

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

**Arissane de Sousa Falcão**

**REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS  
CONTRIBUIÇÕES PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE E  
DESENVOLVIMENTO DA REGIÃO DE IMPERATRIZ MA**

**Taubaté – SP**

**2020**

**Arissane de Sousa Falcão**

**REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS  
CONTRIBUIÇÕES PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE E  
DESENVOLVIMENTO DA REGIÃO DE IMPERATRIZ MA**

Dissertação apresentada para qualificação como requisito para obtenção do Título de Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-graduação em Administração do Departamento de Gestão e Negócios da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Planejamento, Gestão e Avaliação do Desenvolvimento Regional.

Orientador Principal: Profa. Dra. Quésia Postigo Kamimura.

Orientador: Prof. Dr. Edson Aparecida de Araújo Querido Oliveira.

**Taubaté – SP**

**2020**

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI**  
**Sistema Integrado de Bibliotecas -SIBi**  
**Universidade de Taubaté - UNITAU**

F178r Falcão, Arissane de Sousa

Regionalização dos serviços de saúde e as contribuições para o planejamento em saúde e desenvolvimento da região de Imperatriz MA / Arissane de Sousa Falcão. -- Taubaté : 2020.

121 f. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Taubaté, Departamento de Gestão e Negócios / Eng. Civil e Ambiental, 2021.

Orientação: Profa. Dra Quésia Postigo Kamimura, Coorientação Prof. Dr. Edson Aparecida de Araújo Querido Oliveira, Departamento de Gestão e Negócios.

1. Saúde pública - Controle de qualidade. 2. Administração pública. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Planejamento Regional. I. Título.

CDD - 362.10685

**ARISSANE DE SOUSA FALCÃO**

**REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS CONTRIBUIÇÕES PARA  
O PLANEJAMENTO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DA REGIÃO DE  
IMPERATRIZ MA**

Dissertação apresentada para qualificação como requisito para obtenção do Título de Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-graduação em Administração do Departamento de Gestão e Negócios da Universidade de Taubaté.

Área de concentração: Planejamento, Gestão e Avaliação do Desenvolvimento Regional.

Data: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Quésia Postigo Kamimura / Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Edson Aparecida de Araújo Querido Oliveira / Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Adriana Leônidas de Oliveira / Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Jaqueline Brandão Marotti / Faculdade de Medicina de Itajubá

Assinatura \_\_\_\_\_

*À Deus, à minha família e namorado pela compreensão e apoio.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela dádiva da vida e por me permitir realizar tantos sonhos nesta existência. Obrigada por me permitir errar, aprender e crescer, por Sua eterna compreensão e tolerância, por Seu infinito amor, pela Sua voz “invisível” que não me permitiu desistir e principalmente por ter me dado uma família tão especial, enfim, obrigada por tudo.

À minha **família**, por apoiarem e compreenderem o meu isolamento em inúmeras ocasiões. À minha mãe e ao meu pai deixo um agradecimento especial, por todas as lições de amor, companheirismo, amizade, caridade, dedicação, abnegação, compreensão e perdão que vocês me dão a cada novo dia. Sinto-me orgulhosa e privilegiada por ter pais tão especiais. Às minhas irmãs queridas, sempre prontas a me apoiar em tudo nesta vida. E a minha Vó (mãezinha) por todo amor e paciência, e por sempre acreditar e torcer pelo meu crescimento profissional.

Ao meu namorado Alisson Mota de Aguiar, por todo amor, carinho, compreensão e apoio em tantos momentos difíceis desta caminhada. Obrigada por permanecer ao meu lado, mesmo sem os carinhos rotineiros, sem a atenção devida e depois de tantos momentos de lazer perdidos. Obrigada pela parceria para juntos enfrentarmos essa batalha rumo à qualificação profissional.

Aos Professores Doutores Quésia Postigo Kamimura e Edson Aparecida de Araújo Querido Oliveira, pela orientação, competência, profissionalismo e dedicação tão importantes. Obrigada por acreditar em mim e pelos incentivos. Tenho certeza que não chegaria neste ponto sem o apoio de vocês.

Ao meu amigo Jairo Rodrigues Nascimento e Greice Kely Aragão Ribeiro, que juntos entramos de cabeça nesse sonho. Obrigada pela palavra amiga, pelo incentivo e por sua amizade.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

## RESUMO

A regionalização trata-se de um projeto político para organização do sistema único de saúde baseando-se na universalidade, integralidade, equidade, e também descentralização, unificação e hierarquização, atendendo à diversidade regional do país. Desde a implantação do Sistema Único de Saúde, diversas foram às dificuldades de implementações de políticas públicas, para que de fato, um serviço de qualidade no que diz respeito à saúde seja prestado. Sob a ótica da regionalização, que é um dos princípios organizativos do SUS, objetiva-se com esse estudo analisar o processo de regionalização de saúde e suas contribuições para o planejamento em saúde e desenvolvimento da Região de Imperatriz Maranhão. A fundamentação teórico-metodológica desta pesquisa trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa e exploratória, com análise documental e bibliográfica. Foram utilizadas documentações que tratam do processo da divisão no período da criação da Região de Saúde de Imperatriz e a coleta de dados foi feita por intermédio de roteiro de entrevista semiestruturado, com os gestores de saúde da região. Para a análise caracterizou-se a região de saúde de Imperatriz-Ma, dos dados oriundos da transcrição das entrevistas, utilizou-se da análise de conteúdo fundamentada em Bardin (1977), posteriormente aplicou-se o Processo de Raciocínio, que embasou a criação das Árvores de Realidade atual e futura, bem como o diagrama de conflitos da região em estudo. Os gestores de saúde apontam que os municípios possuem estruturação no que cerne a atenção primária, relatando dificuldades nas demandas de média e alta complexidade. O processo de planejamento ainda está em plena tramitação e recorre com grande expectativa sob a perspectiva dos gestores de saúde. Foi percebido que os gestores de saúde da região de saúde estudada levantam problemáticas importantes sobre o seguimento das deliberações acordadas na Comissão Intergestora Regional, e do processo de gerir como as questões ligadas ao financiamento em saúde. O estudo aponta que os mesmos ressaltam a importância da participação social e dos conselhos, para que de fato haja um controle social efetivo.

Palavras-chave: Gestão. Desenvolvimento Regional. Economia da Saúde. Região de Saúde. Políticas Públicas.

## **ABSTRACT**

Regionalization is a political project for the organization of the single health system based on universality, integrality, equity, as well as decentralization, unification and hierarchy, taking into account the country's regional diversity. Since the implementation of the Unified Health System, there have been several difficulties in implementing public policies, so that, in fact, a quality service with regard to health is provided. From the perspective of regionalization, which is one of the organizational principles of SUS, this study aims to analyze the process of regionalization of health and its contributions to health planning and development in the Region of Imperatriz Maranhão. The theoretical and methodological basis of this research is a case study with a qualitative and exploratory approach, with documentary and bibliographic analysis. Documentations dealing with the division process were used during the period in which the Health Region of Imperatriz was created and data were collected through a semi-structured interview script with the region's health managers. For the analysis, the health region of Imperatriz-Ma was characterized, using data from the transcription of the interviews, using content analysis based on Bardin (1977), later the Reasoning Process was applied, which underpinned the creation current and future Reality Trees, as well as the conflict diagram of the region under study. Health managers point out that the municipalities are structured in terms of primary care, reporting difficulties in the demands of medium and high complexity. The planning process is still in full swing and appeals with great expectation from the perspective of health managers. It was noticed that the health managers of the studied health region raise important problems regarding the follow-up of the deliberations agreed in the Regional Intergovernmental Commission, and the process of managing such issues related to health financing. The study points out that they emphasize the importance of social participation and advice, so that in fact there is effective social control.

**Keywords:** Management. Regional development. Health Economics. Health Region. Public Policies.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Regiões de Saúde do Maranhão.....	18
Figura 2: Artigo 13 do Decreto 7.508/2011- acesso das ações e serviços de Saúde.....	27
Figura 3: Transformação na organização dos serviços de saúde .....	39
Figura 4: Fluxograma de criação dos pactos pela saúde .....	41
Figura 5: Processo de planejamento no SUS e suas inter-relações .....	45
Figura 6 : Relações nas Regiões de Saúde média e alta Complexidade.....	48
Figura 7: Técnicas para análise de dados.....	58
Figura 8: Árvore da realidade atual da Região de Saúde Imperatriz.....	61
Figura 9: Diagrama de Resolução de Conflitos .....	62
Figura 10: Árvore da Realidade Futura – ARF .....	63
Figura 11: Síntese Metodológica.....	64
Figura 12: Macrorregiões de Saúde do Estado do Maranhão- Região Imperatriz, 2019 .....	67
Figura 13: ARA Região de Saúde de Imperatriz-MA.....	94
Figura 14: Diagrama de conflitos Região de Saúde de Imperatriz-MA.....	95
Figura 15: ARF da Região de saúde de Imperatriz-MA.....	96

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Quantitativo de leitos para internação cadastrados por municípios da região de saúde de Imperatriz.....	70
Gráfico 2: Região de Saúde Imperatriz - Equipamentos de Saúde Disponíveis pelo SUS.....	74
Gráfico 3: Quantidade de Equipamentos por Polos/Região de Saúde.....	76
Gráfico 4: Quantidade de Médicos por cada mil habitantes - Região de Saúde de Imperatriz .....	78

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado do Maranhão .....	29
Quadro 2: Caracterização dos Municípios que compõe a Região de Saúde de Imperatriz .....	68
Quadro 3: Classificação dos municípios da região de Saúde de Imperatriz segundo o IDHM .....	69
Quadro 4: Temáticas .....	79
Quadro 5: Contextualização histórica do processo de regionalização da saúde até o Decreto 7.508/2011 .....	109
Quadro 6: Perfil da macrorregião de saúde de Imperatriz.....	111

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estabelecimentos por nível de atenção – Regional de Saúde Imperatriz. Média e Alta complexidade Ambulatorial .....	71
Tabela 2: Estabelecimentos por nível de atenção – Regional de Saúde Imperatriz. Média e Alta complexidade Hospitalar .....	71
Tabela 3: Quantitativo de profissionais de saúde, equipamentos e estabelecimentos por município.....	72

## LISTA DE SIGLAS

ARA	Árvore da Realidade Atual
ARF	Árvore da Realidade Futura
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DRC	Diagrama de Resolução de Conflitos
ESF	Estratégia Saúde da Família
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
NOAS	Norma Organizacional da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PGASS	Programação Geral das Ações e serviços de saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PRI	Plano Regional Integrado
RAS	Redes de Atenção a Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	14
1.1 Problema .....	16
1.2 Objetivos .....	16
1.2.1 Objetivo Geral .....	16
1.2.2 Objetivos Específicos .....	16
1.3 Delimitação do estudo .....	17
1.4 Relevância do estudo .....	19
1.5 Organização do trabalho .....	19
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	21
2.1 Saúde e Desenvolvimento Regional .....	21
2.2 Regionalização da Saúde.....	24
2.2.1 Diretrizes da Regionalização.....	26
2.3 Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).....	29
2.4 Comissão Intergestores de Saúde e a Governança Regional.....	33
2.5 Planejamento em Saúde: regionalização e organização dos serviços de saúde	36
2.6 Referência E Contra- Referência Em Saúde.....	46
2.7 Financiamento da Saúde.....	49
3 MÉTODO.....	53
3.1 Tipo de pesquisa .....	53
3.2 Área de realização .....	54
3.3 Participantes da Pesquisa .....	55
3.4 Instrumentos.....	55
3.5 Ética em pesquisa .....	56
3.6 Plano para coleta de dados.....	56
3.7 Plano para análise de dados .....	57
3.7.1 Pesquisa Documental.....	58
3.7.2 Entrevista .....	59
3.7.3 Árvore do Processo de Raciocínio da Teoria das restrições.....	61
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	65
4.1 Caracterização da região de saúde de Imperatriz-MA .....	65
4.2 Resultados das entrevistas - temáticas e núcleos de sentidos .....	79
4.2.1 Gestão no processo de regionalização .....	80

4.3 Árvore do processo de raciocínio da teoria das restrições da região de saúde de Imperatriz-MA.....	94
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	98
REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....	108
APÊNDICE B - Contextualização histórica do processo de regionalização da saúde até o Decreto 7.508/2011 .....	109
APÊNDICE C - Perfil da macrorregião de saúde de Imperatriz.....	111
ANEXO A - Carta de apresentação.....	113
ANEXO B- Termo de consentimento livre e esclarecido .....	114
ANEXO C- Parecer consubstanciado do CEP .....	117
ANEXO D- Calendário de reuniões CIR-Imperatriz.....	120

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde de 1990 vinculam a perspectiva territorial à diretriz da descentralização, por meio da regionalização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

A regionalização foi um projeto político para organização do sistema público de saúde baseando-se não somente na universalidade, mas também descentralização, unificação e hierarquização do território, atendendo à diversidade regional do país (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

As propostas de regionalização têm início tardio em se tratando da implantação do SUS, e após sucessivos ciclos de descentralização que ocorreram sob forte indução e regulação federal (VIANA *et al.*, 2008).

A Norma Operacional SUS (NOB) 01/91 foi editada ainda sob a égide do INAMPS e, de certa forma, inaugura os percalços que a regionalização do SUS passaria a enfrentar nos anos subsequentes. Em 1993 foi editada a Norma Operacional SUS (NOB) 01/93 que descreveu a regionalização como um dos pressupostos que fundamentam a construção do SUS. Enquadrou estados e municípios conforme a “condição de gestão” e institucionalizou a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (ELIAS; COHN, 2003).

De fato, até a edição da NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde), publicada no ano de 2001, houve uma dificuldade em se traçar estratégias políticas que garantissem a integração das ações e serviços de diferentes níveis de complexidade situados em distintos espaços geográficos e territórios político-administrativos (SOUZA, 2001).

Deste modo, o foco de descentralização não deve ser considerado isoladamente, mas como componente e um instrumento de objetivo maior, que são as melhorias das condições de saúde e de vida, não devendo limitar-se em apenas “descentralizar o poder de fazer”, mas, muito mais do que isso, explorar novos modelos de atenção e de gestão (KAMIMURA, 2004).

Assim, foi somente na virada dos anos 2000 que a regionalização, ampliou-se e ganhou um sentido mais organizativo para a rede de serviços de saúde, destaca-se como uma estratégia prioritária no âmbito da política nacional de saúde



(MACHADO, 2009). Lançado em 2006, o Pacto pela Saúde expressa o compromisso entre os gestores para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS com base nos princípios constitucionais e ênfase nas necessidades de saúde.

Na conjuntura do sistema único de saúde brasileiro, a regionalização propõe vínculos participativos e construtivos mais efetivos e contínuos entre uma parte de cliente e rede específica de serviços, desenhando, assim, sub-sistemas de atendimento integral específicos para parte população que dele necessite, bem caracterizadas, segundo critérios determinados, confiáveis e de fácil constatação para cada cidadão. Para tal, o critério usual é o territorial e de moradia dos cidadãos (KAMIMURA; OLIVEIRA, 2013).

Com o pacto pela Saúde (2006), novas diretrizes são preconizadas para a regionalização do sistema de saúde, baseadas no fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, e na diversidade econômica, cultural e social do país para a redefinição das regiões de saúde (BRASIL, 2006).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), já previsto na NOAS, amplia o caráter mais organizado e alcance intersetorial ao permitir diversas combinações de variáveis (de saúde, econômicas, sociais e culturais) para o estabelecimento das regiões de saúde em cada estado do país.

Os Colegiados de Gestão Regional (CGR), elemento novo criado pelo pacto, configuram-se como instâncias de cogestão dos espaços regionais definidos no PDR. Formados por representação do nível central ou das estruturas de representação regional das Secretarias de Estado de Saúde e do conjunto de municípios das regiões, podem ser considerados uma reforma da política de saúde ao criar um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental, com regras definidas e funcionamento estável (BRASIL, 2009).

Contudo, mais de vinte anos após a criação do SUS, surge a necessidade de regulamentação de dispositivos da Lei Orgânica da Saúde, em detrimento das barreiras legais quanto à organização do sistema, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa (CARVALHO, 2013).

A regulamentação pelo Poder Executivo Federal da Lei nº 8.080, por meio do Decreto nº 7.508, de 2011, foi criada no momento em que os gestores, profissionais de saúde e trabalhadores possuíam maior compreensão sobre a organização constitucional e legal do SUS e o usuário sobre o seu direito à saúde.

É atribuída aos entes federados a definição de alguns elementos das Redes de Atenção à Saúde, que devem ser acordadas entre União, estados e municípios, compreendendo seus limites geográficos; população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços que serão ofertados e respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços (BRASIL, 2011).

## **1.1 Problema**

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde, diversas foram às dificuldades de implementações de políticas públicas, para que de fato, um serviço de qualidade no que diz respeito à saúde seja prestado. Sob a ótica da regionalização, que é um dos princípios organizativos do SUS.

O problema ao qual se propõe o presente estudo é como se deu o processo de regionalização de saúde, e quais as contribuições para o planejamento em saúde e desenvolvimento da Região de Imperatriz Maranhão?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Analisar o processo de regionalização de saúde e suas contribuições para o planejamento em saúde e desenvolvimento da Região de Imperatriz Maranhão.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Analisar como se deu o processo histórico de regionalização e reorganização dos serviços de saúde de média e alta complexidade na região de saúde de Imperatriz-Maranhão;
- Conhecer a oferta atual da região de saúde de Imperatriz- Maranhão;

- Entender os elementos definidores e os fatores condicionantes da regionalização em saúde em estudo e seus efeitos; e
- Identificar entraves e/ou dificuldades no que diz respeito à organização territorial, financiamento e gestão.

### **1.3 Delimitação do estudo**

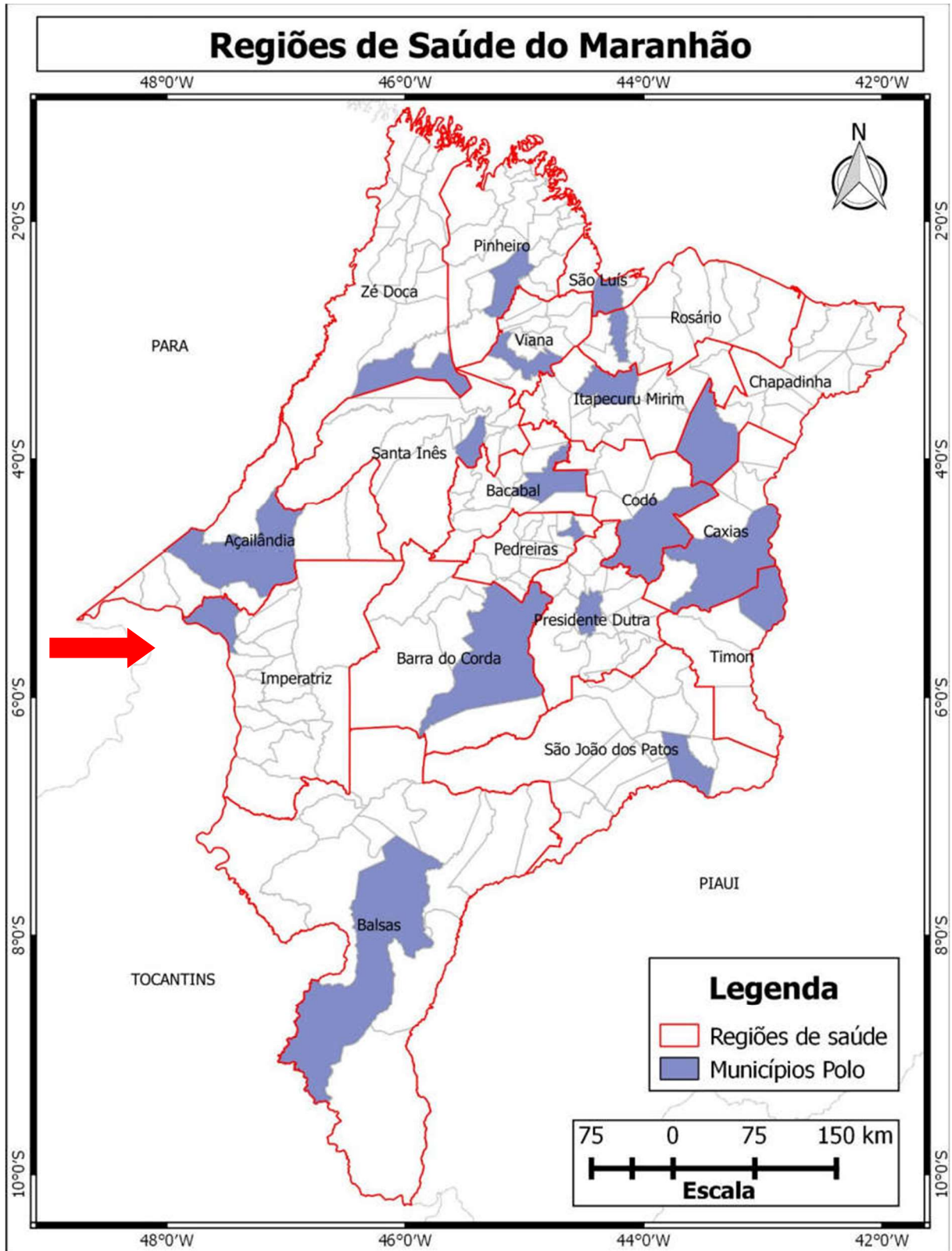
A resolução CIB/MA Nº 44/ 2011 de 16 de junho de 2011, aprovou a conformação da Regionalização de Saúde do Estado do Maranhão, dividindo o estado em 19 regiões e 8 macrorregiões de saúde.

A pesquisa foi desenvolvida na região de saúde de Imperatriz, através do levantamento de dados sobre a saúde dessa região e informações dos gestores estaduais e municipais que fazem parte do processo, no período de novembro/2019 a janeiro/2020.

A região de saúde Imperatriz-MA é composta por 16 municípios que totalizam uma população de 517.105 habitantes, o que representa 8,45% do total do Estado de Maranhão. Os municípios que compõe a região de saúde são: Amarante do Maranhão, Buritirana, Campestre do Maranhão, Carolina, Davinópolis, Estreito, Governador Edson Lobão, Imperatriz, João Lisboa, Lajeado Novo, Montes Altos, Porto Franco, Ribamar Fiquene, São João do Paraíso, Senador La Rocque e Sítio Novo (Figura 1) (GOVERNO DO MARANHÃO, 2016).

A cidade de Imperatriz é o polo de sua região, classificada como Capital Regional C e se localiza a 630 quilômetros de distância da capital São Luís.

Figura 1: Regiões de Saúde do Maranhão



Fonte: DATASUS (2019)

## **1.4 Relevância do estudo**

O planejamento territorial e a gestão de políticas de saúde exigem cuidados de articulação intersetorial. O território agrupa a perspectiva da diversidade regional - que se apresenta em ações territoriais específicas, do desenvolvimento, da integração de políticas sociais e econômicas e da articulação dos diversos campos da atenção à saúde (assistência, vigilâncias, desenvolvimento e fornecimento de recursos humanos, tecnologias, insumos para a saúde). Ao se implementar essas discussões a níveis regionais torna-se possível conhecer e adequar-se as realidades de saúde locais.

As atuais diretrizes expressas no Decreto N. 7.508 de 2011 ressaltam a necessidade do fortalecimento do enfoque territorial e da capacidade de planejamento e gestão intergovernamental em suas múltiplas escalas (nacional, estadual, regional).

Tendo como fundamento a regulamentação da Lei 8.080/90, definida no Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que introduzem significativas mudanças no planejamento do Sistema Único de Saúde com a urgente reformulação dos processos de programação e planejamento das ações e serviços de saúde para avançar o processo de regionalização já existente no país, embora com diferentes graus de institucionalidade e maturação política. Estudos sobre a estrutura organizativa do SUS, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, dentre outros aspectos, são necessários à sua consolidação e melhoria permanente da qualidade da atenção à saúde na região.

## **1.5 Organização do trabalho**

O trabalho está dividido em cinco seções. A primeira seção Introdução, Problema, Objetivos, Delimitação do estudo, Relevância do estudo e organização do trabalho.

Na segunda seção revisão de literatura onde foram abordadas seções sobre saúde e desenvolvimento, regionalização de saúde suas diretrizes, sobre a importância do Contrato organizativo da Ação pública da Saúde (COAP) para

regionalização, apontamentos sobre as Comissões Intergestores de saúde e a governança regional; a importância do planejamento regional para os avanços no que diz respeito à saúde; como se dá a referência e contra-referência em saúde e por fim sobre financiamento de saúde.

Na terceira seção apresentada a metodologia discutindo-se sobre o tipo de pesquisa, a área de realização do estudo, população e amostra, instrumentos utilizados para coleta de dados e o plano para análise de dados.

A quarta seção é composta pelos resultados dos dados coletados e discussões dos mesmos. E por fim na quinta seção as considerações finais.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

Nesta seção foram abordadas as transformações do cenário nacional no que diz respeito à Saúde; a importância das diretrizes em saúde, tendo a regionalização como fator de desenvolvimento. Questões de organização e contratualização de serviços de saúde, bem como o papel desempenhado pelas Comissões Intergestoras e seu papel de governança.

A organização dos serviços de saúde por níveis de complexidade, fluxos de referência e contra-referência e financiamento serão abordados ainda nesta seção. E também a importância do planejamento regional como ferramenta de gestão e solução de problemas, trazendo de forma histórica o levantamento desses avanços na prestação de serviços de saúde.

Dessa forma, a seção está organizada em subseções: Saúde e desenvolvimento; Regionalização da saúde; Diretrizes da regionalização; Contrato organizativo da ação pública em saúde; Comissões Intergestores e Governança regional; Planejamento em Saúde: Regionalização e organização dos serviços de saúde; Referência e Contra-referência em saúde; e Financiamento em saúde.

### **2.1 Saúde e Desenvolvimento Regional**

No princípio do século XXI para tanto, os Estados não desapareceram – reconfiguraram-se e reinventaram-se, gerando novos espaços de representação, atuação e disputa –, como as dimensões participativas e territoriais ganharam forças, inclusive nas determinações das prioridades de políticas sociais e de desenvolvimento, como ocorreu com a negociação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que compõe a chamada Agenda 2030, elaborada pela sociedade internacional com o respaldo da Organização das Nações Unidas (ONU) (ONU, 2015).

As regiões carregam consigo características locais e gerais, o que faz com que se possa inverter a lógica cotidiana da análise para priorizar elementos locais e o papel que cada região pode exercer no meio globalizado (DUARTE, 1998). Para

isso a efetivação das metas internacionais que constam dos ODS as necessidades locais são priorizadas no território.

Além da sua importância para seguridade social, a saúde como fator básico de cidadania, é parte inerente da dimensão social do desenvolvimento, que coloca a saúde como área estratégica dentro do desenvolvimento nacional (VIANA; ELIAS, 2007).

A saúde destaca-se por sua importância social tendo como pressuposto o bem-estar da população, dado que a saúde é considerada um bem público, um direito social garantido pela constituição de 1988 (TENÓRIO, 2012). Assim, a própria concepção de que a saúde constitui uma condição de cidadania já pode ser considerada parte inerente do próprio conceito de desenvolvimento. Gadelha (2007) reforça que não há país que possa ser considerado como desenvolvido com a saúde precária.

A regionalização da saúde pode seguir em torno de ser um elemento significativo para a regionalização do desenvolvimento e do planejamento nacional, aproveitando a intensidade das relações de troca que estruturam a rede de serviços.

Por sua vez, em um movimento mais político e estratégico, a transformação da organização da rede de saúde também pode ser um elemento determinante de novas regionalizações que permitam reduzir a iniquidade no que diz respeito a distribuição de renda e o dinamismo econômico, evidenciando a natureza endógena da relação entre saúde e desenvolvimento (GADELHA, 2005).

No Brasil a saúde funciona como impulsionador de desenvolvimento na sua dimensão regional, cuja importância relaciona-se pelo acentuado corte territorial das iniquidades socioeconômicas nacionais; por ser o centro da organização das redes urbanas, influencia a delimitação dos limites territoriais, é estruturante da ocupação territorial; além disto, tem o potencial de definir novos fluxos de investimentos e, portanto, de transformar tendências tradicionais de concentração da produção e renda no espaço; estabelecendo-se como um campo de particular relevância para a coesão social e econômica no território nacional (OLIVEIRA, 2006).

A regionalização promove ações sociais no sentido de fortalecer a cidadania da população. Transformação esta que dialoga com o modelo de desenvolvimento criado pelo economista Amartya Sen, o mesmo afirma que é impossível pensar em desenvolvimento aos indivíduos privados de liberdades essenciais (SEN, 1999).



Nessa perspectiva, o desenvolvimento não está atrelado unicamente ao crescimento econômico, mas ultrapassam áreas fundamentais do indivíduo e da sociedade, como acesso aos serviços de saúde, educação e cidadania (SEN, 1999).

O autor introduz o conceito de funcionamentos (*functionings*), defendendo que seriam um conjunto de ações e estados valiosos para o viver humano, os quais vão desde as questões elementares, como estar adequadamente nutrido e livre de doenças evitáveis, até as mais complexas, como ter respeito próprio e participar da vida comunitária (SEN, 1999).

Sendo a saúde um dos principais funcionamentos a que o indivíduo deve ter acesso, todos os fatores que impeçam o seu alcance, tais como habitações precárias e insalubres, desemprego, fome entre outros, configuram fontes de privação e limitação de acesso à liberdade. As vantagens que um indivíduo possui podem ser muito melhor representadas pela liberdade que esta pessoa usufrui e por aquilo que ela realiza com base nesta liberdade (SEN, 1999).

Apesar dos funcionamentos serem individuais e singularmente representativos, Sen (1999), lembra que existem alguns funcionamentos que são essenciais para uma vida digna, quais sejam: alimentação adequada, escapar da morte prematura e estar livre de doenças que podem ser evitadas. Segundo o mesmo autor, muitas pessoas por não terem acesso a serviço de saúde convivem com a morbidez desnecessária e muitas vezes com a morte prematura (SEN, 1999).

É na forma de agente das ações que se pretende perceber o usuário do sistema de saúde, como coprodutor da sua saúde e não como receptor dos cuidados da equipe de saúde. Na regionalização e descentralização dos serviços de saúde, a aproximação e conhecimento da realidade de moradia, de trabalho e de vida dos usuários, favorecem a construção de confiança, estimula a autonomia e a interação do indivíduo com o mundo.

A saúde deve ocupar papel de destaque nas estratégias políticas nacionais, podendo ser incentivada pelo aumento dos gastos nacionais e pelo incremento da eficácia e eficiência de suas ações, com base em uma atuação efetiva do Estado. Nessa perspectiva, a saúde adquire um papel predominantemente técnico, vinculado à sua contribuição para um ambiente socioeconômico desenvolvido favorável para a vida das pessoas (OLIVEIRA, 2006).

A experiência brasileira no processo de regionalização da saúde revela a complexidade de consolidar uma política nacional de saúde em um país imenso,

desigual, com um sistema político federativo, apresentando diversos obstáculos estruturais e conjunturais.

Diversas têm sido as discussões sobre esse processo de regionalização. A trajetória da descentralização da saúde reflete as contradições e os impasses na construção do enfoque regional desta política que tem como questão central a organização das ações e serviços no território (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A Saúde sob a perspectiva do desenvolvimento regional, no que diz respeito ao papel dos serviços para a organização das redes urbanas, determina a capacidade de centralização das cidades. Na prática, o núcleo urbano constitui um centro de serviços coletivos para uma determinada região e configura, em função das distintas complexidades incorporadas nos processos produtivos, uma rede urbana hierarquizada que conforma, por sua vez, um sistema de cidades em escalas diversas e muitas vezes sobrepostas (GADELHA, 2011).

## **2.2 Regionalização da Saúde**

O desenvolvimento da regionalização da saúde no contexto federal foi baseado na necessidade de qualificação, aperfeiçoamento e melhor definição de responsabilidades sanitárias e de gestão entre entes federados nas regiões de saúde, em torno de prioridades de impacto na situação de saúde local.

Nessa premissa, foi elaborado o Pacto pela Saúde (Portaria nº. 399/2006), que formalizou oficialmente compromissos entre os gestores federal, estaduais e municipais de equacionar dificuldades acumuladas (RIBEIRO, 2015).

Apesar da Constituição Federal (CF) de 1988 já prever a criação de um sistema único de saúde, sua implantação de fato se deu apenas na década de 90, mediante a promulgação da Lei 8.080/90 e 8.142/90 que regulamentam o SUS. Referindo-se as responsabilidades de direção das três esferas do governo dentro do SUS (municípios, estados e União), a lei 8.080/90 diz:

O Art. 198 da CF/88 ao colocar as diretrizes para a descentralização político-administrativa dos serviços de saúde da União para os municípios; conforme Art. 7, inciso IX, a descentralização da política de saúde se desenvolverá obedecendo aos princípios de descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera do governo: a) ênfase na

“descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; [...]” (BRASIL, 1990).

Assim, os municípios começaram a se tornarem atores centrais para a prestação de serviços públicos de saúde em cooperação com os Estados e a União, visto que estes também são responsáveis pelo financiamento assim como pelo provimento de suporte técnico, conforme preconizado no artigo 7 da Lei 8080/90: “XI- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência saúde a população” (BRASIL, 1990).

Segundo o Ministério da Saúde, a proposição da descentralização compartilhada, devem ser orientadas por este processo:

- Cabe ao Ministério da Saúde a proposição de políticas, participação no cofinanciamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos;
- Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite;
- As Comissões Intergestores Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite;
- As deliberações das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ser por consenso;
- A Comissão Intergestores Tripartite e o Ministério da Saúde promoverão e apoiarão o processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Bipartite; e
- O detalhamento deste processo, no que se refere à descentralização de ações realizadas hoje pelo Ministério da Saúde, será objeto de portaria específica.

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e foco organizacional do Pacto de Gestão e deve direcionar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006).

Para BRASIL (2006) os objetivos da regionalização são: garantir o acesso e eficácia dos serviços de saúde além das barreiras locais/municipais; garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais; Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde; potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região; e racionalizar os gastos e otimizar os recursos.

Julga-se que a regionalização se constitui como uma ferramenta de organização dos estabelecimentos e dos serviços de saúde. O fundamento da regionalização está no fato de que muitos municípios não possuem capacidade de oferecer todos os serviços demandados pela população, e isso se deve a fatores como o financeiro ou o do quantitativo populacional. O próprio texto da NOAS/01 ratifica essa afirmação ao dizer que:

Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema de saúde completo, ou seja, capaz de oferecer ações de saúde de todos os níveis de complexidade, assim como existem dezenas de maior porte que são polos de atração regional (BRASIL, 2001).

Portanto, a regionalização surge como uma resolução para o problema, onde através de articulações intermunicipais, os estados estabelecem suas regiões de saúde que garantem a democratização e integralidade ao acesso à saúde assim como permite criar economia de escala (ARAÚJO, 2016).

### 2.2.1 Diretrizes da Regionalização

Um dinamismo de gestão que norteie e promova o desenvolvimento territorial, com assistência e parceria, é constituído mediante escolhas de políticas públicas, tendo em vista a óptica dos diferentes territórios e suas especificidades, inseridas em ambientes democráticos (ALMEIDA, 2013).

Conforme o Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa,

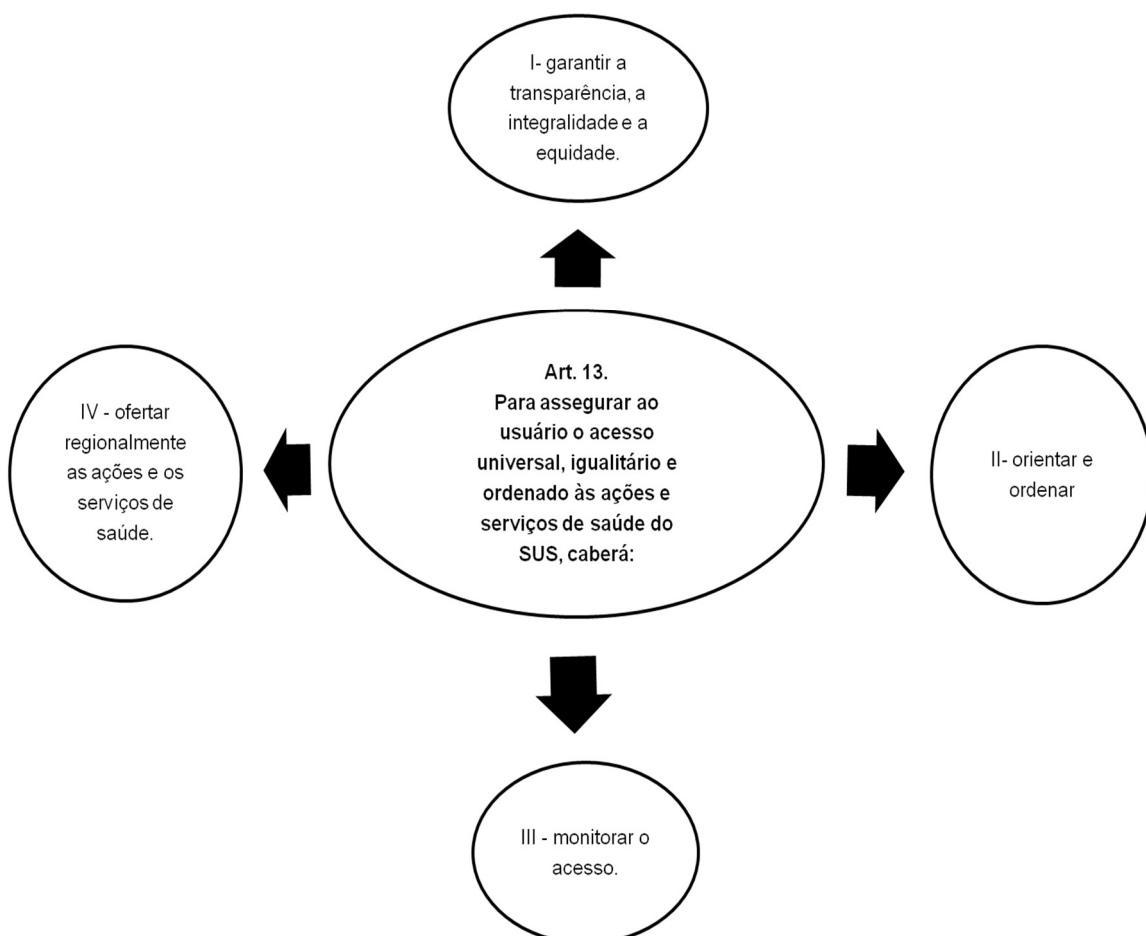
são componentes da organização do SUS para a operacionalização de forma regionalizada e hierarquizada.

Como destaca Mendes (2009), as propostas de redes de atenção à saúde (RAS), apesar de registros centenários, são relativamente recentes nos sistemas públicos de saúde, tendo experiências na Europa Ocidental e Canadá, até atingirem alguns países em desenvolvimento.

O autor destaca ainda que no Brasil o tema, apesar da recente discussão, apresenta crescente evolução. O que pode ser confirmado pela própria abordagem no Decreto n.º 7.508/11 e pelas diversas portarias ministeriais e resoluções da CIT publicadas nos últimos anos (MENDES, 2009).

Nessa perspectiva, para o desenvolvimento e a implementação de ações de intervenção, realizadas a partir de regiões, e para que se cumpram as necessidades sociais regionais, é preciso atuar em redes de governança (Figura 2) (MACHADO *et al.*, 2017).

Figura 2: Artigo 13 do Decreto 7.508/2011- acesso das ações e serviços de Saúde



Fonte: Brasil (2011)

A organização do SUS define como Região de Saúde – espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (GOVERNO DO MARANHÃO, 2016).

A consolidação e operacionalização dos princípios e conceitos do SUS, harmonizados e implementados pelas políticas de governo do estado, revelam, nos processos de avaliação realizados pela SES do Maranhão, potencialidades, avanços e fragilidades institucionais que compõem a agenda bipartite (estado e municípios) focada na organização das redes por região de saúde.

No campo da regionalização, o Plano Diretor de Regionalização da Saúde é um dos instrumentos de planejamento e gestão, que contribui para a consolidação do SUS no Maranhão e que tem sido validado nas discussões intergestores que integram os processos de decisão e através da metodologia utilizada para avaliação da resolubilidade regional.

O conceito de redes que vem sendo disseminado pela SES/MA define as RAS (Redes de Atenção a Saúde) como organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde e com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população.

A regionalização no estado do Maranhão foi institucionalizada pela Resolução CIB/MA Nº 44/2011 de 16 de Junho de 2011, aprovando a divisão do estado em 19 (dezenove) Regiões de Saúde e 8 (oito) Macrorregiões, organizadas em redes de atenção à saúde, conforme quadro a seguir (GOVERNO DO MARANHÃO, 2016).

Quadro 1: Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado do Maranhão

MACRORREGIÕES DE SAÚDE	REGIÕES DE SAÚDE	POPULAÇÃO (hab. em 2010)
São Luís	São Luís, Chapadinha, Itapecuru e Rosário.	2.323.145 hab
Caxias	Caxias e Timon.	521.605 hab
Pinheiro	Pinheiro e Viana.	627.099 hab
Imperatriz	Açailândia e Imperatriz.	759.112 hab
Presidente Dutra	Barra do Corda, Presidente Dutra e São João dos Patos.	697.058 hab
Coroatá	Bacabal, Codó e Pedreiras.	764.706 hab
Santa Inês	Santa Inês e Zé Doca	649.914 hab
Balsas	Balsas	232.150 hab
<b>Total</b>	-----	<b>6.574.789 hab</b>

Fonte: Governo do Maranhão (2016)

O Decreto 7.508/2011 estabelece ainda que o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde- COAP. Para tanto é necessário que se ressalte a contextualização histórica da regionalização da saúde até a homologação deste decreto, pois diversas foram as transformações e atores envolvidos conforme Apêndice B.

### 2.3 Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)

Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, foi um dispositivo jurídico-executivo introduzido na competência normativa do SUS pelo Decreto 7.508/11 com o objetivo de delimitar com clareza as responsabilidades de cada ente da federação na integração de ações e serviços de saúde nas regiões de saúde (MENDES *et al.*, 2015).

Constitui-se como instrumento de caráter plurilateral, com responsabilidades, competências e acordos sanitários entre os entes federados, definidos em planejamento integrado das ações e serviços de saúde, nas Regiões de Saúde, expressando processos e fluxos de organização e funcionamento do Sistema, compromissos e metas das esferas de gestão do SUS quanto à garantia do direito à saúde (SANTOS; ANDRADE, 2013).

A proposição do COAP põe em discussão a exigência de atualização do Pacto Federativo em torno da saúde, sob o exercício de uma gestão cooperada e regionalizada, em abertura às necessidades e dinâmicas locais de cada região. A efetivação de acordos intergovernamentais impõe-se como estratégico à integralidade em saúde, dada a interdependência municipal e a complementariedade em rede de serviços (SANTOS; ANDRADE, 2013).

O modelo contratual cabe perfeitamente ao modelo do SUS: um sistema único, que ao mesmo tempo é descentralizado, regionalizado, hierarquizado, onde se unem entes federativos bastante desiguais, mas todos com o compromisso igual de cuidar da saúde das pessoas; uma junção de partes desiguais, mas provido da mesma importância para no final formarem um sistema único, igualitário, capaz de realizar da vacina ao transplante (SANTOS, 2017).

Tal contrato, que tem como principal objetivo organizar os fluxos e a oferta de serviços de saúde em uma região traz uma série de avanços condizentes com a gestão por resultados: monitoramento intensivo, foco em resultados concretos – não em meios, utilização de mecanismos de incentivo, dentre outros (BRASIL, 2011).

Configura-se como instrumento de gestão compartilhada, que permite a uma região de saúde constituir-se de unicidade conceitual, capaz de desenvolver diretrizes, metas e indicadores, claramente explicitados por meio das pactuações, permitindo então o cumprimento dentro dos prazos estabelecidos (SANTOS, 2013).

O modelo contratual há de ser o mais conveniente meio de se orientar as relações de interdependência dos entes na rede de atenção à saúde de uma região, por ser possível, no contrato, definir, de acordo com a realidade de cada um, suas necessidades, realidade econômica, as atribuições no tocante à organização das ações e serviços de saúde em rede de atenção (SANTOS, 2017).

Terá o COAP a função de delimitar as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

É pelo contrato que os entes federativos poderão definir, de acordo às suas realidades e no âmbito de suas competências comuns, o papel de cada um na rede de atenção à saúde, determinando regras resultantes de negociação e



responsabilização no que diz respeito à competência comum de zelar pela saúde da população (SANTOS, 2017).

No artigo 36 do decreto 7.508/2011 diz que, Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

- I. Identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
- II. Oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
- III. Responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;
- IV. Indicadores e metas de saúde;
- V. Estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;
- VI. Critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;
- VII. Adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;
- VIII. Investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e
- IX. Recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

O contrato visa direcionar as gerais competências constitucionais e legais na área da saúde. Porém, é necessário delimitar espaços territoriais para a criação da rede de atenção à saúde, regionalizando-se o que a descentralização individualizou. Sendo o contrato a única forma de os entes federativos, de determinada região de saúde, impor a si mesmos responsabilidades sanitárias, individuais, compartilhadas e solidárias, sua assinatura há de ser obrigatória (SANTOS, 2017).

Esse instrumento parece surgir como uma resposta ao esgotamento dos parâmetros da Administração Pública assentados na burocracia, hierarquia, formalismos. Uma resposta à necessidade de se encontrar novos caminhos para a melhoria das funções públicas que simplifique procedimentos e favoreça a negociação e o consenso (CURY, 2015).

Acordos de colaboração, cooperação envolvendo entes públicos são acordos administrativos organizatórios, cuja função principal é a de propagar e incrementar a eficiência na gestão pública (OLIVEIRA, 2010).

É o contrato que vai garantir a indivisibilidade dos serviços que foram descentralizados em razão de sua característica municipal ou estadual, acordando compensações financeiras para os entes que venham a ser referência, garantindo solidariedade e equidade, garantindo as autonomias federativas, acordando sanções pelo descumprimento dos acordos e garantindo governança regional à rede de atenção à saúde. Sem o contrato, a governança da rede poderá ser falha pela ausência de segurança jurídica aos compromissos sanitários pactuados (SANTOS, 2017).

O contrato de ação pública na área da saúde se dota de finalidades e características, tais como (SANTOS, 2010):

- Garantia da integralidade da assistência à saúde, que não se realiza de forma isolada, mas somente mediante acordo de colaboração entre os entes federativos implicados na saúde de uma região;
- Segurança jurídica à organização regional das ações e serviços públicos de saúde;
- Horizontalidade nas negociações;
- Reconhecimento da interdependência dos entes contratantes na gestão de ações e serviços de saúde, mantendo a direção única em cada esfera de governo;
- Equilíbrio à rede de atenção à saúde em relação às diferenças socioeconômicas dos entes contratantes (equalização e solidariedade sistêmica);
- Garantia dos encaminhamentos do cidadão na rede e compensação financeira ao ente federativo responsável que pode ser da União ou do estado;
- Função organizativa e não patrimonialista;
- Multilateralidade de contratantes;
- Possibilidade de garantir governança regional; e,
- Igualdade jurídica das partes.

## 2.4 Comissão Intergestores de Saúde e a Governança Regional

O desenho federativo brasileiro tem como característica principal a existência de três esferas autônomas de governo: Federal, Estadual e Municipal. Essa situação foi efetivada em 1988 pela Constituição Federal, que elevou definitivamente os municípios brasileiros à condição de entes gestores da federação, com poderes similares aos dos estados e da união (BRASIL, 1988).

A dinâmica política desse processo de regionalização está profundamente vinculada às relações intergovernamentais e interfederativas de três esferas de poder autônomas e requer a busca do equilíbrio entre elas, pois, nos processos decisórios compartilhados, necessitam lidar com elementos como solidariedade, cooperação, conflito e competição para efetivar a implantação do SUS, em um contexto democrático, em uma realidade plural e, em geral, marcada por desigualdades regionais importantes (ALMEIDA, 2013).

Governança Institucional consolida-se com a publicação do Decreto nº 7.508, nas instâncias gestoras do SUS por meio do reconhecimento das Comissões Intergestoras Regionais (CIRs), das Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs) e Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Reforça-se, ainda, o Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap) como importante instrumento para governança sistêmica do SUS. Incumbe às comissões definir, em comum acordo, como as políticas de saúde serão executadas pelos entes federativos em suas esferas de governo (BRASIL, 2011).

De acordo com o Regimento Interno da Comissão Intergestores Regionais-CIR de Imperatriz do Estado do Maranhão (2019), no capítulo I que trata da natureza e finalidade da comissão, no artigo 2º aborda sob as responsabilidades da comissão na pactuação das estratégias de condução e operacionalização do SUS em âmbito regional; qualificando o processo de regionalização e descentralização da gestão, ações e serviços de saúde; garantindo:

- I. A organização do sistema regional de saúde a partir dos princípios doutrinários e de organização do SUS, favorecendo a ação cooperativa e solidária entre os gestores;

- II. Acesso, resolubilidade, humanização e qualidade das ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local;
- III. A integralidade na atenção à saúde;
- IV. A potencialização do processo de descentralização para que a demanda dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressas na região de saúde;
- V. A racionalização dos gastos e otimização dos recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de abrangência regional;
- VI. O estabelecimento de ações que permitam superar o enfoque centrado na assistência, direcionando-o para a integralidade; e
- VII. O fortalecimento do controle social.

A Lei Complementar n. 141/2012 acrescenta que aos Conselhos de Saúde cabe deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades, isto é, a todos os conselhos: nacional, estaduais, municipais e do Distrito Federal, e não apenas ao Conselho Nacional de Saúde como está no art. 37 da Lei n. 8.080/1990 e no §3º do art. 15 do Decreto n. 7.508/2011. Dessa forma, entende-se que o Conselho Nacional definirá diretrizes nacionais e os demais conselhos definirão as diretrizes locais, em razão das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa. Essa mudança na legislação a partir de 2012 reforçou o conceito do planejamento ascendente, indicando a importância da participação da sociedade na formulação das políticas para a saúde (BRASIL, 2015).

O planejamento do SUS deve, ao mesmo tempo em que atende as necessidades de saúde locais, respeitar e ser consoante ao planejamento nacional que garante a unicidade política e operativa do sistema público de saúde.

Com a publicação da Lei nº 12.666, de 2011, que determinou as competências das comissões Intergestores, garantindo institucionalidade e legalidade ao que vinha sendo praticado há mais de 20 anos, as comissões tornaram-se uma instância relevante para a gestão compartilhada do SUS e sua governança ativa. Sem retirar poderes dos entes federativos relativos às suas competências para deliberar políticas de saúde, assegura que a governança da saúde, em seus aspectos operacional, financeiro e administrativo, quando implique em cooperação e compartilhamento, seja realizada nessas instâncias interfederativas (SANTOS, 2017).

A Governança regional os atores públicos trabalham coletivamente, e de formas distintas, utilizando processos, estabelecendo regras para a provisão de bens públicos em uma rede regionalizada de atenção à saúde. Mesmo com essa característica e contando com todos os municípios da região de saúde. Governos federal, estaduais e municipais reúnem-se com periodicidade definida para a tomada de decisão, em um processo deliberativo e multilateral, respeitando-se a autonomia e as responsabilidades de cada ente federado (BRETAS; SHIMIZU, 2017).

A governança regional exige habilidade adequada para realizar-se, e um deles, ou, o maior deles, é a comissão Intergestores regional (CIR), instância que permite serem definidos em comum acordo, relevantes aspectos regionais, como as referências, as diretrizes para o planejamento integrado, a organização das redes de atenção, o controle e a avaliação, dentre outros. Se essas instâncias não forem presentes na região de saúde, relevantes aspectos da cooperação e do compartilhamento regional não ocorrerão (SANTOS, 2017).

A Comissão Intergestora Regional Imperatriz é composta pelos dezesseis secretários de saúde dos municípios que compõe a região de saúde e pelo gestor regional que representa o Secretário de Estado da Saúde, reuni-se doze vezes por ano e, extraordinariamente, em decorrência de requerimento formal do gestor regional (COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL, 2019).

As deliberações e discussões tratadas em reuniões apenas os gestores ou representante legal terão direito a voz e voto. Quando não for possível estabelecer consenso sobre temas que exijam deliberação e que tenham amplitude com as outras regiões de saúde, a questão deverá ser levada à Comissão Intergestora Bipartite (CIB), para apreciação e deliberação (COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL, 2019).

## 2.5 Planejamento em Saúde: regionalização e organização dos serviços de saúde

O planejamento regional da saúde é essencial para a organização das ações e serviços na região de saúde. Sem planejamento, o SUS não será efetivo e suas atuações não terão relações sólidas que possam determinar suas atividades. A Constituição em seu art. 176 determina ser o planejamento obrigatório para o Poder Público e indutor para o setor privado (SANTOS, 2017).

O planejamento na saúde, conforme diretrizes do Ministério da Saúde deve ser organizado como um sistema de atuação contínua, articulada, integrada e solidária às três esferas de gestão do SUS. O processo de planejamento na saúde pública atende a diversos fundamentos legais, como a Constituição Federal de 1988, as leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, as Normas Operacionais (NOB), as Normas Assistenciais à Saúde (Noas), o Pacto pela Saúde de 2006 e o Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2009).

A forma organizativa do SUS em seu enredamento traz para os entes federativos municipais a obrigação de não apenas planejar as suas ações e serviços de saúde, mas perceber sua região de saúde, conhecer os seus serviços, a população usuária, as realidades locais e regionais de saúde; provido desse conhecimento amplo, que se sobrepõe a visão local municipal, deve-se planejar a saúde local tendo em vista a região de saúde (SANTOS, 2017).

A rede de atenção à saúde deve manter serviços de diversos níveis de complexidade técnico-sanitária, garantindo resistência tecnológica à rede mediante a soma de serviços dos entes federativos. Serviços que crescem no sentido de permitir que diversos municípios deles se utilizem e outros que devem se concentrar para ganhar escala. De acordo com Mendes (2009):

[...] em geral, os serviços de menor densidade tecnológica, como os de atenção primária à saúde, devem ser dispersos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc. tendem a ser concentrados (MENDES, 2009).

No processo de implantação das RAS, são observados os seguintes aspectos: Definição clara da população e território; Diagnóstico situacional; Criação de uma imagem objetivo para a superação dos vazios assistenciais; Articulação do

público privado; Planejamento pela efetiva necessidade; Criação de um sistema logístico e de suporte Investimento nas pessoas/equipes; Criação de sistema de regulação e governança para funcionamento da rede; e Financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados (BRASIL, 2014).

Tendo como principais características a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014).

Esse entendimento tem a ver com a eficiência, a economicidade, a facilidade no pronto atendimento e a escala, e a muitos outros elementos administrados pelos agentes públicos (MENDES, 2009).

A pouca estruturação característica da maior parte dos municípios brasileiros trazem dificuldades de capacidade do planejamento do sistema, da regulação de prestadores e construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da população, já que impossibilita a oferta de serviços de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros (KAMIMURA; OLIVEIRA, 2013).

A organização das redes de atenção de modo eficiente deve fundar-se em: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade de acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção (MENDES, 2009).

Segundo Kischner e Chorny (2010), população e território; rede de estabelecimento de saúde com serviços integrais; primeiro nível de atenção com cobertura para toda a população; porta de entrada do sistema que coordena o sistema; sistema de governança única para toda a rede.

A Constituição Federal preza por um sistema em que os entes conformam uma relação de cooperação, sob a qual, mantendo suas respectivas competências, colaboram entre si no intuito de promover políticas em benefício à população. Essa tramitação institucional necessita de uma aprimorada governança política para coordenar a relação federativa, mediando às tensões e regulando os limites ao exercício do poder dos atores políticos em negociação.

Uma característica do SUS é sua forma de organização hierarquizada, um modelo organizacional onde os serviços ofertados são divididos em níveis de atenção/complexidade.

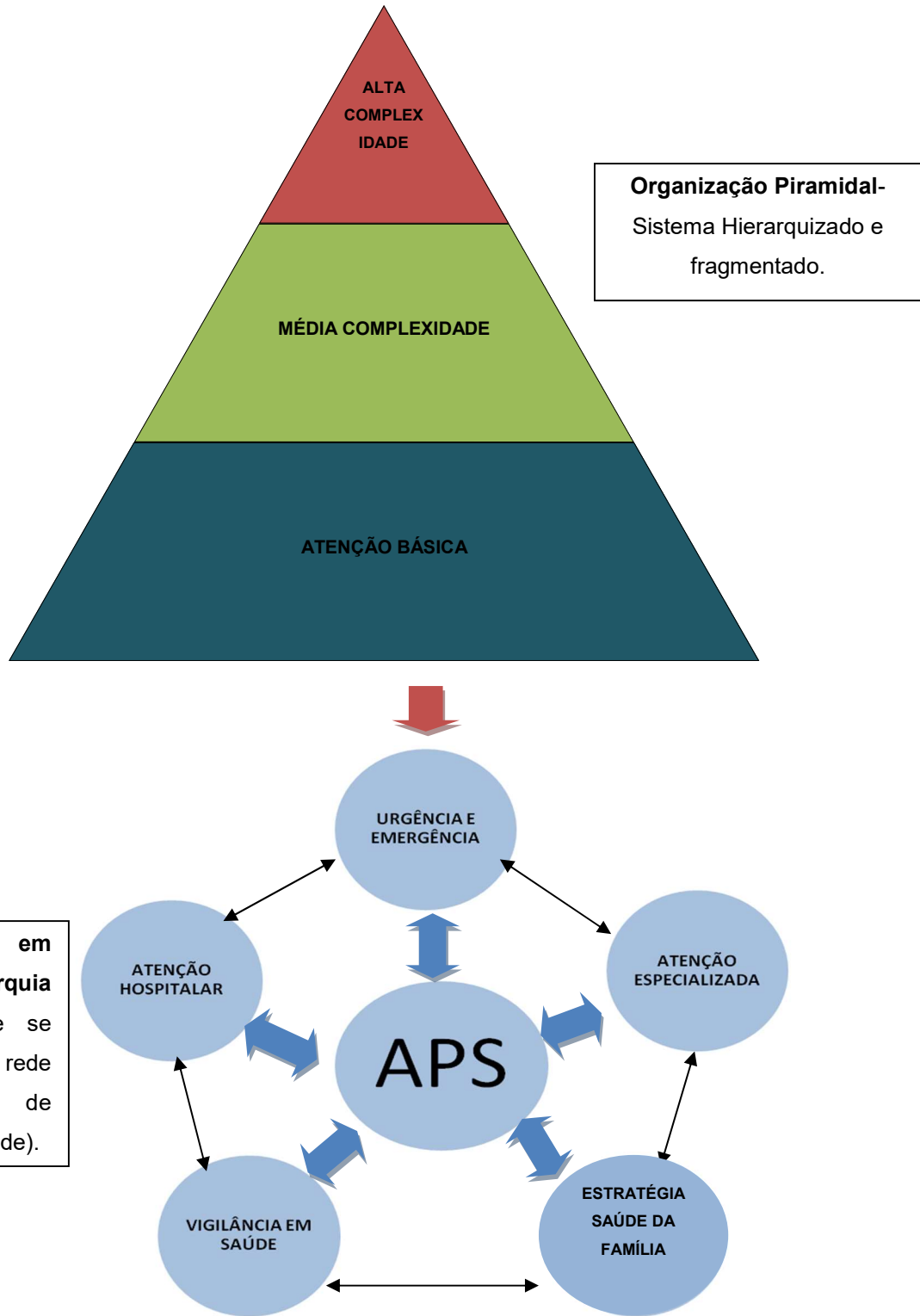
Em condições perfeitas de organização, o acesso ao serviço do SUS deve se dar, preferencialmente, por meio dos serviços de nível primário de atenção, portanto, a atenção primária é a porta preferencial de entrada para o atendimento pelo SUS. Este atendimento primário deve ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (ARAÚJO, 2016).

Ao final de 2010, como fruto de um grande acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde, Conass e Conasems, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS no qual consta a seguinte conceituação das RAS: “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010).

A rede de atenção à saúde deve sustentar serviços de diversos níveis e se adequar para que o cidadão não busque um serviço de maior desenvolvimento tecnológico para satisfazer uma necessidade que pode ser resolvida por um serviço de menor porte, conforme Figura 3.



Figura 3: Transformação na organização dos serviços de saúde



Fonte: Adaptado de Mendes (2011)

Segundo Brasil (2014) A Rede de atenção à Saúde é composta por:

- **Rede de Atenção as Urgências e Emergências-** promoção e prevenção; Atenção Primária: unidades básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24 horas; Samu 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; Atenção Domiciliar e hospitais-dia;
- **Rede Cegonha-** pré-natal; parto e nascimento; puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação;
- **Rede de Atenção Psicossocial-** Eixo 1 – Ampliação do acesso à Rede de Atenção Integral de Saúde aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas; Eixo 2 – Qualificação da rede de Rede de Atenção Integral de Saúde; Eixo 3 – Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; Eixo 4 – Ações de prevenção e de redução de danos e Eixo 5 – Operacionalização da rede;
- **Rede de Atenção à pessoa com deficiência-** Atenção Básica; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e atenção hospitalar e de urgência e emergência; e
- **Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas-** Atenção Básica; atenção especializada (ambulatorial especializada; hospitalar e urgência e emergência); sistemas de apoio; sistemas logísticos e regulação.

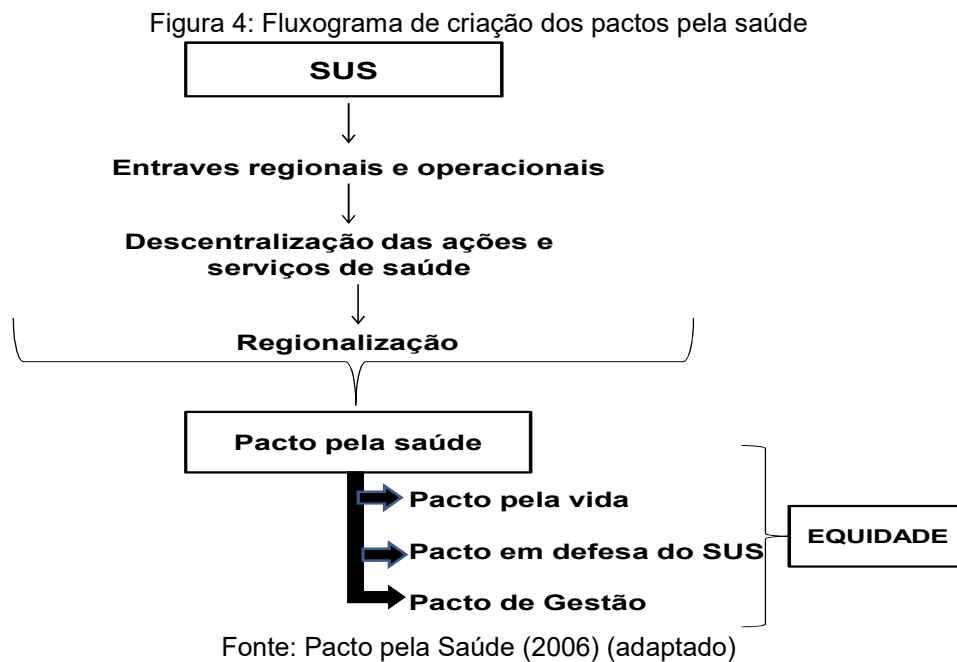
No Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta artigos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, propõe no art. 7º que “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores”; no art. 30 que “As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de Atenção à Saúde”; e no art. 32 as pactuações sob responsabilidade das comissões intergestores:

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

IV – responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-

financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a necessidade de implementação de políticas em contextos federativos complexos, como é o caso do Brasil, não é apenas uma questão de regionalização ou de gerência, mas também de articulação política e estratégia de coordenação (Figura 3).



Segundo Brasil (2006), os pactos tratam de (o):

- O Pacto pela Vida** é “o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades, estabelecidas através de metas nacionais, estaduais ou municipais, que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira” (BRASIL, 2006). As prioridades pactuadas apresentam-se divididas em seis grandes vertentes: a saúde do idoso, o controle de câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento de capacitação de respostas às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006). Desses grupos, destaca-se a promoção da saúde, cujo objetivo primeiro é o da elaboração e implementação de uma política ampla que contemple as diversas faces desse campo, em seus entraves e debilidades, e que ratifique a responsabilidade individual

sobre a saúde, valendo-se de seu conceito ampliado (BRASIL, 1998). No âmbito político, visa à pactuação da política nacional de promoção da saúde, a partir da realidade de ações e serviços de saúde dos estados e municípios (BRASIL, 2006).

- **Pacto em defesa do SUS:** o compromisso entre os gestores do SUS com o desenvolvimento e a articulação de ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública (BRASIL, 2006). Esse pacto vem ao encontro das expectativas vivenciadas pelo setor da saúde, no que se refere ao acolhimento da inserção da população no processo decisório em saúde; e
- **Pacto de Gestão:** estabelece as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos de descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2006).

O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada, e o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde (BRASIL, 2015).

Os conselhos de saúde são importantes para a participação da sociedade na tomada de decisão, mecanismo estratégico para a garantia da democratização do poder decisório, ao lado da universalidade e da equidade no SUS (COTTA, 2011).

Segundo a Lei nº 8.142/90, o conselho de saúde é órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, presente nas três esferas de poder. Por constituir um sistema democrático, este espaço deve assegurar o direito de participação dos segmentos envolvidos: dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços de saúde. Esta composição é paritária: 50% são representantes de usuários e os demais 50% se dividem entre outros segmentos (BRASIL, 1990).

Avanços já pactuados no processo de regionalização (BRASIL, 2019):

- **Resolução CIT nº 10/2016:** novos serviços de saúde que demandem aporte financeiro por parte dos demais entes federados devem ser acordados previamente entre os entes envolvidos;

- **Resolução CIT nº 23/2017:** diretrizes gerais acerca dos processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado (PRI) e Governança da RAS:
  - ✓ PRI visa organizar a RAS, mesmo que envolva mais de um estado;
  - ✓ Instituição pelas CIB, de Comitês Executivos de Governança da RAS;
  - ✓ Necessidade de revisão das regiões de saúde para que sejam estabelecidas regiões ampliadas e resolutivas com capacidade de organizar a RAS;
- **Resolução CIT Nº 37/2018:** Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde:
  - ✓ Os estados em articulação com os municípios e com a participação do MS deverão instituir e coordenar o processo de Planejamento Regional Integrado – PRI;
  - ✓ Cada Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deverá definir diretrizes que orientarão o processo de PRI no estado e seu monitoramento, articulando as Comissões Intergestores Regionais (CIR);
  - ✓ Deverão ser instituídos espaços regionais ampliados, chamados de Macrorregiões de Saúde, visando organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para garantir a resolubilidade da atenção à saúde; e
  - ✓ Cada Macrorregião de Saúde deverá ter a escala necessária para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, considerando um mínimo populacional de 700 mil habitantes.

O planejamento regional integrado será elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e será pactuado, monitorado e avaliado pela CIR. O processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual e envolve os três entes federados, o PRI da regional de saúde de Imperatriz está em fase de criação (BRASIL, 2015).

Visa dar maior operacionalidade e sustentabilidade à estrutura assistencial, definindo juridicamente as responsabilidades dos entes federativos, para que o cidadão possa, de fato, ter acesso às ações e aos serviços ofertados nas regiões e organizados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2015).

Os Planos Estaduais de Saúde terão como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade inter-regional (BRASIL, 2015).

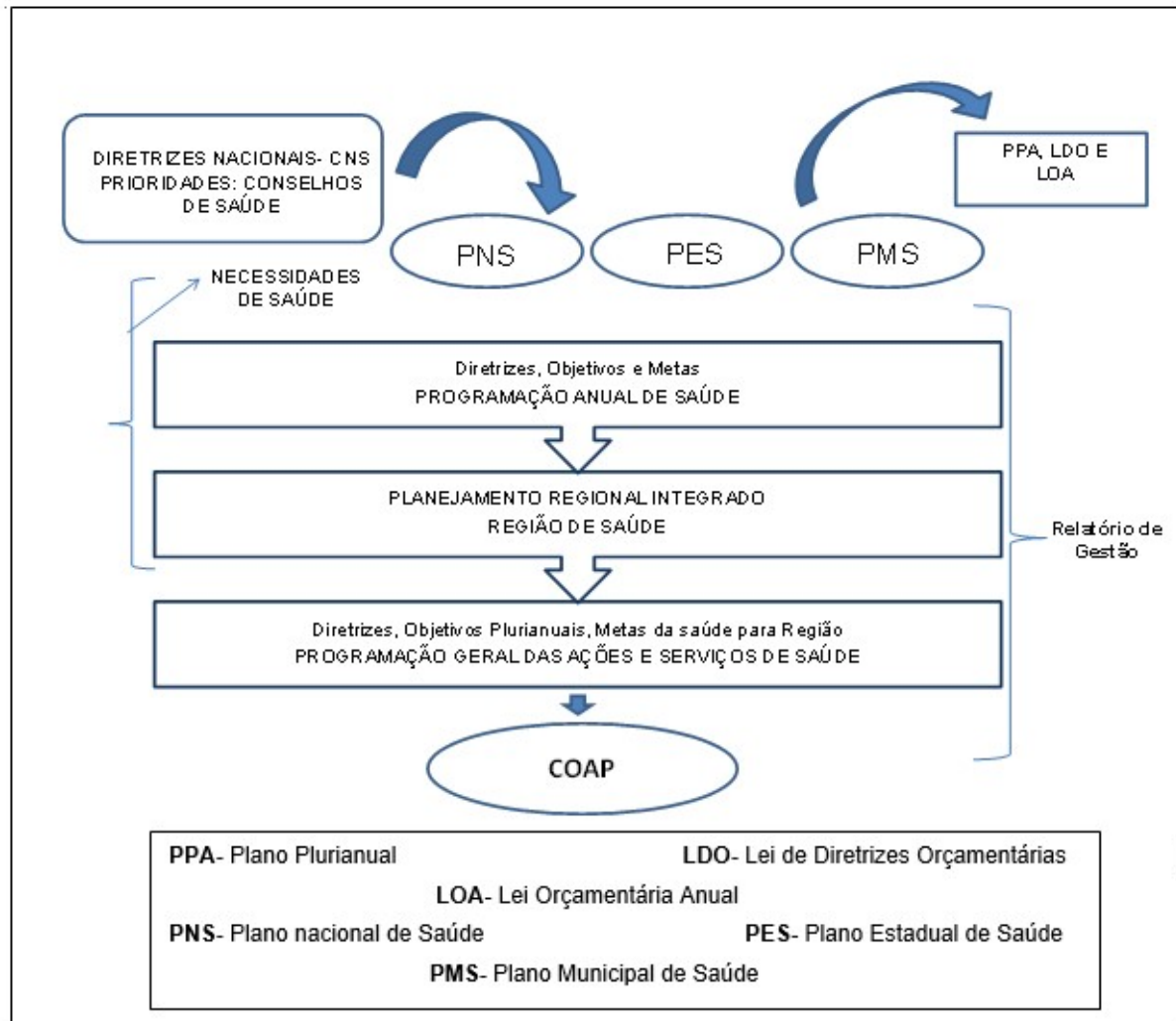
A produção resultante do processo de planejamento regional integrado, realizado no âmbito da Região de Saúde, compõe o Coap e expressa (BRASIL, 2019):

- A identificação do espaço regional ampliado;
- A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada;
- As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
- As responsabilidades dos entes federados no espaço regional;
- A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional;
- A programação geral das ações e serviços de saúde (PGASS); e
- A identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares.

Este planejamento expressa as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e a integralidade da atenção (Figura 5) (BRASIL, 2015).

No planejamento, devem ser considerados os serviços e as ações de saúde prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional (BRASIL, 2015).

Figura 5: Processo de planejamento no SUS e suas inter-relações



Fonte: SGEP/MS/2011, adaptado pela autora (2019)

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) é um processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e dos serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito regional (BRASIL, 2015).

Articulada com a Programação Anual de Saúde de cada ente presente na região dá visibilidade aos objetivos e às metas estabelecidos no processo de planejamento regional integrado, bem como os fluxos de referência para sua execução.

Abrangendo as ações de assistência à saúde, de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica. A partir da programação ocorre a identificação e a priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2015).

A RAS deve ser definida a partir das regiões de saúde e para garantir a resolubilidade da atenção à saúde deve ser organizada num espaço regional ampliado, com base em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável (BRASIL, 2015).

## **2.6 Referência E Contra- Referência Em Saúde**

O sistema de referência e contra- referência é um dos pontos importantes no contexto da regionalização, pois a partir de sua estruturação, o fluxo de encaminhamento de usuários aos diversos níveis de atenção torna-se facilitado. Destaca-se a necessidade de integração dos serviços e estabelecimento de fluxos formais de encaminhamento da clientela, assim como a continuidade do cuidado ao usuário na comunidade, de forma mais eficiente e efetiva.

Sob essa perspectiva, nota-se a importância da existência do sistema de referência e contrarreferência, que além de ferramentas de encaminhamento entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços, é visto como um importante elemento para a promoção da comunicação e integração para o fortalecimento da rede de atenção em saúde, bem como uma ferramenta de gestão para a regionalização (MACHADO, 2011).

Com objetivo de promover a integração entre os serviços, o sistema de referência deve ocorrer quando há a necessidade de cuidado do usuário em um maior grau de complexidade e, por conta disto sendo encaminhado para um atendimento de nível de especialização mais complexo. Já a contrarreferência diz respeito ao atendimento dessa necessidade especializada finalizada, ou seja, o usuário é encaminhado para a sua unidade de origem.

Com a regionalização preconiza-se que todos os municípios estejam capacitados para ofertar ações e serviços de atenção básica bem como ações de vigilância em saúde.

Essa forma de organização nos serviços de saúde possibilita o acompanhamento profissional do usuário e favorece o seu acesso a todos os níveis assistenciais de atenção (COSTA, 2014).



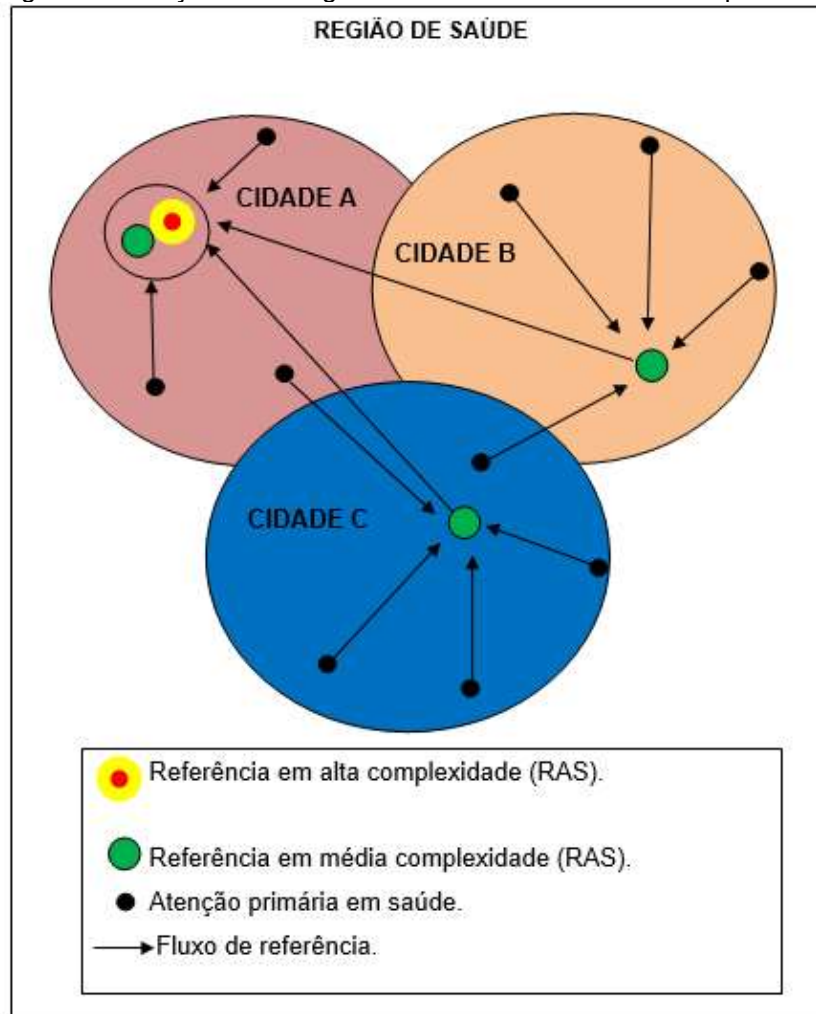
Os Serviços de saúde de médio e alto custo/complexidade pode ser instrumento de negociação entre os gestores municipais e União, uma vez que tais ações demandam um alto nível tecnológico dos aparelhos hospitalares, que remete a altos custos para sua aquisição assim como para manutenção, e profissionais qualificados cujos valores de contratos também são altos.

No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com alto grau de descentralização e proximidade a comunidade. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (GOVERNO DO MARANHÃO, 2016).

Por tecnologia de baixa densidade, fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade (BRASIL, 2007).

O fluxo dos usuários dentro do sistema de saúde deve ocorrer de forma integrada e a comunicação é um fator indispensável, pois permite o elo entre serviços especializados e atenção primária, favorecendo a atenção à saúde da população. Entende-se que rupturas na comunicação e no sistema de referência, principalmente na contrarreferência, comprometem a continuidade do cuidado ao usuário no SUS (COSTA, 2014) (Figura 6).

Figura 6 : Relações nas Regiões de Saúde média e alta Complexidade



Fonte: Elaborado pela autora (2019), baseado em Costa (2014)

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Já alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2007).

## 2.7 Financiamento da Saúde

Considerando que a saúde é um dos principais setores na economia dos países e a sua gestão é complexa, é necessário considerar no processo de planejamento do SUS os recursos financeiros que irão manter o sistema funcionando de forma regular e sustentável.

Sobre os avanços da descentralização dos recursos alocados no setor saúde, a participação do governo federal no financiamento do SUS se mantém como importante direcionamento de políticas para o desenvolvimento das ações de saúde. A transferência dos recursos financeiros federais para municípios ocorre principalmente por meio de transferências regulares e automáticas, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, visando, além de aproximar o financiamento das esferas subnacionais, ampliarem os seus gastos em saúde.

Ainda assim, a capacidade normativa do governo federal se firmou sobre as esferas abaixo das nacionais, passando a exercer cada vez maior regulação por meio das políticas de saúde (COELHO; SCATENA, 2014; BRASIL, 2003).

Pode-se dizer que grande parte dos problemas estruturais que hoje dificultam os avanços do SUS tem relação com a questão do financiamento. A dificuldade de determinar a forma ideal de se financiar o sistema de saúde é tão grande que nos anos 1990 e 2000 este foi um dos temas mais discutidos e os maiores entraves para a implementação do SUS e, recentemente, tem aparecido nas agendas de pesquisa, quase com a mesma frequência dos estudos de modelo de atenção (SANTOS, 2013).

Gastos em saúde que se sobrepõe a 30% da receita própria tornam-se um fator complicador na administração do município, o mesmo acaba não possuindo recursos para investimentos em outras áreas como infraestrutura, segurança, meio ambiente e outras, já que a área da educação consome minimamente outros 25% das suas receitas de impostos e transferências constitucionais (CARVALHO, 2013).

Para fins de apuração dos percentuais mínimos de aplicação em saúde são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes à (BRASIL, 2009):

- Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

- Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- Capacitação do pessoal de saúde do SUS;
- Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas;
- Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

O aumento dos gastos em saúde por parte do Ministério da Saúde pode reduzir a pressão sobre os orçamentos dos municípios, que é a esfera de governo que, por compromisso constitucional, ampliar seu percentual de gastos em saúde cumprindo uma dívida histórica de quem, proporcionalmente, já aplicou mais recursos em saúde (CARVALHO, 2013).

Duas emendas a constituição foram propostas a Emenda Constitucional, a nº 143 em 2015 e ainda em tramitação (PEC 143) que trata da alteração a Constituição

Federal, para estabelecer que são desvinculados de órgão, fundo ou despesa, até 2023, 20% da arrecadação dos impostos dos Estados e dos Municípios, e dos recursos que cabem aos Estados e aos Municípios na repartição das receitas de impostos da União. E a nº 241 (PEC 241), que reduziu mais ainda os gastos da União em saúde.

As transferências fundo a fundo caracterizam-se pelo repasse por meio da descentralização de recursos diretamente de fundos da esfera federal para fundos da esfera estadual, municipal e do Distrito Federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Portaria 3.992/2017 publicada no dia 28 de dezembro de 2017, trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28/09/2017, que contemplava a portaria nº 204/2007.

Com a publicação da Portaria 3.992/17, os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) passaram a ser organizados e transferidos na modalidade fundo a fundo, por meio de apenas dois blocos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019):

- Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde- recursos destinados à manutenção das ações e serviços públicos de saúde já implantados e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis; e
- Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde- recursos destinados à estruturação e à ampliação da oferta de ações e serviços públicos de saúde (obras e equipamentos).

Essa Portaria traz expressivas mudanças, a forma de transferência dos recursos financeiros para custeio e investimento, uma vez que os recursos para custeio serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de custeio e os recursos para investimentos ainda não contemplados com repasse serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de investimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A junção dos antigos blocos de financiamento de custeio em um único bloco, mantendo-se grupos de ações dentro do Bloco de Custeio. Esses grupos de ações deverão refletir a vinculação, ao final de cada exercício, do que foi definido em cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União e que deu origem ao repasse

do recurso, bem como o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde dos entes subnacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Essa separação fortalece os instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, permitindo ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Os Serviços associados a gastos demasiados, a ponto de interferir no desenvolvimento de outros serviços essenciais deve ser uma preocupação do gestor público. Para tanto políticas públicas devem ser elaboradas para que se reduza pressão sobre os orçamentos dos municípios que apresentam uma arrecadação mais baixa.

As Regiões de Saúde são referência para as transferências de recursos entre os Entes federativos, portanto é necessário que as responsabilidades de cada Ente na prestação de serviços na região estejam bem definidas e pactuadas tanto na CIR, quanto na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Os planos e as metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais devem promover a equidade inter-regional. A Lei complementar n. 141/2012 acrescenta que essas transferências de recursos entre Entes devem se dar preferencialmente, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde (BRASIL, 2015).

Na perspectiva teórica apresentada, emerge o desafio de entender a transformação progressiva de um sistema e de uma rede de saúde visando à equidade não apenas do ponto de vista reativo, ligado ao fornecimento de condições melhores para as regiões menos contempladas, mas fundamentalmente tomando a saúde como uma área que possui impactos diretos e indiretos na organização do território, no desenvolvimento e na dinâmica local e regionalizada.

### **3 MÉTODO**

Esta seção tem por finalidade apresentar o método desenvolvido na pesquisa, tipo de pesquisa, a área de realização do trabalho, participantes da pesquisa, bem como os instrumentos e aspectos éticos utilizados para coleta de dados e como foram feitas as interpretações destes dados.

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

A fundamentação teórico-metodológica que orientou as análises dessa pesquisa pauta-se em um estudo de caso com uma abordagem qualitativa, exploratória tendo como fontes documentos sobre o processo de regionalização da região em estudo, e as entrevistas realizadas com gestores.

A utilização do estudo de caso como estratégia de pesquisa, visa em muitas situações “[...] contribuir com o conhecimento que temos nos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados” (YIN, 2010, p.24).

Trata-se de um estudo de caso representativo ao passo que se deseja analisar o processo de planejamento da regionalização de saúde na região. O estudo de caso representativo ou típico é o tipo de pesquisa que objetiva captar as circunstâncias e as condições de uma situação diária ou de um lugar comum. O estudo de caso pode representar um projeto típico entre muitos projetos diferentes, partindo do princípio de que o aprendizado adquirido desse caso forneça informações sobre as experiências dos participantes da pesquisa (YIN, 2005).

O método qualitativo, sob a perspectiva de Minayo (2013), é definido como o método de nível subjetivo, que se relaciona com a realidade social e que é explorado por meios dos seus significados, crenças motivos e comportamentos dos atores sociais.

Com a finalidade de alcançar os objetivos propostos para realização dessa pesquisa, a abordagem qualitativa na aplicação de uma pesquisa bibliográfica e documental visto que foram analisadas documentações sobre o processo da divisão no período da criação da Região de Saúde de Imperatriz e roteiro de entrevista com

os atuais gestores municipais e estadual, livros especializados, artigos publicados em revistas científicas, e documentos públicos disponíveis na internet.

Presume-se que a pesquisa documental trata-se de um exame e reexame de materiais que ainda não receberam nenhum tratamento analítico, fundamentando novas interpretações ou complementares do que se está investigando. Segundo a sua importância metodológica, Bardin (1977, p. 28) afirma que:

Apelar para instrumentos de investigação laboriosa dos documentos, é situar-se ao lado daqueles que, querem dizer não à “ilusão da transparência” dos fatos sociais, recusando ou tentando afastar os perigos da compreensão espontânea. É igualmente “tornar-se desconfiado” relativamente aos pressupostos, lutar contra a evidência do saber subjetivo, destruir a intuição em proveito do “construído”...Esta atitude de “vigilância crítica”, exige rodeio metodológico e o emprego de “técnicas de ruptura” e afigura-se tanto mais útil para especialista das ciências humanas, quanto mais ele tenha [...] uma impressão de familiaridade face ao seu objeto de análise.

Estudos exploratórios são investigações de pesquisa empírica, cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, emprega-se geralmente procedimentos sistemáticos ou para a obtenção de observações empíricas ou para as análises de dados (ou ambas, simultaneamente) (LAKATOS, 2003).

Pesquisa exploratória objetiva conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere. Pressupõe-se que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre (QUEIRÓZ, 1992).

A escolha pela pesquisa de campo se deu pela necessidade de coletar dados que lhe permitam responder aos problemas relacionados a grupos, comunidades ou instituições, com o objetivo de compreender os mais diferentes aspectos de uma determinada realidade, sendo mais frequentemente utilizada pelas áreas das ciências humanas e sociais, mediante técnicas observacionais e com a utilização de questionários para a coleta de dados (SILVA; MENEZES, 2001).

### **3.2 Área de realização**

O local de estudo foi a região de Imperatriz, região de saúde operacionalizada pela região da Comissão Intergestora Regional de Imperatriz (CIR- Imperatriz),



instituída pelo estado através da resolução CIB nº44/2011. A região de saúde Imperatriz-MA é composta por 16 municípios que totalizam uma população de 517.105 habitantes, o que representa 8,45% do total do Estado de Maranhão.

Os municípios que compõe a região de saúde são: Amarante do Maranhão, Buritirana, Campestre do Maranhão, Carolina, Davinópolis, Estreito, Governador Edson Lobão, Imperatriz, João Lisboa, Lajeado Novo, Montes Altos, Porto Franco, Ribamar Fiquene, São João do Paraíso, Senador La Rocque e Sítio Novo.

### **3.3 Participantes da Pesquisa**

Todos os gestores da região de saúde foram convidados a participar da pesquisa (16 secretários municipais de saúde e 01 gestor regional). Dentre esses, apenas 06 aceitaram participar da entrevista. Dos 11 gestores de saúde municipais que não participaram da pesquisa, 6 negaram-se a participar alegando diversas situações, entre elas a falta de tempo para a entrevista. E 5 não foram localizados e não frequentaram as reuniões de gestores durante o período de novembro/2019 a janeiro/2020.

A amostra foi não probabilística por acessibilidade. A fim de que de fato possamos destacar o foco da pesquisa, que é o processo de regionalização sobre a perspectiva do gestor, não as instituições de saúde.

Assim, aplicou-se entrevista semiestruturada aos seguintes participantes:

- 05 gestores de saúde municipais que aceitaram participar da pesquisa, todos os membros da Comissão Intergestora Regional;
- 01 gestor estadual de saúde, que responde como membro da esfera estadual na região.

### **3.4 Instrumentos**

O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista de forma semi- estruturada (Apêndice A), com linguagem simples e direta, contendo todos os elementos relevantes, como: cargo; há quanto tempo ocupa esse cargo; maiores impactos da regionalização de saúde para seu município ou região; tipos de serviços oferecidos;

quais maiores entraves e/ou dificuldades no que diz respeito à organização, financiamento e gestão e quais resoluções para os mesmos, entre outros.

Para Manzini (1991) a entrevista semiestruturada tem o seu foco no assunto principal do estudo, tal qual a regionalização no setor saúde, ao qual se confecciona um roteiro com perguntas norteadoras principais, complementada com questões inerentes ao momento da entrevista. Nesse tipo de entrevista podem surgir informações mais livres e as respostas não se condicionam a um padrão de alternativas (MANZINI, 1991).

Escolheu-se este tipo de instrumento de investigação empírica em função das questões a serem pesquisadas estarem diretamente relacionadas à percepção, experiência e opinião dos entrevistados sobre elementos de gestão e situações ligadas a organização dos serviços de saúde (MANZINI, 1991).

### **3.5 Ética em pesquisa**

A aprovação do projeto pelo Comitê de ética em Pesquisa se deu no dia 15 de Outubro de 2019, com parecer de número- 3.642.300 conforme Anexo C, foi iniciada a fase de coleta de dados no dia 06 de novembro de 2019, dia da reunião ordinária conforme cronograma em anexo (Anexo D) E TODOS OS PARTICIPANTES DA PESQUISA assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido Individual (Anexo B).

### **3.6 Plano para coleta de dados**

Para a coleta de dados, utilizou-se das duas fontes, documentos e entrevista, da seguinte forma:

Constituíram fontes de dados para a pesquisa, o Decreto 7508/2011, Planejamento Regional Integrado e Organização das Macrorregiões de Saúde do Estado do Maranhão (em processo de formalização) e o Plano de Saúde Estadual do Maranhão (2016- 2019).

Para melhor caracterização da região de saúde em estudo, buscou-se dados disponíveis na internet, no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de

Saúde (SIOPS), para a extração dos dados referentes às transferências de recursos federais para os municípios; as informações populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e o Atlas de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) dos anos 2017-2021, que foi utilizado na obtenção do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

Pesquisas documentais, como esta, buscam redefinir interpretações sobre documentos de livre pesquisa ou relacioná-los com outras teorias, para dar sentido às informações contidas neles (LIMA, 2008).

Vale ressaltar que a utilização de dados secundários permite os estudos em saúde, valoriza os sistemas de informação, fornecendo subsídios para seu aperfeiçoamento, e estimula sua utilização na tomada de decisões.

A entrevista foi realizada conforme a disponibilidade dos participantes nos dias das Reuniões da CIR, ou através de encontros em lugares previamente acordado com o entrevistado, a maioria das vezes realizada na sede da Regional de Saúde em Imperatriz-MA. O estudo foi realizado no período de novembro de 2019 a janeiro de 2020.

Por meio de contato direto do pesquisador com os entrevistados e gravada; admitindo-se a possibilidade de o pesquisador interrogar individualmente cada entrevistado, tornando possível o esclarecimento de dúvidas, tanto em relação às perguntas, quanto às respostas, bem como a possibilidade de aprofundamento em respostas relevantes sobre a temática pesquisada, foram informados os procedimentos técnicos da pesquisa e a apresentação do TCLE (MANZINI, 1991).

### **3.7 Plano para análise de dados**

Para melhor entendimento sobre o plano para análise de dados desta pesquisa, elaborou-se o seguinte fluxograma contendo as técnicas de análise, conforme figura 7.



Fonte: Elaborado pela autora com base em YIN (2005)

### 3.7.1 Pesquisa Documental

A pesquisa documental foi realizada pautada nos documentos sobre regionalização em saúde nacionais e regionais: Decreto 7508/2011, Planejamento Regional Integrado e Organização das Macrorregiões de Saúde do Estado do Maranhão (em processo de formalização) e o Plano de Saúde Estadual do Maranhão (2016- 2019).

Foram feitas inúmeras leituras nestes documentos e estudos existentes sobre os mesmos, levantando avaliações importantes para a análise, relacionados a gestão, planejamento e desenvolvimento. Permitindo analisar as particularidades desses documentos que revelam elementos do objeto de estudo. A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

### 3.7.2 Entrevista

Para garantir maior fidedignidade na análise, todas as entrevistas foram gravadas, decupadas e transcritas na íntegra, o que resultou em 59 minutos e 33 segundos de áudio conforme apresentado. Após as falas serem redigidas em texto, fez-se a leitura flutuante do material para conhecer as mensagens, sentidos nas falas, recortes, agregação e enumeração das unidades de registros e de sentido identificando por cores.

A partir dos dados coletados foi utilizada a análise de conteúdo como técnica de análise desta pesquisa. Na pesquisa qualitativa, a análise de conteúdo, como método de organização e análise dos dados, possui singulares características, tais como: aceita-se que o seu foco seja qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos (BARDIN, 1997). A teoria é reforçada por Franco (2005), quando afirma que a análise de conteúdo é a significância das mensagens.

As respostas às questões subjetivas foram organizadas e analisadas por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (1977) que consiste na interpretação dos elementos constituintes do corpus, com emprego da técnica analítica de enunciação com transversalidade temática. A análise foi dividida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação.

Segundo Bardin (1977) a análise de conteúdo visa dar significado as palavras faladas ou escritas, nessa análise, o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração. O estudo das informações será elaborado na organização da análise que se subdivide em: 1- pré-análise, 2- exploração do material, 3- tratamento dos resultados e interpretação desses resultados.

- Pré- análise: etapa da organização da análise, organização do material útil à pesquisa, sistematizando as ideias iniciais em cinco etapas (BARDIN, 2010):
  - ✓ Leitura flutuante, conhecendo inicialmente o material e criando familiaridade com ele;

- ✓ Escolha dos documentos, após realização de leitura flutuante ampla e posteriormente a escolha dos documentos que comporão o corpus da análise de conteúdo;
- ✓ Regra da exaustividade, que exige que nenhum documento deverá ser deixado de fora;
- ✓ Regra da homogeneidade, a seleção dos documentos terá o mesmo tema para que permita a comparação; e
- ✓ Regra da pertinência, os documentos terão correlação com os objetivos da análise.
- Exploração do material: “[...] descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido ao estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos” (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011). Informações relatadas pelos gestores sobre regionalização e condições de saúde do seu município; e
- Tratamento dos resultados e interpretação desses resultados: o material explorado será sujeito a um tratamento interpretativo e contextualizado.

Ao cumprir a exploração do material, o analista deve fazer a definição das categorias, classificando os elementos constitutivos de um conjunto caracterizados por diferenciação e realizando o reagrupamento por analogia por meio de critérios definidos previamente no sentido de propiciar a realização da inferência (BARDIN, 2010).

No apêndice D consta a primeira e segunda etapa da análise dos dados, com leitura flutuante do material decupado e recortes identificados por cores nas falas dos gestores de saúde. Na segunda fase da pesquisa (apêndice E), para representação dos recortes foram utilizados quadros com os seguintes marcadores de identificação das unidades de registro e de sentido: E1 a E6.

Após isso, elaborou-se quadros temáticos do material a ser analisado, em seguida os quadros foram caracterizados por cores de sentido temático. Para Franco (2005, p.52), esse é o momento que o pesquisador “permite-se invadir por emoções, expectativas, representações e conhecimentos é o momento em que a leitura vai se tornando mais precisa e ganha projeção sobre o material”.

O fenômeno foi descrito em forma de conceitos provenientes das experiências dos atores (gestores de saúde), segundo os elementos que compõem o processo: temas e núcleos de sentido.

### 3.7.3 Árvore do Processo de Raciocínio da Teoria das restrições

Após levantamento e análise dos dados aplicou-se 3 das 5 ferramentas do Processo de Raciocínio: Árvore da Realidade Atual (o quê mudar), Diagrama de Resolução de Conflito (DRC) e Árvore da Realidade Futura (ARF) (para quê mudar); buscando responder questões básicas peculiares encontradas na pesquisa relacionadas a gestão e a prestação de serviços em saúde (CRUZ et al., 2009; LACERDA *et al.*, 2011).

A Árvore da Realidade Atual (ARA) descreverá o sistema como ele é no momento. O processo de construção da ARA se iniciará com a identificação dos Efeitos Indesejáveis (EIs) e uma conexão lógica. A ARA, quando validada, descobrirá o problema raiz, desta maneira, os esforços serão concentrados em direção a causa e não aos efeitos. Com o problema raiz identificado, necessita-se de uma solução, para que ele deixe de existir e os efeitos indesejáveis transformem-se em efeitos desejáveis.

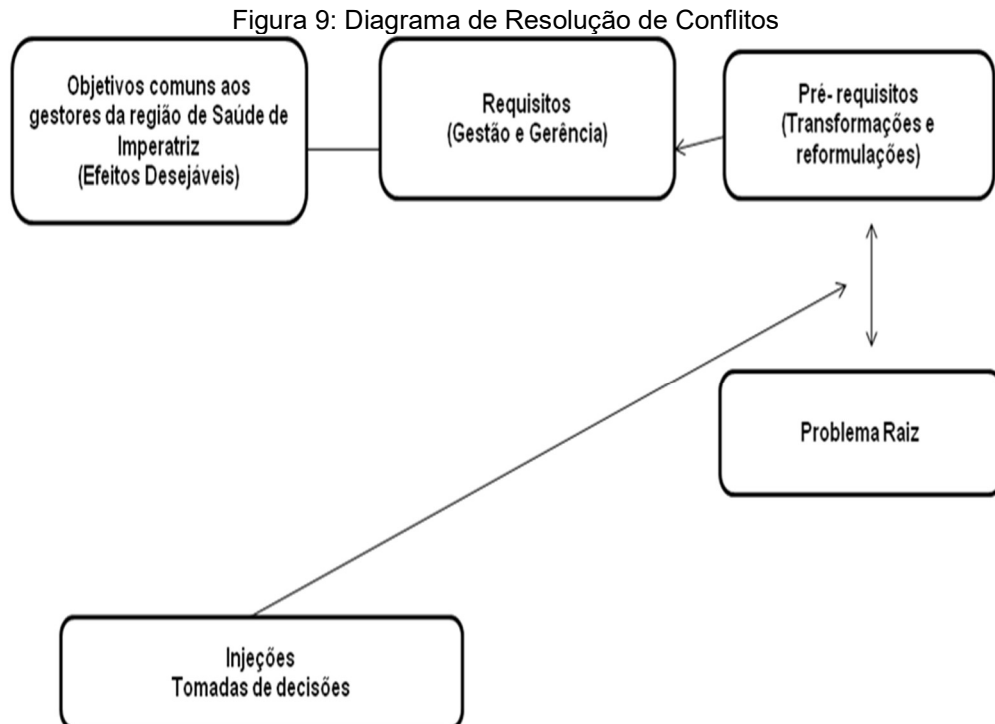
Árvore de Realidade Atual tem como intenção a caracterização dos problemas centrais de um sistema (ANTUNES *et al.*, 2004). Foi utilizado para abordar os principais entraves/dificuldades encontrados pelos gestores. Após esse levantamento será elaborado um diagrama com problema raiz, causa raiz e efeitos indesejáveis (Figura 8).

Figura 8: Árvore da realidade atual da Região de Saúde Imperatriz



Fonte: Adaptado de Lacerda (2011)

Então a partir do levantamento da ARA da Região de Imperatriz, para o Processo de Raciocínio foi elaborado o diagrama de Resolução de Conflito com base nas respostas dadas pelos entrevistados a respeito das injeções (sugestões/propostas), serão elaborados os efeitos desejáveis traçando propostas para resoluções do problema raiz (Figura 9).



Fonte: Adaptado de Lacerda (2011)

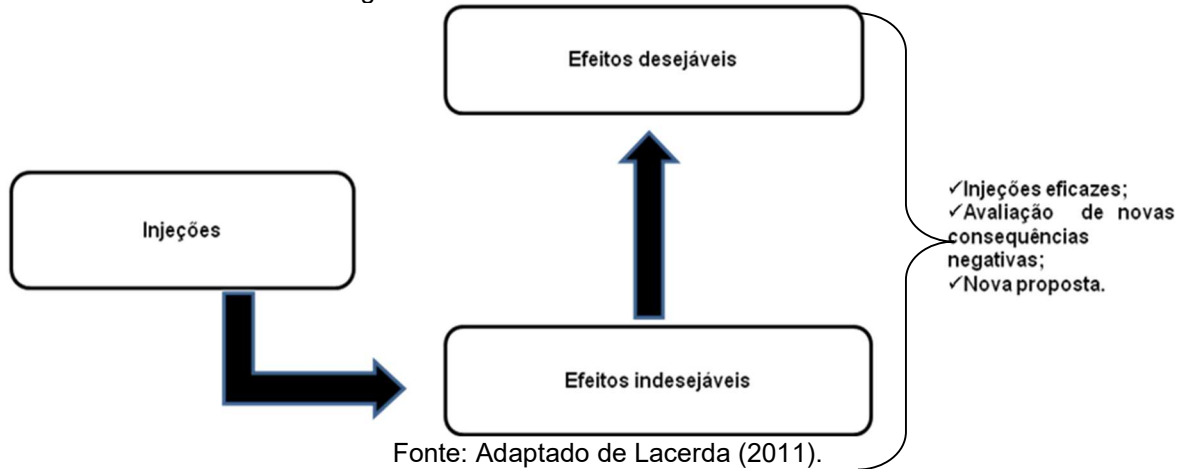
Segundo Rodrigues (1995), a árvore da realidade futura (ARF) é uma estrutura que apresenta os resultados das injeções as quais modificarão os efeitos indesejáveis por efeitos desejáveis. Noreen, Smith e Mackey (1996) ressaltam que uma vez identificada uma injeção (a base de uma solução), uma Árvore da Realidade Futura é usada para verificar se a aplicação bem sucedida da injeção irá eliminar os sintomas.

A ARF é a junção de todo o suporte lógico que demonstra, pela relação de causa efeito, que as mudanças que se propõe irão trazer os resultados esperados. As injeções são necessárias para transformar todos os Eis presentes em seus opostos, ou seja, os efeitos desejáveis que se deseja para a realidade futura.

Aplicando essa análise de dados será possível uma visualização ampla e fidedigna sobre as principais questões da regionalização de saúde sob a óptica dos gestores (Figura 10).



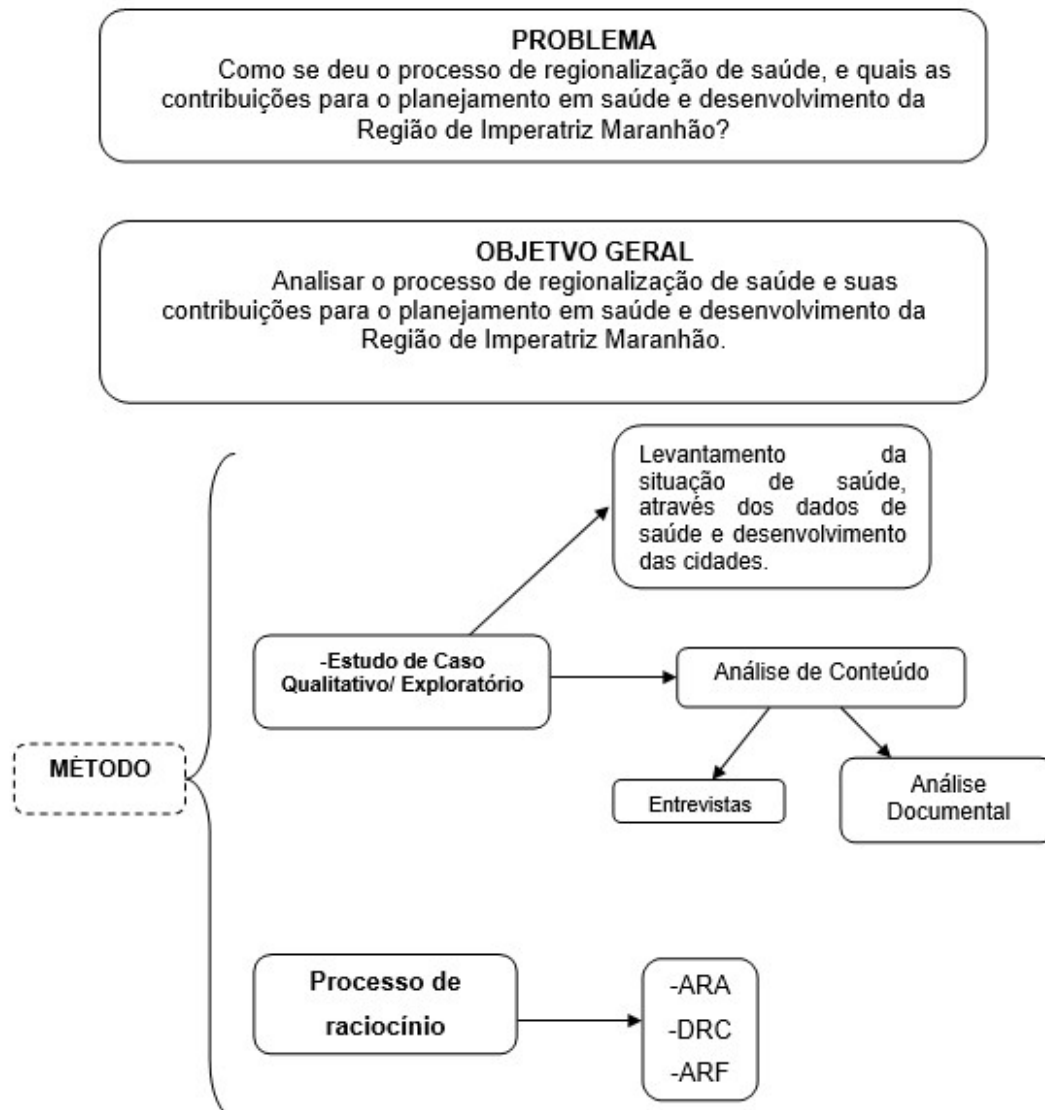
Figura 10: Árvore da Realidade Futura – ARF



O raciocínio dedutivo é o processo em que o pesquisador começa com uma teoria ou arcabouço estabelecido, onde conceitos já foram reduzidos a variáveis, e então coleta evidência para avaliar ou testar se a teoria é confirmada (BURNS, 2005). Generalização é a extensão na qual conclusões desenvolvidas a partir das evidências coletadas de uma amostra podem ser estendidas para uma população maior (BURNS, 2005).

A pesquisa também visa conhecer a oferta atual da região de saúde de Imperatriz-MA, para isso foi realizado levantamento acerca da estruturação nas bases de dados DATASUS e Tabnet, bem como caracterização dos municípios que compõe a região em estudo. Para síntese do método desta pesquisa elaborou-se o seguinte fluxograma contendo problema, objetivo e método de pesquisa conforme figura 11.

Figura 11: Síntese Metodológica



Fonte: Elaborado pela autora (2020)

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A presente seção traz a caracterização da região de saúde, descreve também sobre as temáticas e discussões dos resultados desta pesquisa que foram coletados pelas entrevistas com gestores de saúde da região de Saúde em estudo. E apresenta ainda Árvore do Processo de Raciocínio da Teoria das Restrições da Região de Saúde De Imperatriz-MA.

### **4.1 Caracterização da região de saúde de Imperatriz-MA**

De acordo a Resolução 44/2011 o Estado do Maranhão foi dividido em 08 Macrorregiões de Saúde que agrupam as 19 microrregiões de saúde (Figura 12). Em função de investimento insuficiente na rede de serviços e pouca funcionalidade das redes de atenção à saúde tem se observado de necessidade de conformação de 03 Macrorregiões (GOVERNO DO MARANHÃO, 2019).

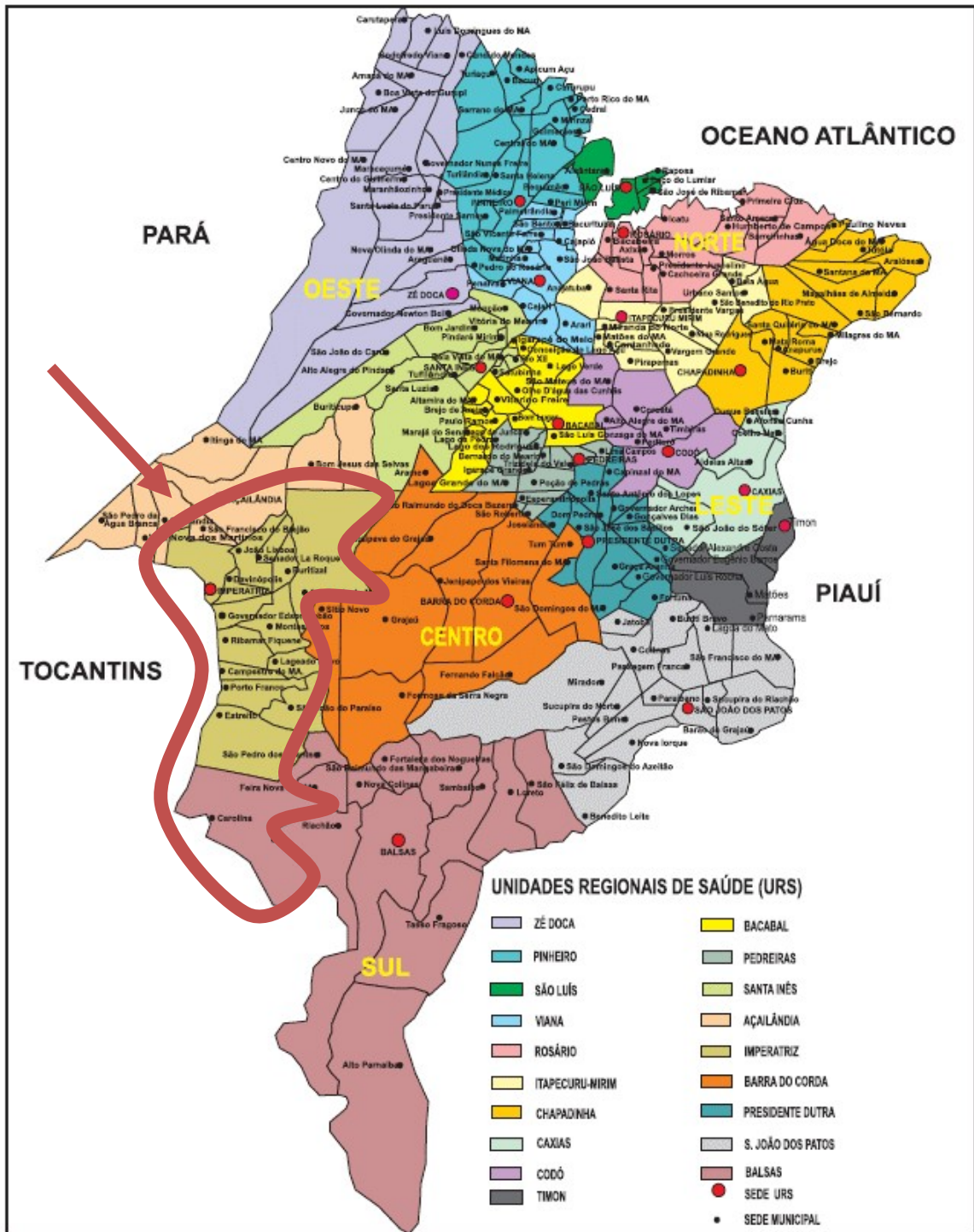
A região de saúde Imperatriz-MA é composta por 16 municípios que totalizam uma população de 517.105 habitantes, o que representa 8,45% do total do Estado de Maranhão. Os municípios que compõe a região de saúde são: Amarante do Maranhão, Buritirana, Campestre do Maranhão, Carolina, Davinópolis, Estreito, Governador Edson Lobão, Imperatriz, João Lisboa, Lajeado Novo, Montes Altos, Porto Franco, Ribamar Fiquene, São João do Paraíso, Senador La Rocque e Sítio Novo. As rodovias que interligam os municípios dessa região são oito ao total, duas rodovias federais: BR-010 e BR-226; e cinco estaduais: MA-122, MA-226, MA-138, MA-275, MA-280 e MA-335 (GOVERNO DO MARANHÃO, 2016).

Essa conformação levou em consideração o levantamento de dados das 08 macrorregiões pesquisados no CNES e DATASUS, com relação à capacidade instalada e perfil assistencial, tendo sido constatado que somente agrupando as 08 em três 03 seria possível trabalhar o Planejamento Regional Integrado (PRI) no Estado do Maranhão com resolutividade e significativas mudanças no planejamento do SUS, fomentando a urgente reformulação dos processos de programação das ações e serviços de saúde (GOVERNO DO MARANHÃO, 2019).

Para conformação de novas Macrorregiões serão considerados os seguintes critérios: populacional, geográfico, capacidade instalada e resolutividade comprovada tecnicamente por levantamento nos sistemas de produção, cadastros e visita técnica in loco, com posterior redefinição ou incorporação desse Planejamento Regional Integrado no Plano Regional, aprovado pelas CIR's envolvidas e pela CIB/MA (GOVERNO DO MARANHÃO, 2019).

A Secretaria de Estado da Saúde em parceria com o COSEMS criou o Grupo Condutor para conformação do Planejamento Regional Integrado -PRI e Organização das Macrorregiões de Saúde do Maranhão tendo como base a Resolução CIT nº 37 de 22 de março de 2018 (GOVERNO DO MARANHÃO, 2019). Que definiu como perfil para classificação como Macrorregião de Saúde os quesitos descritos no Apêndice C.

Figura 12: Macrorregiões de Saúde do Estado do Maranhão- Região Imperatriz, 2019



Fonte: Google imagens (adaptado).

O IDHM é um indicador abrangente, obtido por meio de um ajuste metodológico ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) global para adequação ao contexto dos municípios brasileiros e aos indicadores disponibilizados pelos censos demográficos do país.

Compreende três dimensões do desenvolvimento humano: o grau de escolaridade, renda e o nível de saúde baseado na expectativa de vida, que reflete as condições de saúde e dos serviços de saneamento.

Sob a perspectiva da equidade, a distribuição de recursos para o SUS demanda mais que uma política de alocação de recursos, baseada, em um valor per capita igualitário. Devem ser realizados, sim, ajustes de base populacional, mas, sobretudo, devem ser consideradas as desigualdades entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços encontrada nas macrorregiões, regiões de saúde e municípios (BUSS *et al.*, 2014; PORTO *et al.*, 2003) (Quadro 2).

O índice varia de 0 a 1 e, quanto mais próximo de 1, maior o IDH de um município – de 0 a 0,499 é considerado muito baixo ; de 0,500 a 0,599, baixo; de 0,600 a 0,699, médio; de 0,700 a 0,799 alto; e de 0,800 a 1, muito alto (PNUD, 2013). Nos municípios pesquisados nenhum se apresenta com IDHM muito baixo ou muito alto, conforme Quadro 3.

Assim, o baixo IDHM pode ser reflexo de uma maior carência, entre outros aspectos, por serviços de saúde. Entre os fatores que contribuem para o aumento da expectativa de vida (um dos componentes do IDHM), está o aumento da oferta dos serviços de saúde que gera maior necessidade alocativa de recursos (PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005; BARRETO; CARMO, 2007).

Quadro 2: Caracterização dos Municípios que compõe a Região de Saúde de Imperatriz

	Área territorial (2018)	População estimada (2018)	IDHM (2010)
<b>Amarante do Maranhão</b>	7.438,217 km <sup>2</sup>	41.136 pessoas	0,555
<b>Buritirana</b>	818,424 km <sup>2</sup>	15.393 pessoas	0,583
<b>Campestre do Maranhão</b>	615,384 km <sup>2</sup>	14.294 pessoas	0,652
<b>Carolina</b>	6.441,603 km <sup>2</sup>	24.322 pessoas	0,634
<b>Davinópolis</b>	335,767 km <sup>2</sup>	12.901 pessoas	0,607
<b>Estreito</b>	2.718,978 km <sup>2</sup>	41.355 pessoas	0,659
<b>Governador Edson Lobão</b>	615,860 km <sup>2</sup>	18.068 pessoas	0,629
<b>Imperatriz</b>	1.368,988 km <sup>2</sup>	258.016 pessoas	0,731
<b>João Lisboa</b>	1.135,211 km <sup>2</sup>	23.696 pessoas	0,641
<b>Lajeado Novo</b>	1.064,455 km <sup>2</sup>	7.496 pessoas	0,589
<b>Montes Altos</b>	1.488,336 km <sup>2</sup>	9.209 pessoas	0,575
<b>Porto Franco</b>	1.417,493 km <sup>2</sup>	23.675 pessoas	0,684
<b>Ribamar Fiquene</b>	733,830 km <sup>2</sup>	7.755 pessoas	0,615
<b>São João do Paraíso</b>	2.053,843 km <sup>2</sup>	11.162 pessoas	0,609
<b>Senador La Rocque</b>	738,548 km <sup>2</sup>	14.367 pessoas	0,602
<b>Sítio Novo</b>	3.114,871 km <sup>2</sup>	18.001 pessoas	0,564

Fonte: IBGE (2019)

Um fator que dificulta a análise com uso do IDHM é a capacidade instalada (oferta de serviços) que condiciona a demanda e o financiamento, sobretudo da média e alta complexidade (MAC), uma vez que o financiamento da Atenção Básica (AB) possui mecanismos redistributivos que utiliza critério populacional.

A proximidade das cidades da região de saúde de Imperatriz torna o fluxo de usuários do SUS, facilitado, e a estruturação que a cidade de Imperatriz possui no que diz respeito à oferta de serviços de saúde e funcionamento faz com que a demanda drene pra mesma.

Quadro 3: Classificação dos municípios da região de Saúde de Imperatriz segundo o IDHM

<b>IDHM</b>		
<b><u>BAIXO</u></b>	<b><u>MÉDIO</u></b>	<b><u>ALTO</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Amarante do Maranhão</li> <li>✓ Buritirana</li> <li>✓ Lajeado Novo</li> <li>✓ Montes Altos</li> <li>✓ Sítio Novo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campestre do Maranhão</li> <li>✓ Carolina</li> <li>✓ Davinópolis</li> <li>✓ Estreito</li> <li>✓ Governador Edson Lobão</li> <li>✓ João Lisboa</li> <li>✓ Porto Franco</li> <li>✓ Ribamar Fiquene</li> <li>✓ São João do Paraíso</li> <li>✓ Senador La Rocque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Imperatriz</li> </ul>

Fonte: Autoria própria (2019).

A relação entre consumo de serviços de saúde e as condições sociais e geográficas já vem sendo estudada, tendo como fonte de dados o SIH/SUS, estudou-se a desigualdade no uso de serviços de saúde pelas dimensões geográficas e sociais.

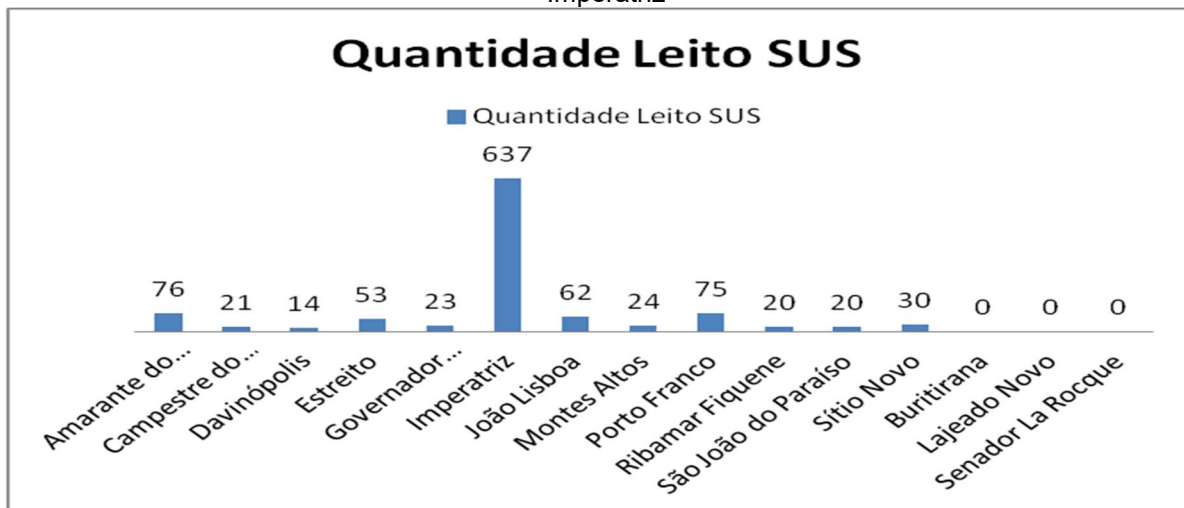
Quanto aos fatores condicionantes estruturais, as proximidades entre os municípios que fazem parte da região de saúde foram instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Bipartires – CIB em consonância ao Decreto 7.508/2011 (GOVERNO DO MARANHÃO, 2016).

A cidade de Carolina foi anexada a Região de saúde já no de 2017, diante da pactuação anterior a mesma fazia parte da Região de Saúde de Balsas. Após resolução da CIR de Imperatriz Nº 032/2017, que aprovou a inclusão do município de Carolina a região de Imperatriz, levou-se em consideração a necessidade da Região de ter um Sistema de Saúde resolutivo e a infraestrutura das rodovias e fluxo

de pacientes no sentido Imperatriz (COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL, 2017).

Quanto ao tamanho e composição das redes de serviços, segundo DATASUS referente à quantidade de leitos SUS disponíveis Imperatriz apresenta maior número de leitos disponíveis e cadastrados no CNES, três municípios da região de saúde não apresentam leitos cadastrados (Buritirana, Lajeado Novo e Senador La Roque) o que caracteriza uma fragilidade na prestação de serviços à saúde, e mostrando total independência dos demais municípios da região no que diz respeito a utilização de leitos do SUS (média e alta complexidades) (Gráfico 1).

Gráfico 1: Quantitativo de leitos para internação cadastrados por municípios da região de saúde de Imperatriz



Fonte: CNES/DATASUS (2019)

A Atenção Básica na Região de Imperatriz está organizada nos 15 municípios com uma rede de serviços formada por 134 unidades básicas de saúde (tradicional, indígena, PSF). Possui 210 equipes da Estratégia Saúde da Família, (ESF), 991 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 79 Equipes de Saúde Bucal tipo I (ESB), 02 Centros de Especialidade Odontológica (CEO), 17 NASF em 12 municípios. A Rede de Saúde Mental na Região é formada pelos municípios de Amarante, Campestre do Maranhão, Imperatriz, João Lisboa e Porto Franco, com serviços de CAPS (Quadro 6) (GOVERNO DO MARANHÃO, 2016).

A cidade de Imperatriz possui os Serviços de Média e Alta Complexidade para onde drenam toda demanda dos municípios da região, bem como de outras ou até mesmo outros estados, conforme apresentado nas Tabelas 1 e 2, a cidade também se destaca pelo quantitativo nessa esfera de nível de atenção.



Tabela 1: Estabelecimentos por nível de atenção – Regional de Saúde Imperatriz. Média e Alta complexidade Ambulatorial

<b>Município</b>	<b>Amb. Média complex municipal</b>	<b>Amb. Alta complex. municipal</b>
Amarante do Maranhão	21	-
Buritirana	2	-
Campestre do Maranhão	5	1
Carolina	3	-
Davinópolis	1	-
Estreito	13	-
Governador Edison Lobão	4	-
Imperatriz	364	20
João Lisboa	9	2
Lajeado Novo	1	-
Montes Altos	2	-
Porto Franco	19	-
Ribamar Fiquene	2	-
São João do Paraíso	3	-
Senador La Rocque	1	-
Sítio Novo	4	-
<b>Total</b>	<b>451</b>	<b>23</b>

Fonte: DATASUS (2019)

Tabela 2: Estabelecimentos por nível de atenção – Regional de Saúde Imperatriz. Média e Alta complexidade Hospitalar

<b>Município</b>	<b>Hosp. Média. Complex. municipal</b>	<b>Hosp. Alta complex. municipal</b>
Amarante do Maranhão	3	-
Buritirana	-	-
Campestre do Maranhão	-	-
Carolina	-	-
Davinópolis	-	-
Estreito	2	-
Governador Edison Lobão	1	-
Imperatriz	18	1
João Lisboa	2	1
Lajeado Novo	-	-
Montes Altos	1	-
Porto Franco	1	-
Ribamar Fiquene	-	-
São João do Paraíso	1	-
Senador La Rocque	-	-
Sítio Novo	1	-
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>2</b>

Fonte: DATASUS (2019)

Imperatriz possui duas clínicas de hemodiálise, uma unidade oncológica (UNACON), serviços de radioterapia, centro de reabilitação auditiva na alta complexidade, Unidade de transplante renal, referência hospitalar no atendimento à gestação de alto risco, possui sessenta e dois leitos de Unidade de Terapia Intensiva, treze leitos de UTI pediátrica, quarenta leitos de UTI neonatal, dezessete

leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCO) e seis leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCA) (GOVERNO DO MARANHÃO, 2016).

A cidade de Imperatriz conta com um total de 482 estabelecimentos de saúde cadastrados no sistema (Tabela 3). Sendo que 250 são de natureza privada; ressalta-se que este número é maior, visto que nem todos os estabelecimentos se encontram cadastrados no CNES/DATASUS.

Dentre os públicos existem dois hospitais de extrema importância local e regional, o Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz e o Hospital Municipal de Imperatriz. Ainda podemos destacar a existência de 23 Centros de Saúde/ Unidades Básicas de Saúde; 8 Postos de Saúde; 2 Unidades de Pronto Atendimento; 1 Unidade de Atenção à Saúde Indígena e 03 Centros de Atenção Psicossocial (CNES/DATASUS, 2019).

Tabela 3: Quantitativo de profissionais de saúde, equipamentos e estabelecimentos por município

<b>Município</b>	<b>Nº profissionais de saúde</b>	<b>Equipamentos</b>	<b>Estabelecimentos</b>
Amarante do Maranhão	103	90	49
Buritirana	20	14	14
Campestre do Maranhão	26	24	11
Carolina	25	100	16
Davinópolis	29	33	10
Estreito	117	61	28
Governador Edison Lobão	27	21	15
Imperatriz	1266	1427	482
João Lisboa	59	53	19
Lajeado Novo	8	8	6
Montes Altos	23	21	9
Porto Franco	95	130	27
Ribamar Fiquene	16	51	9
São João do Paraíso	26	12	11
Senador La Rocque	30	4	15
Sítio Novo	27	48	15
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>90</b>	<b>49</b>

Fonte: CNES/DATASUS (2019)

A região conta com 100% da cobertura do Serviço Móvel de Urgência e Emergência SAMU 192, integrada à Central de regulação das Urgências de Imperatriz. A região conta com 01 Núcleo de Hemoterapia em Imperatriz e 01 Agência Transfusional em Porto Franco funcionando integralmente.

O município de Imperatriz dispõe de um Hospital de Urgência e Emergência e de uma Maternidade para gestação de Alto Risco, entretanto, a falta de resolutividade dos municípios em atenção básica aumenta a demanda assistencial “evitável” para o município de Imperatriz, referência para a região (GOVERNO DO MARANHÃO, 2016).

Outro fator a se mencionar é a condição de cidade média exercida por Imperatriz e a dinâmica que caracteriza esses centros urbanos. Araújo e Soares (2013) comentam sobre essa dinâmica em relação aos serviços de saúde ao dizer que:

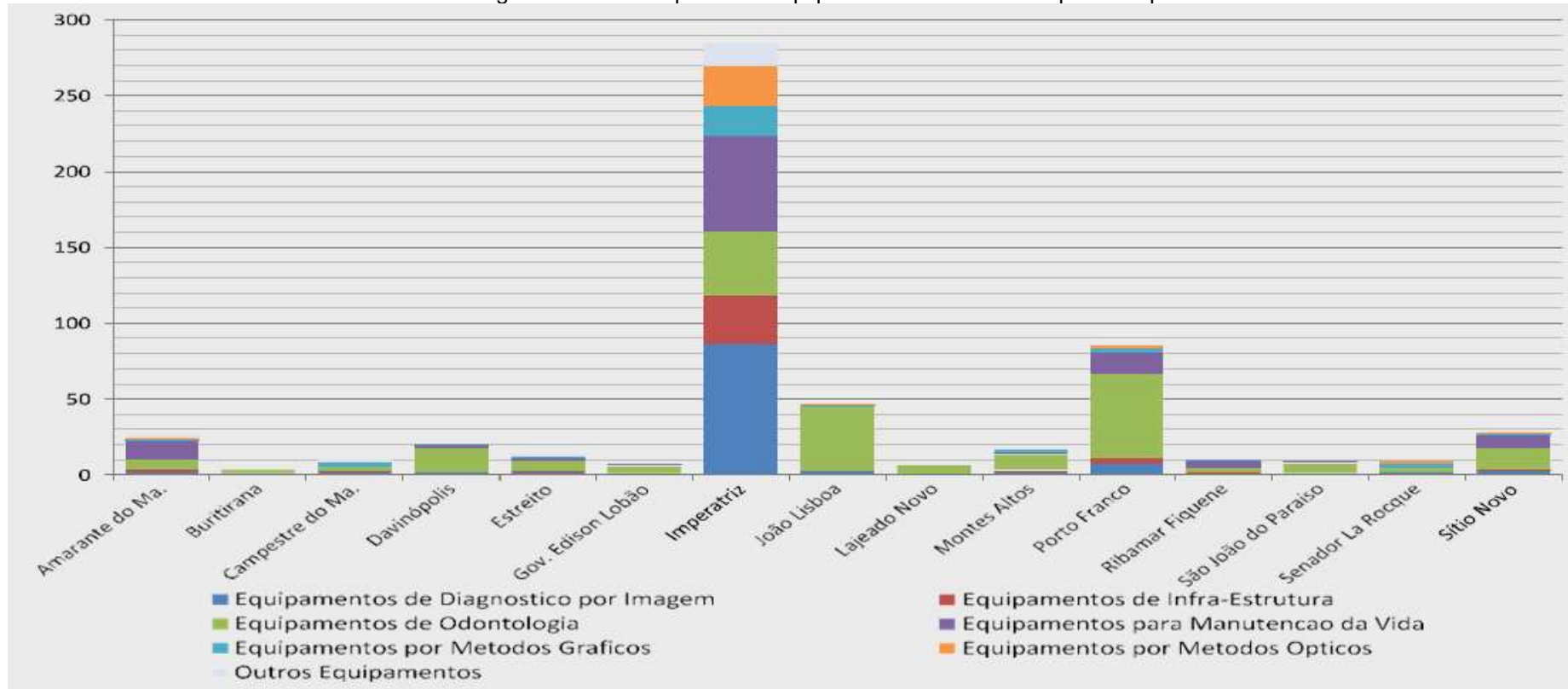
Os serviços de saúde crescem em número absoluto e se diversificam, sendo que a tecnificação e a sofisticação dos procedimentos e dos equipamentos utilizados nesse setor não são fenômenos observados apenas nos estabelecimentos de saúde localizados nas metrópoles e grandes cidades, mas também, e, principalmente, nas cidades médias. (ARAÚJO; SOARES, 2013, p. 345).

Estes são fatores determinantes para manutenção e constante incremento dos fluxos de pessoas de municípios vizinhos para Imperatriz buscando utilizar seus serviços de saúde.

Essas disparidades numéricas também podem ser observadas em relação aos equipamentos hospitalares. O alto custo de alguns equipamentos assim como sua manutenção torna inviável a um pequeno município adquiri-los.

Outra questão relevante é a manutenção desses equipamentos que exige mão de obra especializada e cara; a subutilização também uma questão relevante, ou seja, para que tais equipamentos se tornem viáveis, deve haver uma demanda constante para utilizá-los (economia de escala), o que não é possível em um pequeno município (Gráfico 2).

Gráfico 2: Região de Saúde Imperatriz - Equipamentos de Saúde Disponíveis pelo SUS



Fonte: DATASUS (2019)

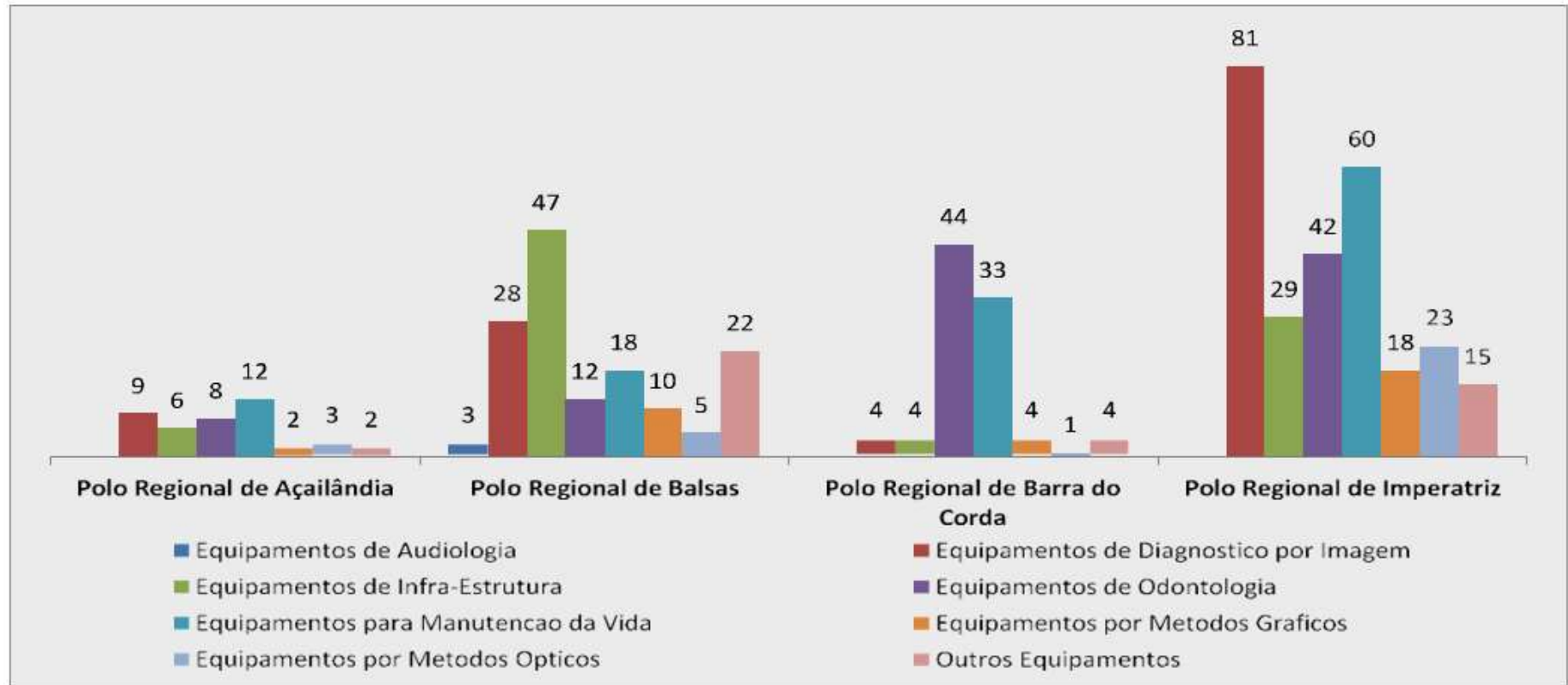
Mais uma vez a região de saúde de Imperatriz se destaca entre os polos de saúde, somando ao todo 268 equipamentos, dos quais os de diagnóstico por imagem representam uma quantidade muito mais alta do que nos outros polos (Gráfico 3).

A região de saúde de Balsas vem logo em seguida com 145 equipamentos, com a particularidade de ser o único polo que possui equipamentos de audiologia disponíveis pelo SUS.

A região de saúde de Barra do Corda possui 94 equipamentos dos quais quase a metade (44 do total) são de odontologia, os de manutenção da vida também são numerosos em relação ao total (33 do total), já os demais não contabilizam mais de cinco unidades por cada grupo.

Por fim, a região de saúde de Açailândia que apesar de ser a segunda região de saúde mais populosa e rica, conta com o menor número de equipamentos, reunindo 42 ao todo. Mais uma vez este fato aparentemente contraditório se explica pela proximidade entre Açailândia e Imperatriz aliado à facilidade de deslocamento entre ambas.

Gráfico 3: Quantidade de Equipamentos por Polos/Região de Saúde



Fonte: DATASUS (2019)

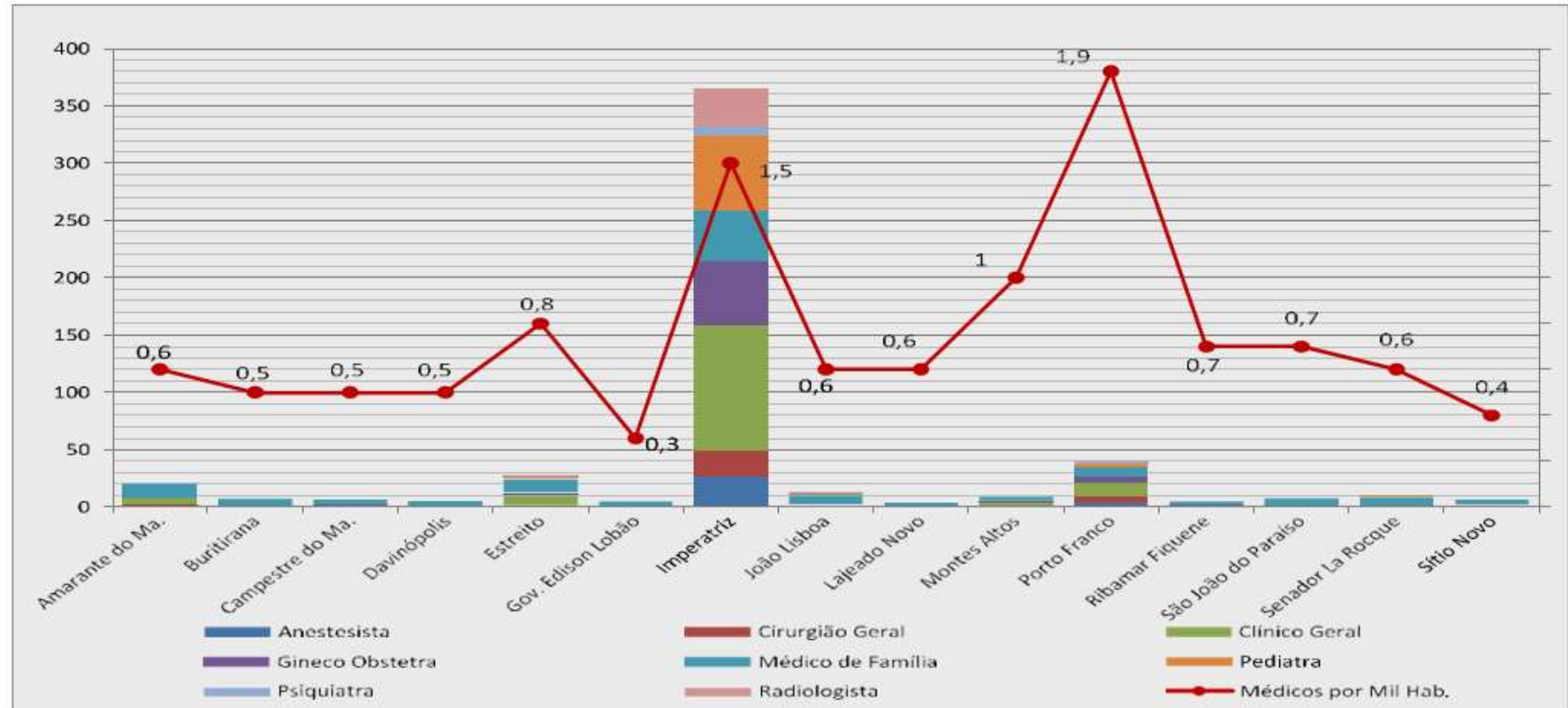
A superação da dificuldade de distribuição e fixação de médicos em regiões de difícil acesso não é uma tarefa fácil, tendo em vista que mesmo quando o país dispõe de número adequado na relação médico/1000 hab. a distribuição desses profissionais tende a ser concentrada em certas regiões, gerando um resultado socialmente indesejado (PÓVOA; ANDRADE, 2006).

Existem políticas públicas em saúde que priorizam das regiões mais vulneráveis e com os piores indicadores sociais, Embora o aumento do efetivo médico tenha tornado-se persistente a partir dos anos de 1970, não foi suficiente para beneficiar, de maneira homogênea, todos os cidadãos brasileiros, pois uma série de fatores conduz à heterogeneidade do fluxo de médicos no território nacional (SCHEFFER, 2013).

De maneira geral, a quantidade de médicos por mil habitantes é baixa na maioria dos municípios, somente em Imperatriz e Porto Franco que estão acima do preconizado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) de um médico para cada mil habitantes, entretanto, nenhum alcança a quantidade ideal de 2,5 médicos por mil habitantes preconizado pelo Ministério da Saúde.

Imperatriz se destaca também em relação às demais regiões de Saúde do sul do Maranhão que se tornam dependentes devido a maior quantidade de profissionais em todas as especialidades (Gráfico 4).

Gráfico 4: Quantidade de Médicos por cada mil habitantes - Região de Saúde de Imperatriz



Fonte: DATASUS (2019)



Também é possível perceber que além da baixa quantidade de médicos, também existe a falta de diversidade das especialidades médicas, sendo que os médicos da atenção básica (médicos de família) são predominantes na maioria dos municípios, são os únicos existentes em Campestre do Maranhão, Buritirana, Lajeado Novo, Davinópolis e São João do Paraíso.

Além disso, a falta de pediatras, médico fundamental para a prevenção de várias complicações de saúde em crianças e adolescentes, é outra condição que evidencia como é precária a estrutura dos serviços de saúde nesses municípios, fato que contribui para a centralidade de Imperatriz que tem de atender essa população para qual falta médicos no próprio município.

#### 4.2 Resultados das entrevistas - temáticas e núcleos de sentidos

Sabendo-se que o trabalho teve como objetivo analisar o processo de regionalização de saúde e suas contribuições para o planejamento em saúde e desenvolvimento da Região de Imperatriz-MA, as seguintes temáticas foram levantadas para análise e discussão:

Quadro 4: Temáticas

TEMÁTICAS	NÚCLEOS DE SENTIDO
<b>Gestão no processo de regionalização</b>	- SUS: Demanda e oferta na atenção à saúde.
	- Gerência em saúde: função gerencial e responsabilidades dos entes.
<b>Planejamento territorial e organização dos serviços</b>	- Organização dos serviços no território
	- Financiamento em saúde.
<b>Desenvolvimento Regional</b>	- Participação social e dos Conselhos de Saúde.
	- Efeitos do planejamento no desenvolvimento regional.

Fonte: Adaptado de Bardin (1977)

#### 4.2.1 Gestão no processo de regionalização

Essa temática foi estruturada a partir de dois núcleos de sentidos: 1) SUS: Demanda e Oferta na Atenção à Saúde; e 2) Gerência em Saúde: Função gerencial e Responsabilidades dos entes.

Para chegar a essa temática a pesquisadora embasou as análises em Starfield (2002), Brasil (2011), Brasil (2012), Silva (2006), Santos (2015), Santos (2017) e na fala dos entrevistados. Mediante o pensamento destes autores, a pesquisadora avaliou como os núcleos de sentido que discorre sobre demanda e oferta na atenção à saúde e gerência em saúde.

Torna-se adequado destacar que os recortes orais obtidos das entrevistas feitas com os Gestores de Saúde da região analisados foram escolhidos, conforme descrito nos indicadores do quadro 02, na seção dos métodos, referente às temáticas de análise de conteúdo. Buscou-se ainda preservar, no ato de transcrição das falas analisadas, as expressividades linguísticas apresentadas pelos entrevistados no momento da captação sonora.

Quando questionados sobre demanda e oferta os gestores apontam que grande parte possui estruturação em Atenção Primária e relatam dificuldades nas demandas de alta e média complexidade, conforme recortes do relatos orais abaixo:

Nós realizamos todos, todos aqueles programas que são preconizados pelo Ministério da Saúde. Além de... de... atendimento especializado (E1).

Serviços de atenção básica, né? E... serviços de ambulatório... de pediatria, gastro, é... serviços especializados de endoscopia e ultrassom e... urgência (E2).

No município nós temos, centro de atenção básica, dezenove equipes, cobertura de quase cem por cento (E5).

É um município com perfil apenas de atenção básica (E6).

Segundo Starfield (2002) o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde, a atenção primária, deve ser de fácil acesso para a população. Como a atenção primária tem como uma de suas diretrizes ser porta aberta do sistema de saúde e, é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, além de ser mais próxima da vida das pessoas (PNAB, 2012), é, nesse nível de atenção, que grande parte do acesso deve estar disponível.

Sob essa ótica, a oferta dos serviços e estruturação da atenção primária se justifica na busca do entendimento como se dá o acesso em uma unidade básica de saúde. Assim, implementações e intervenções devem ser realizadas a fim de que se efetivem os princípios do SUS e, cada vez mais, proporcionar o acesso ampliado e qualificado de acordo com esses princípios do SUS e PNAB e as necessidades da população (BRASIL, 2012).

No Art. 11 do Decreto 7508, de 28 de junho de 2011, trata que o acesso universal e igualitário será organizado e encaminhado pela atenção primária e deve estar pautado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo, bem como determinando o tempo pelo qual o usuário poderá aguardar para o atendimento final do qual necessite, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente (BRASIL, 2011).

Dessa perspectiva os direcionamentos para média e alta complexidade demonstram fragilidades no que diz respeito à integralidade do cuidado em saúde, uma vez que situações específicas foram levantadas pelos gestores, como aumento na oferta de serviços específicos, implementações de novos serviços e reorganização das pactuações já existentes.

Em termos de alta complexidade os serviços precisam ser implementados. Ajudou bastante! Mas ainda precisa (E3).

Não! Totalmente não! A gente vê, por exemplo, que ainda precisa que os serviços sejam implementados, especialmente na área de hemodinâmica, na área de UTI (E3).

A gente percebe ainda que não, porque... o que mais a gente acompanha é pessoas ainda atrás de atendimento, né? (E4).

Segundo Silva *et al.* (2006), a não estruturação dos serviços de saúde impossibilita a continuidade da atenção à saúde, pois não há articulação entre os diferentes níveis de densidade tecnológica para a solução dos problemas dos usuários. O que demonstra uma fragilidade no que diz respeito ao seguimento do cuidado em saúde.

De acordo com Art. 12. do Decreto 7508, de 28 de junho de 2011, a continuidade do cuidado em saúde em todas as modalidades, e graus de complexidade em outras unidades integrantes da rede de atenção da região de saúde deve ser assegurada (BRASIL, 2011).

A região de saúde é fundamental para integrar as ações e os serviços de saúde dos entes federativos, qualificar a gestão do SUS e garantir a integralidade; e, por isso, deve ser pautada na vertente sanitária e não meramente administrativa, devendo, não ser percebida como mera divisão administrativa do Estado, mas sim como o *locus* da integralidade (SANTOS,2015).

O município de grande porte deverá considerar as necessidades de saúde dos entes de menor porte, as quais serão exercidas o sistema de referência de serviços na região, derivada da integração constitucional das ações e serviços federativos. Um município de menor porte deve considerar os recursos regionais para referenciar seus munícipes e assim garantir o atendimento integral, de forma compartilhada, cooperativa e solidária (SANTOS, 2017).

Sob a perspectiva de novas pactuações ou mesmo reorganização das pactuações já existentes os entrevistados apontam:

Então, a gente tem muita dificuldade, né? Então, assim, algumas coisas precisam ser melhor estruturadas e precisam... não é que, as vezes... não é falta de interesse, né? Mas eu acho que insistência ou posicionamento em algumas que a gente não consegue desenvolve (E1).

A demanda é alta e a oferta é pouca e... serviços de consultas especializadas o mínimo possível que eles ofertam; não conseguimos atingir nem o que é pactuado. Anda é longe! (E2).

Ofertar o serviço que já tem na rede hoje, que eles já atendem, e ao invés de outro município receber esse recurso os próprios municípios executarem, porém, a gente não conseguiu avançar (E4).

Então, hoje eu diria que a questão da organização mesmo das referências, das pactuações, né? (E4).

Segundo Santos (2015), a Região de Saúde precisa ser capaz de resolver, se não a totalidade, a quase totalidade das necessidades de saúde da população regional; ser parte de um sistema nacional, estadual e intermunicipal que encontra na região de saúde o espaço de sua atuação para o usuário.

Dentro núcleo de sentido Gerência em saúde constata-se com a afirmação de Santos (2015), de que o gestor municipal deve assumir o seu papel pessoal de integrar o sistema de saúde pública e dele participar de maneira efetiva do ponto de vista político, financeiro e técnico. Sob essa perspectiva a fala do gestor E1 que reafirma essa ideia:

É feito um levantamento daquilo que tem demanda e de acordo com o que tem de demanda a gente começa a estruturar medidas de promoção, prevenção, diagnóstico e de tratamento daquelas patologias (E1).

Por ser muito próximo de Imperatriz, a tendência era de que o município se acomodasse porque teria um suporte perto, mas não é o que acontece em João Lisboa; com o passar dos anos nos temos nos estruturado pra resolver tudo que é demanda do nosso município (E1).

Segundo Santos (2015), no que diz respeito à coesão do processo de regionalização, somente uma região consistente pode consolidar o que a descentralização, por si, fragmenta.

Dificuldade percebida e demonstrada na fala do entrevistado, quando relata das dificuldades de avançar em algumas questões tratadas no nível de região de saúde, tanto na busca por resoluções de problemas pontuais, como situações gerais e comuns aos municípios que fazem parte da região de saúde.

Assim, pelo menos no tempo que eu estou como secretária, a gente tem uma deficiência muito grande e o que nos socorre ainda são os parceiros, os municípios parceiros que as vezes nos socorre numa hora de urgência, numa cirurgia de urgência (E2).

Tem muitas coisas que a gente consegue pactuar e que seguem em frente e a gente consegue ver um resultado, né? (E4).

Essa questão, vamos dizer assim, de levar pra frente os projetos e outros não; outros negociam aqui no dia da reunião, porém, não dão continuidade (E4).

Atual cenário de região de saúde é... ainda não tá funcionando da forma que deveria funcionar (E4).

Diante disse percebe-se que a regionalização, além de responsabilidade legal, surge como fator decisivo enquanto componente organizativo do SUS, implicando uma abordagem diferente, uma perspectiva para o alcance de soluções eficazes às realidades.

Em contrapartida alguns dos entrevistados afirmam perceberem um avanço no que diz respeito à coesão da região de saúde, inclusive abordam delineamentos importantes a cerca de serviços ofertados diante da necessidade da região.

Nós temos, até hoje, a questão de hospitais de 20 leitos que ainda precisa se redefinir no conjunto da rede o seu papel, a sua função (E3).

O serviço ofertado pelo macrorregional, do qual nós enquanto secretários da região, nós desenhamos o perfil do macrorregional, o que deve ser feito no macrorregional (E6).

De um modo geral a região tem avançado, a gente se sente bem atendido, mas sabendo que muito ainda pode ser feito (E6).

A importância da regionalização para que as redes de atenção à saúde sejam estruturadas e resolutivas, com a região de saúde sendo o centro integrador das referências entre os serviços dos mais diversos entes federativos, é fato indiscutível (SANTOS, 2015).

#### 4.2.2 Planejamento territorial e organização dos serviços

Para organização desta temática, utilizou-se os seguintes núcleos de sentido: 1) financiamento em saúde e 2) participação social e dos conselhos de saúde.

Essa temática apresenta como se dá o planejamento e organização territorial pautado nos serviços de saúde, bem como a participação da comunidade e dos conselhos de saúde nas questões de organização dos serviços, visto que os todos os gestores afirmam ter conhecimento a cerca da importância dessa participação no que diz respeito a planejamento em saúde. Para o embasamento teórico alicerça-se a discussão no Decreto 7508, de 28 de junho de 2011, permeando a discussão entre os Santos (2015), Governo do Maranhão (2019), Brasil (1990), Brasil (2012), Brasil (2019), Kamimura (2004), Lima e Lohran (2017), Bretas e Shimizu (2017), Ribeiro (2015) e Serapioni (2014).

De acordo com a fala dos entrevistados um fator que impacta na organização dos serviços e planejamento territorial, são questões ligadas a financiamento.

Quando esse serviço é implantado e você vê a contrapartida não suficiente pra manter aquele serviço com qualidade (E1).

Então, por as vezes amarrar demais o processo deixa aquilo inviável pro município (E1).

Então essa questão do financiamento é um problema que ainda tem que correr atrás pra conseguir organizar esse serviço porque muitos municípios pra não depender da macro eles acabam investindo num profissional especialista (E4).

Para Santos (2015) o isolamento do município na tentativa de solucionar problemáticas de saúde, na tentativa organizar sozinho um sistema que ele mesmo

nem sempre conhece, em especial sua forma organizativa constitucional, leva a uma delimitação das responsabilidades do Estado e da União, os quais deveriam estar atentos para a adequação e organização das regiões de saúde, leva também a fragmentação dos serviços, precariedade das políticas de pessoal e conflitos nas estratégias de gestão.

Diante disso torna-se imprescindível as discussões regionais, e planejamentos que tratem das questões de maneira holística, desde a oferta permeando sobre financiamentos e levantamento das questões específicas da região.

O que foi observado nas falas dos entrevistados que os mesmos acreditam que novos direcionamentos e melhorias virão com as novas discussões a cerca do Planejamento Regional Integrado- PRI, que se encontra em nível de discussão para implantação nessa região. Conforme abaixo:

Então, a questão do financiamento ainda é um ponto, porém, eu creio, que avançando nas questões do PRI, da PGASS, organizando e alocando os recursos de forma correta os municípios vão conseguir acabar um pouco com a questão da falta de financiamento, né? (E4).

Agora com o novo PRI - Planejamento Regional Integrado que a gente está fazendo algumas pactuações, para que possível, nós podemos receber (E5).

Com a construção do Plano Regional Integrado e a instituição das Macrorregiões de Saúde pelo estado do Maranhão, será possível observar as prioridades e os compromissos acordados pela União, estado e municípios, no espaço regional ampliado (GOVERNO DO MARANHÃO, 2019).

O processo de planejamento está mencionado no art. 165 da Constituição Federal, dando responsabilidades ao Poder Executivo de elaborar planos plurianuais, diretrizes orçamentárias e orçamentos anuais. Da mesma forma, a Lei n. 8.080/1990 define que União, estados, Distrito Federal e municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: *i*) elaboração e atualização periódica do plano de saúde; *ii*) elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde (BRASIL, 1990).

Questões ligadas à burocratização no que diz respeito a financiamento em saúde foram abordadas, conforme fala do entrevistado a seguir.

Então assim, eu vejo que o recurso público até chegar na gestão de saúde do município ele percorre um caminho, é muito burocrático (E6).

Se você tem uma emenda federal pra construir uma unidade de saúde, uma UBS, demora-se muito finalizar a obra (E6).

E até mesmo a sua insuficiência impactando diretamente nas ações em saúde, como demonstrado abaixo:

Uma escassez de recurso, então tudo isso, você sabe que você só pode fazer um planejamento se você tem recurso, não adianta você planejar, lançar ideias e colocar no papel e se você não tem como executá-las (E5).

Financiamento. Eu vejo que assim, como o SUS realmente, O SUS é uma necessidade de todos (E6).

Após a aprovação da Emenda Constitucional n. 29, em 2000, e a sua regulamentação em 2012, por meio da LC n. 141/2012 e do Decreto n. 7.827/2012, foram definidos os percentuais de aplicação de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo no SUS e o que são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde para efeito de apuração desses recursos mínimos.

Após publicação da Portaria 3.992/17, os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) passaram a ser organizados e transferidos na modalidade fundo a fundo, por meio de apenas dois blocos. Essa separação fortalece os instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, permitindo ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas (BRASIL, 2019). Essa nova forma de financiamento assusta, pois evidencia a importância da tomada de decisão por parte do gestor, conforme abordado na fala do entrevistado E 2.

Financiamento! Financiamento ainda é muito pouco e... esse novo financiamento aí nos assusta (E2).

O SUS é subfinanciado e para melhoria da gestão da saúde pública são necessários mais recursos financeiros. A inexecução de recursos para a saúde e seu habitual apontamento como restos a pagar afeta significativamente a administração da saúde pública, especialmente de estados e municípios (BRASIL, 2015).

Sendo visto pelos entrevistados como barreira em avançar e desenvolver e organizar a região, levantando inclusive questões pontuais sobre a dificuldade de



profissionais de saúde para a região em estudo, de acordo com as falas dos entrevistados abaixo:

Assim, o que eu vejo de município pequeno é que o financiamento é o mesmo, mas o... o pagamento dos profissionais é bem mais caro (E2).

Olha, eu acho que seria atualizar as tabelas, né? Que a gente sabe que é muito defasada (E2).

Se você tem um subfinanciamento é claro que você vai ter serviços que não vão funcionar, você vai ter serviços que a população precisa (E3).

A demanda é crescente e infelizmente o recurso é muito limitado, é muito finito esse recurso. E isso gera inclusive conflitos de administração (E6).

Tais questionamentos no que tange financiamento e subfinanciamento, dificuldades que emperram o processo de gestão do SUS são questões que vem sendo prioridades na agenda do Conass, onde se levanta a ideia que é preciso ainda promover a ampliação da visão da sociedade brasileira para o sistema e a sua importância para a toda a comunidade. A população precisa perceber que o SUS é uma grande conquista e precisa ser preservado (BRASIL, 2019).

O Conass tem por objetivo defender um financiamento adequado, defender uma melhor governança e difundir essas ideias, auxiliando os estados e os municípios a melhorarem nesses quesitos (BRASIL, 2019).

O que leva a cada gestor evidenciar sobre a importância da participação social e dos conselhos de saúde no que trata das deliberações e investimentos nas necessidades reais do município.

Como gestora, eu vejo um ponto positivo na participação da comunidade porque a partir do momento que ele tá junto da gestão, tá sabendo o que entra, tá sabendo o que se sai... facilita até pra gente tá gerindo isso (E2).

Dificuldades pra gente estar planejando, aí vem o planejamento de cima pra baixo, quando poderia vir de baixo pra cima, que ouvindo a população, ouvindo a comunidade, ajuda a gente a planejar em cima dos anseios (E5).

É como eu falei pra você. As políticas públicas só terão maior sucesso, se houver maior engajamento da população pra se conscientizar do que precisa ser feito pra evitar (E6).

Ao passo que se trata da política de saúde nacional e do processo de descentralização, uma questão que se torna imprescindível é a política e a participação social, por ser conjuntura de elaboração de implementações eficazes,

em que a aplicação das normas e diretrizes que regem o SUS esteja de acordo com a realidade da população e dos interesses locais (KAMIMURA, 2004).

No tocante ao SUS possuir sua atuação regulada por políticas territorializadas, articuladas na gestão de territórios, é preciso conhecer as dinâmicas territoriais que caracterizam e condicionam o processo saúde-doença e a capacidade de resposta dos entes federados ao perfil epidemiológico e às prioridades, que devem ser socialmente identificadas e politicamente acordadas (RIBEIRO, 2015). E isso só pode ser percebido, e possível através de criações de espaços de diálogos e discussões.

O que corrobora ao que se trata o artigo 15 do Decreto 7508/2011, de que o planejamento da saúde deve ser do sentido micro para o macro e integrado, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros (BRASIL, 2011).

A participação da comunidade se consuma nas Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde, realizadas com frequência quadrienal, com representantes dos vários segmentos sociais, tem como objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas nessa área nos níveis correspondentes. Essas Conferências se realizam em processo ascendente, desde as Conferências Municipais de Saúde, passam pelas Conferências Estaduais de Saúde e resultam em uma Conferência Nacional de Saúde.

Serapioni (2014) ressalta a necessidade de fortalecimento dos mecanismos de participação social. Segundo o autor, a prioridade atual não é mais legitimar a participação nos sistemas de saúde, preocupação inerente às décadas de 1980 e 1990, mas sim garantir a qualidade e a efetividade da participação.

Nesse contexto, a avaliação dos mecanismos de envolvimento comunitário se destaca como elemento fundamental para a promoção da efetividade participativa.

Essa compreende a capacidade das instâncias de participação influenciarem, controlarem ou decidirem sobre o conteúdo, a abrangência e os rumos das políticas públicas. Envolve a institucionalização dos procedimentos, a pluralidade da composição, a deliberação inclusiva, o poder de agenda dos integrantes, o controle da decisão e o acompanhamento das ações públicas (SERAPIONI, 2014).

Em seu processo de consolidação no âmbito das políticas públicas, a população, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, passa a exercer

o controle social, participando do planejamento e da fiscalização das ações governamentais no âmbito da saúde, estabelecendo relações que contemplam a diferença de interesses dos segmentos de usuários, gestores, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde em todas as esferas de governo (LIMA; LOHRAN, 2017).

Essa problemática sobre o controle social foi levantada na fala dos entrevistados, no que tange a representatividade da participação social dentro dos Conselhos de Saúde, conforme descrito abaixo:

O conselho ele participa ativamente das ações da secretaria de saúde, mas a gente sabe que é uma comissão mínima com relação a toda uma população. Então assim, infelizmente ainda falta muita essa participação da população (E 2).

Os conselhos, de fato, precisam exercer o controle social e os conselhos estão muito afastados da sua função principal e isso dificulta porque é onde a população tem vez e voto e tem a sua representatividade. (E 3)

Então assim, a gente sempre acredita que, e a gente vivencia que a comunidade não participa. Nas conferências na verdade pra comunidade participar, que é extremamente importante, é ali que se elege os conselhos, ali que se elabora planos, se traça metas, a comunidade não participa (E5).

Para Bretas e Shimizu (2017) são nas regiões de saúde onde muitas vezes está até presente baixa confiança em seus representantes, mas a distribuição de poder não é igual, não existem incentivos à participação nem intermediários na negociação. E diante disso a população não se sente representada pelos que estão à frente, o que corrobora com a fala dos gestores sobre a não participação efetiva da comunidade e representatividade da mesma dentro dos Conselhos dificultando assim o processo de gerir. Conforme evidenciado na fala abaixo:

Eu acredito que os conselhos, alguns conselhos tem invertido a sua posição, alguns não tem assumido a sua posição e sem controle social fica difícil (E3).

O entrevistado E2 relata que “[...] a gente já tentou, a gente já buscou fazer campanhas, palestras de incentivo, mas infelizmente eles só utilizam blog pra eles falar o que eles acham que errado”. Abordando sobre as distorções encontradas sobre conselhos descaracterizados de sua função primordial, que é o controle social.

Para que o desenvolvimento do exercício desse poder constituinte do controle social do SUS seja efetivamente progressivo na direção da consolidação de uma

sociedade mais participativa, faz-se necessário que a sociedade sinta a presença permanente da possibilidade de se envolver nos assuntos públicos da saúde, criticando e propondo alterações regulamentadoras que amparem e garantam esse envolvimento da comunidade (LIMA; LOHRAN, 2017).

O entrevistado E5 aponta resoluções para a não participação social no que diz respeito às questões ligadas ao planejamento regional e organização dos serviços.

A gente precisa realmente fazer uma mobilização, uma articulação, falar da importância realmente que tem os conselhos, porque a população, a comunidade desconhece (E5).

A fala reforça a necessidade da implementação e divulgação, da Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, que trata da premissa de que o fortalecimento da participação da comunidade na gestão das políticas de saúde pública deve oportunizar a inserção ativa dos sujeitos no contexto de atenção e promoção da saúde potencializada por decisões políticas institucionais. Objetivando consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, por intermédio dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2012).

A construção coletiva desse conhecimento pode conferir às relações sociais papel de relevância na dinâmica setorial, equilibrando dinâmicas políticas particulares e interesses sociais em prol do interesse público. E, dessa forma, informar e aprimorar o planejamento participativo que já vem sendo praticado em vários Estados e municípios do país, no sentido de melhor discernir entre respostas locais e respostas regionais (RIBEIRO, 2015).

#### 4.2.3 Desenvolvimento Regional

A estruturação desta temática se deu a partir do núcleo de sentido sobre os efeitos do planejamento no desenvolvimento regional. Ela discorre sobre o desenvolvimento regional na perspectiva dos gestores de saúde entrevistados e como eles veem isso na estruturação da região, para isso embasou-se a discussão sobre o Planejamento Regional Integrado e Organização das Macrorregiões de

Saúde do Estado do Maranhão (2019) e nos escritos de autores como Sen (2010), Viana e Elias (2007), Gadelha (2011).

Para Sen (2010, p. 17) “[...]~desenvolvimento pode ser visto como um processo de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam.”. Neste contexto, liberdades são entendidas por determinantes como a disposições sociais e econômicas, por exemplo, serviços de educação e saúde, além dos direitos civis a liberdade de participar de discussões e averiguações públicas. Para Sen (2010), o desenvolvimento requer que se removam as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência de oportunidades econômicas, destituição social sistemática e a negligência dos serviços públicos, os quais podem ser de assistência social, educação e saúde.

A saúde está cada vez mais atrelada com o desenvolvimento, pois a visão de que ela é apenas um elemento constitutivo dos direitos sociais ou individuais básicos não cabe mais para os dias atuais, indo além, proporcionando impactos consideráveis nas variáveis econômicas gerando efeitos de forma indireta sobre o crescimento econômico e o desenvolvimento nas mais diversas escalas. A fala a seguir remete ao texto acima no tocante ao desenvolvimento não só em avanços relacionados à saúde como também em outras áreas, garantindo desenvolvimento juntamente em áreas importantes como na educação:

A entrada de cursos universitários, especialmente medicina, que utilizam a rede. Então, juntando a rede de assistência, de gestão estadual e de gestão municipal são utilizadas pelos acadêmicos na área da saúde, né? E, hoje, nós estamos com dois cursos de medicina, visando um terceiro, e aí a necessidade cada vez mais forte de implementar, de melhorar essa rede pra que os nossos acadêmicos possam desenvolver as suas competências, né? (E 3).

Em vista disso, as relações de saúde e desenvolvimento podem ser entendidas “[...] como um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhoria do padrão de vida da população.” (VIANA; ELIAS, 2007, p.176).

Para Gadelha (2011), as ações em saúde contribuem para o desenvolvimento regional tanto pelo seu componente de investimentos quanto pelo impacto que exercem nas despesas de capitais e correntes. No contexto que determina os investimentos locais, regionais e nacionais, seria uma das formas de superar o ciclo

vicioso do fluxo de investimentos no país que tem historicamente contribuído para acentuar as diferenças regionais.

De acordo a Resolução 44/2011 o Estado do Maranhão foi dividido em 08 Macrorregiões de Saúde que agrupam as 19 microrregiões de saúde. Em função de investimento insuficiente na rede de serviços e pouca funcionalidade das redes de atenção à saúde tem se observado de necessidade de conformação de 03 Macrorregiões (GOVERNO DO MARANHÃO, 2019). Uma nova discussão a cerca desse planejamento tem levantado uma expectativa conforme a fala dos gestores abaixo:

Tivemos um pouco de avanço, mas eu acho que ainda falta muito. Eu acho que agente precisa fortalecer bem mais pra conseguir mais avanços (E 2).

Eu acredito que com o novo PRI, com essa reestruturação da saúde no Maranhão, a gente tem sim esperança (E 5).

Novos desenhos de rede, nós temos aí inclusive uma proposta que esperamos avançar bastante em 2020 que são as redes de atenção psicossocial, precisam ser implantadas mais serviços na região, é um gargalo que se tem hoje (E 6).

Então, com esse novo desenho a gente vai passar a ter apenas 3 macrorregiões, que a gente tá nessa etapa agora, né? E com essas 3 macros a gente entende que a gente vai ter um desenho que seja resolutivo porque até o presente momento a gente tá com essa PPI de 2004 e não consegue avançar (E 4).

É importante ressaltar que a conformação foi realizada em função da pouca resolutividade da maioria, contatada também através de pesquisa da produtividade de serviços. Isso visa otimizar os recursos de investimentos que são insuficientes nesse momento de manter a divisão aprovada na resolução CIB 44/2011 (GOVERNO DO MARANHÃO, 2019).

Para conformação de novas Macrorregiões serão considerados os seguintes critérios: populacional, geográfico, capacidade instalada e resolutividade comprovada tecnicamente por levantamento nos sistemas de produção, cadastros e visita técnica in loco, com posterior redefinição ou incorporação desse Planejamento Regional Integrado no Plano Regional, aprovado pelas CIR's envolvidas e pela CIB/MA (GOVERNO DO MARANHÃO, 2019).

Essa iniciativa é necessária para consolidação e fortalecimento da regionalização, não só no aspecto geográfico, mas também da governança regional e da gestão compartilhada, pois, mais do que as ferramentas em si, temos como

referência as necessidades dos usuários de saúde do SUS, tendo em vista que no momento as macrorregiões de saúde (Norte, Sul e Leste) contemplam o perfil mínimo de macrorregião proposto pelo grupo condutor do Planejamento Regional Integrado (PRI) do Estado do Maranhão (GOVERNO DO MARANHÃO, 2019). Desta forma, o planejamento regional integrado, e as discussões para a elaboração do mesmo aprimora o desenvolvimento da região, conforme relato abaixo:

Organização da rede, tem um impacto positivo porque você tem definido as competências, tem definido o fluxo, definido atribuições, né? E isso organiza (E 3).

Eu nunca havia presenciado um investimento tão alto de um impacto tão grande do estado na região, em todo o estado... eu vou falar da região de saúde de Imperatriz Macro (E 3).

A relação entre os campos da saúde e do desenvolvimento vislumbram as possibilidades potencializadoras que esta área pode proporcionar para o desenvolvimento nas diversas escalas, principalmente no que diz respeito a educação. Ela destaca-se pela sua importância social, uma vez que visa à melhoria da qualidade de vida da população.

Vale também ressaltar que a cidade de Imperatriz dentro das que compõe a região de saúde em estudo é a que possui maior IDHM (0,731), e estruturação em serviços de saúde no que tange a quantidade de leitos SUS, serviços de média e alta complexidade, incluindo maiores números de profissionais de saúde, equipamentos e estabelecimentos. Relacionado às outras regiões de saúde do centro-sul do estado, a região de saúde de Imperatriz se destaca.

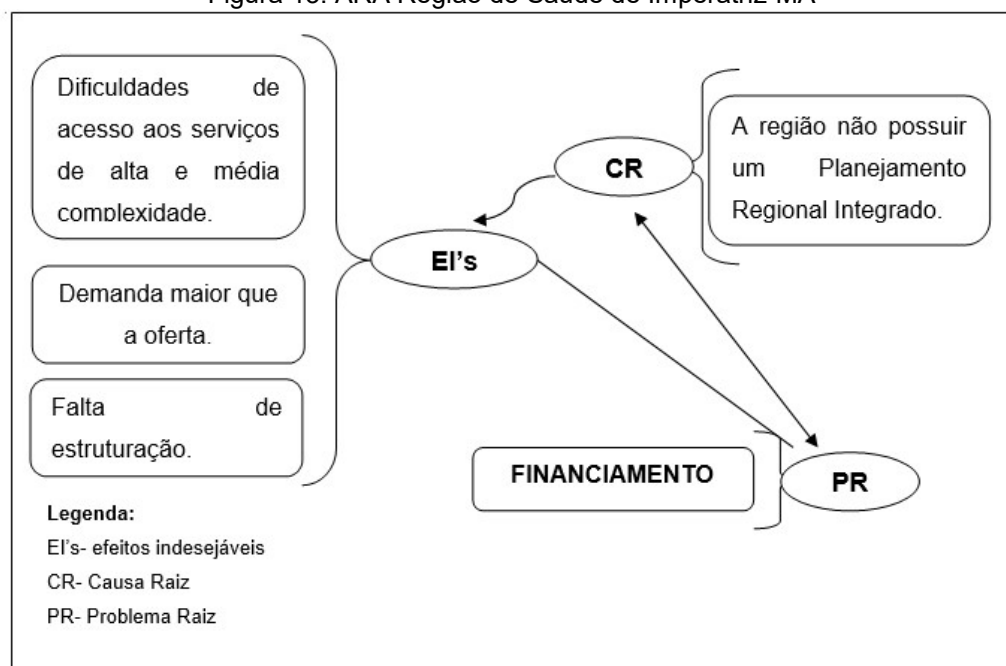
Diante da análise das falas dos gestores de saúde na descrição detalhada das temáticas estabelecidas nesta discussão, pode-se fazer um panorama situacional sobre as dificuldades e a atual situação em que se encontra o processo de regionalização em saúde, bem como seus efeitos nas ações de saúde e aspectos de desenvolvimento das cidades e da região.

### 4.3 Árvore do processo de raciocínio da teoria das restrições da região de saúde de Imperatriz-MA

A Árvore da Realidade Atual da região de saúde de Imperatriz-MA (Figura 13) detectou os seguintes gargalos: como a falta de estrutura da região no que diz respeito à assistência a saúde, demanda maior que oferta de serviços de saúde, bem como a dificuldade no acesso aos serviços de média e alta complexidade. O fato da região não possuir um Planejamento Regional Integrado implantado foi apontado como a causa raiz para os problemas levantados pelos gestores, ocasionando um financiamento insuficiente ou subfinanciamento.

O planejamento regional integrado tem como objetivo introduzir significativas mudanças no planejamento do Sistema Único de Saúde com a urgente reformulação dos processos de programação das ações e serviços de saúde para avançar o processo de regionalização já existente, embora com diferentes graus de institucionalidade e maturação política. Pretende ter o papel de regular a estrutura organizativa do SUS, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, dentre outros aspectos, tão necessários à sua consolidação e melhoria permanente da cobertura e qualidade da atenção (BRASIL, 2012).

Figura 13: ARA Região de Saúde de Imperatriz-MA



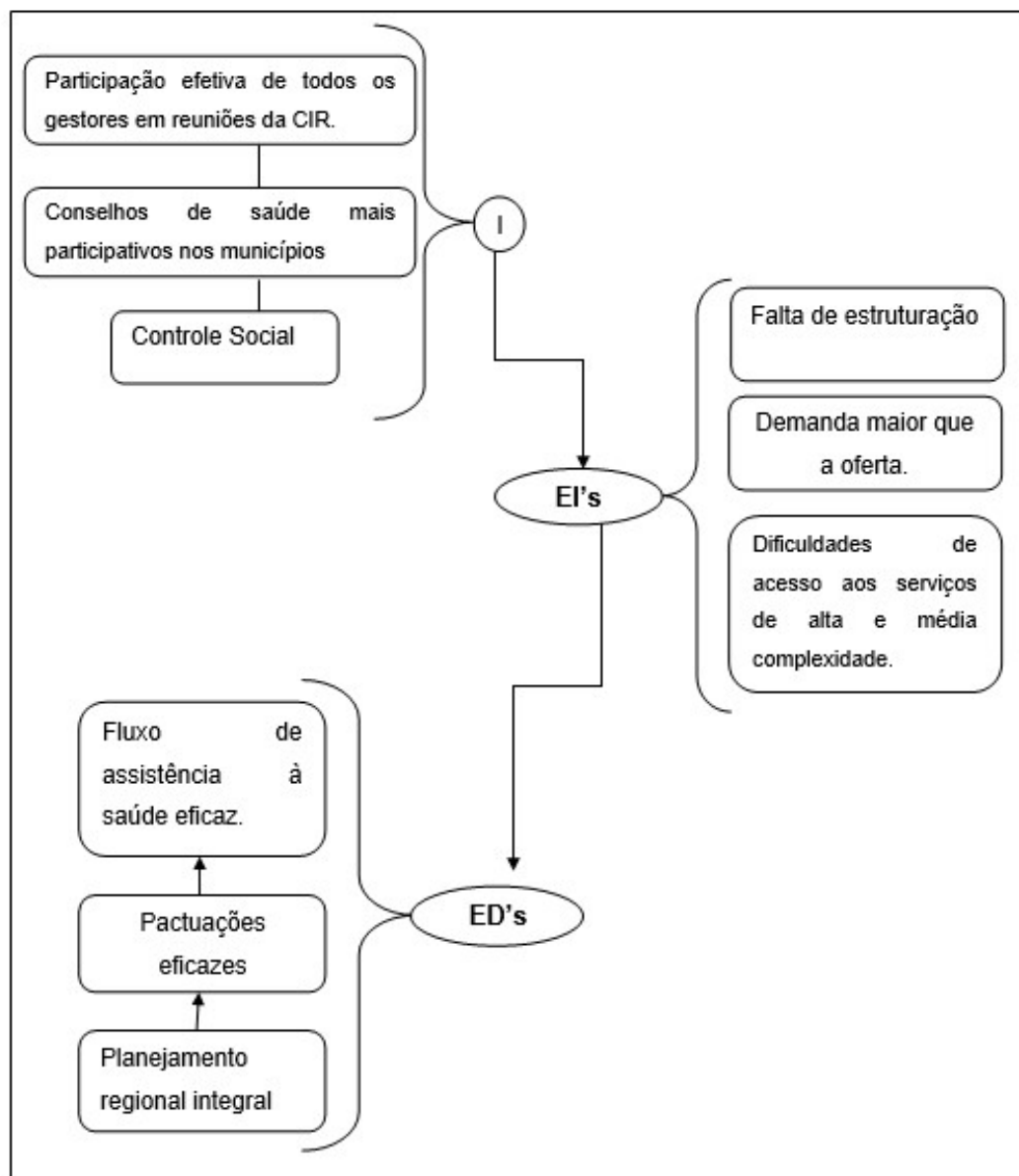
Fonte: Pesquisa de Campo (2020)





A Árvore da Realidade Futura da região de Imperatriz (Figura 15) verificará se a aplicação bem sucedida da injeção irá eliminar os sintomas. Ela será igualmente usada para conferir se a injeções sugeridas terão possibilidade de gerar novas consequências negativas, ou seja, a injeção proposta pela árvore de realidade futura não é conclusiva, mas é o início de um novo processo de reestruturação. Entretanto, seu maior objetivo é sim aperfeiçoar o processo levando a uma nova dimensão e fluidez. Para isso, foi proposta a construção da árvore da realidade futura (ARF) que é exatamente a identificação dos efeitos desejáveis (ED), assim como estabelecer as injeções.

Figura 15: ARF da Região de saúde de Imperatriz-MA



Fonte: Pesquisa de campo (2020)

A participação efetiva de todos os gestores em reuniões da Comissão Intergestora Bipartite, com situações e levantamentos dos Conselhos de Saúde onde uma participação social efetiva para um controle social eficaz foi levantado como algo a ser feito e direcionado, a fim de resolver a falta de estruturação, problemas de demanda e oferta, bem como as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

O envolvimento dos cidadãos nos processos deliberativos tem como propósito principal tornar as políticas públicas mais responsivas e adequadas às realidades das populações. Parte-se do pressuposto de que a participação social tende a conduzir processos decisórios mais acertados, fortalece a promoção da saúde e o combate às desigualdades sociais, além de possibilitar o desenvolvimento de mecanismos de controle mais efetivos. Nesse contexto, o envolvimento público e a governança participativa têm assumido grande relevância no sistema de saúde (SERAPIONI; DUXBURY, 2014).

Levando a um fluxo de assistência a saúde eficaz, pactuações mais eficientes a partir de um planejamento regional integrado, que de fato levante questões relevantes sobre a real necessidade de cada cidade que faz parte da região, direcionando assim os gastos em saúde a contento.

Aliando-se a isso uma constante avaliação das implementações e mudanças realizadas. Resolvendo as questões ligadas a financiamento levantado pelos gestores da presente pesquisa como o maior gargalo no desenvolvimento dos serviços de saúde.

Sendo assim, o presente trabalho implica em demonstrar os levantamentos evidenciados pela ARF, e por questão temporal, avaliá-la como proposta de outro trabalho, de forma que sirva como base para futuras avaliações.

Diante da caracterização da região, análise das falas dos gestores na descrição detalhada das temáticas e aplicação da árvore do processo de raciocínio pode-se analisar o processo de regionalização de saúde e suas contribuições para o planejamento em saúde e desenvolvimento da Região de Imperatriz Maranhão estabelecida nesta discussão.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a presente pesquisa identificou que foram atendidas as metas propostas nos objetivos no tocante à análise sobre o processo de planejamento da regionalização de saúde na região de Imperatriz-MA.

Ao se analisar o processo histórico da regionalização da região de saúde de Imperatriz, constatou-se que o processo de planejamento ainda está em plena tramitação e recorre com grande expectativa sob a perspectiva dos gestores de saúde.

Foi percebido que eles levantam problemáticas importantes a respeito do seguimento das deliberações acordadas na Comissão Intergestora Regional, e do processo de gerir como as questões ligadas ao financiamento em saúde. O estudo aponta que os gestores ressaltam a importância da participação social e dos conselhos, para que de fato haja um controle social efetivo.

Quanto à oferta atual dos serviços de saúde, os gestores de saúde apontam que os municípios possuem estruturação no que cerne a atenção primária, relatando dificuldades nas demandas de média e alta complexidade. Sob a perspectiva da estrutura e dos serviços de saúde oferecidos em Imperatriz, esses expressam importância regional significativa.

Quando levantado sobre elementos definidores e fatores condicionantes para a organização da região de saúde em estudo, evidenciou-se que Imperatriz, inevitavelmente, tem de exercer papel de centro que permite a esses municípios menores terem acesso a serviços de saúde de alta e média complexidade, com a pesquisa apresenta-se uma necessidade de aumento nessa oferta de serviços especializados, bem como implementação de novos serviços e reorganização das pactuações já existentes.

Assim considerando-se os resultados obtidos e as análises realizadas, obtém-se uma visão geral da importância do planejamento sobre as ações de saúde impactando diretamente sobre o desenvolvimento regional, visto que a saúde é um pilar importante no que tange a cidadania.

Sugerimos para futuras pesquisas a análise do novo ciclo promovido pelas injeções adotadas em outro contexto e região, assim como o novo ciclo de análise que se iniciou com as medidas tomadas na pesquisa apresentada como a

participação efetiva de todos os gestores em reuniões e planejamentos sobre as deliberações sobre ações de saúde, a presença de conselhos de saúde mais participativos nos municípios garantindo o fortalecimento dos mecanismos de participação social, e conseqüentemente um controle social efetivo.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. L. **O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde**. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. 2013. Disponível em <http://repositorio.unb.br/handle/10482/13564>. Acesso em: 3 jun. 2020.
- ANTUNES JR, J. A. V.; KLIPPEL, M.; KOETZ, A. L.; LACERDA, D. P. Critical issues about the theory of constraints thinking process: a theoretical and practical. **POMS – Production and Operation Management Society**, Cancun, 2004.
- ARAÚJO, F. A; SOARES, B. R. Os fluxos dos serviços de saúde e a dinâmica socioespacial em Araguari: uma caracterização geográfica. In: RAMIRES, Júlio Cesar de. **Dinâmica socioespacial e saúde coletiva em cidades de Minas Gerais**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013.
- ARAÚJO, J. A V. **A região de influência de Imperatriz-MA: estudo da polarização de uma capital regional, destacando a regionalização dos serviços públicos de saúde**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Artes e Comunicação. Desenvolvimento Urbano, 2016.
- ATKINSON, P.; HAMMERSLEY, M. Ethnography and participant observation. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y.S. (Eds). **Handbook of qualitative research**. London: Sage, 2005, p. 248–261.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Ed. 70, 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planejamento Regional Integrado**. Brasília: CONASS, 2019.
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011. p. 1.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde: SUS e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei nº.8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Colegiado de Gestão Regional na região de saúde intraestadual:** orientações para organização e funcionamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Série Pactos pela Saúde, vol.10].

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS:** uma construção coletiva: organização e funcionamento. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Diário Oficial da União, 2006.

BRETAS JUNIOR, Nilo; SHIMIZU, Helena Eri. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1085-1095, Apr. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401085&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401085&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 fev. 2020.

BURNS, N.; GROVE, SK. **The practice of nursing research:** conduct, critique, and utilization. 5th ed. St Louis: Elsevier; 2005.

BUSS, P. M. *et al.* Saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2555-2570, 2014.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. Av.**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis: Vozes, 2008.

COELHO, T. C. B.; SCATENA, J. H. G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva:** teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 271-286.

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL (Imperatriz). **Regimento Interno da Comissão Intergestores Regionais- CIR de Imperatriz do Estado do Maranhão**. Regional de Saúde Imperatriz, 2019.

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL (Imperatriz). **Resolução CIR Nº 032/2017, de 07 de Junho de 2017**. Aprova a Inclusão do Município de Carolina-MA na região de Saúde de Imperatriz-MA. **Diário Oficial [do] Maranhão: Poder executivo**, ano CV, nº 121, p., 22 jun. 2017.

COSTA, J. P *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, 2014.

COTTA, R. M. M. *et al.* O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis**, v. 21, n. 3, p. 1121-1138, 2011.

CRESWELL, J. W. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003.

CRUZ, C. F.; MARQUES, A. L.; SILVA, R.R. SANTOS, R. Uma análise do desempenho do curso de Ciências Contábeis no ENADE a partir do Processo de Raciocínio da Teoria das Restrições. **R. Cont. Ufba**, Salvador-Ba, v. 3, n. 3 p. 33-48, 2009.

CURY, Gloria Maria Mussa. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP): análise da matriz normativo institucional e seus aspectos federativos**. 2015. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

DATASUS. **Banco de Dados do Sistema Único de Saúde**. 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 15 mar. 2019.

DUARTE, F. **Global e local no mundo contemporâneo: integração e conflito em escala global**. São Paulo: Moderna (Coleção Paradoxos), 1998. 110p.

DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio. **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ELIAS, P. E. M. E.; COHN, A. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.

FALQUETO, J.; FARIAS, J. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração. In: **Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, Atas do 5º Congresso Ibero-americano em investigação qualitativa, v.3, p. 560-9, 2016.

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



GADELHA, C.A.G. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. **Rev. Saúde em Debate**, v. 29, n. 71, p. 326-337, 2005.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois *et al.* Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, jun. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600038&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600038&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 fev. 2020.

GOVERNO DO MARANHÃO. **Planejamento regional integrado e organização das macrorregiões de saúde do Estado do Maranhão**. Maranhão: Secretaria da Saúde do Estado, 2019.

GOVERNO DO MARANHÃO. **Plano Estadual de Saúde**. Maranhão: Secretaria da Saúde do Estado, 2016.

KAMIMURA, Q. P; OLIVEIRA E. A. A. Q. **Processo de regionalização da saúde na percepção dos gestores**. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté-SP, v. 9, n. 2, p. 280-300, 2013.

KAMIMURA, Q. P. **Microrregionalização: uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de saúde de alta e média complexidade no litoral norte paulista**. Dissertação (Mestrado em Ciência pelo Curso de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional) - Universidade de Taubaté, Taubaté, 2004.

KISCHNIR, R.; CHORNY A. H. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LACERDA, D. P.; RODRIGUES, L. H.; SECUNDINO, H. C. Processo de pensamento da teoria das restrições: uma abordagem para compreensão, aprendizagem e ação sobre problemas complexos. **Perspectiva em Gestão & Conhecimento**, v. 1, n. 2, p. 59, 2011.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. **Cien Saude Colet**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, D. F.; LOHRAN, A. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. **Saúde em Debate** [online], v. 41, n. 115, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711514>. Acesso em: 17 fev. 2020.

LIMA, M. C. **Monografia: a engenharia da produção acadêmica**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

MACHADO, C. V; VIANA, A. L. D. Descentralização e coordenação federativa na saúde. In: VIANA, A. L. D; ELIAS, P. E. M; IBÁÑEZ, N (Org.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 21-59.

MACHADO, J. M. H *et al.* Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. **Revista Ciências Saúde**, v. 28, n. 2, 2017; p. 243-249, 2017.

MACHADO, L. M; COLOMÉ, J. S; BECK, C.L.C. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. **Rev Enferm UFSM**, 2011.

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

MENDES, L. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. 847p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundo Nacional de Saúde. **Fundo a Fundo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://portalfns.saude.gov.br/fundo-a-fundo>. Acesso em: 21 jul. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 399**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Diário Oficial da União, 2006.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, jul./ago. 2011.

NOREEN, E. W.; SMITH, D.; MACKEY, J. T. **A teoria das restrições e suas implicações na contabilidade gerencial**: um relatório independente. São Paulo: Educador, 1996.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, F. **As contradições do ão: globalização, nação, região, metropolização**. In: DINIZ, C. C.; CROCCO, M. (Org.). **Economia regional e urbana: contribuições teóricas recentes**. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2006. p. 33-60.

OLIVEIRA, Gustavo Justino. Responsabilidade Civil do Estado: reflexões a partir do direito fundamental à boa administração pública. **RETE Salvador/BA**, v. 21, 2010.

PELEGRINI, M. L. M.; CASTRO, J. D.; DRACHLER, M. L. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 275-286, 2005.

PORTO, S. *et al.* Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 376-388, 2003.

PORTO, S. *et al.* Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1393-1404, 2007.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M.V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, 2006.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO.  
**Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda2030-completo-pt-br-2016.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

QUEIRÓZ, M. I. de P. O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: LANG, A. B. S. G. (Org.). **Reflexões sobre a pesquisa sociológica**. São Paulo: Centro de Estudos Rurais e Urbanos, 1992. p. 13-29. (Coleção Textos; 2a série, 3).

RIBEIRO, P.T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2015. Disponível em: <http://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2015/06/DossieRegionaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, L. **Apresentação e análise crítica da tecnologia da produção otimizada e da teoria das restrições**. Porto Alegre: Bookman, 1995.

SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa**. Campinas: Saberes Editora; 2013.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Rede Interfederativa de saúde. In: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas: Saberes Editora, 2013. p. 35-74.

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401281&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401281&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 out. 2019.

SANTOS, N. R. SUS: Política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Cien Saude Colet.**, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2017.

SCHEFFER, M. (Org.). **Demografia Médica no Brasil, v. 2.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2013.

SELLTZ, Clarie *et al.* **Métodos de pesquisa nas relações sociais.** Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: EPU, 1974.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das letras. 1999.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SERAPIONI, M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 19, p. 4829-39, 2014.

SERAPIONI, M; DUXBURY, N. Citizens' participation in the Italian health-care system: the experience of the Mixed Advisory Committees. **Health Expect**, v. n. 17, p. 488-99, 2014.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, J. A. G *et al.* **Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Gestão em Redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 61-87.

SOUZA, R. R. **A regionalização no contexto atual das políticas de saúde.** **Ciência Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 451- 455, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Ministério da Saúde. Brasília: UNESCO, 2002.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. **Cidadania e desenvolvimento local:** critérios de análise. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

TRAVASSOS, C. V. F; ALMEIDA, M. C. Desigualdade geográfica e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 23, p. 133-49, 2000.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES, 2008.

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

VIANA, Ana Luiz D' Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M. Saúde e Desenvolvimento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 2007.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

- 1- Cargo que ocupa?
- 2- Quanto tempo ocupa este cargo?
- 3- Quais tipos de serviços de saúde são oferecidos em seu município?
- 4- Quais serviços de saúde são de referência para seu município? Atende à necessidade/demanda?
- 5- Quais avanços no que diz respeito a desenvolvimento do município e região você observou?
- 6- Quanto às deliberações e organização da comissão regional de Saúde, elas atendem a necessidade do seu município ou região?
- 7- Quais os maiores entraves/ dificuldades no que diz respeito à organização, financiamento e gestão? Quais possíveis resoluções para os mesmos?
- 8- A comunidade de seu município ou região participa ativamente das decisões do conselho de saúde do seu município? Como ele está estruturado?

## APÊNDICE B - Contextualização histórica do processo de regionalização da saúde até o Decreto 7.508/2011

Quadro 5: Contextualização histórica do processo de regionalização da saúde até o Decreto 7.508/2011

<b>Década de 90</b>	
<b>1988</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lei nº. 8.080/90</li> <li>• Criação de redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde, nas quais a direção municipal do SUS deve participar do planejamento, programação e organização, em articulação com sua direção estadual.</li> </ul>
<b>1991</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>NOB-SUS 01/91</u></b></li> <li>• Foi editada ainda sob a égide do INAMPS e, de certa forma, inaugura os percalços que a regionalização do SUS passaria a enfrentar nos anos subsequentes.</li> </ul>
<b>1993</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>NOB-SUS 01/93</u></b></li> <li>• Descreveu a regionalização como um dos pressupostos que fundamentam a construção do SUS.</li> <li>• Enquadrou estados e municípios conforme a “condição de gestão”</li> <li>• Institucionalização da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).</li> </ul>
<b>1996</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>NOB-SUS 01/96</u></b></li> <li>• Deu pouca ênfase à regionalização, mas estabeleceu instrumentos de planejamento que consubstanciaram redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, como a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI).</li> </ul>
<b>Década de 2000</b>	
<b>2001</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>NOAS SUS 01/2001</u></b></li> <li>• Instituiu estratégias de planejamento para a constituição de redes regionais de saúde com o objetivo de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde”.</li> <li>• Plano Diretor de Regionalização (PDR)</li> </ul>
<b>2002</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>NOAS SUS 01/2002</u></b></li> <li>• Teve por finalidade ampliar a responsabilidade dos municípios nos cuidados com a atenção básica e a criação de mecanismos de fortalecimento da estratégia de hierarquização do sistema e da capacidade de gestão.</li> </ul>
<b>2006</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Portaria nº. 399/2006- Pacto pela saúde.</u></b></li> <li>• Formalizou oficialmente compromissos entre os gestores federal, estaduais e municipais de equacionar dificuldades.</li> </ul>

<p><b>2007</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b><u>Portaria GM nº. 204/2007</u></b></li><li>• Estabeleceu seis blocos de financiamentos pelos quais os recursos federais seriam transferidos, na modalidade fundo a fundo, aos entes subnacionais: I - Atenção Básica; II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III - Vigilância em Saúde; IV - Assistência Farmacêutica; V - Gestão do SUS; e VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.</li></ul> <p><b><u>Decreto nº. 7.508/2011</u></b></p>
--------------------	--

Fonte: Elaborado pela autora (2019)



## APÊNDICE C - Perfil da macrorregião de saúde de Imperatriz

Quadro 6: Perfil da macrorregião de saúde de Imperatriz

ESPECIALIDADES MÉDICAS	EQUIPAMENTOS
<b>*Clínica:</b>	<b>Equipamentos:</b>
Anestesiologia	Acelerador Linear
Cardiologia	Braquiterapia
Cardiopediatria	Desfibrilador
Clínico com Residência Médica	Gama Câmara
Dermatologia	Mamógrafo
Endocrinologia	Raio X acima de 500 Ma
Gastroenterologia	Raio X para Hemodinâmica
Gastropediatria	Raio X para Densitometria Óssea
Geneticista	Tomógrafo Computadorizado
Geriatria	Tomógrafo Computadorizado p/emissão de pósitrons
Ginecologia	Ultrassom Doppler Colorido
Hebeatria	Ultrassom Ecógrafo
Hematologia	<b>SERVIÇOS</b>
Infectologia	<b>*Serviços de Imagem</b>
Mastologia	Densitometria
Medicina Intensiva	Ecocardiografia
Nefrologia	Mamografia
Nefropediatria	Hemodinâmica
Neurologia	PET CT
Neuropediatria	Ressonância Magnética
Oftalmologia	Tomografia Computadorizada
Oncologia Clínica	Ultrassonografia com Doppler colorido
Oncopediatria	<b>*Métodos Gráficos Dinâmicos</b>
Pediatria	Eletrocardiografia
Pneumologia	Eletroencefalografia
Psiquiatria Geral Psiquiatria Pediátrica	Eletroneuromiografia
Reumatologia	Holter
Tisiologia	Monitoramento da Pressão Arterial
<b>*Cirurgia</b>	Teste Ergométrico
Cirurgia Buco-Maxilo	<b>*Endoscopia Alta e Baixa</b>
Cirurgia Cardíaca	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
Cirurgia Cardíaca Pediátrica	Endoscopia Digestiva
Cirurgia Pediátrica	Endoscopia das Vias Respiratórias
Cirurgia Torácica	Endoscopia das Vias Urinárias
Neurocirurgia	<b>*Medicina Nuclear</b>
Obstetrícia	Cintilografia
Oncologia Cirúrgica	Iodoterapia
Otorrinolaringologia	<b>*Radioterapia</b>
Proctologia	Braquiterapia
Traumato-ortopedia	Radioterapia
Urologia	<b>*Serviço de Oftalmologia</b>

	<b>*Serviço de Otorrinolaringologia (Audiometria)</b>
<b>REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>	<b>REDE DE DOENÇAS CRÔNICAS</b>
*Hospitais com 100 leitos no CNES (Porta de Entrada)	Centro de Referência para sobrepeso e obesidade
*Hospital Geral	Centro de Terapia Renal Substitutiva
*Hospital Tipo I e II	Serviço de Anatomia Patológica
+ Cardiovascular	Serviço de Referência em Mamografia
+ Neurologia/Neurocirurgia	Serviço de Referência para Exames de Citopatologia
+Pediatria	Unidade ou Centro de Alta Complexidade Oncologia
+Traumato-ortopedia	Unidade Especializada em Doenças Renais (DRC)
*UPAS Tipo II e III	<b>Profissionais necessários:</b>
*Enfermarias Clínicas de Retaguarda	Cirurgião Geral
*UTI Tipo II e III (Adulto/Pediátrica e Neonatal)	Enfermeiro com Especialização em Nefrologia
*SAMU	Enfermeiro com Especialização em Oncologia
<b>Profissionais necessários:</b>	Hematologista
Enfermeiro Intensivista	Mastologista
Médico Intensivista Adulto	Nefrologista
Médico Intensivista em Pediatria	Oncologista Cirúrgico
Médico Neurocirurgião	Oncologista Clínico
Médico Traumato-ortopedista	Oncopediatra
<b>REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b>	Radiologista
CAPS III	Urologista
CAPS Álcool e Drogas	<b>Equipe de Cuidados Paliativos:</b>
CAPS Infantil	+Assistente Social
Residência Terapêutica	+Enfermeiro com especialização em estomatoterapia
Unidade de Acolhimento Adulto - UAA	+Farmacêutico
Unidade de Acolhimento Infante-juvenil - UAI	+Fisioterapeuta
Leitos em Saúde Mental nos Hospitais Gerais	+Fonoaudiólogo
<b>Profissionais necessários:</b>	+Nutricionista
Equipe multidisciplinar	+Odontólogo
Médico com formação em Saúde Mental	+Psicólogo
Psiquiatra	+Psiquiatra
	<b>REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA</b>
	Centro de Reabilitação
	Oficinas Ortopédicas
	Órtese e Prótese

Fonte: Planejamento Regional Integrado e Organização das Macrorregiões de Saúde do Estado do Maranhão (2019)

**ANEXO A - CARTA DE APRESENTAÇÃO**

DEPARTAMENTO DE GESTÃO E NEGÓCIOS

Taubaté, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

**De: Prof. Dr. Edson Aparecida de Araujo Querido Oliveira****Coordenador do Programa de Pós-graduação em Administração - UNITAU****À: Senhora. Antonia Iracilda e Silva Viana****Função:** Gestora Regional da Unidade de Saúde de Imperatriz**Prezado(a) Senhor(a):**

A sra. Arissane de Sousa Falcão aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-graduação em Administração desta Universidade, desenvolve sua dissertação de mestrado na área de Diagnóstico Organizacional. Sua proposta de trabalho intitula-se: “Regionalização dos serviços de saúde e seus impactos sobre as ações de saúde, e no desenvolvimento das cidades e região”.

Tratando-se de uma pesquisa de campo, gostaria de solicitar a colaboração de V.S<sup>a</sup>. no sentido de conceder ao aluno autorização para realização da pesquisa nesta organização. Tais informações serão utilizadas tão-somente para fins acadêmicos.

Se considerar necessário ou conveniente, o nome e qualquer outra forma de identificação dessa empresa poderão ser omitidos do manuscrito final da dissertação.

Desde já agradecemos sua colaboração.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Edson Aparecida de Araujo Querido Oliveira****Coordenador do Programa de Pós-graduação em Administração – UNITAU**

## ANEXO B- Termo de consentimento livre e esclarecido

### **PESQUISA: REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SEUS IMPACTOS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE E NO DESENVOLVIMENTO DAS CIDADES E REGIÃO.**

**1. Natureza da pesquisa:** Você é convidado a participar desta pesquisa, que tem como objetivo analisar como se deu o processo de regionalização e reorganização dos serviços de saúde na região de Imperatriz-Maranhão e seus impactos nas ações de saúde e no desenvolvimento das cidades e região.

**2. Participantes da pesquisa:** Gestores de saúde da região de saúde de Imperatriz-MA.

**3. Envolvimento na pesquisa:** Ao se integrar neste estudo você deve participar de um procedimento para a coleta de dados que será conduzido por Arissane de Sousa Falcão, mestranda do programa de Mestrado de Gestão e Desenvolvimento Regional-UNITAU. O procedimento consiste em: Você deverá responder algumas perguntas por meio do roteiro de entrevista semiestruturada. Você terá tempo livre para responder ao solicitado e eventuais dúvidas serão esclarecidas no momento da aplicação.

É previsto um único contato com cada participante, que deve durar aproximadamente 30 e 40 minutos, entretanto, caso o participante se sinta cansado e assim desejar, a coleta de dados poderá ser dividida em dois encontros. Você tem a liberdade de recusar a sua participação, sem qualquer prejuízo para você. Solicitamos sua colaboração garantindo assim o melhor resultado para a pesquisa. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa entrando em contato com a Pesquisadora responsável Arissane de Sousa Falcão através do telefone (99)99116-8969 (inclusive ligações a cobrar).

**4. Riscos:** A pesquisa apresenta risco mínimo. O possível risco que a pesquisa poderá causar é que o (a) Sr. (a) se sinta desconfortável emocionalmente, inseguro ou não deseje fornecer alguma informação pessoal solicitada pela pesquisadora. Com vistas em prevenir possíveis riscos gerados pela presente pesquisa ficam-lhe garantidos os direitos de anonimato, de abandonar a pesquisa a qualquer momento, de deixar de responder qualquer pergunta que julgue por bem assim proceder, bem como solicitar para que os dados fornecidos durante a coleta não sejam utilizados.

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução n. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Os procedimentos utilizados não oferecem riscos à sua dignidade.

**5. Confidencialidade:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados serão identificados com um código, e não com o nome. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

**6. Benefícios:**

**6.1 Benefício direto:** Participar da presente pesquisa poderá possibilitar sua reflexão e maior compreensão sobre regionalização dos serviços de saúde e seus impactos sobre as ações de saúde e no desenvolvimento das cidades e região.

**6.2 Benefício indireto:** O conhecimento adquirido poderá analisar como se deu o processo de regionalização e reorganização dos serviços de saúde na região de Imperatriz-Maranhão e seus impactos nas ações de saúde e no desenvolvimento das cidades e região.

**7. Pagamento:** Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação do (a) mesmo (a).

**8.** Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para recusar-se a participar e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você pode a qualquer momento, retirar seu consentimento, excluindo a sua participação.

**9.** Após a conclusão estará à disposição na Biblioteca do Campus do Bom Conselho da Universidade de Taubaté, uma dissertação contendo os resultados.

**10.** Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNITAU na Rua Visconde do Rio Branco, 210 – centro – Taubaté, telefone (12) 3635-1233, e-mail: [cep@unitau.br](mailto:cep@unitau.br). Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Portanto, preencha os itens que seguem:

**Consentimento pós-informação**

Eu,

\_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SEUS IMPACTOS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE E NO DESENVOLVIMENTO DAS CIDADES E REGIÃO”** de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Taubaté, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Arissane de Sousa Falcão  
Pesquisadora Responsável

## ANEXO C- Parecer consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SEUS IMPACTOS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE E NO DESENVOLVIMENTO DAS CIDADES E REGIÃO.

**Pesquisador:** ARISSANE DE SOUSA FALCÃO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 19489519.7.0000.5501

**Instituição Proponente:** Universidade de Taubaté

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.642.300

#### Apresentação do Projeto:

Processo de regionalização de saúde da região de saúde de Imperatriz-MA, sua estruturação atual, bem como os elementos definidores e os fatores condicionantes para esta regionalização, e seus impactos sobre o desenvolvimento das cidades e região.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar como se deu o processo de regionalização e reorganização dos serviços de saúde na região de Imperatriz-Maranhão e seus impactos nas ações de saúde e nos aspectos de desenvolvimento das cidades e região.

Objetivo Secundário:

- a) Conhecer a estruturação atual da região de saúde de Imperatriz- Maranhão;
- b) Entender os elementos definidores e os fatores condicionantes para esta regionalização e seus impactos;
- c) Identificar entraves e/ou dificuldades no que diz respeito à organização territorial, financiamento e gestão.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefício direto: Participar da presente pesquisa poderá possibilitar sua reflexão e maior compreensão sobre regionalização dos serviços de saúde e seus impactos sobre as ações de saúde e no desenvolvimento das cidades e região.

**Endereço:** Rua Visconde do Rio Branco, 210  
**Bairro:** Centro **CEP:** 12.020-040  
**UF:** SP **Município:** TAUBATE  
**Telefone:** (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cep@unitau.br



Continuação do Parecer: 3.642.300

Benefício indireto: O conhecimento adquirido poderá analisar como se deu o processo de regionalização e reorganização dos serviços de saúde na região de Imperatriz-Maranhão e seus impactos nas ações de saúde e no desenvolvimento das cidades e região.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Apresentar as características sobre o sistema de saúde de Imperatriz-MA.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Atende as recomendações da Resolução 510/16.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As solicitações foram atendidas do parecer anterior, conforme documentos em anexo.

Encaminha-se para reunião Colegiado CEP-UNITAU com o parecer favorável a aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião realizada no dia 11/10/2019, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 510/16, considerou o Projeto de Pesquisa: APROVADO.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1293748.pdf	16/09/2019 18:34:13		Aceito
Outros	cartapendencia.pdf	16/09/2019 18:32:19	ARISSANE DE SOUSA FALCÃO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoatualizadocronogr.pdf	16/09/2019 18:31:35	ARISSANE DE SOUSA FALCÃO	Aceito
Cronograma	cronogramaatualizado.pdf	16/09/2019 18:31:17	ARISSANE DE SOUSA FALCÃO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleassinado.pdf	13/07/2019 17:05:47	ARISSANE DE SOUSA FALCÃO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSO.pdf	03/06/2019 20:41:20	ARISSANE DE SOUSA FALCÃO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/06/2019 20:40:03	ARISSANE DE SOUSA FALCÃO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	26/05/2019 17:56:59	ARISSANE DE SOUSA FALCÃO	Aceito

**Endereço:** Rua Visconde do Rio Branco, 210  
**Bairro:** Centro **CEP:** 12.020-040  
**UF:** SP **Município:** TAUBATE  
**Telefone:** (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cep@unitau.br





Continuação do Parecer: 3.642.300

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TAUBATE, 15 de Outubro de 2019

---

**Assinado por:**  
**José Roberto Cortelli**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Visconde do Rio Branco, 210  
**Bairro:** Centro **CEP:** 12.020-040  
**UF:** SP **Município:** TAUBATE  
**Telefone:** (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cep@unitau.br

## ANEXO D- Calendário de reuniões CIR-Imperatriz



ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR DE IMPERATRIZ  
2019/2021

### INFORMATIVO Nº 001/2019 – CIR IMPERATRIZ

Considerando a necessidade de adequação e inserção na agenda dos (as) secretários (as) Municipais de Saúde, da Câmara Técnica, da Gestora Regional de Saúde, dos Assessores Especiais de Saúde e de todos os que desejam pleitear e acompanhar pautas nesta Comissão Intergestores Regional – CIR Imperatriz, **INFORMAMOS** as datas das **REUNIÕES ORDINÁRIAS** para o ano de 2019, ressaltando que serão sempre na primeira quarta-feira de cada mês às 09:00 horas, e em sendo feriado, passando a ser no primeiro dia útil subsequente a data informada, sem prejuízo as Convocações para REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS. Informamos ainda, que as reuniões serão realizadas no **AUDITÓRIO DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE DE IMPERATRIZ**, quando realizada em Imperatriz, ao ser realizada em outro município será informado o local nos ofícios de convocação.

MÊS	DATA
JANEIRO	16/01/2019
FEVEREIRO	06/02/2019
MARÇO	07/03/2019
ABRIL	03/04/2019
MAIO	02/05/2019
JUNHO	05/06/2019
JULHO	03/07/2019
AGOSTO	07/08/2019
SETEMBRO	04/09/2019
OUTUBRO	02/10/2019
NOVEMBRO	06/11/2019
DEZEMBRO	04/12/2019

  
**HERYLAND DUAILIBE BARROS G. MARTINS**  
Coordenadora CIR – Imperatriz/MA

Rua Coriolano Milhomem, 271 - Centro - Imperatriz - MA, 65900-330