em cada CRS para tomada de decisão no nível regional. Em 2006, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) propôs a criação dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR) com o mesmo objetivo e, então, o RS, que já tinha criado a CIB/Regional, publicou nova Resolução CIB/RS nº 45/2007 atualizando a nomenclatura da CIB/Regional para Colegiado de Gestão Regional (COGERE), além de prever a inclusão de representantes de todos os municípios.

A Portaria GM/MS nº 4.279/2010 estabeleceu diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio das instâncias de pactuações existentes no âmbito do SUS, visando maior articulação dos equipamentos de saúde a partir de redes temáticas e regionalizadas. Mendes (2010, p. 2.300) define as RAS 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”. É com o objetivo de organizar as RAS de maneira regionalizada e descentralizada que as instâncias de pactuação são relevantes.

Com o Decreto nº 7.508/2011, uma nova divisão territorial é proposta e se estabelecem as Regiões de Saúde no processo de descentralização da execução de ações e serviços de saúde. Esse mesmo decreto redefine as instâncias de pactuação, partindo então das Regiões de Saúde para instaurar as Comissões Intergestores Regionais (CIR). Então, no RS, findam-se os COGERES, referenciados pelas CRSs, e se instauram as CIRs, referenciadas pelas Regiões de Saúde.

Os gestores do nível regional da gestão estadual, lotados nas CRSs, que coordenavam os COGERES, passaram a coordenar as CIRs das Regiões de Saúde de seu território. Assim, o processo de regionalização foi sendo induzido do nível central para o nível regional e do nível regional para os municípios, fazendo-se valer a proposição de descentralização. Com isso, as políticas de saúde induziam o fortalecimento das Regiões de Saúde e da relevância da tomada de decisão de forma regionalizada. Juntos aos gestores municipais, os gestores estaduais de nível regional organizaram e definiram as ações e serviços de saúde para atender a população dos seus territórios. Dessa forma, ao longo do processo de regionalização desde a instituição do SUS, os gestores estaduais que estão lotados nas CRSs têm sido atores intermediários chaves para efetivação deste princípio no Rio Grande do Sul.

1.2 JUSTIFICATIVA

A regionalização do SUS envolve implementação das RAS e a criação de mecanismos de gestão dessa rede. Este processo implica em gestão compartilhada e, principalmente, na atuação de uma governança regional que abarque a dimensão locorregional e suas singularidades. Como explicitam Buta e Teixeira (2020) ao fazer uma metanálise da discussão de governança pública, este é um tema que há bastante discussão teórica, mas que carece de maior validação empírica. Sendo assim, esta pesquisa visa analisar aspectos empíricos da governança regional em três macrorregiões de saúde no estado do RS para compreender o processo de regionalização ao longo dos anos.

O estado é composto por sete macrorregiões com dezenove CRSs que estão organizadas em trinta Regiões de Saúde. Para este estudo, foram escolhidas três macrorregiões representativas do estado – uma mais complexa, outra com melhores dados e outra com piores dados – para caracterizar o processo de regionalização no estado. Com isso, também se compreende este processo nas CRSs estudadas e, conseqüentemente, nas Regiões de Saúde correspondentes.

Os critérios para a escolha das macrorregiões foram definidos a partir de dados dos determinantes e condicionantes de saúde disponíveis pelo site do BIPÚBLICO¹, considerando o ano de 2010, último ano disponível do Censo Demográfico. Chegou-se, então, a três macrorregiões para serem analisadas: Metropolitana (mais complexa), Serra (melhores dados) e Missioneira (piores dados). Nesse sentido, olhar para os determinantes e condicionantes de saúde se torna estratégico para pensar as questões ligadas à governança, pois, como nos aponta McNamara (2011), os determinantes sociais da saúde são conseqüências de um determinante anterior: a política.

A Macrorregião Metropolitana é a mais complexa, por ser composta pela capital Porto Alegre e pela Região Metropolitana. Esta macrorregião apresenta o melhor coeficiente de natalidade (13%), a menor proporção de trabalho infantil (7,1%) e a menor disposição inadequada do esgoto doméstico (13,1%), mas tem a menor cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção (77,5%). Abarca a 1ª CRS – Porto Alegre, a 2ª CRS – Porto Alegre e a 18ª CRS – Osório. Cabe analisar essa macrorregião por conta da sua importância territorial, econômica e política, balizando as outras duas macrorregiões escolhidas. Uma com

¹ Para acessar o link: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/>

os melhores valores de determinantes e condicionantes: a Serra; e a outra com piores valores de determinantes e condicionantes: a Missioneira.

A Macrorregião Serra tem a melhor renda média domiciliar *per capita* (R\$ 1.092), a menor proporção de pessoas com baixa renda (10,2%), a melhor cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção (93,4%), a melhor coleta de lixo (96,4%), a menor taxa de analfabetismo (2,91%), uma das menores taxas de desemprego (3,1%) e uma das menores disposições inadequadas do esgoto doméstico (14,2%). Esta Macrorregião engloba a 5ª CRS – Caxias do Sul.

Por outro lado, a Macrorregião Missioneira tem a maior taxa de trabalho infantil (15,2%), a pior disposição inadequada do esgoto doméstico (64,5%), uma das piores coberturas de abastecimento de água para consumo com desinfecção (82,4%), uma das piores coletas de lixo (82,1%), uma das mais altas taxas de analfabetismo (5,26%), uma das piores proporções de pessoas com baixa renda (23%) e uma das piores rendas média domiciliar *per capita* (R\$ 794,2). Esta Macrorregião engloba a 12ª CRS – Santo Ângelo, a 9ª CRS – Cruz Alta, a 17ª CRS – Ijuí, e a 14ª CRS – Santa Rosa

Desse modo, a partir do acesso aos gestores estaduais do nível regional que atuam na área do planejamento das macrorregiões do RS escolhidas para a análise, é possível caracterizar o processo de regionalização no estado e compreender aspectos da tomada de decisão para a regionalização do SUS em cada macrorregião.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Caracterizar o processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio Grande do Sul a partir de três macrorregiões de saúde.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Sistematizar a história do processo de regionalização no SUS do Rio Grande do Sul a partir da caracterização das macrorregiões de saúde analisadas;

- Mapear os diferentes aspectos implicados nas instâncias de pactuação para tomada de decisão do processo de regionalização nas macrorregiões de saúde escolhidas;
- Conhecer os avanços e os desafios para a conformação do processo de regionalização nas macrorregiões de saúde analisadas;

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) da Especialização em Saúde Pública da UFRGS é parte do projeto “Análise dos processos de regionalização, gestão e planejamento para a implementação das Redes de Atenção à Saúde no Rio Grande do Sul”, que obteve financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), por meio da Chamada Decit/SCTIE/MS-CNPq-FAPERGS Nº 08/2020 do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento (IMED) e da Escola de Saúde Pública (ESP/RS) e tem CAAE: 39496820.6.0000.5319. O IMED é a instituição proponente do projeto de pesquisa, a qual o coordenador Cristian Guimarães é vinculado, e a SES/RS é a instituição parceira na execução da proposta.

Diante do projeto maior, este trabalho realizou um recorte específico privilegiando os gestores estaduais do nível regional das três macrorregiões escolhidas para o estudo na área de Saúde Pública. Além disso, destaca-se que a autora do trabalho é coordenadora substituta do projeto e atua como prestadora de serviços na SES/RS por meio de contratação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Na pesquisa, a etapa 1 envolveu pesquisa documental através de materiais como atas, normas, portarias, publicações e entre outros pertinentes ao tema. Para isso, pesquisou-se em diários oficiais (União e Estado), no site e nos documentos internos da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) que tratem dos temas regionalização e planejamento.

E na etapa 2, realizou-se pesquisa qualitativa a partir de entrevistas com gestores estaduais do nível regional. Estes atores são ou eram gestores das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que atuam ou atuaram no processo de regionalização junto aos municípios do RS. Dessa forma, foi entrevistado um gestor por cada CRS, que eram vinculados a área do Planejamento em Saúde ou que tivessem conhecimento sobre esse processo em seu território.

Como o foco são as três macrorregiões determinadas, fez-se uma entrevista com cada CRS que compunha cada macrorregião. São elas: Macrorregião Metropolitana: que é composta pela 1ª CRS - Porto Alegre, a 2ª CRS – Porto Alegre e a 19ª CRS – Osório; a Macrorregião Serra composta apenas pela 5ª CRS – Caxias do Sul; e a Macrorregião Missioneira, composta pela 12ª CRS - Santo Ângelo, 9ª CRS - Cruz Alta, 17ª CRS - Ijuí e 14ª CRS - Santa Rosa. Dessa forma, foram entrevistados oito gestores/trabalhadores das CRS do RS.

Para as entrevistas, utilizou-se o roteiro de tema norteadores (APÊNDICE A), e cada entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Os dados das diferentes CRSs nas macrorregiões foram evidenciados de acordo com suas próprias características macroestruturais e partir dos conceitos discutidos.

3 DESENVOLVIMENTO DE CONTEÚDO

3.1 REVISÃO TEÓRICA

No âmbito do SUS, a regionalização é um dos princípios para a gestão compartilhada entre os entes federativos e para a descentralização das ações e de serviços de saúde que vem se institucionalizando desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e das Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Nesse sentido, Silva e Gomes (2014, p. 1.387) enfatizam que a regionalização da saúde “se apresenta como um processo de mudança das práticas sanitárias no âmbito do SUS, o que implica considerar suas dimensões política, econômica, ideológica e técnica”. Essas mudanças do direcionamento das políticas de saúde envolvem “processos de institucionalidade e governança complexos e, muitas vezes, conflituosos, estabelecido por meio de relações entre os diferentes níveis de governo e entre esses e os cidadãos e os diversos segmentos da sociedade.” (CARVALHO, 2017, p 1.157).

O desenvolvimento da regionalização acompanhou a redemocratização do Estado iniciada nos anos 1990, descentralizando poder para os municípios gerirem os seus próprios sistemas de saúde, principalmente na Atenção Básica. Ao mesmo tempo, a articulação para a tomada de decisão entre a federação e os estados junto aos municípios foram fundamentais na formulação, na regulação e no financiamento das ações e serviços de saúde de forma regionalizada. Por fim, esse processo provocou maior distribuição poder de modo descentralizado para compor os acordos entre atores sociais governamentais na tomada de decisão das políticas de saúde considerando as especificidades regionais.

Conforme apresentam Mendes *et al.* (2015), a regionalização traz algo novo nas políticas interfederativas do Brasil, que favorece o diálogo entre os atores locais e demais gestores para identificar demandas e enfrentar as necessidades de saúde nas regiões. Entretanto, este não é um processo simples, pois, como destacam Reis *et al.* (2017, p. 1.053), a “regionalização viva” é “[...] um campo minado por relações de força e poder, palco de disputas e alvo constante das sucessivas políticas sanitárias” para o enfrentamento da fragmentação regional. Assim, é fundamental que os gestores de diferentes níveis territoriais disputem entre si para consolidar as decisões adequadas às regiões de saúde na conformação da organização do modelo do SUS.

Ainda que os princípios de regionalização e de descentralização tenham sido estimulados desde a implementação do SUS, Albuquerque e Viana (2015) destacam três fases

desse processo que resultaram na constituição das redes de saúde. De acordo com as autoras, a primeira fase se evidenciou pelas normatizações para o estabelecimento da regionalização com redes hierarquizadas de prestação de serviços em saúde nos anos de 1990; a segunda fase se deu a partir do Pacto pela Saúde (2006), com a criação dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR) e negociações entre os gestores federados; e a terceira fase foi iniciada pela Portaria GM/MS nº 4.279/2010, que estabeleceu diretrizes para a organização da RAS no SUS, e Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990 quanto a organização e planejamento do SUS, além de elucidar a articulação interfederativa.

Também foram criadas instâncias de pactuação que definem e direcionam as políticas de saúde em questão na gestão compartilhada para favorecer a articulação intergovernamental na gestão do SUS. São elas: CIT, CIB e CIR. Esses são instâncias de pactuação em que os atores governamentais dialogam sobre as demandas de saúde pública e acordam sobre o funcionamento, fluxos das redes e financiamento das ações e serviços de saúde no SUS. Logo, o processo de regionalização tem permitido evidenciar os mecanismos de negociação entre os diferentes entes destacando as potencialidades e os desafios desse princípio para o SUS.

No RS, o processo de descentralização e regionalização foi iniciado com o Plano Diretor de Regionalização, de 2002, que tinha como objetivo a garantia da atenção e da qualidade à saúde por meio de instâncias de pactuação entre os gestores, considerando as microrregiões, as regiões e as macrorregiões. Entretanto, antes do processo de regionalização, já havia uma descentralização administrativa do Estado a partir da criação dos departamentos regionais nos anos de 1960.

Assim, o Decreto nº 17.868/1966 considerou oito Regiões Sanitárias como Departamentos de Serviços Regionais; o Decreto nº 30.090/1981 nomeou dirigentes para Delegacias de Saúde e ampliou para dezesseis delegacias; no Decreto nº 34.101/1991 se alterou a configuração territorial das delegacias 9^a, 12^a e 15^a e foi criada a 17^o; o Decreto nº 34.636/1993 alterou a divisão territorial, mais uma vez, e criou a 18^o; o Decreto nº 37.166/1997 realizou mais alterações entre as correspondências dos municípios e das delegacias; o Decreto nº 40.991/2001 acrescentou a 19^o CRS; o Decreto nº 50.125/2013 realizou novas alterações de configuração territorial entre as coordenadorias; e o Decreto nº 50.2017/2013 realizou alterações entre os municípios da 1^a e 2^a CRS.

As CRSs eram responsáveis pelo “planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviço” (SOUZA, 2010,

p. 7). Por isso, ao longo dos anos, estabeleceu-se o papel estratégico das 19 CRSs, que estão ligadas a SES/RS e atuam na organização dos níveis de atenção à saúde junto aos municípios.

As CRS, que já realizavam reuniões frequentes com seus municípios por meio da CIB/Regional, passaram a se organizar em COGERES para instituir os Colegiados de Gestão Regional (CGRs) propostos pelo Pacto da Saúde (2006). Para Viana *et al.* (2010, p. 2.023), o CGR é “uma inovação da política de saúde ao criar um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental, com regras definidas e funcionamento estável, o que possibilitará preencher aquilo que chamamos de “vazio” de governança regional”. Assim, a relação entre Estado e municípios se estreitava não só para avaliar e monitorar ações de saúde, mas também para pactuar novos acordos que visassem a ampliação de acesso à saúde para a população do território.

Com o Decreto nº 7.508/2011, propõe-se a criação de Regiões de Saúde e as CIRs. Conforme Santos e Campos (2015, p. 443), cada região envolve um “espaço de promoção de equidade entre os entes federativos: ao se solidarizarem uns em relação aos outros para efetivamente garantir igualdade reconhecem e atuam solidariamente em nome das desigualdades municipais.” Entretanto, as definições produzidas por essa solidariedade têm de ser pactuadas entre os entes de forma consensual assegurando juridicamente as ações e serviços que devem ser efetivados e executados. Nesse sentido, os gestores estaduais do nível regional participaram da definição Regiões de Saúde em seus territórios que deveriam ser formadas independentemente das regiões administrativas criadas (representados pelas CRSs). Assim, esses atores acompanhariam a articulação e a negociação com os municípios de modo que eles se percebessem enquanto Região de Saúde, e buscassem estruturar o território para suprir as necessidades de saúde.

Bellini *et al.* (2014) apresentam as estratégias que foram desencadeadas para estimular a governança regional, entre 2011 e 2014, para a definição das Regiões de Saúde no RS a partir do Decreto nº 7.508/2011. Foi formado um grupo de discussão coletiva entre trabalhadores das CRS e equipes dos municípios para reorganizar o território regional e desencadear um processo de gestão coletiva e de planejamento regional. Em 2012, foi publicada a Resolução CIB/RS nº 555/2012 com a definição das 30 Regiões de Saúde, além de instituir as CIRs. Na sequência, houve uma atualização da configuração de três regiões que dividem fronteiras na região norte do estado por meio da Resolução CIB/RS nº 499/2014.

Das 19 CRSs, definiram-se as trinta Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul. Algumas CRSs tinham mais de uma Região de Saúde, e outras CRS tinham apenas uma Região de Saúde. Apesar de uma proposta inicial, que colocou Regiões de Saúde entre CRS diferentes, ajustou-

se para que algumas Regiões de Saúde criadas coubessem nos limites das CRS instituídas. Mas essa proposta, não alterou as sete macrorregiões definidas desde 2002, mantendo-se enquanto: Metropolitana, Norte, Sul, Missioneira, Centro-Oeste, Vales e Serra.

A institucionalização desses recortes territoriais também envolveu um processo de fortalecimento regional, a fim de estabelecer ações e serviços de saúde mínimos para resolubilidades das necessidades de saúde da população no território. Por isso, foi importante a distribuição de poder na tomada de decisão dos gestores atrelados à estrutura burocrática do Estado, sendo, portanto, esses atores governamentais fundamentais na conformação da organização do modelo. Entretanto, os acordos e as definições entre esses atores governamentais não estão dados, e se constroem com características específicas de acordo com a forma de governo estabelecida em cada recorte territorial que abarca as CRSs, ainda que deve estar alinhada com a gestão estadual

Dessa forma, as relações entre os atores governamentais para a elaboração de políticas públicas envolvem acordos para direcionamentos e execuções das políticas de saúde e a tomada de decisão em caráter coletivo, aproxima-se do conceito de governança. Este conceito foi disseminado pelo Banco Mundial, em 1992, ao analisar o papel do Estado em desenvolvimento na gestão de recursos econômicos e sociais, visando responsabilidade, transparência, coerência, eficiência e eficácia. Essa perspectiva conceitual era mais prescritiva e normativa, mas tem sido revista para abranger a complexidade do processo de decisório nas políticas públicas (WORLD BANK, 1992).

O Tribunal de Contas da União (TCU) compreende a governança no setor público como “os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade” (BRASIL, 2018, p. 15). Além disso, o conceito de governança “se refere à redefinição e ampliação das formas de relacionamento entre o Estado e a sociedade ou entre governo, agentes privados e sociedade, ou seja, tem como traço distintivo a dimensão relacional” (CARNEIRO; MENICUCCI, 2013, p. 177).

A proposição de diálogo entre os diferentes atores permitido pelo processo de governança “marca uma descentralização do processo decisório e da ação pública para fora dos limites das instituições formais do Estado” (CARNEIRO; MENICUCCI, 2013, p. 177). Logo, através dos mecanismos de governança busca-se instaurar relações mais horizontais que definem os direcionamentos das políticas públicas, estabelecendo parcerias entre os atores, configurando uma gestão compartilhada a partir de uma ideia de democracia política.

Inicialmente, este conceito de governança surgiu no campo da administração pública para propor processos políticos de negociações eficientes e eficazes, de acordo com as demandas e objetivo, mas este conceito foi sendo apropriado pelas ciências sociais visando analisar diferentes aspectos da governança, como na divisão de poder entre governantes e governados, processo de negociação entre atores sociais, e descentralização do ato de governar. Nesse sentido, Ribeiro *et al.* (2017, p. 1078) reforçam que a importância do conceito de governança se dá justamente na “compreensão dos processos políticos que informam e caracterizam a política de saúde na atualidade”, de forma que é possível, então, evidenciar os elementos envolvidos na tomada de decisão.

Cabe, então, conhecer os atores participantes do processo, evidenciar os modos de pactuação entre os entes federados e compreender os aspectos implicados na tomada de decisão que direcionam ações do Estado. Sendo assim, é possível utilizarmos a perspectiva que aborda a governança como estratégia analítica para investigar como tem se dado o funcionamento do Estado na organização e na condução do processo de formulação e implementação de políticas públicas, como sugerem Cavalcante e Pires (2018). Com isso, vai-se além de uma definição específica de governança para investigar como operam atores, interesses, estruturas, mecanismos, instrumentos e pactuações na atuação estatal a fim de entender o que é governança para eles.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a governança no setor da saúde abarca diversas funções governamentais para atingir objetivos da Política Nacional de Saúde favoráveis à sua cobertura universal. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) informa que a governança pública envolve setor público, setor privado e terceiro setor, operando em um plano mais amplo que relacione ambiente e processos necessários para a produção de resultados almejados. Para isso, esses novos arranjos interfederativos definem espaços institucionais que favorecem a gestão regional, e estabelecem a gestão compartilhada de forma descentralizada. Dessa forma, podemos enfatizar a perspectiva de governança regional que, conforme Ribeiro *et al.* (2017), envolve redes de parcerias intersetoriais entre diferentes esferas governamentais para execução tanto da política da região, como do desenvolvimento regional.

Tendo em vista a divisão do estado em CRSs e suas respectivas Regiões de Saúde, podemos utilizar o conceito de governança regional para analisar especificidades dos territórios em questão. Dessa forma é possível conhecer a história da regionalização nos diferentes territórios, considerar como se dão as negociações entre atores sociais nas instâncias de pactuação implicadas no processo decisório e conhecer avanços e desafios da regionalização a partir desses locais. Segundo Ribeiro *et al.* (2017), a governança regional “dá suporte a projetos

de desenvolvimento intersetorial que podem levar a soluções criativas e à compreensão pela sociedade de que o desenvolvimento regional sustentável é sinérgico com o desenvolvimento econômico”.

Desse modo, faz-se pertinente conhecer a perspectiva dos atores participantes do processo nas CRSs; entender a organização do processo de trabalho junto aos municípios; evidenciar os modos de pactuação entre os entes federados; conhecer como as definições dos recortes territoriais e compreender os aspectos implicados na tomada de decisão que direcionam ações do Estado ao longo dos diferentes momentos de regionalização do SUS no RS.

3.2 ANÁLISE DE DADOS

A partir da pesquisa executada, foram entrevistados 8 gestores estaduais do nível regional das três macrorregiões definidas, sendo um de cada CRS: a Metropolitana, envolveu representantes da 1ª CRS, 2ª CRS e 18ª CRS; a Serra, da 5ª CRS, e a Missioneira, da 9ª CRS, 12ª CRS, 14ª CRS, 17ª CRS.

Dentre os gestores, estavam trabalhadores das CRSs que atuam, ou atuaram, no processo de regionalização junto aos municípios do RS que, geralmente, prestam, ou prestaram, serviços na área de planejamento da CRS. Os servidores mais antigos, e até mesmo alguns dos que já estavam aposentados, foram privilegiados durante as entrevistas, com o objetivo de contemplar o período de regionalização desde o PDR de 2002 até a transição do Decreto nº 7.508/2010.

Em janeiro de 2021, o Decreto nº 55.718/2021 redefiniu a organização da estrutura básica da Secretaria de Saúde do RS juntando a 1ª e a 2ª CRS e transformando a 19ª CRS em 2ª CRS, de modo que o estado passou a ter 18 CRSs. Entretanto, os dados produzidos para essa pesquisa consideraram as 19 CRSs existentes, visando a jogar luz nos processos de regionalização ao pormenorizar questões específicas do período analisado. Por isso, será enfatizada a divisão precedente sem que haja discussão acerca das determinações para a nova organização regional da SES/RS.

As entrevistas dos gestores estaduais do nível regional das macrorregiões definidas foram realizadas entre março e julho de 2021 de modo virtual. Todas as entrevistas foram conduzidas pela autora do estudo por meio da utilização de um roteiro com temas norteadores, que enfatizaram a inserção no processo de regionalização na região; o funcionamento e a governança na região de atuação, como aspectos das CIRs e disputas latentes (Apêndice A).

As entrevistas foram realizadas por meio do programa “Cisco Webex”, o qual a SES/RS dispõe de licença para agendamento e para gravação, conforme as necessidades dos entrevistados. O material foi transcrito pela empresa “CVT Transcrições”, que venceu a tomada de preços entre outras empresas disponíveis, por meio do pagamento via recursos do projeto maior que teve financiamento da FAPERGS.

Tabela 1 - Macrorregião e CRS dos entrevistados

MACRORREGIÃO	CRS	Número do entrevistado
Metropolitana	1ª CRS – Porto Alegre	Entrevistada 1
	2ª CRS – Porto Alegre	Entrevistado 2
	18ª CRS – Osório	Entrevistada 3
Serra	5ª CRS – Caxias do Sul	Entrevistada 4
Missioneira	9ª CRS – Cruz Alta	Entrevistada 5
	12ª CRS – Santo Ângelo	Entrevistada 6
	14ª CRS – Santa Rosa	Entrevistada 7
	17ª CRS – Ijuí	Entrevistada 8

Os indicados para as entrevistas foram definidos pelos gestores estaduais do nível central que participam do projeto maior da pesquisa e trabalharam com os servidores que atuaram na área de Planejamento das CRSs. Quando não foi possível entrevistá-los, contou-se com indicação dos próprios gestores estaduais do nível regional. Não serão apresentados os nomes dos entrevistados, ou dados pessoais e profissionais que possam identificá-los, somente o gênero e a CRS dos mesmos. Essa estratégia visa ao anonimato previsto pelos critérios de Ética de Pesquisa, de acordo com a Resolução CNS/MS nº 466/2012. Dessa forma, enfatiza-se que o estudo enfocou os elementos para caracterização a governança regional para o processo de regionalização nas CRS, e por tanto nas macrorregiões estudadas.

Para além disso, foram enfatizadas as compreensões acerca do processo de regionalização nas RAS; do processo de regionalização no contexto das Regiões de Saúde; do processo de regionalização no contexto das Macrorregiões de Saúde, bem como a decorrência do planejamento regional e do papel dos gestores regionais no processo de regionalização. Portanto, é importante pontuar que as análises utilizaram categorias pertinentes à pesquisa, em que foram destacadas generalidades e especificidades, de acordo com as entrevistas.

Para melhor visualização da análise, os dados dos processos de gestão regional foram divididos pelas macrorregiões pesquisadas. Albuquerque e Viana (2015) consideram os diferentes momentos de regionalização da saúde do RS, por meio de três fases. A fase I considera o período entre 2001 e 2005 caracterizada pelo estabelecimento de normativas para compor as redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde; a fase II está entre 2006 e 2010 com a definição das instâncias de pactuação regionais e compromissos acordados para articulação das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde; e a fase III, de 2011 até momento atual que define as Regiões de Saúde e estabelece as contratualizações das RAS. Assim, serão destacados os principais desafios evidenciados pelos pesquisadores para efetivar a regionalização do SUS no RS.

3.2.1 Regionalização do SUS na Macrorregião Metropolitana

Na fase I da regionalização da Macrorregião Metropolitana, o processo de municipalização parece ter sido desafiador para os representantes dessas CRS, pois implicava maior responsabilização dos municípios na gestão dos serviços de saúde na Atenção Básica, sem que houvesse uma garantia de atendimento da Média e Alta Complexidade em outros municípios. E aqueles municípios que tinham serviços de maiores complexidades para atendimento dos munícipes da região e eram “gestão plena” nem sempre conseguiam fazer com que os prestadores de serviços atendessem esse outro público. O entrevistado da 2ª CRS apresenta este ponto:

Ficamos anos falando em municipalização e que o município assumisse esses serviços. Uma das coisas que a gente constatou é que um município assumir serviços, que é de responsabilidade para demais municípios, acabou sendo mais um problema do que uma solução, ou seja, serviços que implicassem apenas da atenção básica, natural que o município mesmo dessa conta. Agora se tem um serviço no município que tem que ser resolutivo, e é encaminhado como um contingente maior de municípios, mais municípios têm que acessar aquele serviço, o contrato, o acompanhamento do serviço deveria ter sido feito... deveria estar sempre na mão do estado, que tem um olhar da regionalização. (Entrevistado 2, gestor estadual do nível regional, fase I)

Antes do processo de municipalização, era o Estado que negociava, contratava e acordava com os prestadores de serviços, mas alguns municípios de maior porte decidiram aderir a gestão plena e assumiram as relações com os prestadores, o que trouxe dificuldade no atendimento dos munícipes da região. Nesse sentido, entende-se que na municipalização da saúde, o estado deixou de ter o controle dos atendimentos dos serviços para garantir o acesso

da população à saúde e passou a ter um papel mais mediador entre os entes, inclusive “ensinando” os gestores municipais como negociar com os prestadores para que eles cumprissem os contratos. Por um lado, a descentralização ampliou os poderes dos municípios; por outro, não criou mecanismos para garantir o atendimento de toda a população quando municípios se opusessem a realizar atendimentos que haviam sido acordados entre eles.

Com as NOBs publicadas pelo Ministério da Saúde, previa-se a realização do Programação Pactuada Integrada (PPI) como um instrumento que deveria definir e quantificar as ações de saúde da população nos municípios, norteando critérios de recursos pactuados entre gestores, que definiriam melhor a relação de acesso aos serviços entre os municípios. Entretanto, os representantes das três CRSs informaram que não conseguiram finalizar esse processo junto aos gestores municipais, o que também afetou a organização dos serviços de saúde de forma regionalizadas nesta primeira fase. A entrevistada da 18ª CRS explica como imaginavam esse passo:

A gente começou, mas a gente nunca conseguiu finalizar, o estado nunca teve um documento formal de programação assim [...], que é o sonho de todos os municípios, que diga assim: “eu tenho direito a ter, hipoteticamente, trinta sessões de fisioterapia por mês e essas sessões serão... não tem no meu município, serão no Município X. Então o meu teto de sessões de fisioterapia é trinta, o meu teto de consulta de otorrino é vinte, o meu teto de procedimentos de traumato é trezentos”. E assim, é o sonho de todos os municípios e de todos os prestadores, a gente nunca conseguiu. A gente sempre tentava andar nesse sentido e nunca conseguiu ter isso muito bem definido. (Entrevistada 3, estadual do nível regional, fase I)

Desde o início da regionalização, a representante do 18ª CRS destacou que mesmo com a sua regional pertencendo à Macrorregião Metropolitana, havia a necessidade de garantir acesso aos serviços de saúde no litoral, de modo que não ficasse dependente do município de Porto Alegre, que é a capital e estava sobrecarregada. Por isso, já havia uma mobilização entre os municípios da 18ª CRS a fim de resolver essa questão, conforme explica a entrevistada da 18ª CRS:

A gente já tinha um fórum em que a coordenadoria discutia com os gestores, quando a gente ia avançar no processo de regionalização. Porque para os municípios do litoral, é muito importante criar certa independência de Porto Alegre. Tudo que é referência do litoral, “o litoral não tem”, “é porque tem em Porto Alegre”, “o litoral não tem”, “é porque é Porto Alegre”, “é Porto Alegre.” Mas o quanto Porto Alegre atende? Porto Alegre cada vez atende menos, cada vez fecha um pouco mais a porta, dificulta um pouco mais. O litoral, apesar de ter oficialmente...de fato, os municípios tinham muita dificuldade em conseguir acesso, então isso forçava, e a gente também estimulava, que os prestadores e os municípios se organizassem para ofertar um pouco mais, para implantar novos serviços no litoral. (Entrevistada 3, gestora estadual do nível regional, fase I)

Então, ainda que a 18ª CRS participasse da Macrorregião Metropolitana, na qual estão os serviços mais estruturados e de maior complexidade, identificou-se que nem sempre isso significava, necessariamente, um maior acesso para todos os municípios dessas CRSs. Inclusive, a própria discussão sobre atuar numa mesma macro deveria colocar perguntas aos municípios, como destaca o representante da 2ª CRS:

Essa é uma pergunta que, eu acho, que todo gestor municipal deveria ser questionado: o fato de você estar na macro metropolitana implica maiores privilégios? O fato de você estar mais perto de um grande prestador de serviços, significa que você vai ter mais facilidade de acesso? Essa é uma pergunta que eu gostaria que todos os gestores reunidos pudessem fazer essa resposta, que todo mundo pudesse olhar no olhar [...] daquele gestor que está mais distante de Porto Alegre e dizer assim: “você tem o mesmo acesso ou acesso diferente a mim?”. Quer dizer, [...] assim, quem está perto da macro tem mais chances de ser bem atendido, de ser atendido a tempo e a hora? (Entrevistado 2, gestor estadual do nível regional, fase I)

Poderia parecer vantajoso participar dessa macrorregião, que tem os serviços de Média e Alta complexidade mais estruturados, porém, na prática, os municípios que atuavam junto aos seus prestadores de serviços não queriam compartilhar seus serviços com os demais municípios. Dessa forma, desde a primeira fase, os gestores municipais dos municípios desta macrorregião manifestavam às CRSs que não sentem de “igual para igual”, como explica a entrevistada da 18ª CRS:

Faz sentido para reclamar, faz sentido, porque não dá certo, faz sentido, porque eles não conseguem ser atendidos e acumulam a sua lista de espera. Então, assim, é muito frustrante tu trabalhar no conceito de macro. Primeiro, por que quando se fala em Macro Metropolitana, basicamente se fala em 1ª e 2ª Coordenadoria. [...] e aí o pessoal do litoral fica aleijado. Eu acho que isso sente, tanto a coordenadoria, quanto os municípios. Os municípios com certeza sentem. Eles nunca se enxergam como membros de uma macro, não, o universo deles é o litoral. [...] Os gestores regionais, a figura dos coordenadores das três regionais, eles não sentam de igual para igual. Historicamente, eles não sentam de igual para igual. Tem o fato de que a grande concentração de serviços está em Porto Alegre, que tem gestão plena. Então ele não tem interesse. [...] Então na verdade é assim: macrorregião é um conceito que está, é uma prática, que está distante de nós no litoral. Ela não conseguiu avançar. (Entrevistada 3, gestora estadual do nível regional, fase I)

Na fase II, deu-se o Pacto pela Saúde, e instauraram-se os COGERES, que eram instâncias para pactuação entre gestores estaduais e municipais, mas segundo os entrevistados, essas reuniões eram muito mais informativas das decisões do estado do que aporte para acordos descentralizados, como se propunha inicialmente.

Em 2008, eu comecei a acompanhar o colegiado de gestores, que era COGERE, Colegiado de Gestores. O que eu percebia é que os COGEREs eram meras situações,

onde os gestores apareciam e o gestor estadual comunicava alguma coisa, “agora vai ser assim, assim, assado”. (Entrevistado 2, estadual do nível regional, fase II)

Nesse sentido, algumas práticas que tinham sido institucionalizadas nos antes anteriores para acordar os direcionamentos das políticas de saúde continuavam acontecendo de forma descentralizadas.

Os municípios adentravam o gabinete do secretário, do governador, seja lá quem for, para resolver o seu problema do seu município. [...] Ou seja, essa prática na verdade foi uma prática institucionalizada por muitos e muitos anos por muitas e muitas gestões passadas, assim era resolvido. (Entrevistado 2, estadual do nível regional, fase II)

Ou seja, o pacto não parece ser surtido muito efeito na macro metropolitana, nem em termos de descentralização de gestão, nem em termos de acordos pactuados. Uma das explicações dos entrevistados, é que os municípios teriam de assumir muitos compromissos e não tinham claro a contrapartida federal e estadual. Ao mesmo tempo, o posicionamento da gestão estadual neste momento era difuso, desmotivando os servidores para continuidade do processo de regionalização junto aos municípios.

Retornando dessa viagem em São Paulo, que eu fiquei um dia a mais para fazer essas visitas ao planejamento e à vigilância, eu fiz essa proposta no estado, porque eu via que não tinha interesse ou empenho. Eu não entendia muito bem que não evoluía a gestão plena para os municípios, e aí um dia tinha uma mesa cheia de gente: Procergs, alguém no Ministério, todo o staff do nível central. Aí eu fiz a pergunta: “escuta, afinal, por que nós nos reunimos aqui?” Isso foi lá em 2009, “nós queremos ou não queremos a gestão plena?”, todo mundo calado, “porque eu digo, se a gente não tem interesse na gestão plena, por que nós estamos nos reunindo? Eu estou perdendo meu tempo aqui.”. Bom, aí as coisas regrediram, eu vi que o pessoal se deu conta, ficaram vermelhos, que sabiam.... Eu ainda meio inocente e as coisas não evoluíram. (Entrevistado 1, gestora estadual do nível regional, fase II)

Na fase III, com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, houve a definição das Regiões de Saúde. Cada CRS passou por um processo diferente para definir seus territórios. A 18ª CRS tem trabalhado com quatro microrregiões desde as NOBs, sendo elas a Microrregião de Torres, a de Capão, a de Osório e a de Tramandaí. Essa divisão ajudou a criar as duas regiões de saúde, a “Região 04 Belas Praias” e a “Região 05 Bons Ventos”. Segundo a entrevistada da 18ª CRS, “era natural que de Capão para cima se formasse uma região e, de Osório para baixo, uma outra região”. Além disso, essa entrevistada explica o que mais foi levado em consideração para essa definição:

Por conta dos serviços, e por conta do fluxo dos usuários, houve essa divisão, porque já era natural isso, entendeu? Assim, se a gente for levar em conta, por exemplo, as estradas, as vias de acesso, elas se dão naturalmente para esses municípios. Se você vai levar em conta as referências de comércio, [...] o tráfego das pessoas, a mobilidade das pessoas; para onde que elas se reportam? Elas se reportam para esses quatro municípios, então, os municípios do seu entorno, eles buscam naturalmente aquele município sede. [...] Assim, é natural que as pessoas já buscassem os serviços ali nesses municípios, então a configuração ficou tranquila, tanto por ter serviço, quanto por ter vias de acesso, ter linhas de ônibus. (Entrevistada 3, gestora estadual do nível regional, fase III)

A 1ª CRS fora dividida levando em consideração estruturas de serviços, ainda que algumas delas fossem precárias. A “Região 06 Vale do Paranhana” é um território grande, com carência e bastante conflito, que era atendido pelo Hospital Bom Jesus, de Taquara e pelo Hospital São Francisco de Assis, de Parobé. A “Região 07 do Vale dos Sinos” era mais estruturada com o Hospital Geral, de Novo Hamburgo, e o Hospital Centenário, de São Leopoldo. A “Região 08 Vale do Caí/Metropolitana” com Hospital Universitário de Canoas, de Sapucaia do Sul, e o Hospital São Camilo, de Esteio.

E a 2ª CRS ficou definida em duas Regiões de Saúde também a partir dos próprios prestadores de serviços, sendo a “Região 09 Carbonífera/Costa Doce” com o Hospital Nossa Senhora Aparecida, de Camaquã, e com o Hospital de Caridade, de São Jerônimo; e a “Região 10 Porto Alegre/Metropolitana” definida pelos hospitais de Porto Alegre, de Gravataí, de Viamão, de Alvorada, de Cachoeirinha e de Glorinha.

Nesta fase, também se instituiu as CIRs em cada uma das Regiões de Saúde criadas, de modo que se dividiu as reuniões do COGERES de acordo com este novo recorte territorial, descentralizando ainda mais as decisões e exigindo consenso nas pactuações para serem levadas à CIB. Entretanto, isso não impediu que algumas CRSs continuassem a realizar reuniões conjuntas entre todos os municípios da CRS para definir questões mais amplas das diferentes Regiões de Saúde, como destacado pela representante da 18ª CRS:

A gente fazia um calendário no início do ano, que a gente fazia dividido, tentava contemplar as duas coisas dentro do seguinte princípio: o litoral como um todo e a 18ª como um todo. Então é importante articular as duas regiões de saúde conjuntas. Eles gostam muito de fazer isso, os gestores gostam. Quando a gente faz a CIR só por regiões de saúde, a gente prioriza então a discussão daquela região de saúde, das coisas mais específicas ali. (Entrevistada 3, gestora estadual do nível regional, fase III)

Destaca-se que, na visão dos gestores estaduais do nível regional, os municípios da Macrorregião Metropolitana têm se unido mais para enfrentar os problemas comuns a partir da conformação em Regiões de Saúde, fazendo com que as CIRs se configurem como instâncias de pactuação descentralizadas, conforme indução da legislação federal. O entrevistado da 2ª

CRS explica que essa situação é reflexo da atuação em Regiões de Saúde e da maior participação dos gestores da CIR, como ressaltado abaixo:

Os municípios têm trabalhado mais em rede em um sentido de reivindicar. Eles percebem dificuldades que são comuns, isso é efeito de CIR, ou seja, de tanto ele se reunirem e verem que aquele município está falando a mesma coisa, que ele pensa, a dificuldade que aqueles municípios estão tendo, enfim, isso acabou gerando uma certa identidade. [...] os municípios que hoje têm dificuldades com algum prestador, eles automaticamente já começam a se reunir. O município tem dificuldade lá com o hospital A ou B, eles já se reúnem e já fazem a cobrança em bloco, [...] em vez de um município se queixar especificamente daquele hospital, é um bloco de município se queixando daquele hospital, então isso já começa a se verificar. (Entrevistada 2, gestor estadual do nível regional, fase III)

Nesse sentido, percebe-se, como avanço importante para regionalização com a publicação desse decreto (BRASIL, 2011), não só na descentralização da gestão, mas também no acompanhamento dos indicadores das Regiões de Saúde, o que permitiu evidenciar necessidades e demandas regionais, bem como trabalhar visando ao acesso qualificado a serviços de saúde.

Eu diria que o Decreto 7.508 fez diferença na realidade do SUS, sabe? Esse processo de regionalização, ele qualificou e se refletiu nos indicadores de saúde dos nossos usuários. Hoje a gente tem com certeza um conjunto de indicadores, uma avaliação muito melhor, muito melhor. Embora a gente tenha dificuldades pontuais com alguns políticos específicos, enfim, alguns grupos populacionais específicos, nós qualificamos muito. [...] Hoje os indicadores no litoral são muito melhores do que a quinze, vinte anos atrás. (Entrevistada 3, gestora estadual do nível regional, fase III)

Logo, destacam-se mudanças significativas nas articulações entre gestores por meio da governança regional na Macro Metropolitana nas três fases, que apesar da complexidade territorial, da quantidade de prestadores de serviços e de imensa população a ser atendida, tem efetivado o processo de regionalização do SUS em seu território.

3.2.2 Regionalização do SUS na Macrorregião Serra

A Macrorregião Serra tem como representante a 5ª CRS, de modo que esta é a única macro que só tem uma CRS. A fase I do processo de regionalização nessa macrorregião foi beneficiada, uma vez que nela a gestão estadual do nível regional conseguiu estruturar a PPI, no início dos anos 2000, definindo as referências e as contrarreferências, as quantidades de

exames e consultas dos prestadores aos municípios da região e demais definições de fluxos de atendimento de atenção à saúde.

Eu diria que a questão da organização das referências, [...] a PPI - a Programação Pactuada Integrada - essa pactuação que a gente fez, que foi a única região em 1998 que conseguiu pactuar, eu acho que foi o que deu o impacto. [...] vamos dizer assim, organizou a região para a gente conseguir depois entrar todos os municípios na gestão do pacto, assumir a gestão dos prestadores e, a posterior, o PPR – que também acho que foi dos primeiros do estado foi a nossa região que centralizou - mas era porque nós já tínhamos as referências pactuadas. (Entrevistada 4, gestora estadual do nível regional, fase I)

Além disso, alguns municípios passaram a ter gestão plena, gerindo diretamente seus serviços de saúde e os prestadores, e conseguiam que houvessem mais respeito no atendimento de municípios da região do que outras macros por conta da PPI estabelecida. Essa situação é explicada pela entrevista dada 5ª CRS, ao apontar como conseguiu organizar todo o atendimento em saúde da regional:

A nossa região foi a única que fez a PPI, por quê? Porque havia interesse de Caxias entrar na municipalização, mas tinha que trazer recursos, inclusive para atender a região. Então fechou o interesse de Caxias em entrar na gestão plena, com mais recursos e o interesse dos municípios em conseguir as referências. Naquela época então nós conseguimos elaborar a PPI, a região criou... [...]. Então Caxias entrou na gestão plena com toda a Programação Pactuada com a região. [...]. Nós tínhamos as referências pactuadas. Como são quarenta e nove municípios e mais de um milhão de habitantes, que a 5ª é a Macrorregião Serra, aos poucos foi se reorganizando também as outras referências. (Entrevistada 4, gestora estadual do nível regional, fase I)

Ao mesmo tempo, a Macro Serra passou a ser constituída somente da 5ª CRS por conta de critérios definidos no PDR, de 2002, como explica a entrevistada da 5ª CRS:

Tinham critérios para as macrorregiões, então, por exemplo, mais de um milhão de habitantes, nós temos mais de um milhão. Tem macrorregiões que não se chega a um milhão, mas nós temos mais de um milhão de habitantes. Serviços de referência de complexidade, de certa complexidade, e que pudesse absorver os municípios que estavam em volta. Então, quando se criou a sete macrorregiões, teve critérios, assim como teve critérios para as regiões de saúde. Houve uma grande discussão até que se formatou as macrorregiões. [...] A 5ª CRS é autossuficiente, porque ela já fazia referência para os municípios, já tinha essa referência montada. (Entrevistada 4, gestora estadual do nível regional, fase I)

No início da fase II, no ano de 2006, todos aderiram ao Pacto pela Saúde e, conseqüentemente, houve o fortalecimento do processo de articulação entre os municípios. A entrevistada da 5ª CRS explica como se deu essa compreensão que favoreceu a participação dos municípios:

Nós conseguimos que todos os nossos municípios aderissem ao Pacto, uma coisa que dá muita confusão, os municípios não se tornaram plenos, por quê? Porque pleno é com a NOB/96, depois da NOAS, NOAS 2001/2002. O que diz o Pacto? O Pacto não precisa adesão para assumir os serviços, porque a constituição garante isso, então esse é um erro que as pessoas falam, que ele é pleno, ele não é pleno, ele assumiu os serviços no seu território. As responsabilidades de coordenar a pactuação fora do território é do estado então a PPI, o Plano Diretor de Regionalização, isso é responsabilidade do estado de coordenar. (Entrevistada 4, gestora estadual do nível regional, fase II)

Além disso, a entrevistada da 5ª CRS reconhece que ter realizado a PPI anteriormente foi passo crucial para a continuidade do processo de regionalização regional a partir das legislações federais publicadas nesse período. Mas também foi destacado que as articulações feitas para descentralização no território não acompanharam o governo estadual, o que acaba por limitar o alcance do processo desencadeado de forma descentralizada.

Porque não foi só Caxias que nós fizemos a PPI, nós mapeamos toda a região, as referências em toda a região e se tentava orçar, mas às vezes não se tinha recurso para orçar as referências porque o recurso federal era escasso. O estado estava botando o dinheiro próprio também em algumas coisas, porque o estado puxava. [...], então [...] outro motivo que levou os municípios a aderirem ao pacto de gestão foi que a gente conseguiu orçar dentro das necessidades propostas pela PPI. Não saiu nada de recurso a mais, a gente orçou todos os municípios quando eles assumiram os prestadores, dentro da sua necessidade de acordo com a PPI Estadual. Ela não foi implantada, a PPI Estadual, mas nós tínhamos todos os quantitativos de necessidade, de referência. Em termos da implementação do COGERE, conforme proposto pelo pacto, a entrevistada da 5ª CRS explicita que todos os municípios da CRS participavam, independentemente do tamanho dos municípios, já que a pauta era pertinente para eles. Ela ainda afirmou que: “a pauta era pela regional, então os municípios não se sentiram inibidos porque todos eles tinham voz, os assuntos eram encaminhados para a regional e regional coordenava a reunião”. (Entrevistada 4, gestora estadual do nível regional, fase II).

A fase III também foi favorecida com essa organização prévia nas fases anteriores. Na publicação do Decreto nº 7.508/2011, os municípios da CRS já tinham as referências estabelecidas de acordo com os prestadores de serviços de cada região e isso colaborou para definição das Regiões de Saúde. Nesta conformação definição das Regiões de Saúde, a 5ª CRS ficou dividida em quatro regiões: a “Região 23 Caxias e Hortênsias”, a “Região 24 Campos de Cima da Serra”, a “Região 25 Vinhedos e Basalto”, e a “Região 26 Uva e Vales”.

Segundo a entrevistada, a organização também se dava a partir dos prestadores de serviços em cada região, assim como na macro Metropolitana. A “Região 23 Caxias e Hortênsias” visava a atender mais de 540 mil habitantes a partir de seis municípios, com os municípios referenciados para os serviços oferecidos por Caxias do Sul. Na “Região 24 Campos de Cima da Serra” os serviços já estavam com as referências todas organizadas com Vacaria.

A “Região 25 Vinhedos e Basalto” que “pega vinte e dois municípios [...] não chega a 300 mil habitantes os quais eram referenciados em Bento Gonçalves”. E na “Região 26 Uva e Vales”, que era uma região com doze municípios, foi preciso modificar as referências dos municípios de Caxias do Sul para Farroupilha.

Nessa CRS, houve uma grande mudança na composição de gestores das instâncias de pactuação, já que o território ficou dividido em quatro, e por consequência, passou-se de um COGERE para quatro CIRs. Então, além dessas CIRs, ainda era realizado uma “CIR conjunta” frequentemente para discutir atendimentos de média e alta complexidade.

Nós temos quatro CIRs e tinha uma CIR conjunta – que até [a] CIB não queria aprovar a CIR conjunta, mas então nós inventamos que era uma CIR. Nós tivemos que fazer atas separadas das quatro, mas tratando do mesmo assunto, então a cada dois meses, por exemplo, tinha CIR conjunta e mensalmente a CIR das regiões de saúde. A pauta era pela regional. Então os municípios não se sentiram inibidos porque todos eles tinham voz, [...] porque tinha serviços que eram, por exemplo, em Caxias. Por exemplo, a cirurgia cardíaca, a única referência é Caxias, então todos fazem referência para Caxias. A oftalmo teve um tempo que ela foi referência para Vacaria também. [...] Era interessante porque às vezes uma região fazer (sic) referência na outra, então os assuntos que envolviam mais de uma região iam para a CIR conjunta. (Entrevistada 4, gestora estadual do nível regional, fase III)

Uma das dificuldades destacadas por essa representante nas reuniões era a de que os municípios teriam de lidar diretamente com os prestadores de serviços, pois eles não tinham essa prática.

Os gestores, eles não tinham, vamos dizer assim, uma cultura; não tinha uma prática para tratar com os prestadores, porque eles assumindo os prestadores no seu território, eles tinham que elaborar os contratos. O que estava acontecendo? É claro que os prestadores, grande parte dos prestadores, não queria mais o valor SUS. Os gestores, antes de eles assumirem o pacto, isso também incentivou os gestores a assumir os prestadores em seu território. Os municípios já estavam colocando o dinheiro próprio, então, os hospitais, os municípios colocavam dinheiro próprio, outros serviços, os municípios colocavam dinheiro próprio. (Entrevistada 4, gestora estadual do nível regional, fase III)

Ao mesmo tempo, os prestadores intitulavam condições para realização de serviços. Então, alguns municípios da quinta CRS optaram pela criação de um consórcio administrativo para complementar os valores da tabela de serviços do SUS, a partir da própria definição dos prestadores.

Então o que se fez? Foi tipo um consórcio administrativo, que é consórcio entre os municípios, de duas maneiras. Ou eles faziam contrato com o município-sede e repassavam o recurso para o município-sede, que foi o caso de Veranópolis, por exemplo, que fez alguns municípios, que além das regiões tem as microrregiões. [...]

Em Veranópolis, ele tem ali que faz referência à Vila Flores, Fagundes Varela e Cotiporã. Então, são quatro municípios juntos atendidos no hospital de Veranópolis. [...] Eles fizeram contrato com o gestor, que repassava de recurso para o gestor e o gestor contratava o hospital. [...] outros municípios começaram a contratar separado. Então, por exemplo, Bento contratou o hospital, mas Monte Belo, Santa Teresa, que fazem referência também para Itaqui, [...]o hospital botava valores mais altos. Teve esse problema também com Gramado, que fazer referência ali para Picada Café, Nova Petrópolis e outros municípios. O que eles resolveram fazer? O mesmo contrato.... É tipo um consórcio administrativo. O mesmo contrato, o mesmo termo dos contratos, todos contratavam com o hospital, mas com os mesmos termos. (Entrevistada 4, gestora estadual do nível regional, fase III)

Ainda que se tenham os consórcios para complementar valores da tabela SUS, considera-se que as Regiões de Saúde vinculadas à quinta CRS têm uma boa organização de serviços de saúde por conta do processo histórico que, desde o início da municipalização, definiu as referências de acesso a serviços de saúde. Esse passo colaborou para a implementação do processo de regionalização, fazendo com que os municípios qualificassem a rede de atenção disponível. Portanto, a Macrorregião Serra se destaca no processo de regionalização por ter a especificidade apresentada com as referências definidas desde o PPI, aperfeiçoando-se longo do tempo.

3.2.3 Regionalização do SUS na Macrorregião Missioneira

A macro Missioneira é formada por quatro CRSs: 9ª CRS, 12ª CRS, 14ª CRS e 17ª CRS. Está a noroeste do RS, e tem fronteira com outro Estado, o Paraná, e com outro país, a Argentina.

A fase I estava no bojo das normativas anteriores, mas, como explicitam as entrevistadas, é a partir de 2002 que há uma maior mobilização dos entes envolvidos para o processo de regionalização do SUS no RS, estabelecendo diálogo mais próximo entre estado e municípios.

Eu percebi que quando eu cheguei na Coordenadoria, apesar de já estar no processo de descentralização, isso não estava efetivamente implantado. [...] Da área da vigilância sanitária não tinha nada descentralizado, era para estar descentralizado, mas na prática não estava, o Estado continuava executando as ações. A partir de 2002 que nós começamos então a fazer as reuniões, chamar os gestores e descentralizar essas ações. (Entrevistada 5, gestora estadual do nível regional, fase I)

Nesse sentido, a indução para o planejamento pelas legislações federais, é que trouxeram a possibilidade de os municípios assumirem a gestão dos serviços de saúde em seu território. A entrevistada da 12ª CRS explica como era esse sentimento:

E a própria questão do planejamento em si, eu acho que é assim, essas primeiras normas tentavam fortalecer a questão do planejamento, da gestão formada nisso. E as necessidades, como você organiza? Até porque você tem o recurso, mas ele é limitado, então tu tens de estabelecer prioridades. Então essa eu me lembro que era uma [...], uma preocupação grande nos municípios. “Daí eu vou assumir responsabilidades com o quê? O que vem de dinheiro para isso? Como é que a gente vai fazer? Porque depois do Estado nos cobra”, era sempre a coisa de um Estado como um cobrador de coisas. (Entrevistada 6, gestora estadual do nível regional, fase I)

Então, pode-se dizer que havia propósito de mudança do papel dos entes na gestão da saúde, o que gerou preocupações nos municípios sobre esses desdobramentos. Por outro lado, o planejamento também implicava em estabelecer outros recortes territoriais para facilitar o processo de descentralização de modo regionalizado.

O PDR, de 2002, propunha a divisão das CRSs em microrregiões de saúde, estabelecendo assim um recorte territorial regional para o início do trabalho em redes dos os serviços de saúde. Na 14º CRS, a entrevistada apresentou como essa discussão foi tomada entre gestores estaduais:

Inicialmente, a gente pensou em organizar micros que pudessem ser potentes, pensando nas estruturas que essas micro tinham, mas também pensando nessa questão da geografia, vamos dizer assim, da possibilidade de acesso e da constituição de uma microrregião. [...]. Os nossos municípios são aproximadamente pertos um do outro,[...] então, quando a gente pensou, sei lá, nesses locais, a gente pensou onde estavam organizados, por exemplo, os hospitais que tinham estruturas que conseguiam atender mais que um município. [...]. Naquela época já se pensava nessa questão das redes [...] até hoje todo mundo sabe quem são seus micros, elas nunca se modificaram. (Entrevistada 7, gestora estadual do nível regional, fase I)

Essa definição de configuração territorial tem reverberado no processo de regionalização, colaborando para o estabelecimento em redes regionalizadas do SUS. As outras CRSs desta macro também dividiram seus territórios em microrregiões, e ainda utilizam esses recortes para se referirem as divisões das CRSs.

Na fase II, o Pacto da Saúde parece ter movimentado mais os municípios da Macro Missioneira na direção da descentralização, pois aproximou gestores estaduais, municipais, também atores da sociedade civil, como a universidade, que colaborou com discussão do assunto.

O Pacto foi o primeiro que deu uma tônica de mudança, [...] claro que o Pacto trouxe novos desafios, porque sempre é uma construção que se soma. Eu vejo que vai aumentando o nível de responsabilidade, eu acho e aí a gente fez de novo esse caminho de construção interna, de que todos se apropriassem dessas diretrizes todas que o Pacto trazia. [...] Eu avalio assim, eu não pesquisei, assim, mas eu acredito que tenha sido já uma implementação, que os municípios conseguiram ter um apoio diferente. A

universidade se colocou à disposição até para ir nos municípios, ajudar lá no município com os acadêmicos. Alguns municípios solicitaram essa parceria e o pessoal da universidade foi lá, [...] foi uma riqueza a mais, então já melhoramos o processo, digamos assim. (Entrevistada 6, gestora estadual do nível regional, fase II)

Na 17ª CRS foi criado um fórum para favorecer a participação popular, também com atuação da universidade. Dessa forma, essas são estratégias que colaboram para fortalecer os mecanismos de gestão, bem como difundir o processo de descentralização entre os atores do território.

Nós criamos um fórum permanente popular. Neste fórum a gente fazia, toda a comunidade participar, os conselhos municipais. A gente tinha uma vez por mês encontros. Através desse fórum, que vinham os municípios, vinham os conselheiros, os trabalhadores, mas tinha que vir os usuários juntos. E a gente criou essa estratégia também de discutir a regionalização, o que era necessário, o que estava precisando, quais eram os maiores desafios, as maiores necessidades para ouvir a população. E a universidade também nos ajudou bastante fazendo capacitações junto para falar sobre planejamento. Vamos falar como se dá isso, como é que está agora, o que é o Pacto pela Saúde, tudo mais”. A gente tentava estrategicamente incluir nas pautas. (Entrevistada 8, gestora estadual do nível regional, fase II)

Também nesse momento instauraram-se os COGERES, de modo que nessas reuniões eram discutidas o processo de pactuação de indicadores.

Esse processo do Pacto aconteceu com a participação também dos municípios, na nossa região os municípios respeitam muito essa questão. [...] Se a gente levar uma coisa para eles que for bem debatida, bem discutida, eu acho que a gente não tem muita dificuldade em relação a isso. Os nossos municípios em relação a assumir serviços no caso, [...] desde que eu estou na regional eu tenho hábito de participar, de organizar resoluções, enfim, deliberações, atas, a CIB, o COGERE. Sempre fiz parte disso porque eu estou no setor. (Entrevistada 7, gestora estadual do nível regional, fase II)

Ao mesmo tempo os municípios pactuavam metas de indicadores, mas tinha dificuldades de acompanhar, de modo que pareciam não compreender bem as implicações e responsabilidades assumidas nessas pactuações. Dessa forma, cabia mais uma vez aos gestores estaduais do nível regional explicarem sobre o monitoramento e avaliação dos indicadores:

Os municípios pactuavam um valor e depois, quando a gente ia analisar os resultados - os números - se eles tinham alcançado ou não, eles tinham dificuldade de informar. Muitas vezes até estavam fazendo, mas não notificavam, não informavam de forma correta. Isso eu acho que até hoje os municípios têm dificuldade de compreender que uma notificação bem-feita e ideal do que está acontecendo do município pode nortear uma política de saúde. São dados importantes. notificar não é só pegar e botar um número de qualquer jeito em uma planilha, um sistema de informação, são esses números que nos ajudam a planejar a saúde. (Entrevistada 5, gestora estadual do nível regional, fase II)

Nesse sentido, a 9ª CRS decidiu fazer um acompanhamento mais de perto junto aos municípios, dividindo os gestores estaduais do nível regional para que cada um acompanhasse três municípios de formas mais pormenorizada quanto aos indicadores

Nós dividimos na Coordenadoria por servidor, por exemplo eu tinha três municípios sob minha responsabilidade. Eu tinha que então explicar e conhecer todos os indicadores, mesmo que fosse de outra área, porque eu ficava, tipo, de apoio técnico de três municípios; outro servidor, mais três. Então a gente divide assim: primeiro entre nós, nós estudamos todos os indicadores para todo mundo ter conhecimento, mesmo que não fosse da área específica; depois a gente ficou responsável por acompanhar os municípios, aí eles preenchiam as planilhas da pactuação, isso a gente via. Se tinha algum em inconformidade, muito fora do que era possível para o município, a gente retomava, eles alteravam. Assim que foi feito, isso nós conseguimos. (Entrevistada 5, gestora regional, fase II)

Na fase III, todas as CRS estabeleceram que as Regiões de Saúde teriam a mesma configuração territorial da Região Administrativa, entretanto podemos destacar algumas reflexões que emergiram nesse momento de CRS que chegaram a pensar em dividir seu território.

Primeiro, uma grande dificuldade de eles entenderem que era isso: “Região? Como assim? Vai dividir? Vai ter outra? Se vai dividir...”. Ninguém queria dividir, ninguém queria, todo mundo queria responder. Os gestores diziam isso: “não, nós queremos ficar tudo junto”, “não, mas não é que vocês vão ficar separados...”. A gente também tinha dificuldade de entender esse processo e aí na nossa região, na 12ª, não se dividiu mais, ficou a 11ª Região de Saúde, 12ª Coordenadoria Regional de Saúde. Então a Região de Saúde ficou com a mesma configuração da Região Administrativa. (Entrevistada 6, gestora regional, fase III)

Já a 14ª CRS cogitou a divisão, e para isso consultou tanto os gestores municipais como os gestores estaduais.

Bom, pensando naqueles critérios todos que estavam lá, que era: ter vigilância em saúde, [...] a questão da média, [...] a questão da atenção básica, [...] a questão das portas e entrada. Nós chegamos a cogitar a possibilidade de termos duas regiões de saúde, conforme a divisão das microrregiões [...], mas alguns ficaram com medo de que isso iria desfortalecer a região. Seria inverter na verdade, eu acho que foi principalmente isso, esse foi o medo que se tinha, não que era que se tinha, mas que poderia acontecer. [...]. Então se decidiu que a gente gostaria de permanecer. [...] A gente disse “não, a gente não vai dividir”. Foi uma decisão conjunta naquela época. (Entrevistada 7, gestora regional, fase III)

A 17ª CRS também refletiu sobre o assunto, e decidiram manter a mesma configuração para facilitar o trabalho da própria regional.

Aí a gente decidiu que teria que ser uma região, em função de que seria também um pouco mais simples para a gente se reunir, para fazer as reuniões, a gente se enxergar e que nós tínhamos uma infraestrutura aqui razoável que a gente queria investir nessa infraestrutura aqui, tentar trazer os serviços que não tínhamos. Naquela época nós estávamos brigando muito pela questão.... Nós tínhamos muito problema de traumatologia, nas referências de traumatologia. Era um nó grande, porque no SUS, a média complexidade, assim, é um dos grandes nós, então a gente tinha muita discussão sobre isso. Nós não tínhamos referências, então em um momento a gente sabia, “bom, vamos tentar fazer parceria com as outras, com Frederico, de outras”, depois foi, daí o pessoal, conversamos junto, amadurecemos. “Não, vamos nós e, quando for necessário, a gente continua se reunindo como macro e tudo mais”. Isso aconteceu daí. (Entrevistada 8, gestora regional, fase III)

Em relação as CIR, pouco mudou a relação entre os municípios já que são os mesmos das reuniões do COGERE. Ao mesmo tempo, as CRSs reforçam que, geralmente, os gestores estaduais e municipais dialogam bem, e chegam em consenso.

Mas, assim, nunca teve um episódio que eu pudesse dizer assim: “não, naquela CIR nós não nos entendemos”. Não vou dizer que é tranquilo, claro que tem muita CIR que a gente já teve muito debate, discussão não, debate para entrar em um consenso. [...] A gente já teve momentos quentes também, mas nunca teve uma situação onde não se pudesse construir esse consenso. Quando não tinha condições de construir um consenso, a gente abria câmara técnica, a câmara técnica buscava informações, buscava, enfim, argumentos para as defesas e depois em segundo momento, dependendo do que se quisesse provar, quando não tivesse aprovação, não tinha então. (Entrevistada 7, gestora regional, fase III)

Uma estratégia utilizada para o processo de descentralização por algumas CRSs é de realizar as reuniões de CIRs em diferentes localidades para conhecer melhor a realidades dos municípios menores.

Uma outra estratégia que a gente sempre fez foi descentralizar as reuniões, as reuniões eram nos municípios da CIR, nos municípios então a gente se deslocava para os municípios. Teve um momento, um determinado período que cada reunião da CIR, uma meia hora, tinha uma capacitação, também usamos isso por um período – sempre nós estávamos inventando alguma coisa. [...] Então a gente falava que era o planejamento, o que é a questão do financiamento, os princípios do SUS mesmo, isso eu lembro que foi feito também. Muito na questão da educação permanente, que tem que estar sempre junto, participação popular junto, tentando ouvir. (Entrevistada 8, gestora regional, fase III)

Por fim, para melhorar a atenção de média e alta complexidade também foi organizado um consórcio na região.

Daí tentamos credenciar Santo Ângelo, tentamos, daí a gente não consegue porque não tem médico, os médicos não querem, o valor que tu paga é pouco. Aí o estado diz que não tem dinheiro para pagar mais e daí vai, é uma luta. Esse consórcio funciona, funciona muito bem há anos. O consórcio é para as consultas especializadas, o que o SUS não tem, eles vão, por exemplo reumato. Reumato pelo SUS é difícil, tu não

consegues pelo SUS, nenhum médico se credenciar porque o SUS paga pouco. Tem a questão financeira que comanda. aí os municípios pagam uma parcela, o Estado paga a outra e faz o atendimento para os usuários via região. [...] Os Estados dão um percentual para os consórcios, no estado. Estados e os municípios. [...] eles conseguem consultas, exames também, para determinadas especialidades que o SUS não proporciona. (Entrevistada 8, gestora regional, fase III)

Na 9ª CRS também aparece essa situação, de modo que os problemas decorrentes dessa situação podem criar novos entraves para o processo de regionalização do SUS no RS.

Nós temos aqui um consórcio, que, assim, é bem [...] 2010 [...], porque ela não reparte nem a data. Esse consórcio que foi formado para auxiliar os municípios por eles mesmos, eles mesmos fizeram isso, no início o objetivo era complementar o que as nossas referências não estavam atendendo na região. Só que, quando começou [...] começaram a receber e os médicos pelo consórcio, eles viram que era mais vantajoso o consórcio. Então muitas vezes as referências começaram a recusar [...] o atendimento. Então nós tivemos esse problema. (Entrevistada 5, gestora regional, fase III)

4 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A partir da apresentação dos elementos operacionais nas macrorregiões, considerando as diferentes da regionalização do SUS no RS, é possível compreender como tem se dado o processo de governança regional para efetividade da descentralização. Junto aos relatos das entrevistas referentes ao processo de regionalização, ficam evidenciados aos desafios latentes que dificultam a implementação deste princípio induzido pela política de saúde nacional.

Ao apresentar parte das entrevistas com os gestores estaduais do nível regional, visibilizaram-se diversas perspectivas do processo decisório na descentralização do SUS, tanto em termos de questões administrativas quanto de questões políticas. Além disso, enfatizou-se as perspectivas das três macrorregiões estudadas a partir da divisão das três fases do processo de regionalização, propostas por Albuquerque e Viana (2015), a fim de compreender a constituição das redes de atenção de modo regionalizado e do estabelecimento das instâncias de pactuação para descentralização da tomada de decisão.

Com a proposição das NOBs, nos anos 1990, tem início a indução formal do processo de regionalização do SUS. A própria municipalização no estado não foi tão simples como parecia descrever a legislação, pois os gestores municipais precisavam assumir parte da gestão em saúde dos municípios, e para isso foi necessário a assessoria dos gestores estaduais do nível regional. Ao mesmo tempo, evidenciou-se uma dificuldade por parte de alguns municípios em garantir atendimento à população de outros municípios próximos, uma vez que nem sempre os pactos com os prestadores de serviços eram cumpridos. Essa nova relação entre os municípios e os prestadores também se tornou um desafio para os gestores estaduais.

A proposta da NOB nº 01/96 envolvia o desenvolvimento da PPI, definindo referências e contrarreferências entre os municípios de uma mesma regional, sendo que apenas a 5ª CRS na Macrorregião Serra conseguiu finalizar o processo, o que colaborou para implementação dos pactuações seguintes. As outras CRSs, da Macro Metropolitana e Macro Missioneira, não avançaram nesse processo que abarcou a fase I, de modo que os entraves iniciais – com municípios e prestadores de serviços – se mantiveram ao longo do processo de regionalização.

Nessas NOBs, também se induzia a criação de Planos Diretores de Regionalização (PDR) pelos estados, com o intuito de reforçar o movimento em busca da regionalização. No RS, o PDR foi publicado em 2002. Parte dos entrevistados das CRSs destacaram que foi a partir desse momento que se definiram as microrregiões e as macrorregiões em seus territórios e, desse modo, começaram a trabalhar junto aos municípios e a outras CRSs. Este olhar também

colaborou para que os gestores dos entes envolvidos na regionalização se conhecessem melhor e facilitassem o processo tanto da descentralização da saúde, como da definição da média e alta complexidade.

Na fase II da regionalização demarcada pela proposta do Pacto pela Saúde, de 2006, poucos municípios aderiram ao pacto justamente pela maior responsabilização implicada. Mas a 5ª CRS, como havia sido definido pela PPI, conseguiu que todos os seus municípios aderissem. Para as CRS da macro Metropolitana não era claro o posicionamento do estado em relação a essa adesão, o que desmotivou os municípios e os próprios gestores estaduais do nível regional. Além disso, o pacto representava maior responsabilidades dos municípios sem uma clareza da contrapartida federal. E para os municípios da macro Missioneira, ocorreram algumas adesões, mas os gestores estaduais do nível regional tinham de acompanhar de maneira mais próxima os indicadores junto aos municípios, pois estes tinham dificuldade. Ainda chama a atenção que, neste período, esta macro envolveu a participação popular em fóruns frequentes para discussão sobre os direcionamentos das políticas de saúde e realizou capacitações sobre regionalização junto as universidades locais.

Os COGERES foram instituídos, mas parecem não ter configurado como instâncias de pactuação potentes no território, uma vez que as CRSs já tinham formas de reuniões com os municípios e as reuniões do COGERES tinham muito mais o caráter informativo do que do estabelecimento de acordos para pactuação. As decisões ainda se davam de maneira centralizada nas três macrorregiões. Já na fase III da regionalização, visando à definição de Regiões de Saúde, os representantes das CRSs destacam que a metodologia desenvolvida pelos gestores estaduais do nível central envolvia reuniões frequentes e o preenchimento de planilhas para mapear dados de saúde, de economia, de questões culturais e sociais. Essa mesma metodologia era trazida pelos gestores estaduais do nível regional para os municípios, desencadeando uma reflexão mais profunda, a qual envolvia diagnósticos e demandas relativas ao território em questão.

Na definição das Regiões de Saúde ficaram explícitos pelos entrevistados que foram levados em consideração o fluxo de usuários; as possibilidades de transportes; as questões geográficas e culturais. Para além disso, também se considerou as divisões em microrregiões propostas com o PDR, de 2002, e estabelecimento dos prestadores de serviços nas regiões. Assim, percebe-se que a configuração das Regiões de Saúde se deu em torno de grandes hospitais, que são privados e filantrópicos, e participam da atenção de modo complementar. Entretanto, destaca-se que as exigências dos profissionais que atuam nesses prestadores de serviços, muitas vezes, geram mais entraves para o processo de regionalização do SUS. Para

resolver essa situação a macro Serra e a Missioneira enfatizam que foram criados consórcios para complementação dos valores da tabela do SUS.

Outra questão que chamou atenção nas CRSs da Macro Missioneira é a definição de que suas Regiões de Saúde teriam a mesma configuração territorial da Região Administrativa, pois havia receio de dividir força política e mesmo de trazer mais trabalho para os gestores estaduais do nível regional. Dessa forma, as CIRs também acompanharam a composição dos COGERES. Por outro lado, a Macro Serra que tem apenas a 5ª CRS optou por constituir quatro Regiões de Saúde e a 18ª CRS da Macro Metropolitana dividiu em duas Regiões de Saúde. Além das CIRs, essas CRSs realizam uma CIR em cada uma das regiões e mais uma CIR conjunta, com todos os municípios da CRS, para discutir questões de alta complexidade.

Outro ponto importante de análise refere-se à governança regional, expressa na forma de gestão das CIRs pelos gestores estaduais do nível regional e na relação estabelecida entre os municípios. Algumas CRSs, as quais têm mais de uma região de saúde, realizam as CIRs com as regiões de saúde existentes em seus territórios administrativos, bem como reuniões conjuntas com todos os municípios da regional, como a 18ª CRS e a quinta CRS.

Na percepção de alguns gestores estaduais do nível regional, as reuniões em CIR têm proporcionado o fortalecimento dos municípios para conseguir estruturar seus serviços de saúde e até para enfrentar questões com prestadores de serviços. Nesse sentido, os gestores estaduais do nível regional coordenam e assessoram essas reuniões visando ao contexto regional, tendo em vista a declaração dos mesmos que os indicadores de saúde das regiões têm melhorado significativamente.

Essa união entre os municípios permite evidenciar as soluções encontradas por eles para ampliar o atendimento de saúde da população, como por exemplo, para pagar os altos custos de serviços exigidos pelos prestadores de serviços. Uma dessas soluções se deu na quinta CRS, em que alguns municípios se reuniram, criaram um consórcio administrativo para complementar os valores aos prestadores de serviços, além daqueles pagos pela tabela do SUS. Essa situação apresenta a imposição de regras pelos prestadores para disporem de seus serviços, de modo que os municípios são obrigados a se organizarem para pagar esses custos visando a garantir o acesso da população à saúde.

Para potencializar as discussões de CIR, algumas CRSs realizavam as reuniões descentralizadas, ou seja, cada vez a reunião se dava em um município da região de saúde. Segundo a representante da sétima CRS, essa situação colabora para difundir conhecimento sobre particularidades municipais, tanto de estruturas quanto dos aspectos culturais. Além

disso, também ajuda a compreender algumas dificuldades específicas dos municípios no atendimento de saúde da população.

Outro aspecto que envolve a governança é o modo como os gestores estaduais de nível regional se relacionam com gestores municipais. A representante da terceira CRS explicita que ela dispõe seu telefone para todos e permite ligações a qualquer dia e horário, vendo nessa estratégia a possibilidade de ampliar o contato e a parceria com os gestores municipais no processo de regionalização do SUS.

A perspectiva de macrorregião parece ter reverberado pouco entre as CRSs em termos de governança. Esse recorte territorial é mais utilizado para pensar em redes de atenção envolvendo serviços de média e alta complexidade. Ainda assim, são redes específicas, como a Rede de Urgências e Emergência; a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil; de Atenção Oncológica, etc. Algumas CRSs são mais dependentes de grandes municípios para efetividade do acesso à saúde.

De modo geral, o processo de regionalização no Rio Grande do Sul envolve gestores estaduais, regionais, municipais e também é tensionado pelos prestadores de serviços. Apesar das normativas e das legislações criadas para induzir esse processo, nem sempre se tem efetividade em todas as partes do estado, fazendo com que algumas regionais estejam mais organizadas do que outras em termos de redes de atenção. Os recortes territoriais de microrregiões, de região de saúde, de regional e de macrorregiões são acionados em diferentes momentos, considerando a demanda de atendimento da população. A governança estabelecida pelos gestores estaduais do nível regional é um aspecto importante na regionalização, principalmente no que se refere à coordenação das instâncias de pactuação.

Considerando as macrorregiões estudadas, podemos traçar paralelos importantes em termos de governança regional e determinantes e condicionantes de saúde, pois como aponta McNamara (2011), os determinantes sociais da saúde são consequências de um determinante anterior: a política. Nesse sentido, podemos observar que a Macro Serra enfrentou seus problemas de referências e contrarreferências com a PPI, descentralizou seu território em quatro Regiões de Saúde, e construiu formas de diálogo potentes com os municípios nas instâncias de pactuação. Isso fez com que o território da CRS se fortalecesse e desenvolvesse cada uma das suas Regiões de Saúde.

Já a Missioneira, desde a fase I não realizou as definições das referências e contrarreferências deixando de enfrentar problemas com prestadores e municípios que são entraves no processo de regionalização. Quando definiu suas Regiões de Saúde, mais uma vez preferiu manter a configuração das Regiões Administrativas deixando de fortalecer os

territórios de forma descentralizada, o que acaba tendo consequência no resultado dos condicionantes e determinantes de saúde.

A macro Metropolitana tem uma complexidade maior, tanto em termos populacionais como nas redes de atenção à saúde, mas tem conseguido reorganizar de forma descentralizada seus fluxos por meios das pactuações, principalmente com o estabelecimento do Decreto nº 7.508/2011 que exige consenso nas CIRs para que as decisões sejam levadas à CIB.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comparação entre essas três Macrorregiões (Metropolitana, Sul e Missioneira) reforça a importância de analisar cada contexto no sentido de destacar especificidades da governança regional. Ao mesmo tempo, considerando a regionalização em saúde um processo que se desenvolve no território, percebe-se como cada macro operacionaliza as determinações de normativas e legislações das políticas de saúde para implementar esse princípio do SUS. Se por um lado, a Macro Metropolitana tem complexidades para atender todo o Estado; a Serra e a Missioneira passam por enfrentamentos locorregionais que as permitiram serem mais ou menos articuladas, respectivamente, para implementação da regionalização em saúde.

Nesse sentido, olhar para os determinantes e condicionantes de saúde se torna estratégico para pensar as questões ligadas à governança, pois, conforme os relatos dos gestores estaduais do nível regional, essas definições para pactuações do SUS tem consequência direta na situação de saúde da população. Por fim, enfatiza-se que as regionais passam por diferentes processos de regionalização e, embora tenham algumas ações em geral mais comuns, possuem processos operacionais bastante diversos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 28-38, dez. 2015.

BANCO MUNDIAL. **Sub-Saharan Africa: from crisis to sustainable growth**. Washington, D.C.: The World Bank, 1989.

BELLINI, Maria Isabel Barros; BAGATINI, Carmen Luisa Teixeira; BAPTISTA, Gabriel Calazans; ACHUTTI, Cristiane Fischer; GEYER, Ligia Maria Correa; VALLE, Ana Maria Mejolaro Dalla; PRYTOLUK, Liane B.; GUIMARÃES, Cristian Fabiano. Experiência de Planejamento Regional Integrado: uma construção coletiva. **Anais do Congresso da Associação Latina para Análise de Sistema de Dados em Saúde**. Sessão 6. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Estabelece a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS-SUS 01/02 resulta do contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do Sistema Único de Saúde. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica – NOB do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Tribunal de Contas da União – TCU. **Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde**. Brasília, DF: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/guia-de-governanca-e-gestao-em-saude.htm>. 2018.

BUTA, Bernardo Oliveira; TEIXEIRA, Marco Antonio Carvalho. Governança pública em três dimensões: conceitual, mensural e democrática. **Organ. Soc.**, Salvador, v. 27, n. 94, p. 370-395, set. 2020.

CARNEIRO, R., and MENICUCCI, TMG. Gestão pública no século XXI: as reformas pendentes. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, Apr. 2017.

CAVALCANTE, Pedro Cavalcante; PIRES, Roberto. **Governança Pública: Construção de Capacidades para a Efetividade da Ação Governamental**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota Técnica - Número 24- julho - Diest. 2018

LIMA, Luciana Dias de et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, nov. 2012.

MENDES, Áquilas et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, jun., 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

REIS, A. C. et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, abr. 2017.

RIBEIRO, Patrícia Tavares; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; DENIS, Jean-Louis. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1075-1084, abr. 2017

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Decreto nº 16.773, de 28 de agosto de 1964. Dá nova estrutura a Secretaria de Saúde e estabelece outras providências. 1964.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente. Portaria nº 09, de 21 de junho de 1993. Implanta a Comissão Intergestora Bipartite. 1993.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. 2002. Disponível em: https://www.mprs.mp.br/media/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf >. Acesso em: 17 set. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. **Resolução CIB/RS nº 45/2007**. Altera Resolução nº 25/03 – CIB/RS, Colegiado de Gestão Regional – COGERE. 2007.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, jun. 2015.

SILVA, Edson Coutinho da; GOMES, Mara Helena de Andrea. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, dez. 2014.

SOUZA, Neuza Maria dos. A organização de saúde do Rio Grande do Sul. *Revista Gestão & Saúde*, Curitiba, v. 1, n. 3, p1-10. 2010

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, ago. 2010.

WORLD BANK. **Governance and development**. Washington, Oxford University Press. 1992

APÊNDICE A - ROTEIRO DE TEMAS NORTEADORES

- 1- Inserção no processo de regionalização no RS;
- 2- Funcionamento e organização da instância de pactuação participante;
- 3- Percepção pessoal e institucional sobre o processo de regionalização do RS;
- 4- Percepção do processo de regionalização no contexto das Regiões de Saúde;
- 5- Percepção do processo de regionalização no contexto das Macrorregiões de Saúde;
- 6- Percepção do processo de regionalização no contexto estadual;
- 7- Recomendações para o processo de regionalização no RS.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Análise dos processos de regionalização, gestão e planejamento para a implementação das Redes de Atenção à Saúde no Rio Grande do Sul” cujo objetivo (geral) é investigar o processo de implantação e conformação da regionalização da saúde e do planejamento regional no Rio Grande do Sul com vistas à implementação das Redes de Atenção à Saúde.

Esta pesquisa pretende produzir reflexão e conhecimento a fim de permitir avanços nas estratégias de continuidade de implementação do processo de regionalização da saúde no RS, a partir dos atores sociais que atuam ou atuaram nas instâncias de pactuação regional.

Para a coleta de dados, será utilizada a entrevista semiestruturada, que levará cerca de 45 minutos para ser respondida em local a ser definido pelo (a) entrevistado (a), sem prejuízo do seu trabalho. As entrevistas serão gravadas, para posterior transcrição, ou seja, as falas serão transformadas em texto. O material ficará sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) principal por um período de 5 anos e após será destruído.

Esta pesquisa pode envolver riscos como constrangimentos, desconfortos ou indisposição ao fornecer informações relacionadas à prática profissional e ao conhecimento sobre o processo de regionalização da saúde no Rio Grande do Sul. Caso você sinta algum prejuízo em função de participar desta pesquisa, será encaminhado (a) para um primeiro acolhimento pela equipe da pesquisa e, depois será encaminhado (a) para rede de saúde.

A participação na entrevista é voluntária, ficando o (a) entrevistado (a) livre para não responder a qualquer uma das perguntas. Essa participação não envolverá qualquer tipo de avaliação funcional. A não participação na pesquisa não trará nenhum tipo de prejuízo a você e nem ao seu local de trabalho. Por conta da pandemia de COVID-19 e da classificação das bandeiras de distanciamento social definidas pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, as entrevistas serão realizadas presencialmente ou por reunião virtual através do Google Meet ou por telefone, conforme acordado previamente entre entrevistado e equipe de pesquisadores.

Você não receberá nenhuma remuneração pelo ingresso na pesquisa e poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento do estudo, cessando, assim, a sua participação no mesmo. Neste caso, as suas informações não serão utilizadas, sem nenhum tipo de prejuízo para você. Se houver algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Resolução CNS n°. 510/16, Artigo 19, parágrafo 2º).

Esta pesquisa trará como benefícios o registro e a análise da participação de diferentes atores sociais no processo de regionalização da saúde no Rio Grande do Sul. Espera-se também

que os resultados possam permitir reflexões para avançar nas estratégias de implementação deste processo no Estado. Os resultados deste estudo serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e institucionais. Como a pesquisa selecionará os participantes de forma intencional, não será possível a garantia total do anonimato da sua identidade. No entanto, visando a garantia da confidencialidade dos participantes da pesquisa esses serão nomeados através de codificação (por exemplo, gestor 1, conselheiro 1...).

Esta pesquisa está sendo financiada Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul. Caso você tenha dúvidas ou necessite de algum esclarecimento, pode entrar em contato com o pesquisador responsável, Cristian Fabiano Guimarães, pelo telefone (51) 3288-5818 e com a pesquisadora assistente, Priscila Farfan Barroso, pelo mesmo telefone, além do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do RS, pelo telefone (51) 3901-1532, Comitê de Ética da IMED, pelo telefone (51) 3045-9018. O Comitê de Ética e Pesquisa é um colegiado cuja função é defender os interesses, a integridade e a dignidade dos participantes, contribuindo para que sejam seguidos os padrões éticos nas pesquisas com seres humanos.

Você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinada e rubricada pelo pesquisador.

_____ de _____ de 20__.

Nome e assinatura do participante da pesquisa (ou representante legal)

Nome e assinatura do pesquisador (a) responsável