



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

WANDRESOM INACIO MARTINS

**GOVERNANÇA DO SUS: ANÁLISE DO PERFIL DAS COMISSÕES
INTERGESTORES REGIONAIS DO NORDESTE.**

JOÃO PESSOA-PB

2024

WANDRESOM INACIO MARTINS

**GOVERNANÇA DO SUS: ANÁLISE DO PERFIL DAS COMISSÕES
INTERGESTORES REGIONAIS DO NORDESTE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração Política, Gestão e Cuidado.

ORIENTADOR: Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho

JOÃO PESSOA-PB

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M386g Martins, Wandresom Inácio.

Governança do SUS : análise do perfil das Comissões
Intergestores Regionais do Nordeste / Wandresom Inácio
Martins. - João Pessoa, 2024.

78 f. : il.

Orientação: André Luís Bonifácio de Carvalho.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Gestão em saúde. 2. SUS - Sistema Único de Saúde.
3. Regionalização - SUS. 4. Governança - SUS. 5.
Fortalecimento regional - Estratégias. I. Carvalho,
André Luís Bonifácio de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614.2-057.17(043)

WANDRESOM INACIO MARTINS

**GOVERNANÇA DO SUS: ANÁLISE DO PERFIL DAS COMISSÕES
INTERGESTORES REGIONAIS DO NORDESTE.**

Banca Examinadora

Aprovado em 23 / 02 / 2024

Documento assinado digitalmente
 **ANDRE LUIS BONIFACIO DE CARVALHO**
Data: 19/03/2024 10:09:19-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho
Orientador – PPGSC/UFPB

Documento assinado digitalmente
 **PEDRO JOSE SANTOS CARNEIRO CRUZ**
Data: 05/03/2024 08:58:54-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Pedro José Santos Carneiro Cruz
Examinador interno – PPGSC/UFPB

Documento assinado digitalmente
 **ASSIS LUIZ MAFORT OUVERNEY**
Data: 01/03/2024 16:14:32-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Assis Luiz Mafort Ouverney
Examinador externo – DPS/FIOCRUZ/RJ

AGRADECIMENTOS

A Deus, por toda a luz divina que me guiou diante dos obstáculos apresentados e por se fazer presente nos momentos difíceis, concedendo-me força e discernimento.

Aos meus filhos Enzo Gabriel, Maria Alice e minha esposa Ana Paula, que iluminaram os meus caminhos obscuros com afeto e extrema dedicação. Pela longa espera e compreensão durante essa etapa da vida, não bastaria um muitíssimo obrigado. Amo muito vocês!

Aos meus pais Benedito e Risomar, e meus avós Raimunda e Joaquim, que sempre acreditaram no meu potencial incentivando-me a ter força para seguir meu caminho como profissional e pessoa.

Aos meus irmãos, Wallyson, Joanna Amélia e Maria Clara, simplesmente por existirem e fazerem parte da minha vida, pelo carinho, amizade e dedicação. Vocês fazem parte de mim!

Ao meu orientador André Bonifácio, pelo apoio incondicional, pelas palavras amigas, paciência e dedicação. Você foi fundamental na construção deste estudo, sem o seu apoio tudo teria sido mais difícil, por oferecer seu tempo precioso para que esse trabalho se tornasse uma realidade. Gratidão!

Aos membros da banca examinadora Pedro Cruz e Assis Mafor, por aceitarem o convite e pelas valiosas contribuições para o enriquecimento deste trabalho.

A equipe da “Pesquisa Nacional das Comissões Intergestores Regional (CIR)”, realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) em parceria com o CONASS e CONASEMS pelo respeito, carinho, aprendizado e por nos ter disponibilizado todos os dados da pesquisa para realização deste estudo.

Enfim, a minha gratidão a todos os amigos e pessoas que estiveram presentes durante essa importante fase da minha vida ao depositarem confiança e comemorarem comigo mais essa conquista. Meu muito obrigado por tudo!

RESUMO

As Comissões Intergestores Regionais - CIR são constituídas como um espaço de governança do SUS apresentando forte poder de articulação para construção de estratégias que vislumbrem a superação de obstáculos impostos no processo de regionalização. Sendo assim, configuram-se como espaços regionais e instâncias de cogestão fortalecendo o processo de planejamento, pactuações e negociação, resultando em um espaço de decisões e preenchendo a lacuna da governança nas regiões de saúde. A governança territorial facilita a organização das ações e serviços de saúde executados pelos municípios, estados e regiões a partir de interesses coletivos de forma cooperativa entre os diversos atores com envolvimento em conjunto nos campos sociais, econômicos e institucionais. Sendo assim, o presente estudo justifica-se por sua importância para a gestão em saúde, pois a governança com descentralização e a regionalização são dimensões fundamentais do SUS, enquanto campos abertos a reflexões, tais processos devem ser fortalecidos em um sistema de governança com maior poder decisório e assertivo nas demandas regionais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritivo-exploratório, a partir de dados secundários provenientes da “Pesquisa Nacional das Comissões Intergestores Regionais (CIR)”, tendo como participantes os 133 gestores regionais do SUS. Os dados foram coletados através de questionário eletrônico on-line direcionado aos presidentes, coordenadores e/ou diretores das CIR, entre os anos de 2017 e 2018. Os resultados do estudo mostram que as CIR são representadas em sua maioria por mulheres, com formação na enfermagem e exercendo a função de gestor regional em primeiro mandato. Quanto ao processo de implantação os gestores participam do processo de implantação das CIR e isso se deu por ato legal da CIB com adesão imediata e completa dos municípios das regiões de saúde. Com relação ainda ao processo de implantação, vislumbra-se que a iniciativa, condução e espaço de condução deram-se pelo colegiado de gestão regional e secretarias estaduais de saúde. A respeito da organização política-institucional, os dados demonstraram que as pautas das reuniões mais frequentes são pelas solicitações municipais e decisões da CIB e que as discussões acontecem com maior frequência com temas voltados para adesão de políticas públicas e pactuação de fluxos. Considerando as discussões levantadas, compreende-se que a estruturação das CIR ainda é incipiente, com dependência de espaços estaduais, demonstrando-se um enfraquecimento da descentralização e ausência de espaços fixos e exclusivos das CIR. No tocante ao financiamento, foi evidenciado que inexistente aporte de recursos federais para essas comissões e que em sua grande maioria não possui alocação orçamentária de recursos para custear as despesas dessas comissões, inviabilizando muitas vezes o planejamento e fragilizando o funcionamento das CIR.

Palavras-chave: Governança. Sistema Único de Saúde. Regionalização.

ABSTRACT

The CIRs are constituted as a space for SUS governance, presenting strong articulation power to build strategies that aim to overcome obstacles imposed in the regionalization process. Therefore, they are configured as regional spaces and instances of co-management, strengthening the process of planning, agreements and negotiation, resulting in a space for decisions and filling the governance gap in health regions. Territorial governance facilitates the organization of health actions and services carried out by municipalities, states and regions based on collective interests in a cooperative manner between different actors with joint involvement in the social, economic and institutional fields. Therefore, the present study is justified by its importance for health management, as governance with decentralization and regionalization are fundamental dimensions of the SUS, as fields open to reflection, such processes must be strengthened in a governance system with greater decision-making and assertive power in regional demands. This is a qualitative, descriptive-exploratory research, based on secondary data from the "National Survey of Regional Intermanagerial Commissions (CIR)", with the 133 regional managers of the SUS as participants. Data were collected through an online electronic questionnaire addressed to the presidents, coordinators and/or directors of the CIRs, between 2017 and 2018. The results of the study show that the CIRs are mostly represented by women, with training in nursing and serving of regional manager in his first term. As for the implementation process, managers participate in the CIR implementation process and this was done through a legal act by the CIB with immediate and complete adherence by the municipalities in the health regions. Regarding the implementation process, it can be seen that the initiative, guidance and space for management were carried out by the regional management board and state health departments. Regarding the political-institutional organization, the data demonstrated that the most frequent meeting agendas are based on municipal requests and CIB decisions and that discussions occur more frequently with topics focused on adherence to public policies and agreement on flows. Considering the discussions raised, it is understood that the structuring of the CIR is still incipient, with dependence on state spaces, demonstrating a weakening of decentralization and the absence of fixed and exclusive spaces for the CIR. Regarding financing, it was evident that there is no contribution of federal resources to these commissions and that the vast majority of them do not have budgetary allocation of resources to cover the expenses of these commissions, often making planning unfeasible and weakening the functioning of the CIRs.

Keywords: Governance. Single Health System. Regionalization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Linha do tempo com marcos do SUS.....	22
Figura 02 – Articulação Interfederativa do SUS.....	33
Figura 02 - Mapa do Brasil com destaque para região nordeste.....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 -	Características, dinâmica e dimensões da CIR a serem avaliadas.....	45
Quadro 02 -	Dimensões e Variáveis da Organização Institucional das CIR.....	46
Quadro 03 -	Número de Comissões Intergestores Regional por estado do nordeste.....	47

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 –	Distribuição das CIR por unidade federativa no Nordeste.....	49
Gráfico 02 –	Percentual da iniciativa e condução de implementação das CIR no Nordeste.....	54
Gráfico 03 –	Percentual de gastos com o funcionamento da CIR em 2016.....	59
Gráfico 04 –	Composição do colegiado das CIR no Nordeste e Brasil (2017-2018). (Mais citados)	62
Gráfico 05 –	Percentual de publicização das reuniões CIR do Nordeste e Brasil entre os anos de 2017-2018. (Mais citados)	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 –	Caracterização do perfil dos Coordenadores/presidentes da CIR do Nordeste.....	50
Tabela 02 –	Caracterização do processo de implantação das CIR no Nordeste.....	52
Tabela 03 –	Síntese da estruturação das CIR por Unidade Federativa da região Nordeste em 2016.....	57
Tabela 04 –	Percentual de gastos com funcionamento das CIR em 2016 e ordenador de despesas.....	60
Tabela 05 –	Percentual de CIR com Regime interno e Processo de elaboração no Nordeste.....	61
Tabela 06 –	Perfil político-institucional das CIR do Nordeste entre os anos de 2017-2018 (mais citados)	64
Tabela 07 –	Dinâmica de funcionamento das CIR do Nordeste entre os anos de 2017-2018 (mais citados)	67

ABREVIATURAS

ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
ABRES – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE
AMPASA – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO EM DEFESA DA SAÚDE
CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
CIB – COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
CIR – COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
CIT – COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE
CGR – COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL
CNBB – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL
CNS – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
COAP – CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA
CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DA SAÚDE
CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
DRS – DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE
ENSP – ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
GABA – GESTÃO DE ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA
GED – GRUPO ESPECIAL PARA A DESCENTRALIZAÇÃO
IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE
MRSB – MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA
NOAS – NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NOB – NORMA OPERACIONAL BÁSICA
RAS – REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE
SUDENE – SUPERINTENDÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DO NORDESTE
SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UF – UNIDADE FEDERATIVA

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	14
2 – OBJETIVOS.....	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3 – MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	20
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, AS RELAÇÕES FEDERATIVAS E A DESCENTRALIZAÇÃO.....	20
3.2 A REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE.....	27
3.3 A GOVERNANÇA DO SUS.....	31
3.4 O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO SUS NO NORDESTE.....	37
4 - METODOLOGIA.....	42
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	42
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	43
4.3 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS E ANÁLISE DE DADOS.....	44
4.4 SUJEITOS DA PESQUISA.....	47
3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	48
5 – RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	49
5.1 PERFIL DOS (AS) COORDENADORES/PRESIDENTES DAS CIR.....	49
5.2 PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA CIR.....	51
5.3 ESTRUTURA E RECURSOS DAS CIR.....	54
5.4 ORGANIZAÇÃO POLÍTICO-INSTITUCIONAL E DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO.....	59
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	72

1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde estabelecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser pautada nos princípios da universalidade, regionalização e descentralização com garantia da hierarquização e integralidade das ações e serviços de saúde de modo universal, igualitário e gratuito. A estruturação do Sistema Único de Saúde perpassa por ciclos políticos nos quais a descentralização aparece com protagonismo na esfera municipal, e o início do processo de construção das regiões de saúde e das Redes de Atenção à Saúde (RAS). (VIANA et al, 2017).

A Lei 8.080/1990 enfatiza a descentralização político-administrativa, na forma da municipalização das ações e serviços públicos de saúde, o que significa redistribuição de poder e competências. A lei, estabelece atribuições comuns e as competências específicas a serem exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, na gestão do SUS, nos respectivos âmbitos administrativos. O processo de descentralização em saúde no Brasil envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para os estados e municípios (CARNUT e MASSERAN, 2016).

No que compete ao SUS, na década de 1990 o processo de descentralização foi marcado pela transferência de recursos e competências aos municípios de forma direta pela União, sendo a principal financiadora e organizadora das políticas públicas de saúde. Outro fato marcante durante esta década, compreende a pouca prática de mecanismos de cooperação e as disputas por mais recursos entre governos estaduais e municipais para a administração de serviços de saúde. Além disso, a estrutura de governo fortemente municipalizada enfrenta grandes desafios para atender aos objetivos do SUS frente à extrema diversidade e desigualdade que caracteriza a federação brasileira (CURVINA, 2017).

As Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB's) orientaram o processo de descentralização da saúde no Brasil, a partir dos anos 90, após a publicação das Leis Orgânicas da Saúde. As NOB's são portarias do Ministério da Saúde - MS que reforçam o poder, regulamentação e direção nacional do SUS; representam instrumentos de regulação do processo de descentralização e tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (BRASIL, 2006).

Após sucessivas normas regulamentadoras nos anos 1990 a 2000, a estratégia de regionalização foi efetivamente resgatada pela publicação do Pacto pela Saúde, em 2006. O Pacto pela Saúde reúne um conjunto de reformas institucionais e políticas que são pactuadas entre os três gestores do SUS e tem por meta estabelecer um novo patamar na forma do financiamento, novas definições de responsabilidades, metas sanitárias e ainda pactuar compromissos entre os gestores da saúde com o objetivo de organizar a atenção à saúde. Em 2006, com o lançamento do Pacto pela Saúde, diretrizes são preconizadas para a regionalização do sistema de saúde, baseadas no fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, sobretudo no âmbito municipal e na diversidade econômica, cultural e social das regiões do país para a redefinição das regiões de saúde (CURVINA, 2017).

Com os avanços no processo de regionalização na saúde no Brasil como medida a diminuir as iniquidades nos cenários das regiões de saúde, foi publicado o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, se tornando um dos principais marcos normativos para o planejamento, organização da assistência à saúde e da articulação entre os entes federados do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA et al, 2020).

O primeiro conceito disposto neste decreto é o de região de saúde. De extrema importância para definir as políticas públicas no SUS, uma vez que os entes da federação devem estar envolvidos com responsabilidades iguais, este é um espaço geográfico bem definido no Decreto 7.508/2011, 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, como afirma o art. 2º. Inciso I. (BRASIL, 2011; CARVALHO, JESUS e SENRA, 2017).

O decreto ainda dispõe de outros aspectos relevantes do ponto de vista organizativo, a definição da atenção básica como a porta de entrada prioritária do sistema e o estabelecimento dos novos dispositivos para o planejamento do SUS, de forma ascendente e integrada, pautado pelas necessidades de saúde e disponibilidade de recursos, induzindo a organização de redes de atenção, privilegiando as principais linhas de cuidado que se somam aos esforços desenvolvidos pelos estados e municípios para garantir o acesso à saúde de modo regionalizado (CARVALHO, 2016).

A regionalização se define como um processo de articulação e pactuação de serviços, a fim de se ter um comando unificado de forma hierarquizada com estratégia

de reorganização e descentralização de ações e serviços de saúde, com direcionamento para pactuações e articulação interfederativa entre os gestores do SUS, garantindo maior autonomia e direcionamento nas políticas de saúde (SANTOS, 2018).

A governança depende do desenho institucional e da interlocução com os grupos organizados da sociedade para definição, acompanhamento e implementação de políticas públicas. A governança no SUS é expressa em vários momentos, em nível local até federal, entre conselhos de saúde e gestores. No entanto, nas Redes de atenção à Saúde - RAS, é realizada, principalmente, por meio de arranjos interfederativo, no âmbito nacional, através da Comissão Intergestores Tripartite - CIT; nos estados, por meio das Comissões Intergestores Bipartite - CIB; E nas regiões de saúde, através das Comissões Intergestores Regional – CIR (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

Conforme a resolução de consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021, as CIR, as CIB e a CIT são os foros de negociação e apoio à tomada de decisão nos processos relativos à pactuação entre gestores do SUS no que se refere à gestão e aspectos operacionais de implantação das normas do SUS (BRASIL, 2021).

A governança é função da atuação de alguns poucos municípios que possuem papel diferenciado na rede de prestação de serviços. Em outras, as Secretarias de Estado de Saúde (SES) assumem um papel de destaque por meio da implantação e/ou reconfiguração de suas estruturas regionais (coordenadorias, diretorias, escritórios ou núcleos regionais). E, na maioria das situações, arranjos e instrumentos de gestão compartilhada são conformados (comissões intergestores regionais, consórcios de saúde), visando ampliar a coordenação federativa do processo de regionalização (VIANA et al, 2010).

As CIR são constituídas como um espaço de governança do SUS apresentando forte poder de articulação para construção de estratégias que vislumbrem a superação de obstáculos impostos no processo de regionalização. Essas limitações municipais, estaduais e nacionais, tais como o limite de recursos e a judicialização, torna o processo difícil na execução conforme os atos normativos (SILVA, 2018). Sendo assim, configuram-se como espaços regionais e instâncias de cogestão fortalecendo o processo de planejamento, pactuações e negociação, resultando em um espaço de decisões e preenchendo a lacuna da governança nas regiões de saúde. (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

A governança territorial facilita a organização das ações e serviços de saúde executados pelos municípios, estados e regiões a partir de interesses coletivos de forma cooperativa entre os diversos atores com envolvimento em conjunto nos campos sociais, econômicos e institucionais. Os espaços de governança nas regiões de saúde devem ser fortalecidos buscando novos arranjos para superar as dificuldades e necessidades no território. (CARVALHO, 2016).

O processo de fortalecimento da regionalização e planejamento no âmbito do SUS apresenta-se desta forma, como de grande relevância pela abrangência, fortalecendo o processo de acompanhamento feito pelos órgãos de controle, as ações e pautas nos órgãos deliberativos, porém, a incipiência desse planejamento de forma integrada, ascendente e participativa acaba comprometendo a efetividade dos serviços nas regiões de saúde, uma vez que não consegue abarcar todas as necessidades loco regionais, nem tão pouco garantir a resolutividade das redes de atenção, cuja integração dos serviços pode contribuir para a integralidade no cuidado (HARTZ, 2002).

A Região Nordeste, apresenta concentração de desenvolvimento econômico centrado na faixa litorânea e alguns polos regionais no interior dos estados, o que configura concentração de riquezas e influências nas relações sociais. Cabe destacar que o Nordeste apresenta um contexto de dificuldade na descentralização de políticas de saúde com consequente dependência de municípios das capitais e governos estaduais e federais para execuções técnicas de políticas públicas de saúde, desfavorecendo essa região no processo de regionalização no contexto histórico-cultural e político-institucional (GONÇALVES, 2022). O Nordeste, uma das regiões mais pobres do país, representa 27% da população brasileira e apresentou cerca de um terço de todos os casos e dos óbitos ocasionados pela COVID 19, com taxas extremamente elevadas em cidades das regiões mais pobres. A pandemia do novo coronavírus tem sido um desafio para o Brasil e para os estados do nordeste pelas suas profundas desigualdades internas, conhecidamente associadas com a pandemia, nacional e internacionalmente (KERR, 2020).

É notória a dificuldade em estabelecer diálogos entre gestores, de modo a fortalecer os colegiados onde os debates sejam para atender as necessidades em saúde da população. Os conflitos presentes no processo decisório, a falta de competência técnica, a rotatividade dos gestores e a carência de instrumentos regionais de planejamento e financiamento fragilizam o funcionamento e a atuação

das Comissões Intergestoras Regionais (SHIMIZU et al, 2021; OUVÉNEY et al, 2021; OUVÉNEY et al, 2019).

Alguns estudos avançaram na identificação dos condicionantes ((1) a desigualdade e a diversidade territorial do país; (2) a abrangência e as distintas lógicas territoriais observadas na atuação do Estado e na organização da atenção à saúde; (3) a multiplicidade de atores que exercem funções de financiamento, gestão e prestação de ações e serviços em âmbito regional; (4) as múltiplas escalas regionais configuradas pela distribuição da oferta, uso de serviços, atuação e acordo político dos atores regionais), das características e dos desafios do funcionamento e atuação da CIR, e em decorrência das poucas e restritas pesquisas sobre as CIR, ainda permanecem lacunas para a compreensão do papel exercido por essas comissões (SILVEIRA et al, 2016). Sendo assim, o presente estudo justifica-se por sua importância para a gestão em saúde, pois a governança com descentralização e a regionalização são dimensões fundamentais do SUS, enquanto campos abertos a reflexões, tais processos devem ser fortalecidos em um sistema de governança com maior poder decisório e assertivo nas demandas regionais. Um outro fator que contribuiu para este estudo foi a afinidade deste pesquisador com o tema, por ter sido gestor de saúde, proximidade com grupo de pesquisa sobre as CIR, como também, pela abrangência do estudo e escopo de investigação.

Portanto, a partir das considerações e da relevância, ao final do estudo pretende-se refletir sobre as concepções dos gestores no processo de governança e a importância da CIR e sua contribuição na consolidação da regionalização e da RAS. Desta forma, emerge as seguintes questões: Qual o perfil, dinâmica de funcionamento e como está estruturado o processo deliberativo no âmbito das CIR? Qual tem sido o papel das CIR no estreitamento das relações de cooperação entre as esferas de governo nas regiões de saúde? Como a instituição das CIR contribui para reduzir a fragmentação administrativa e assistencial das regiões de saúde, reduzir os conflitos e conferir maior racionalidade na organização da atenção à saúde?

2. OBJETIVOS

GERAL

- ✓ Analisar o perfil das Comissões Intergestores Regionais - CIR do Nordeste na governança dos processos de operacionalização e práticas de gestão em saúde.

ESPECÍFICOS

- ✓ Compreender a estrutura organizacional, institucional e dinâmica de funcionamento das Comissões Intergestores Regionais;
- ✓ Identificar as estratégias e recursos utilizados para o fortalecimento regional;
- ✓ Analisar o processo de funcionamento das CIR com vistas a compreender os desafios para a qualificação da governança.

3. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

3.1 O Sistema Único de Saúde, as Relações Federativas e a Descentralização.

O arranjo federativo disposto na Constituição federal do Brasil de 1988, designou um modo específico de governar, suas ações e os serviços de saúde são de relevância pública e devem ser disponibilizadas a toda população de modo regionalizado e hierarquizado, com o atendimento integral das pessoas, ações preventivas e assistenciais (PAIM et al, 2011).

A proposta brasileira que começou a tomar forma em meados da década de 1970, estruturou-se durante a luta pela redemocratização. Um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade – desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos – em alguns casos associados aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época. A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. O movimento da reforma sanitária cresceu e formou uma aliança com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais. De 1979 em diante foram realizadas reuniões de técnicos e gestores municipais, e em 1980, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (GUIDINI, 2012).

A Constituição Federal de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Assimilando proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral (OUVERNEY e FLEURY, 2017).

A reforma sanitária brasileira foi impulsionada pela sociedade civil, e não pelo governo, partidos políticos ou por organizações internacionais. O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, baseia-se no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado (GUIDINI, 2012).

A Constituição de 1988 apresenta, na sua Seção II, os preceitos que governaram a política setorial nos anos seguintes. Sob o lema “Saúde: direito de todos, dever do Estado”, seus princípios podem ser resumidos em alguns pontos básicos: as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e seu atendimento um dever do Estado; A assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços, esses serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada.

A implementação do SUS começou em 1990, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, que seguiu uma agenda neoliberal e não se comprometeu com a reforma sanitária. Ainda em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS. O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992, após o impeachment do presidente por corrupção (ABRUCIO e GRIN, 2018).

A Lei n. 8.080/1990 “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 2011). Essa lei define os papéis institucionais de cada esfera governamental no plano da gestão, a estrutura de financiamento e as regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo, por meio dos Fundos de Saúde (PAIM, 2018).

Com relação ao modelo proposto, o caráter automático e imediato das transferências entre os diferentes Fundos de Saúde ficou prejudicado em função de veto governamental, levou o movimento sanitário a pressionar o poder legislativo para uma tomada de decisão que culminou na nova lei 8.142/1990 (ABRUCIO e GRIN, 2018).

A Lei n. 8.142/1990 “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (CHEBLI, PAIVA, SOUZA, 2010). A lei instituiu os Conselhos de Saúde e conferiu *status* público aos organismos de representação de governos estaduais e municipais, como o CONASS e o CONASEMS.

Os principais avanços no processo de descentralização da saúde no Brasil ocorreram ainda na década de 1990 e junto a estes avanços surgiram inúmeros desafios. Nesse período, a gestão da rede de serviços de saúde foi de

responsabilidade da esfera municipal e os gestores assumiram papel fundamental na execução de ações e serviços acolhendo as particularidades das regiões.

No entanto, a transferência de poder, atribuições e recursos financeiros não aconteceram de modo uniforme, sendo que a gestão em saúde passou por momentos de antagonistas entre descentralização, recentralização e até mesmo, estagnação (PAIM et al, 2011).

Figura 01: Linha do tempo com marcos do SUS.



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2023.

Ainda neste período, foram elaboradas e implementadas estratégias para a descentralização através das Normas Operacionais Básicas (NOB 91, NOB 93, NOB 96). Com a implementação desses instrumentos normativos houve mudanças gradativas na conformação do arranjo federativo no Brasil, proporcionando maior poder aos entes subnacionais para as políticas de saúde (BRASIL, 2006).

A NOB-SUS 01/1991, publicada em janeiro de 1991, foi o primeiro ato normativo de envergadura nacional no âmbito do SUS e teve impacto significativo sobre o funcionamento do SUS. De um lado, representou um retrocesso na medida em que voltou a centralizar o sistema para o plano federal, retirando a pouca autonomia dos gestores estaduais e municipais. De outro, impulsionou a capacitação municipal para a gestão, à medida que criou a configuração do município e do Estado de forma a estarem “habilitados” à gestão descentralizada, exigindo para o acesso aos recursos

financeiros federais o cumprimento de pontos considerados fundamentais para a implantação do SUS, como a gestão municipalizada de unidades federais e estaduais, o funcionamento do Conselho de Saúde e do Fundo de Saúde e o desenvolvimento de uma estrutura técnica de gestão, tais como os sistemas de informação e de vigilância epidemiológica (PAIM, 2018).

A NOB 01/1993 foi caracterizada por um processo de relações mais abertas entre o Ministério da Saúde - MS e as principais forças políticas setoriais, cujas principais evidências foram a criação do Grupo Especial para a Descentralização (GED), a extinção do Inamps e a implementação das comissões intergestores tripartites (CIT) e bipartites (CIB's). O GED atuou como núcleo técnico e político de articulação de uma nova proposta de descentralização para substituir a NOB 91, como resposta às demandas da 9ª CNS e dos diversos atores reformistas. A NOB ainda definia que todo o processo de definição das diretrizes operacionais de implantação do SUS passaria a ser conduzido por meio de negociações federativas nas comissões intergestores (CIT e CIB) (PAIM et al, 2011).

Fruto do processo de implementação e dos progressos anteriores do SUS, expressos na cultura e na prática da gestão descentralizada e pactuada, a NOB-SUS 96 foi exaustivamente debatida na CIT, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, submetida à X Conferência Nacional de Saúde e, finalmente, publicada em 11 de novembro de 1996. A NOB-SUS 96 apareceu na base do consenso sobre a necessidade de consolidar o modelo da gestão descentralizada e pactuada, de avançar na autonomia municipal, reforçando as instâncias colegiadas (tripartites e bipartites), e de induzir, em escala nacional, mudanças na lógica do modelo assistencial e na organização da oferta de serviços (SANTOS, 2018). A NOB-SUS 96 acelerou a descentralização dos recursos federais em direção aos Estados e municípios, consolidando a tendência à autonomia de gestão das esferas descentralizadas e criou incentivos explícitos às mudanças na lógica assistencial, rompendo com o produtivismo e implementando incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes (PAIM, 2018).

As Normas Operacionais intentaram para que uma reordenação dos modelos de atenção e de gestão da saúde acontecesse; nelas os papéis de cada esfera de governo foram definidos, os instrumentos de gestão reorganizados e os critérios e fluxos de financiamento estabelecidos. Mesmo assim, esses avanços não preveniram a instituição de sistemas municipais de saúde fragmentados e com consideráveis

desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legalidade do SUS (BRASIL, 2007).

Em 2001 foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001), após muita discussão entre as três esferas de governo, e esta, tinha o objetivo de ampliar as responsabilidades dos municípios de modo a garantir maiores acessos aos serviços de saúde e reorganizar a atenção, por meio do processo de regionalização. O consolidado de estratégias dispostos na NOAS/SUS 01/2001 almejava a ampliação das responsabilidades aos municípios para o acesso aos serviços de Atenção Básica, sendo a regionalização e hierarquização princípios essenciais para atingir a equidade na distribuição de recursos e serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Logo em seguida, a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS/SUS 01/02) emerge devido à necessidade de ajustes em alguns aspectos da estratégia anterior. Como resultado das discussões da Comissão Intergestores Tripartite, essa normativa traz como novidade acordos referentes aos prestadores de serviços de média e alta complexidade, com fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais e no que diz respeito aos mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento à população (BRASIL, 2002).

O Pacto pela saúde, nos anos de 2006, emergiu do caráter fortemente normativo dos processos vivenciados nos anos 90. Estes representam importantes instrumentos políticos de negociação permanente entre gestores, fortalecidos através dos espaços das Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite (OUVERNEY et al, 2017). Por meio da descentralização dos serviços de saúde para os municípios, acarretou um processo de fragmentação e perdas na qualidade dos serviços, além de fragilizar a assistência à saúde. Nesse sentido, tal instrumento emergiu com a finalidade de ofertar serviços com maior economia de escala e de escopo, além de melhor qualidade (MENDES e PESTANA, 2004).

O Pacto pela Saúde aborda três componentes - o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS; O Pacto de Gestão é orientado e estruturado a partir da regionalização e apresenta como objetivo tornar possível acordos entre as três esferas do sistema, promovendo inovações através de instrumentos de gestão e redefinindo ainda novas responsabilidades dos gestores de acordo com as necessidades de saúde da população; O Pacto Pela Saúde tem como finalidade a

qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas, garantindo assim a integralidade das ações e serviços fragilizados no percurso do processo de descentralização; Já o Pacto Pela Vida está relacionado com o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades sobre a situação de saúde da população brasileira (BRASIL, 2007; BRASIL, 2001).

Com o objetivo de efetivar e firmar as pactuações entre os gestores, é publicado em 2011, o Decreto 7.508/2011 que regulamenta a Lei 8.080 com o intuito de constituir a possibilidade de construção da atenção integral à saúde na agenda dos gestores do SUS a partir da implantação de espaços organizativos e de cooperação da gestão e institui, nesse momento, as Comissões Intergestores Regionais como espaços de pactuações entre a gestão dos SUS (BRASIL, 2021).

A resolução CIT nº 01/2011, estabelece nos termos do decreto 7.508/2011, as diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivos para organização da RAS e definição de competências nos três entes federados.

A constituição e as Leis Orgânicas da Saúde repassam aos municípios responsabilidades e autonomia para a implementação de políticas públicas, sendo que esse sistema deve ser descentralizado com participação popular no seu processo de desenvolvimento (SPEDO, TANAKA e PINTO, 2009).

A concretização da regionalização tem sido difícil a sua efetividade. O federalismo do SUS para sua consolidação necessitou da construção de arcabouço político-institucional, a fim de consolidar um modelo específico para designar um modo específico de governar, favorecendo uma governança cooperativa (SILVA, 2018).

É garantia constitucional o acesso universal aos serviços de saúde; No Brasil essa consolidação do direito aconteceu simultâneo ao processo de descentralização das políticas públicas. Para concretizar o processo de descentralização o Ministério da Saúde reuniu esforços para materializar o processo de regionalização das políticas públicas. Schabbach et al (2020), cita que o processo de regionalização deve ser compreendido como um modo de organização das ações e dos serviços de saúde em uma região, a fim de assegurar a integralidade da atenção para todos os usuários, possibilitar a racionalidade dos gastos efetuados, bem como a otimização dos recursos e a equidade.

Inspirado em valores como igualdade, democracia e emancipação, o SUS está inserido na Constituição, na legislação ordinária e em normas técnicas e

administrativas. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que lhe sustenta é composto por entidades com mais de quatro décadas de história e de compromisso com a defesa do direito universal à saúde, a exemplo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Conta com o apoio de outras organizações como a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a Rede-Unida, os conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais), a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o movimento popular de saúde, entre outras (PAIM, 2013).

O federalismo brasileiro lidou com a criação de desenho de cooperação territorial voltados para promover o fortalecimento institucional dos municípios (MENICUCCI, 2019). No federalismo, os municípios transformaram-se em entes federativos, com status similar aos estados e à União. Contudo, a maioria das municipalidades não tinha todas as condições e aporte para exercer esse novo poder político-administrativo e autonomia auferida (CARVALHO, JESUS, SENRA, 2017). A Constituição de 1988 e as leis orgânicas da saúde estabelecem um federalismo cooperativo com articulações intergovernamentais e gestão compartilhada (SILVA, 2018). O complexo processo de descentralização levou o sistema a caminhos opostos em relação ao modelo proposto (PAIM et al, 2011).

A dinâmica político-institucional da descentralização foi realizada a partir de um modelo sequencial, e esteve vinculada a um processo mais amplo de transição política e de reconfiguração da Federação Brasileira, que teve início pelos movimentos democráticos da década de 1980 e moldado, posteriormente, pelos programas de ajuste macroeconômico. Esse novo acordo federativo efetivou-se com progressiva transferência de responsabilidades e recursos de nível federal para os gestores estaduais e municipais (GUIDINI, 2012).

O SUS ao longo da sua existência sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento (SANTOS, 2018). A descentralização do sistema e serviços de saúde implementada no Brasil, a partir da década de 1990, representou importante avanço no sentido da

construção do Sistema Único de Saúde (VIANA et al, 2002; ALBUQUERQUE et al, 2021).

3.2 A REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE

A Lei Orgânica da Saúde que integra o arcabouço normativo do Sistema Único de Saúde (SUS), trata dos seus princípios e diretrizes e referenda a regionalização como parte do processo de descentralização político-administrativa do sistema (BISCARTE, VILASBOAS, TRAD, 2019).

A regionalização do SUS foi assumida no plano discursivo, desde o Pacto pela Saúde, como eixo estruturante e orientador da descentralização e dos processos de pactuação entre gestores. Diante dos preceitos de solidariedade e cooperação, há dilemas que extrapolam a dimensão técnica, implicando transformações na esfera política, pois depende de relações federativas pautadas por complexos processos decisórios envolvendo diversos atores e entes federados. Configura-se um paradoxo face à autonomia dos entes federados, ao mesmo tempo, interdependentes no que tange à implementação regional de políticas de saúde que necessitam de pactos intergovernamentais (PEREIRA et al, 2020).

A regionalização da saúde inscreve-se no contexto de descentralização política e administrativa das ações e serviços. Esse processo é fruto das políticas de redemocratização implementadas no Brasil desde a Constituição Federal de 1988. Desde então, o arcabouço normativo do Sistema Único de Saúde (SUS) avançou no sentido da superação do centralismo autoritário do governo federal, com a consolidação de diretrizes para os processos de descentralização e regionalização (SHIMIZU et al, 2021).

Apesar de presente nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a regionalização ganha destaque de modo relativamente recente na política nacional de saúde, sendo reforçada somente a partir de 2000, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e, de forma mais incisiva, após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, sendo concebida como uma estratégia para integração dos sistemas municipais (constituição de sistemas regionais), ampliação do acesso e redução da iniquidade em saúde (RIBEIRO, TANAKA, DENIS, 2017).

A regionalização recebe um novo impulso na história recente com a promulgação do Decreto Nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei Nº 8080/1990 quanto ao planejamento, à assistência à saúde e à articulação federativa na organização do Sistema Único de Saúde. O referido Decreto traz dispositivos para o planejamento governamental regional em saúde na República Federativa do Brasil com orientações para a ação integrada entre as unidades político-administrativas da federação na escala regional. Tais orientações supõem mudanças no processo de produção de políticas públicas e na lógica de operação do sistema, com repercussões sobre os mecanismos e os arranjos da governança em saúde no país (ALBUQUERQUE, 2018).

A edição do Decreto nº 7.508/2011, no entanto, retomam a regionalização do ponto de vista dos acordos políticos entre os gestores na organização do sistema e proporcionam uma intensificação dessa pauta na agenda da gestão, ampliando o papel das Comissões Intergestores no nível regional e fortalecendo a lógica do Planejamento Integrado, consubstanciado por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) e tendo a Região de Saúde como espaço efetivo de sua operacionalização (SPEDO, TANAKA e PINTO, 2009).

Nessa lógica, o Decreto nº 7.508/2011, define Região de Saúde como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2021).

O Decreto 7508/2011 cumpre, dentre outras coisas, a determinação constitucional de que o SUS deve ser formado por uma rede regionalizada e hierarquizada e que suas “regiões de saúde” devem organizar-se para ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde, explicitando a complementariedade entre essas ações para garantir, minimamente, um cuidado integral em tempo oportuno (SPEDO, TANAKA e PINTO, 2009).

Apesar dessas dificuldades, permanece o consenso sobre a importância da regionalização, que pressupõe, entre outras coisas, a cooperação entre os entes

federados, a integração de redes, a dotação de infraestrutura regional, a regulação etc., para a garantia dos preceitos constitucionais da universalidade e da integralidade da atenção (CARVALHO et al, 2017). Os desafios da regionalização demandam políticas públicas mais efetivas e ambientes institucionais mais voltados para cooperação, contudo identifica-se tendências da agudização de disputas por recursos financeiros entre gestores, impondo dificuldades para uma lógica regional cooperativa e solidária. Destaca-se o peso político e a complexidade de regionalizar um sistema de saúde pelos desafios relacionados à geração de consensos, construção de mecanismos decisórios coletivos, distribuição de recursos e interação entre os atores (PEREIRA et al, 2020).

A complexidade da regionalização se deve à necessidade de conciliação de “fenômenos quase inconciliáveis”, tais como: a institucionalização de uma rede homogênea de serviços e intervenções frente a uma grande heterogeneidade territorial; a formalização da responsabilidade pública com ampla participação e envolvimento da sociedade civil e dos diversos agentes que compõem o sistema de saúde no território; a regulação centralizada com a manutenção da autonomia dos governos locais (VIANA et al, 2010).

Nessa perspectiva, a regionalização tornou-se a diretriz capaz de agregar os atributos necessários à constituição de redes de atenção e superar a fragmentação na provisão de serviços de saúde. A regionalização requer distribuição de poder, criação de espaços de discussão entre diferentes entes federados e compartilhamento de estratégias de planejamento para integração de serviços, regulação da assistência, coordenação do cuidado e financiamento interdependente das ações em saúde (NOGUEIRA et al, 2021).

Nesse contexto, foram criadas a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Regionais (CIR), nos três níveis de governo, com a finalidade de subsidiar a gestão local do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, os canais de controle social e pactuação intergovernamental constituem-se como instâncias de fortalecimento da descentralização e da valorização da regionalização (GIL, 2017).

No contexto de manutenção do protagonismo municipal e, simultaneamente, de fortalecimento das relações de interdependência e corresponsabilidade sanitária entre os entes estadual e municipais, foram criadas as Comissões Intergestoras Regionais (CIR) (BRASIL, 2021). As CIR são instâncias deliberativas compostas por

representantes do estado e todos os secretários municipais de saúde de um determinado território (região de saúde) com capacidade de provisão de serviços de saúde em distintos níveis de atenção.

A implantação dessas comissões foi gradual e heterogênea no território nacional, marcada pela influência de fatores socioeconômicos e da estrutura do sistema de serviços de saúde, bem como de legados de políticas prévias e das características do processo político em âmbito estadual (ALBUQUERQUE, 2018).

Tais colegiados foram substituídos pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR), criadas pelo decreto 7508/2011, como instância para a gestão regional do SUS, específica para o processo de tomada de decisão e condução política consensuada no sentido de fortalecer a regionalização. Diante da interdependência e da pluralidade de atores envolvidos, na qual os participantes preservam sua autonomia, os objetivos e as estratégias devem ser estabelecidos fruto dos consensos obtidos mediante processos de negociação, os quais podem ser demasiadamente lentos (PEREIRA et al, 2020).

Derivadas do decreto 7.508, as resoluções CIT 23/2017, 37/2018 e 44/2019, foram criadas para reforçar a colaboração entre os entes federativos, com a finalidade de fortalecer a governança e a organização regional (SHIMIZU et al, 2022). A resolução 23/2017, estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, observadas as realidades locais, Comitês Executivos de Governança das RAS, de natureza técnica operacional e propor soluções para funcionamento da RAS (BRASIL, 2017).

Quando se refere ao processo do Planejamento Regional Integrado e organização das macrorregiões de saúde, a resolução 37/2018, expressa:

Art. 2º O processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) será instituído e coordenado pelo estado em articulação com os municípios e participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), observando as seguintes orientações:

I - O PRI expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

II - 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, 2018).

A resolução 44/2019, traz em seu artigo 2º que a definição de o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado, será expresso no Plano Regional e observará as diretrizes contidas nas Resoluções CIT nº 23/2017 e nº 37/2018 (BRASIL, 2019).

A governança regional é fundamental e pode ser fortalecida quando a pactuação entre entes públicos ocorre por meio da definição clara de responsabilidades, e ainda reforça a institucionalidade do planejamento regional. Ademais, a regionalização em saúde depende da potencialização de esforços das três esferas de governo e só ocorrerá com o fortalecimento dos mecanismos político-institucionais dentro do pacto federativo regional (RIBEIRO, TANAKA, DENIS, 2017).

Estudos sugerem que os conflitos presentes no processo decisório, a coordenação técnica incipiente, a rotatividade dos gestores e a carência de instrumentos regionais de planejamento e financiamento afetam o funcionamento e a atuação da CIR. Embora estes estudos avancem na identificação dos condicionantes, das características e dos desafios do funcionamento e atuação da CIR, ainda permanecem lacunas para a compreensão do papel exercido por essas comissões, considerando a diversidade de atores que influenciam a política de saúde no espaço regional (SILVEIRA et al, 2016).

3.3 A GOVERNANÇA DO SUS

Na reforma do aparelhamento estatal brasileiro a nova Gestão Pública assumiu um protagonismo, frente às questões produzidas pelo processo de globalização que necessitavam de soluções aos modelos da coisa pública. Esse novo modelo incorporado estava condicionado a redução dos procedimentos burocráticos, por meio de uma combinação em entre a flexibilização da gestão e o aumento da responsabilização da administração pública (SHIMIZU, BRETAS, 2017).

A união de estados autônomos, formam um sistema nacional comum, tornando essa união como um dos princípios do federalismo. As tensões do federalismo contemporâneo são solucionadas por meio da cooperação e atuação conjunta pelas diversas instâncias federativas. Em geral, essas tensões situadas basicamente entre a exigência da atuação uniformizada e harmônica de todos os entes federados e o pluralismo federal. A colaboração se faz necessária para que as crescentes necessidades de homogeneização não resultem na centralização. A virtude da cooperação é a de buscar resultados unitários e uniformizadores sem esvaziar os poderes e competências dos entes federados em relação à União, mas ressaltando a sua complementaridade (ALMEIDA, 2016).

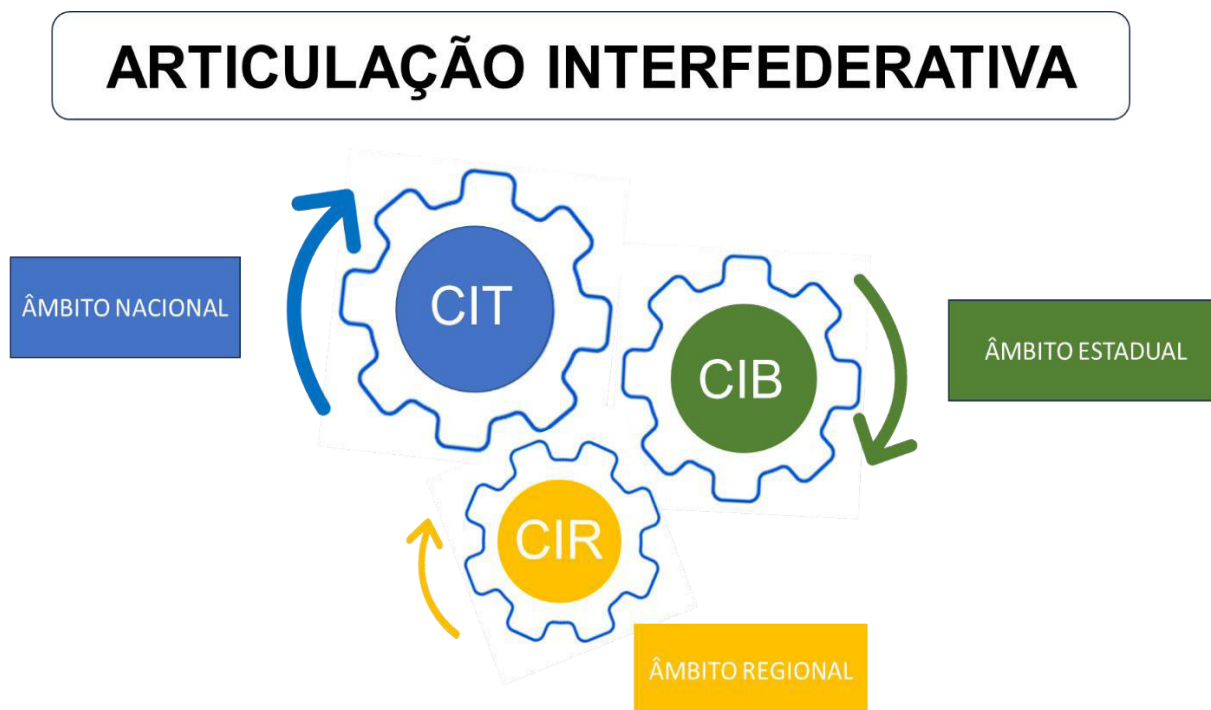
Embora seja evidente que as crises de subfinanciamento do SUS surgem como acelerador de conflitos e intensas disputas, é preciso trabalhar a construção de consensos nos espaços de decisão onde há predominância de discordância de poder (PEREIRA et al, 2020).

A base da governança deve estar sobre uma visão do território, com articulação dos atores, sobre coordenação de políticas e, principalmente, deve estar alicerçada no planejamento e na gestão das dinâmicas do território, incluindo na gestão maneiras mais democráticas que conversam com as instituições e ensino para a criação de respostas frente as demandas sociais.

Uma inovação na política de saúde foi representada pelos Colegiados de Gestão Regional, mas sua instituição foi lenta e gradual em algumas regiões do país, apresentando complexidade nos modos de coordenação e condução da política da rede regional (BRASIL, 2011). Então, esses colegiados foram substituídos pelas CIR, através do decreto 7508/2011 para a gestão regional fortalecendo a regionalização (PEREIRA et al, 2020).

O processo de regionalização na dinâmica da política deve ser ligado às relações intergovernamentais e interfederativas de três esferas de poder autônomas e requer a busca do equilíbrio entre eles, 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, 2016).

Figura 02: Articulação Interfederativa do SUS.



Fonte: Elaborado pelo pesquisador com base na resolução CIT nº 01/2021.

As Comissões Intergestores Tripartite – CIT, hoje definidas como um dos principais espaços de tomada de decisões entre as esferas de gestão federal e estadual, direcionam-se aos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde (SUS), às diretrizes a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde e sobre a integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados (BRASIL, 2021).

À medida que as Comissões Intergestores Bipartite – CIB, são um foro de negociações e pactuações consensuais entre gestores estaduais e municipais, quanto aos aspectos operacionais e definição das regras de gestão compartilhada do SUS, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde (VIANA e MACHADO, 2009)

A Comissão Intergestores Regional (CIR) configura-se em um espaço permanente de pactuação e cogestão, funcionando como locus dinâmico de planejamento e gestão compartilhada entre todos os municípios e o estado da região de saúde, cuja CIR está localizada, tem por objetivo fomentar a responsabilidade solidária, o fortalecimento da governança regional e minimizar conflitos e disputas

existentes. Os gestores da CIR devem reunir-se ordinariamente, mediante cronograma definido previamente em consenso, para pactuar aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada, com as seguintes competências: i. elaborar seu regimento interno; ii. criar câmaras técnicas permanentes para assessoramento; iii. incentivar a participação da comunidade; ii. monitorar e avaliar a execução do COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública e pactuar sobre:

- rol de ações e serviços que serão ofertados na respectiva região de saúde, com base na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES);
- elenco de medicamentos que serão ofertados na respectiva região de saúde, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
- critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços;
- planejamento regional de acordo com a definição da política de saúde de cada ente federativo, consubstanciada em seus Planos de Saúde, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde;
- diretrizes regionais a respeito da organização das redes de atenção à saúde, de acordo com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos na região de saúde;
- responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo na região de saúde, definidas a partir da Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, que deverão estar expressas no COAP;
- diretrizes complementares às nacionais e estaduais para o fortalecimento da cogestão regional (BRASIL, 2011).

As comissões intergestores tiveram um papel essencial nesse processo de implementação e efetivação, nos primeiros anos da década de 1990, como parte da estratégia na NOB 93, desde então têm sido as principais instâncias de coordenação política do pacto federativo setorial. O sistema de comissões intergestores se consolidou como centro da dinâmica das relações intergovernamentais da política de

saúde nos períodos seguintes e atualmente está bem estabelecido tanto em âmbito nacional quanto estadual (OUVERNEY et al, 2021)

Nesse contexto da solidariedade e cooperação, há problemas que excedem a dimensão técnica, demandando transformações na esfera política, pois depende de relações federativas pautadas por complexos processos decisórios que envolvem diversos atores e entes federados. Configura-se um paradoxo face à autonomia dos entes federados, ao mesmo tempo, interdependentes no que tange à implementação regional de políticas de saúde que necessitam de pactos intergovernamentais (PEREIRA et al, 2020).

A governança pode ser definida por alguns autores com um arranjo de governo em que os órgãos públicos se envolvem com instituições não estatais como partes interessadas em um processo de tomada de decisão coletiva formal, de consenso orientado, deliberativo e que tem como objetivo fazer ou implementar políticas públicas ou gerência pública de programas ou ativos. Esta definição de governança colaborativa enfatiza seis critérios importantes: (1) o fórum é iniciado por órgãos públicos, (2) os participantes no fórum incluem atores não estatais, (3) os participantes se envolvem na tomada de decisão e não são apenas consultados por órgãos públicos, (4) o fórum está organizado formalmente e funciona coletivamente, (5) o fórum tem como objetivo tomar decisões por consenso e (6) o foco da colaboração está na ordem pública ou gestão pública (SHIMIZU, BRETAS, 2017).

A fragilidade no processo de planejamento e a deficiência do sistema, tanto a nível local, como de suas políticas e estratégias, tornaram-se elementos que interferem para a conjuntura da governança regional. Além de priorizarem negociação política, em detrimento do planejamento, no qual são corresponsáveis pela prevalência da deficiência técnica da gestão no SUS (BELTRAMI, 2008).

Diante disso, os tratados de colaboração que produzem o bem público diante das ações conjuntas de diversos atores expressam ganhos de escala, com redução de riscos e dos custos envolvidos no desenvolvimento (ALMEIDA, 2016).

A consolidação da gestão colegiada relaciona-se com o processo decisório, pressupondo que não deva existir hierarquia preestabelecida e que a negociação, visando a cooperação entre os atores, para a construção de consensos é a principal regra (CARVALHO, 2012). Entretanto, os conflitos estruturais e a correlação de forças assimétricas não podem ser ignorados, posto que existe uma inequívoca separação entre o mero acordo e o consenso racional, bem como entre uma acomodação ilusória

de conflitos e a mobilização (PAIM, 2018). Constitui-se um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de inter-relações entre diferentes atores sociais (CARVALHO, 2016).

Os acordos de consenso são expressões presentes em documentos normativos e utilizados pelos gestores e técnicos ao referirem a forma de decisão nas instâncias intergestores regionais. Todavia, é necessário analisar a construção do consenso, evidenciando o que alicerça a decisão e a pactuação entre os atores que estão na arena decisória. Tal análise requer a distinção entre uma ação de entendimento, pautada no agir comunicativo, e uma atividade orientada para um fim, pautada no agir estratégico (PEREIRA et al, 2020).

A governança regional em saúde como estratégia para estabelecer cogestão intergovernamental nas regiões de saúde e a justa distribuição de responsabilidades entre os entes federados dentro do pacto federativo é perspectiva e desafio para o cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais no Brasil.

O Decreto Presidencial 7508 de 28 de junho de 2011, tem a integração regional como um de seus principais objetivos. Apesar dos avanços normativos e em aspectos tais como rever e adequar os marcos geográficos das regiões de saúde nos documentos de pactuação intergestores, constituir os colegiados regionais previstos, programar oferta de serviços, mudanças que promovessem integração regional decorrentes de planejamento e pactuações entre gestores induzidas pelo COAP – contrato organizativo de ação pública, foram pouco observadas até o momento (SHIMIZU, BRETAS, 2017).

No contexto da regionalização, as relações intergovernamentais devem ser analisadas como um dos componentes de uma nova prática na gestão, denominada governança, considerada um fenômeno mais amplo que governo ou que governabilidade, pois, além das instituições públicas, ela é constituída também por mecanismos informais que não são governamentais, o que permite que outros atores como a sociedade e as organizações envolvidas participem desse processo em que interesses, embora muitas vezes divergentes, podem ser organizados e direcionados segundo objetivos comuns, negociados, de modo a assegurar o direito ao acesso universal à saúde (SHIMIZU, BRETAS, 2017).

3.4 O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO SUS NO NORDESTE

A regionalização dos serviços de saúde tem ocupado o centro do debate da reorganização do SUS na última década, caminho bem representado no principal arcabouço normativo do período, com as NOAS, Pacto pela Saúde e, mais recentemente, Decreto 7.508 e seus contratos organizativos (MELO et al, 2017). As unidades federativas representam formas de organização político-territorial que exigem a combinação de “autogoverno com governo compartilhado” (MACHADO et al, 2014).

O Brasil é uma federação populosa, territorialmente extensa e desigual, que compreende 26 estados, um Distrito Federal e mais de 5.560 municípios. Ainda que a questão federativa tenha sido historicamente relevante na saúde, ela assume maior importância a partir da Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), público e universal, orientado pela diretriz de descentralização político-administrativa, com comando único em cada esfera de governo (MACHADO et al, 2014).

Apesar de a regionalização estar prevista na Constituição Federal de 1988 e nas leis e portarias citadas anteriormente, como mecanismo de descentralização, integralidade e hierarquização da saúde, é apenas com a instituição da NOAS que a regionalização passa a ganhar significado e peso dentro do sistema. Nesse primeiro momento, a regionalização, proposta tecnicamente pelo Ministério da Saúde, é uma norma que define, a priori, módulos assistenciais específicos de organização regional do sistema.

Por um lado, a regionalização normativa inaugurou o debate sobre as regiões de saúde e sobre a necessidade de se pensar o sistema a partir do seu funcionamento no território. Por outro lado, tornou evidente que uma visão estritamente normativa sobre o sistema de saúde é facilmente contestada pelo território usado, isto é, pelo território vivo, pois os pactos pela saúde são travados nos lugares, onde de fato se constituem os sistemas locais e regionais de saúde (VIANA et al, 2008).

O Nordeste brasileiro, mais especificamente, conheceu poucas experiências de regionalização, mais voltadas para a constituição de polos regionais de desenvolvimento, dando continuidade ao padrão de concentração de investimento, população e serviços básicos nas capitais e algumas poucas cidades médias no interior dos estados. As desigualdades originadas pelo baixo dinamismo econômico

do interior, com baixa densidade de urbanização, aliadas à fragilidade do processo de descentralização, criaram um contexto histórico estrutural e político institucional desfavorável à regionalização nos estados do Nordeste brasileiro (SANTOS, 2018).

O Ceará é um estado que tem se destacado no cenário nacional quanto a atuação da esfera estadual na condução do processo de regionalização e planejamento regional do sistema de saúde. O estado do Maranhão possui uma trajetória histórica marcada pelo monopólio político que refletiu nas decisões, políticas e programas de saúde, permeados cada vez menos em interesses coletivos e de sociedade. Mas, com mudança de governo e gestão, apostou em um movimento para a gestão participativa e colegiada, intervindo nos cenários de vulnerabilidade do estado. O estado do Piauí apresenta uma valorização do planejamento com a distribuição de responsabilidades, demonstrando que a regionalização é pauta assumida, coordenada e bem-posicionada no processo de trabalho do planejamento em saúde (GONÇALVES, 2022).

Na Paraíba a experiência com gestão teve início em 2011, com a instituição de apoiadores regionais buscando ações articuladas na organização. A articulação contribuiu para o fortalecimento do processo de trabalho da gestão direcionada para o fortalecimento da regionalização. Em Pernambuco existe uma rede de apoio regional na gerências regionais de saúde com papel de coordenação da regionalização, sendo que em 2011 com a publicação do decreto 7.508, houve um fortalecimento nos espaços de governança, mas ainda incipiente na descentralização de recursos. O estado busca fortalecer as regiões diante dos desafios econômicos e financeiros em saúde. O Rio Grande do Norte sempre buscou estruturar as ações de regionalização através do decreto 7.508, mas esse processo tem sido difícil a sua concretização pela assinatura do COAP, ocasionando paralisação do processo. O estado do Sergipe possui experiência de regionalização administrativa e de saúde no contexto do desenvolvimento econômico do estado, como é o caso também do Rio Grande do Norte, voltado aos moldes das iniciativas federais, configurando-se como um fator complicado na articulação da gestão regional (GONÇALVES, 2022).

A conformação da regionalização da saúde deve levar em conta a extrema heterogeneidade do território brasileiro e buscar a complementaridade entre as regiões e seus serviços. Com as rápidas transformações das possibilidades de usos do território e a complexidade da realidade mundial por conta dos processos de globalização, atualmente, faz-se necessária uma revisão mais refinada do significado

de regionalização e de suas relações com o processo de descentralização. Um dos principais desafios, hoje, para o desenvolvimento e fortalecimento do SUS é, portanto, pensar a regionalização a partir de novos critérios e conteúdo que deem conta da realidade do Brasil e que não engessem as políticas, os acordos e compromissos intergovernamentais em um único formato (VIANA et al, 2008).

De modo particular, os gestores municipais desempenham papel de protagonismo na construção do planejamento regional em saúde, pois a partir da Lei Orgânica da Saúde, foi atribuída aos municípios a responsabilidade pela direção municipal do SUS e execução da maior parte das ações e serviços de saúde, ficando a União e os estados prioritariamente responsáveis pela normatização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação (SANTOS, 2018).

Os estados do Nordeste enfrentam dificuldades em relação ao processo de descentralização política, que se expressam pelo grande número de municípios dependentes das capitais e dos governos estadual e federal, em termos de capacidade técnica e financeira para a execução das ações e programas da política de saúde. Muitos desses municípios também enfrentam dificuldades no exercício de sua autonomia em função das heranças oligárquicas da estrutura do poder político na região (ALBUQUERQUE, 2013).

Marcados por diferenças expressivas de capacidade de oferta, recursos financeiros, níveis de conflito político, capacidade institucional e de gestão, esses contextos podem influenciar a direção e o ritmo do processo estadual de tomada de decisões, podendo produzir respostas muito diversificadas às políticas propostas pela esfera federal para a organização de redes de atenção à saúde (Ouverney et al, 2017).

Kerr et al, 2020, mostra em seu estudo que a COVID-19 impactou a região Nordeste de forma muito severa. A falta de liderança do governo em formular uma resposta nacional consistente, levou a governos dos estados e administrações municipais a tomarem em suas mãos as decisões de responder à epidemia e as medidas para mitigá-la.

Apesar das dificuldades elencadas, em todos os estados da região as experiências de regionalização administrativa e setorial da saúde são antigas (algumas originadas antes mesmo da criação do SUS), ligadas à história de formação e desenvolvimento econômico dos estados e de seus sistemas e políticas de saúde,

com destaque para aquelas promovidas pelos estados da Bahia, do Rio Grande do Norte, do Ceará e de Sergipe (ALBUQUERQUE, 2013).

Em relação à direcionalidade, o processo de regionalização nos estados do Nordeste é orientado por uma diversidade de ideologias – equidade, democrática-participativa, gerencial, desenvolvimentista e determinantes sociais em saúde, com predominância das três primeiras. Os objetos da regionalização nos estados do Nordeste são a organização de redes e fluxos, a ampliação da capacidade instalada (oferta) e a definição de regiões de saúde (LIMA et al, 2012).

Como estratégia de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na região, o decreto 7.508/2011 orienta a assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, o qual contratualiza responsabilidades entre seus representantes, mas ao longo do tempo foi demonstrando ineficiência (GONÇALVES, 2022).

O consórcio Nordeste surge como uma das expressões da retomada da regionalização no atual contexto. Apesar da organização dos estados do Nordeste se evidenciem desde 2005 por meio do fórum de governadores do Nordeste, inicialmente por meio da SUDENE (Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste), no período da pandemia se torna mais evidente, especialmente devido ao posicionamento de resistência às ideias de combate à pandemia proposta pelo presidente Jair Bolsonaro (SOUTO, MELO, FERNANDES, 2022).

Dessa forma Clementino (2019) esclarece que:

A iniciativa dos governadores nordestinos numa associação em consórcio revela, portanto, as dificuldades em estabelecer um projeto para a região. Acredito que a aposta no êxito do Consórcio Nordeste está ancorada: i) na existência de uma identidade regional solidamente construída; ii) em uma crise econômica e política no país, forçando saídas conjuntas de gestão governamental pelas lideranças políticas regionais, hoje potencializadas por interesses de bloco político-partidário em oposição ao governo central; iii) em um discurso técnico presente em instituições de fomento ao desenvolvimento

como a Sudene e o Banco do Nordeste; iv) em um fundo constitucional com a finalidade específica de promoção do desenvolvimento; e v) em lideranças políticas, nesse momento, bem articuladas em torno de arranjos institucionais de gestão pública, como o Fórum dos Governadores e, agora, o Consórcio Nordeste (Ibid., p. 170)

O Consórcio elegeu como áreas prioritárias para atuação a saúde, a segurança pública e a educação, além da adoção de compras coletivas como estratégia de aprimoramento da gestão pública, incluindo bens importados do exterior, o incentivo a cooperação interestadual, principalmente no que se refere à ajuda de um estado para outro em casos de emergência, dentre outros pontos. Os aspectos supracitados serão cruciais para a atuação do Consórcio Nordeste nas ações de combate à pandemia da Covid-19, sobretudo em virtude das grandes disparidades socioeconômicas e administrativas entre os estados da região, o que interfere na aptidão de cada governo em dar respostas a crise geral desencadeada pela pandemia em seus territórios (ROSSI, SILVA, 2020).

Destaca-se que a regionalização, apontada no contexto normativo do SUS como necessária para garantia de atenção integral, exige esforços técnico-políticos para a sua efetivação. Os Consórcios Públicos de Saúde foram constituídos como arranjos organizativos entre os entes municipais nessa perspectiva e possuem relevante papel de apoio, ao propiciar a rediscussão do pacto federativo, no sentido de enxergar pontos fracos da região, de verificar onde podem atuar regionalmente e de forma organizada, para enfrentar os desafios comuns (SHIMIZU, LIMA, CARVALHO, CARVALHO, VIANA, 2023).

A construção regionalizada da política de saúde com ação integrada entre entes federados autônomos traz um novo desafio, que é o compartilhamento de estratégias, a combinação de ações e a concatenação de esforços entre os entes. A coordenação e o gerenciamento de redes regionalizadas pressupõem ausência de hierarquia entre os entes, interdependência entre os participantes, estabelecimento de consensos para que todos partilhem dos objetivos comuns e do papel singular que lhes cabe no contexto da coletividade (SANTOS, 2018).

4. METODOLOGIA

4.1 Caracterização da Pesquisa

O presente estudo foi desenvolvido a partir de uma abordagem metodológica predominantemente qualitativa com análises de aspectos quantitativos, do tipo descritivo-exploratório, a partir de dados secundários provenientes da “Pesquisa Nacional das Comissões Intergestores Regional (CIR)”, realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ em parceria com o CONASS e CONASEMS, e tem a perspectiva de analisar o perfil das CIR do Nordeste na governança da política regional de saúde e papel desempenhado na gestão do SUS. A pesquisa originária para este estudo se caracterizou por um censo realizado com 438 CIR em 26 estados do Brasil entre os anos de 2017 à 2018.

A pesquisa censo inicial, buscou realizar um levantamento de um amplo conjunto de variáveis e aspectos da estrutura, do funcionamento e da influência dessas instâncias no processo de regionalização do SUS, avaliando a capacidade de coordenação regional e o papel desempenhado pelas CIR na gestão da política de saúde nas regiões de saúde dos estados brasileiros.

Lakatos (2022), aponta que a análise e interpretação em uma pesquisa qualitativa não tem como finalidade contar as opiniões de pessoas: “seu foco é, principalmente, a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar”.

A escolha pelo estudo qualitativo resultou da característica do tema considerado para a pesquisa, dada sua complexidade e necessidade de aprofundamento. O aspecto qualitativo implica considerar sujeito de estudo: pessoas em situação, com determinada condição social ou classe, com suas crenças, valores e significados. Implica também em considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação.

A pesquisa qualitativa é uma tentativa de “compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos”.

Para Gil (2017), as pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir

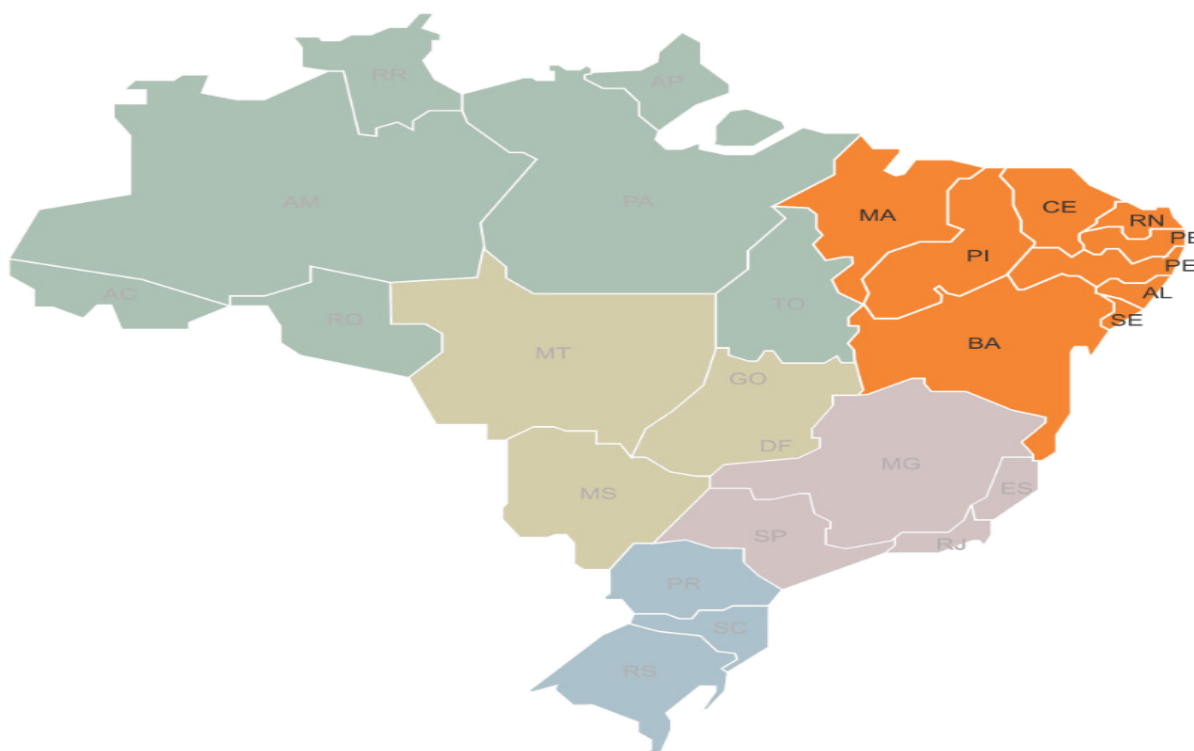
hipóteses. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado.

As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Podem ser elaboradas também com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis (LAKATOS, MARCONI, 2022).

4.2 Cenário da Pesquisa

O Nordeste é a região brasileira que possui a maior quantidade de estados, nove ao todo (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe). Sua extensão territorial é de 1.558.257 Km² e, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), abriga uma população de 53.081.950 habitantes. É conhecida como o berço do Brasil, pois foi a primeira região do País a ser ocupada pelos colonizadores. É também um lugar de grandes contrastes sociais, conhecido pela diversidade do seu povo, rica cultura, clima quente e belas praias (IBGE, 2023).

Figura 03: Mapa do Brasil com destaque para região Nordeste.



Fonte: <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox?projector=1>

O estudo foi desenvolvido com dados a partir de pesquisa realizada pelo Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ em parceria com o CONASS e CONASEMS sobre as Comissões Intergestores Regional – CIR, uma pesquisa de abrangência nacional das 438 CIR nos 26 estados brasileiros que realizou um levantamento amplo de um conjunto de variáveis e aspectos da estrutura, do funcionamento e da influência dessas instâncias no processo de regionalização do SUS.

O estudo, aqui proposto, foi realizado a partir de um recorte regional referente à Região Nordeste do Brasil, a qual é composta por 133 regiões de saúde que corresponde a 30% das regiões de saúde do Brasil, distribuídas nos 9 estados que a compõe: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe. A localização mencionada pode possibilitar importantes articulações e pactuações interfederativas para os gestores dessa região.

A elevada participação dos Presidentes/Diretores(as)/Coordenador(as) das CIR na pesquisa está relacionada à escolha de estudo da região nordeste, e pela conformação do Consórcio do Nordeste que possibilita que gestores se articulem, observem um ou vários problemas e proponha soluções compartilhadas, obtenham resultados satisfatórios, minimizando burocracias e barreiras entre governos. Além de a região ter apresentado um percentual de 100% de participação, o que caracteriza um ótimo cenário para aprofundamento do objeto de estudo. Ademais, a justificativa, já mencionada, com relação ao recorte do cenário elencado para o estudo, em questão, também está associado à afinidade deste pesquisador e inserção em um programa de pós-graduação na Universidade Federal da Paraíba, tendo em vista a escassez de pesquisas com a temática sob a perspectiva regionalizada.

4.3 Estratégia de coleta e análise de dados

Com relação aos dados da pesquisa, esses dados foram coletados através de questionário eletrônico on-line e semiestruturado direcionado aos presidentes/coordenadores/diretores das CIR, que responderam em seu computador pessoal, celular ou tablet, entre os anos de 2017 e 2018. Foram obtidos questionários completos para as CIR de 434 regiões de saúde de 25 estados do Brasil, o que representa a realização de um censo nacional dessas instâncias.

O questionário aplicado na entrevista foi estruturado com 80 questões objetivas e foi aplicado abordando as seguintes características e dinâmica de atuação das CIR: (1) informações sobre o (a) Presidente/Diretor (a)/Coordenador (a) da CIR; (2) processo de implementação da CIR (3) Estrutura e Recursos Físicos, Organizacionais e Financeiros da CIR; e (4) organização político-institucional e dinâmica de funcionamento.

Quadro 01: Características, dinâmica e dimensões da CIR a serem avaliadas.

CARACTERÍSTICAS E DINÂMICA DE ATUAÇÃO DAS CIR		DIMENSÕES DA CAPACIDADE DE COORDENAÇÃO FEDERATIVA REGIONAL DAS CIR
Qualidade da Governança das CIR	1. Perfil dos (as) coordenadores (as) 2. Processo de implantação 3. Estrutura física, administrativa e financeira 4. Organização político-institucional e dinâmica de funcionamento	1. Qualificação e experiência do coordenador 2. Legitimidade Institucional 3. Nível de adesão e regularidade de funcionamento 4. Qualidade da Estrutura 5. Condições de funcionamento 6. Equilíbrio de poder e amplitude dos interesses federativos 7. Qualidade das reuniões (preparação técnica, convidados e conteúdo) 8. Segurança e legitimidade do processo decisório 9. Accountability (transparência)

Fonte: Elaborada pelo autor com base no questionário da “Pesquisa Nacional das Comissões Intergestores Regionais – CIR, 2017 - 2018.

Dentro desses domínios foram estudadas as seguintes dimensões com suas variáveis para avaliar a qualidade da governança das CIR: Qualificação e experiência do coordenador, Legitimidade Institucional, Nível de adesão e regularidade de funcionamento, Qualidade da Estrutura, Condições de funcionamento, Equilíbrio de poder e amplitude dos interesses federativos, Qualidade das reuniões (preparação técnica, convidados e conteúdo), Segurança e legitimidade do processo decisório e Accountability (transparência).

A Pesquisa Nacional da Comissões Intergestores Regionais – CIR, buscou avaliar suas dimensões com suas 75 variáveis. Sendo que neste estudo, optou-se por trabalhar com 32 variáveis que estão dispostas no quadro 02. O critério de definição

das variáveis a serem trabalhadas se deu a partir do objeto deste estudo, permitindo assim, uma melhor sistematização e análise dos dados.

Quadro 02: Dimensões e Variáveis da Organização Institucional das CIR.

DIMENSÕES	VARIÁVEIS
I - Qualificação e experiência do coordenador	1. Sexo 2. Cor/Etnia 3. Idade 4. Nível de Instrução 5. Profissão 6. Número de mandatos
II - Legitimidade Institucional, adesão e regularidade de funcionamento	7. Ato legal da instituição 8. Ano do ato legal 9. Forma de adesão dos municípios 10. Participação do MS na implementação 11. Interrupções desde a implementação 12. Espaço anterior de condução da regionalização 13. Iniciativa de implementação 14. Condução de implementação
III - Qualidade de Estrutura e Condições de Funcionamento	15. Inserção institucional da CIR 16. Espaço de reuniões 17. Sede administrativo 18. Número de salas 19. Secretaria executiva 20. Regime de funcionamento 21. Gastos com funcionamento 22. Ordenador de despesas
IV - Equilíbrio Federativo	23. Regimento interno 24. Processo de elaboração 25. Composição do colegiado da CIR 26. Fatores de definição de pauta 27. Atores que definem as pautas das reuniões
V - Qualidade do Processo Decisório	28. Principais temas discutidos 29. Reuniões preparatórias 30. Condução das reuniões deliberativas 31. Frequência de reuniões
VI – Transparência	32. Publicização das reuniões

Fonte: Elaborada pelo autor com base no questionário da “Pesquisa Nacional das Comissões Intergestores Regionais – CIR, 2017 - 2018.

As informações analisadas estão armazenadas e organizadas em um banco de dados e georreferenciadas, a fim de constituir um painel com informações sobre cada estado e comissões estudadas. O instrumento integral foi planejado e testado previamente e enviado por meio do sistema eletrônico, possibilitando o preenchimento

e envio de respostas via web. O banco de dados deste estudo foi disponibilizado pelo Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, responsável pela pesquisa e pelo armazenamento desses dados, sendo que o banco de dados foi enviado via e-mail para realização das análises.

A qualidade dos bancos de dados foi avaliada considerando as inconsistências (variáveis ignoradas) e a incompletude (variáveis em branco).

A delimitação da análise buscou responder os objetivos desta pesquisa com respostas obtidas através dos questionários aplicados, onde analisou as respostas que foram filtradas e classificadas através do software Excel 2013, a partir disso foram também elaboradas planilhas que permitiram melhor visualização, tabulação e análise das informações encontradas e dos aspectos a serem avaliados.

As respostas foram organizadas em gráficos e tabelas para melhor compreensão e apresentação com os resultados expostos para apropriação dos objetivos do estudo.

4.4 Sujeitos da Pesquisa

A população da pesquisa foi composta por presidentes/coordenadores/diretores das CIR da região nordeste, onde os mesmos, responderam integralmente o questionário correspondendo a 133 presidentes/coordenadores/ diretores das CIR.

Os atores incluídos neste estudo foram os presidentes/coordenadores/diretores, em pleno exercício no período de agosto de 2017 a novembro de 2018. Todos assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido e foram informados sobre os objetivos da pesquisa.

Quadro 03: Número de Comissões Intergestores Regional por estado do Nordeste.

UF DO NORDESTE	NÚMERO DE CIR
Bahia	28
Ceará	22
Maranhão	19
Paraíba	16
Pernambuco	12
Piauí	11

Alagoas	10
Rio Grande do Norte	8
Sergipe	7

Fonte: Elaborada pelo autor com base no questionário da “Pesquisa Nacional das Comissões Intergestores Regionais – CIR, 2017 - 2018.

Para a formação do grupo a ser pesquisado e estudado, trabalhou-se com os dados do nordeste com papel de coordenação e representação junto às discussões no âmbito das comissões Intergestores.

3.5 Aspectos éticos e legais

Para esta pesquisa foram utilizados dados secundários cedidos pelo Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, que realizou a pesquisa censo “Análise das Comissões Intergestores Regionais – CIR” em parceria com o CONASS e CONASEMS.

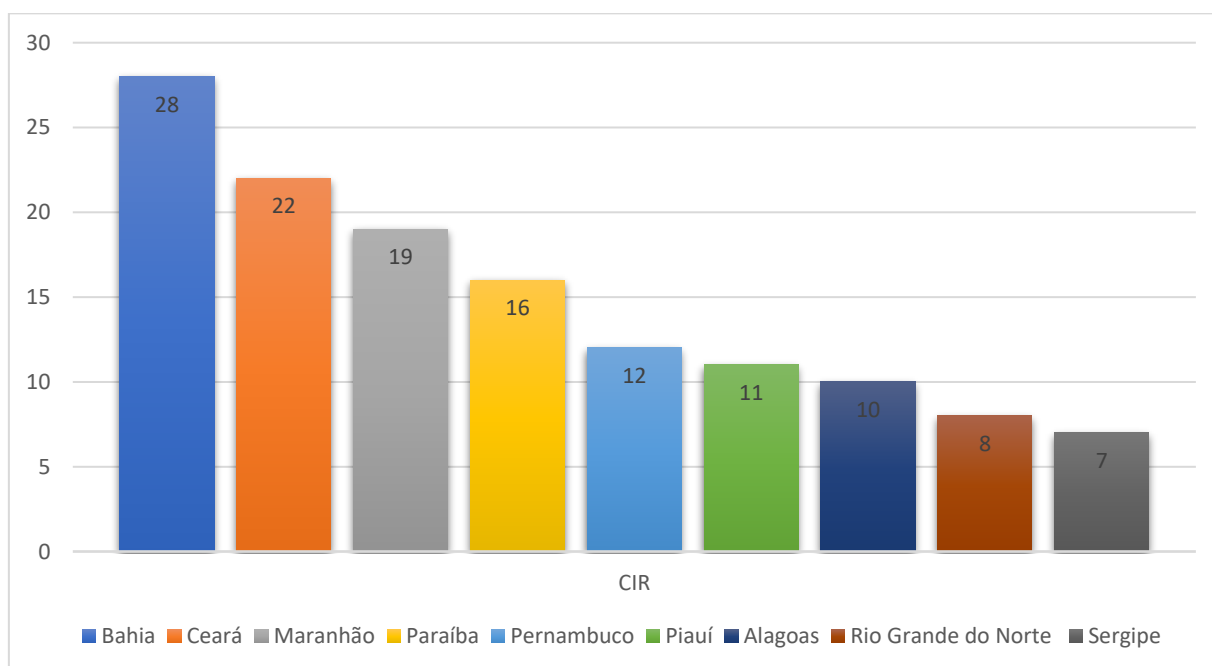
As entrevistas foram voluntárias, o que permitiu a livre manifestação dos participantes, sem interferências paralelas que atrapalhassem a aplicação do instrumento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado aos participantes antes da aplicação do instrumento, em seguida, foi requisitada a assinatura dos sujeitos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a exposição dos resultados deste estudo, optou-se por apresentar os achados em 4 dimensões da pesquisa e suas variáveis: perfil dos (as) coordenadores (as); processo de implantação; estrutura física, administrativa, financeira e Organização político-institucional/dinâmica de funcionamento. Frente a essas perspectivas, os resultados dessa pesquisa se concentram em analisar o Perfil das CIR do Nordeste na governança do SUS.

A amostra deste estudo foi composta por 133 coordenadores/presidentes das CIR distribuídos nas nove unidades federativas da região nordeste do Brasil. Todos os coordenadores/presidentes dos nove estados do Nordeste participaram da pesquisa. O estado da Bahia com 28 CIR se destaca como a maior unidade federativa com representatividade destes gestores, enquanto o estado de Sergipe com sete CIR é o estado com menor número de representantes regionais de saúde.

Gráfico 01: Distribuição das CIR por unidade federativa no Nordeste.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa “Análise das Comissões Intergestores Regionais – CIR, 2017 - 2018.

5.1 Perfil dos (as) Coordenadores/Presidentes das CIR

Ao analisarmos os dados contidos na tabela 01 abaixo, os resultados apontam que há predominância de mulheres na condução das CIR. Dos respondentes, 58,51% são do sexo feminino, enquanto os participantes do sexo masculino representam 41,49% dos respondentes.

Analisando os demais dados, fica evidente que em sua grande maioria, a cor/etnia dos entrevistados é predominantemente branca com 48,40% com idade entre 41 - 50 anos representando 36,17%. Quanto ao nível de instrução e profissão, os resultados apontam que 25% do pesquisados possuem ensino superior completo e 51,06% possuem especialização, sendo que 39,89% têm como profissão prevalente a enfermagem.

Em referência ao número de mandatos, 60,11% dos respondentes nunca ocuparam nenhum mandato de coordenação/presidência das CIR, enquanto 8,51% relataram que já exerceram quatro ou mais mandatos como representantes dessas comissões.

Tabela 01: Caracterização do perfil dos Coordenadores/presidentes da CIR do Nordeste.

Variáveis	%CIR - Nordeste	
Sexo	Feminino	58,51%
	Masculino	41,49%
Cor/Etnia	Branca	48,40%
	Parda	42,02%
	Preta	6,38%
	Amarela	3,19%
Idade	até 30 anos	5,32%
	31 a 40 anos	32,98%
	41 a 50 anos	36,17%
	50 a 60 anos	18,62%
	+60 anos	6,91%
Nível de Instrução	Especialização	51,06%
	Superior completo	25,00%
	Mestrado	18,09%
	Doutorado	0,53%
Profissão	Enfermeiro (a)	39,89%
	Administrador (a)	12,77%
	Sanitarista	10,64%
	Cirurgiã (o)-dentista	8,51%
	Farmacêutico (a)	6,38%
	Médico (a)	5,85%
	Pedagogo/professor (a)	4,26%
	Assistente social	2,13%
	Nenhum	60,11%
Número de mandatos	1	16,49%
	2	12,77%
	3	2,13%
	4 ou mais	8,51%

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa "Análise das Comissões Intergestores Regionais – CIR, 2017 - 2018.

Diante dos dados é possível compreender que há crescimento na participação das mulheres nos espaços institucionais. No Brasil, apesar de comporem mais de 50% da população brasileira, a representação e participação das mulheres nas esferas decisórias e institucionais da política ainda é mínima.

Apesar de toda a trajetória e lutas pela igualdade entre os gêneros, sabe-se que ainda é bem escassa a presença da mulher nos espaços de poder e decisão. Ao discorrer quanto à trajetória e importância da mulher, se faz necessário retratar as duras conquistas nos espaços de representação, além das modificações que ocorreram na sociedade brasileira que fizeram com que a mulher deixasse de ser apenas uma figura nas esferas privadas e passasse a estar presente nos diversos espaços públicos, sejam universidade, mercado de trabalho ou na política. É tratar de democracia e opressão, preconceitos e vitórias (SILVA et al, 2022).

Cabe pontuar que os achados demonstram uma maior participação das mulheres nesses espaços de decisão no Nordeste. O crescimento da participação das mulheres na esfera pública, nos espaços de debates institucionais e na vida política e social apresentando suas demandas, dando visibilidade a sua condição feminina na sociedade, questionando as desigualdades e reivindicando direitos, é resultado de um movimento histórico que ganhou força no cenário mundial e nacional. O movimento feminista fortaleceu-se como movimento social que questionava a organização da sociedade a partir da desigualdade de gênero em todos os espaços da vida humana, na família, no trabalho, na política, no direito, na religião, nas relações sociais e pessoais (CORREIA, 2018).

Quanto à relevância do profissional de enfermagem nos espaços de gestão, Silva et al (2022), destacou que no Brasil, a gestão e liderança do enfermeiro como algo que oportuniza o trabalho dos demais profissionais da enfermagem, desde que o enfermeiro tenha a capacidade de liderança e governança na condução dos serviços de saúde. A ocupação de cargos de gerenciamento e gestão pelos profissionais enfermeiros tem sido uma prática constante e encontra-se alicerçada em normativas inerentes ao exercício profissional dessa categoria.

5.2 Processo de implementação da CIR

O processo de implantação das CIR promoveu novas articulações regionais, favorecendo o desenvolvimento de soluções e reflexões sobre a governança regional com respostas oportunas para o SUS.

Ao observar os dados da tabela 02, é possível identificar que na região Nordeste há uma predominância dos processos de implantação das CIR serem instituídas por deliberação da CIB, representando 57,98%, enquanto 13,30% foram implantadas com iniciativa do gabinete estadual, sendo que 44,15% foram implantadas no ano de 2011 e 15,96% em 2012 após o decreto 7.508/2011, e essa adesão ocorreu de forma imediata e completa para 65,43% e 16,49% imediata porém de forma parcial dos respondentes.

Tabela 02: Caracterização do processo de implantação das CIR no Nordeste.

VARIÁVEIS	% CIR - NORDESTE	
Ato legal da instituição	Lei Estadual	7,45%
	Gab-Estadual	13,30%
	Gab-SES	12,23%
	CIB	57,98%
	Outros	9,04%
Ano do ato legal	2016	1,06%
	2015	4,79%
	2014	5,32%
	2013	10,64%
	2012	15,96%
	2011	44,15%
	Outro	18,09%
Forma de adesão dos municípios	Imediata e completa	65,43%
	Imediata e parcial	16,49%
	Paulatina e completa	10,64%
	Paulatina e parcial	7,45%
	Nenhuma	35,64%
Participação do MS na implementação	Acompanhou o processo	37,77%
	Suporte técnico e financeiros	10,64%
	Influenciou no processo	9,57%
	Outros	6,38%
	Nenhuma	77,13%
Interrupções desde a implementação	Uma	10,11%
	Duas	6,38%
	Três	1,06%
	Quatro	1,60%
	Cinco	0,00%
	Seis ou mais	3,72%

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa “Análise das Comissões Intergestores Regionais – CIR, 2017 - 2018.

É notório que as CIR são instituídas a partir do Decreto nº 7.508/2011, que fortalece a governança a partir de decisões consensuadas fortalecendo o território nas regiões de saúde. Os dados ainda demonstram que 77,13% dos entrevistados afirmam que não houve interrupções no processo de implantação das comissões.

Para Medeiros et al 2017, o Decreto nº 7.508 reafirma a regionalização como estratégia para a reorganização da política de saúde, caracterizando-se como regulador da estrutura organizativa do SUS, do planejamento em saúde, da assistência e articulação interfederativa. Prevê ainda o reordenamento das regiões em redes de atenção à saúde com resolutividade locorregional (BRASIL, 2021). O avanço proposto pelo decreto foi a ampla participação da gestão municipal nas decisões, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR) e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que prevê o planejamento regional integrado e ascendente.

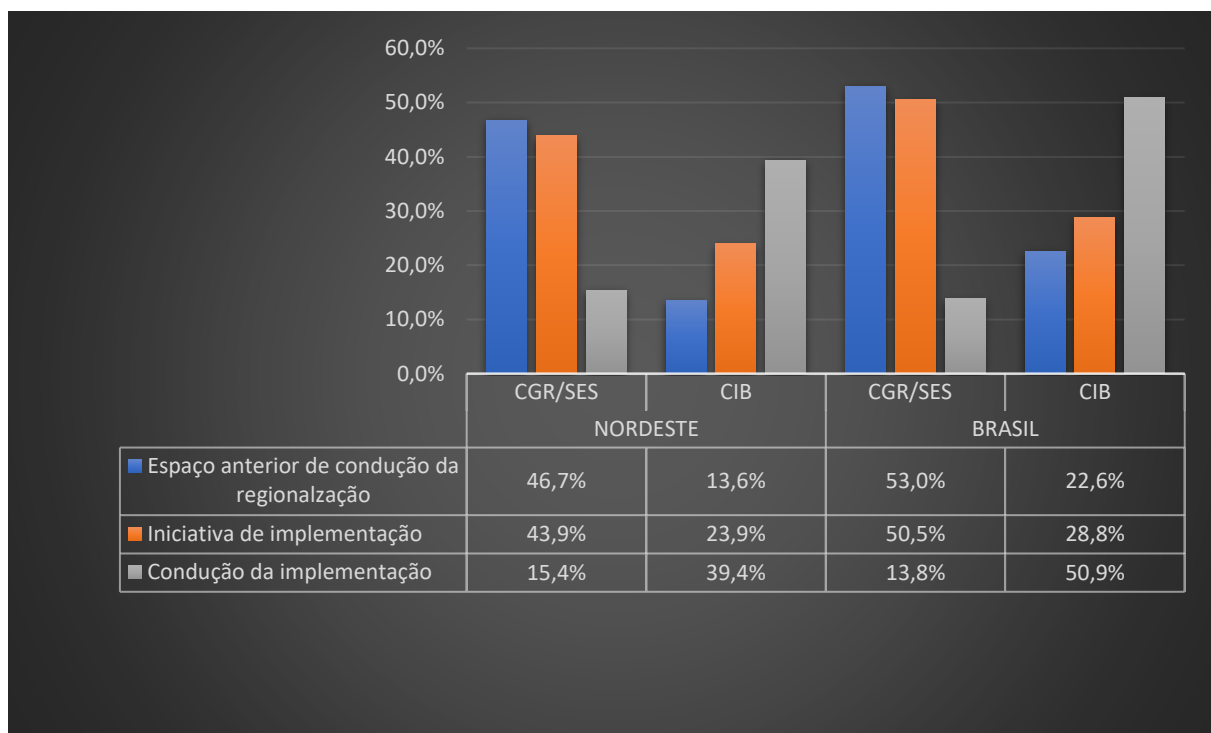
Para Ouverney et al (2019) na pesquisa dos gestores municipais do SUS, evidencia-se que no projeto de reforma sanitária do SUS, há dois importantes pilares, que são a participação popular e a regionalização, estes assinalados como os que ainda demandam políticas especiais para se concretizarem. Essa percepção corrobora a existência de uma agenda de limites estruturais, em âmbito nacional, que aponta para a necessidade de construção de políticas federais e estaduais de apoio aos municípios para ampliar sua capacidade de gestão e governança. Em especial, as dificuldades relativas à regionalização sinalizam, novamente, a relevância da ampliação das estratégias estaduais de planejamento e coordenação regional, sendo importante ressaltar as variações regionais de percepção dos gestores sobre a implementação dos princípios do SUS.

A elevada adesão dos municípios às CIR pode ser explicada pela ampla difusão prévia dos colegiados de gestão regional nas regiões de saúde dos estados, ocorrendo, portanto, em grande parte, a substituição de um modelo institucional por outro, favorecendo espaços de articulação e pactuação entre os entes federativos, permitindo discussões propositivas de aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS (OUVERNEY, 2021; MEDEIROS et al, 2017).

Quando analisamos os dados do gráfico 2, que versa sobre a iniciativa e condução da implementação da CIR, é possível identificar que o espaço de condução anterior à regionalização no Nordeste era o Colegiado de Gestão Regional das secretarias de saúde dos estados com 47,6%, enquanto somente 13,6% era conduzido pelas CIB e esses dados entram em consonância com dados do Brasil também apresentados. Com relação à iniciativa de implementação das CIR no Nordeste, verifica-se que tanto na região nordeste (43,9%), como no Brasil (50,5%)

iniciaram a implementação ocorreu através das Secretarias de Estado da Saúde, demonstrando assim uma forte dependência do estado para implementação desses espaços de governança.

Gráfico 02: Percentual da iniciativa e condução de implementação das CIR no Nordeste.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa “Análise das Comissões Intergestores Regionais – CIR, 2017 - 2018.

Quanto à condução da implementação, os dados mostram que as CIB foram responsáveis por conduzir o processo para instituir as CIR no Nordeste representado por 39,4% dos dados, enquanto no Brasil esses dados demonstram a mesma realidade com 50,9%, afirmando-se que o processo de condução foi de responsabilidade da CIB, buscando o fortalecimento e protagonismo na governança.

A regionalização é parte do processo de descentralização do SUS e a CIR representa a extensão desse sistema de governança integrada e consensuada, construído ao longo do processo de implementação do SUS.

A implantação das CIR, desde 2011, em continuidade aos Colegiados de Gestão Regional (CGR), tem sido apontada como a reafirmação de uma das inovações essenciais para se avançar no processo de articulação regional das ações e serviços

nas regiões de saúde do país. Com isso a regionalização, impõe novos desafios ao federalismo setorial, exigindo o desenvolvimento de soluções clínicas, gerenciais, financeiras e, principalmente políticas, o que provoca uma reflexão do quanto esse sistema mais recente de governança está preparado para fornecer respostas adequadas para o futuro do SUS (SILVA, 2018).

Viana et al (2012), aponta que a regionalização e o acesso nos estados brasileiros evidencia mudanças importantes no exercício de poder no interior da política de saúde, que se traduz por: introdução de novos atores (governamentais e não governamentais), relevância das Secretarias de Estado de Saúde (SES) na condução da regionalização com fortalecimento das suas instâncias de representação regional, criação de novas instâncias de coordenação federativa (Colegiados de Gestão Regional), revisão das formas de organização e representatividade dos Conselhos de Representação das Secretarias Municipais de Saúde/ Comissões Intergestores Bipartite e revisão dos acordos intergovernamentais estabelecidos na descentralização.

Machado et al (2014), revelou em seu estudo que as CIB foram importantes nas decisões relativas à conformação ou fortalecimento de instâncias regionais de negociação intergovernamental, ao planejamento regional e à conformação de redes, agregando responsabilidades às CIB após a publicação do decreto 7.508/2011, definindo a Comissão Intergestores Regional (CIR) como espaço de pactuação para organização das redes de atenção e propôs o “contrato organizativo” entre governos como instrumento de reforço à regionalização. Nesse estudo também ficou evidente que a atuação das CIB apresentou variação regional, com o predomínio de comissões com institucionalidade avançada e capacidade de atuação elevada no Sul e Sudeste e comissões com institucionalidade incipiente ou intermediária, além de capacidade de atuação baixa ou moderada nas regiões Norte e Nordeste.

Essas análises indicam a influência dos condicionantes histórico-estruturais (desenvolvimento socioeconômico, barreiras geográficas, características do sistema de saúde) na capacidade de coordenação federativa da política de saúde.

5.3 Estrutura e recursos das CIR

O processo de regionalização foi influenciado pelas dinâmicas socioeconômicas, dos ciclos de implantação/implementação e das políticas e grau de

articulação/cooperação existente entre os atores sociais que compõem esses espaços de governança, evidenciando um processo autorreferente e dependente, inclusive, dos referenciais teóricos, interesses e projetos nos quais os mesmos encontram-se envolvidos, pautados na capacidade desses atores em gerar consensos sobre as responsabilidades compartilhadas e em construir desenhos regionais que visem a garantia de acesso a ações e serviços de saúde (OUVERNEY et al, 2021).

O estudo apontou que em relação à estruturação das CIR da região nordeste, conforme tabela 03, é possível identificar que, no tocante à inserção institucional há uma predominância através da CIB, representando-se 39,36% e 19,15% pelas DRS das Secretarias Estaduais de Saúde.

Ao detalhar esses dados por unidade federativa fica visível que o estado da Bahia possui o maior percentual de participação da CIB na inserção das CIR, demonstrando-se assim que as comissões CIR ainda estão muito atreladas à dependência de suas instâncias superiores no processo de regionalização, por outro lado, observa-se que no estado do Ceará, a inserção das CIR fica na dependência das DRS/SES, representando-se 54,54%, seguido pelo estado do Pernambuco com 33,33% dos respondentes. Esses dados evidenciam que o poder de decisão dos atores permanece sobre o estado, inviabilizando o processo de descentralização e avanço na consolidação da regionalização.

No que se refere aos espaços de reuniões para discussões e pactuação regionais, fica evidenciado que nos estados da Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte esses momentos de discussões para formulação de políticas públicas, debates sobre condições de saúde da população e necessidades de saúde do território acontecem nas dependências das Secretarias Estaduais de Saúde desses estados; Para tanto, os dados são compatíveis quando analisamos a região, pois os dados evidenciam que 44,57% das reuniões CIR são realizadas em sedes dos estados e apenas 14,36% acontecem nos municípios das regiões, demonstrando-se assim, compreender que as comissões ainda dependem desses espaços para reuniões. Assim, os estados da Bahia 78,57% e Rio Grande do Norte 62,50% são os estados que apontam para maior dependência de espaços dos estados para as reuniões.

Esses mesmos dados se repetem quando analisamos as sedes administrativas dessas comissões no Nordeste, onde 63,83% responderam que a sede administrativa são os espaços das Secretarias Estaduais de Saúde dos estados. Cabe ressaltar que

os estados da Paraíba 60,5%, Piauí 63,33% e Sergipe 85,71%, demonstram que as sedes administrativas estão alocadas em outros setores fora das secretarias estaduais.

Para tanto, observa-se que as CIR são instituições colegiadas instituídas por deliberação das CIB, tendo cada qual suas regras de funcionamento e locais para reuniões com legitimidade institucional que favorecem ao equilíbrio federativo, manutenção das estruturas regionais de gestão, fortalecendo o sistema de governança no processo de difusão de inovações impulsionado pela ação contínua e cooperativa das três esferas da federação brasileira.

Tabela 03: Síntese da estruturação das CIR por Unidade Federativa da região Nordeste em 2016.

VARIÁVEIS		BA	CE	MA	PB	PE	PI	AL	RN	SE	NE
INSERÇÃO INSTITUCIONAL DA CIR	CIB	64,28	40,90	47,36	43,75	25%	27,27	-	25	14,28	39,36
	DRS/SES	7,14	54,54	5,26	12,50	33,33	-	-	-	28,57	19,15
	DPS/SES	10,71	-	10,52	6,25	16,66	27,27	100	75	-	14,36
ESPAÇO DE REUNIÕES	SES	78,57	40,90	36,84	37,5	58,33	45,45	-	62,50	14,28	44,57
	MUNICÍPIOS	21,42	27,27	52,63	12,5	8,33	36,36	100	12,5	71,42	14,64
SEDE ADMINISTRATIVO	SES	100	95,45	47,36	25	66,66	36,36	100	75	14,85	63,83
	OUTROS	-	4,54	42,10	60,5	33,33	63,63	-	25	85,71	17,02
NÚMERO DE SALAS	1	85,71	90,90	89,47	100	50	100	100	100	85,71	81,38
	2 OU MAIS	14,28	9,09	10,52	-	50	-	-	-	14,28	18,61
SECRETARIA EXECUTIVA	IMPLANTADA	92,85	72,72	36,84	62,5	33,33	18,18	100	75	42,85	64,89
	NÃO IMPLANTADA	7,14	22,72	47,36	37,5	41,66	54,54	-	-	42,85	25
	EM PROCESSO	-	4,54	15,78	-	25	27,27	-	25	14,28	10,11
	TODOS OS DIAS	71,42	40,90	-	7,14	58,33	-	90	62,50	42,85	51,22
REGIME DE FUNCIONAMENTO	MENSAL	14,28	-	31,57	28,57	8,33	-	10	12,5	-	15,24
	APENAS EM REUNIÕES	3,57	4,54	5,26	28,57	-	45,45	-	-	14,85	9,15

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa “Análise das Comissões Intergestores Regionais – CIR, 2017 - 2018.

Quanto ao número de salas, para 81,38% dos respondentes da região nordeste, as CIR funcionam com apenas uma sala para reuniões e atividades administrativas. Em relação ao regime de funcionamento 51,22% das comissões CIR do Nordeste funcionam todos os dias e 9,15% funcionam somente nos dias de reuniões.

No tocante às secretarias executivas, 64,89% das CIR apresentam secretarias implantadas, enquanto 25% não possui e 10,11% estão em processo de implantação.

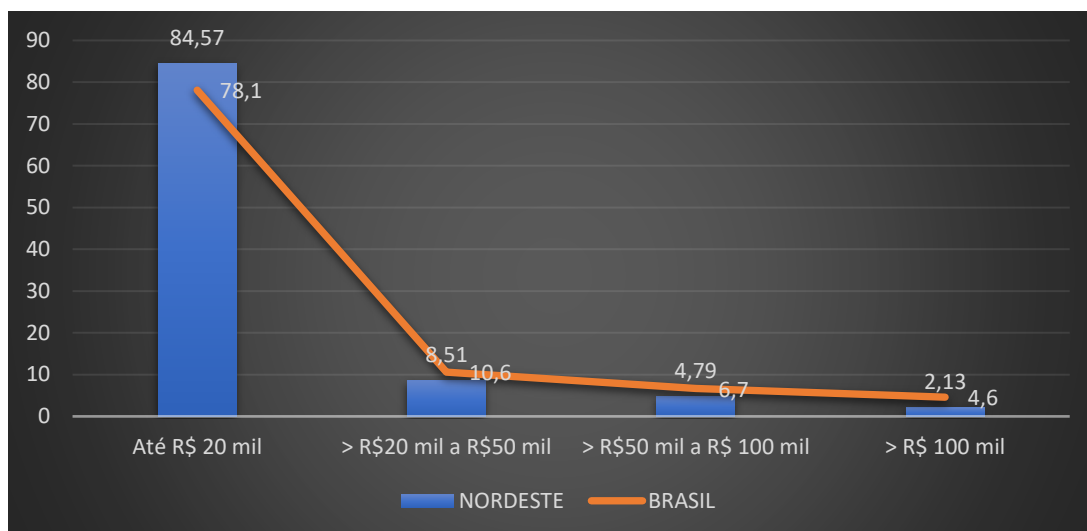
Faz-se necessário afirmar que as secretarias executivas são essenciais para o desenvolvimento das atividades dessas comissões onde são responsáveis pela elaboração das atas, encaminhamentos, recebimento de pautas, envio de resoluções aos municípios e divulgação das atividades nesses espaços de discussão e pactuações.

Para Carvalho (2016), mesmo com os avanços normativos e os esforços dos gestores no sistema, a regionalização efetivamente ainda não está na agenda prioritária, a não ser que se considerem os aspectos relativos à organização assistencial dos serviços de saúde, a exemplo da iniciativa das redes de atenção construídas nessa perspectiva nos últimos anos.

Lima et al (2012), destacou que algumas dificuldades para atuação regional nos estados decorrem do fato de que, muitas vezes, a integração dos serviços de saúde obedece a lógicas territoriais da rede urbana que extrapolam suas fronteiras de municípios com outros estados, e há também forte ingerência do poder político eleitoral (os chamados bolsões eleitorais de determinados políticos) em certas regiões, com heranças centralizadoras em algumas unidades da federação.

Ao analisar os gastos com o funcionamento da CIR em 2016 no Nordeste (gráfico abaixo), cerca de 84,57% dos gastos com as CIR são de até vinte mil reais no ano de 2016 e 4,6% acima de cem mil. Quando comparamos com os dados do Brasil, os números são convergentes na mesma tendência de gastos, onde 78,10% dessas comissões possuem um orçamento de até vinte mil anuais para as despesas de custeio e investimento, demonstrando um aporte insuficiente de recursos para manter os trabalhos e atividades gerenciais.

O financiamento insuficiente em um cenário de disputas políticas e fragmentação de recursos, que tem se agravado nos últimos anos, tem prejudicado demasiadamente o avanço do sistema de saúde com base regional, tornando-se imperativo superar o crônico e grave subfinanciamento, acima de tudo para melhorar a infraestrutura do sistema (RIBEIRO, TANAKA, DENIS, 2017).

Gráfico 03: Percentual de gastos com o funcionamento da CIR em 2016.

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa “Análise das Comissões Intergestores Regionais – CIR, 2017 - 2018.

Ao analisarmos os recursos e gastos por unidades federativas na tabela 04, vislumbra-se as CIR do estado de Alagoas 40% dos gastos estão acima de vinte mil e os estados do Piauí e Rio Grande do Norte são os únicos do Nordeste que 100% dos gastos estão até vinte mil reais.

Quando analisamos estes gastos por UF dando visibilidade ao ordenador de despesas, é possível compreender que em todos os estados do Nordeste, o ordenador de despesa é o presidente ou coordenador das CIR representado por 44% dos dados, exceto Paraíba, Rio Grande do Norte e Alagoas. Embora que, na Paraíba o ordenador de despesa é representado pelo tesoureiro, configurando-se 10% e Rio Grande do Norte 100% outros. Já no estado de Alagoas não houve respondentes nesse quesito, inviabilizando assim a análise de gastos nas comissões CIR de seu estado.

Segundo Overney et al (2021), não existe, em quase sua totalidade dos casos, alocação orçamentária exclusiva para o custeio das atividades das CIR, essa situação gera insegurança e instabilidade em seu funcionamento, desmotivando gestores e técnicos e promovendo redução das expectativas quanto ao planejamento e gestão regional do SUS. Além disso, os aportes de recursos federais para apoiar o financiamento dessas instâncias foram interrompidos, sinalizando perda de legitimidade e relevância de seu papel nas estratégias nacionais de coordenação federativa do SUS.

TABELA 04: Percentual de gastos com funcionamento das CIR em 2016 e ordenador de despesas.

ESTADOS	VARIÁVEIS	GASTOS COM FUNCIONAMENTO DA CIR EM 2016		ORDENADOR DE DESPESAS
		Até R\$ 20 mil	> R\$ 20 mil a R\$ 50 mil	
BAHIA		96%	4%	42% Presidente
CEARÁ		95%	5%	36% Presidente
MARANHÃO		85%	15%	15% Presidente
PARAIBA		87%	12%	10% Tesoureiro
PERNAMBUCO		75%	25%	16% Presidente
PIAUÍ		100%	-	54% Presidente
ALAGOAS		60%	40%	-
RIO GRANDE DO NORTE		100%	-	100% Outros
SERGIPE		71%	28%	42% Presidente
NORDESTE		84%	8%	44% Presidente

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa "Análise das Comissões Intergestores Regionais – CIR, 2017 - 2018.

Dessa maneira, devemos objetivar o avanço da regionalização com investimentos mais abrangentes, fortalecendo a coordenação federativa e cooperativa que contemple o alcance de políticas de saúde com a finalidade de combater as desigualdades sociais, promovendo a cidadania nacional.

5.4 Organização político-institucional e dinâmica de funcionamento

Ao compreendermos a organização político-institucional e funcionamento das CIR, analisando-se a tabela 05, verifica-se que a grande maioria das CIR dos estados do Nordeste possuem regimento interno, com destaque para o estado do Maranhão que ainda possui 10% das comissões que não possuem regimento interno, também ficou evidente que esses instrumentos são construídos em sua grande maioria por

formato padronizado pelas secretarias estaduais, totalizando 69% dos instrumentos na região nordeste. Os estados da Paraíba 87%, Pernambuco 75% e Piauí 73%, demonstram uma maior independência no tocante do regimento interno com instrumentos específicos.

Quando analisamos o processo de elaboração, ficou explícito que os regimentos internos das comissões do nordeste foram elaborados com atores das secretarias estaduais e secretarias municipais em CIB, totalizando um percentual de 43% dos dados. Cabe salientar, que o estado de Alagoas, é o único estado do Nordeste em que esses instrumentos foram construídos 100% pela SES, SMS e COSEMS, já o estado da Paraíba totaliza 56% e Pernambuco 50%, portanto, conduziram esse processo de elaboração com grupo de trabalho entre SES e SMS. Já os estados da Bahia 54%, Ceará 68% e Rio Grande do Norte 100% pontuam que a elaboração se deu pelas SES e SMS em CIB. A partir disso, vislumbra-se que todos os regimentos internos foram construídos de forma compartilhada entre estados e municípios.

Tabela 05: Percentual de CIR com Regimento interno e Processo de elaboração no Nordeste.

VARIÁVEIS ESTADOS	REGIMENTO INTERNO			PROCESSO DE ELABORAÇÃO		
	PADRÃO SES	ESPECÍFICO RS	NÃO	GT SES/SMS	SES/SMS NA CIB	SES/SMS COSEMS
BAHIA	96	-	4	7	54	18
CEARÁ	91	4	4	9	68	9
MARANHÃO	53	37	10	-	31	31
PARAIBA	12	87	-	56	19	12
PERNAMBUCO	25	75	-	50	25	17
PIAUI	27	73	-	9	18	45
ALAGOAS	100	-	-	-	-	100
RIO GRANDE DO NORTE	100	-	-	-	100	-
SERGIPE	100	-	-	14	43	43
NORDESTE	69	27	3	13	43	28

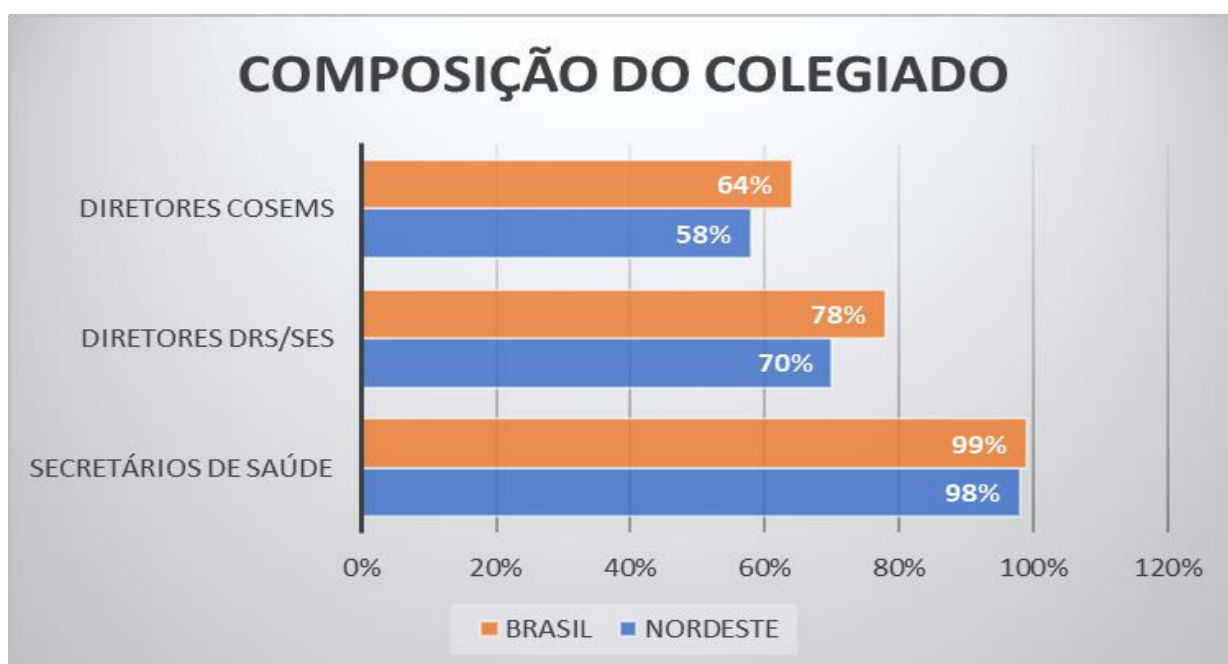
Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa “Análise das Comissões Intergestores Regionais – CIR, 2017 - 2018.

O regimento interno é um importante instrumento que direciona a organização político-institucional da CIR, por meio de arranjos político-institucionais criativos, que viabilizem o exercício conjunto de competências e funções que exijam cooperação, planos integrados e gestão compartilhada de serviços de abrangência regional.

Esse complexo de instâncias colegiadas regionais, está legalmente instituído em todos os estados por deliberação das respectivas CIB, onde elas possuem regras de funcionamento definidas e publicadas na forma de regimentos internos, sendo implementados em praticamente todas as regiões do país, com raras exceções e poucas interrupções de funcionamento, a realização de reuniões mensais com significativa frequência de comparecimento de seus membros (OUVERNEY et al, 2021).

Ao analisar a composição do colegiado das CIR do Nordeste e realizar um comparativo com dados do Brasil, fica evidente que os componentes dessas comissões se equiparam. Mas, ao detalhar esses dados, observa-se que os secretários de saúde têm maior percentual de participação nesses colegiados, sendo representado por 98% dos dados, seguido de diretores regionais da SES com 70% e diretores do COSEMS com 58% no Nordeste.

Gráfico 04: Composição do colegiado das CIR no Nordeste e Brasil (2017-2018). Mais citados



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa “Análise das Comissões Intergestores Regionais – CIR, 2017 - 2018.

Conforme configura-se no gráfico acima em relação ao Brasil, observa-se que tanto os diretores regionais da SES (78%), quanto os diretores do COSEMS (58%) possuem maior percentual de participação nessas comissões. É possível identificar que a composição do colegiado inclui representantes da esfera municipal e estadual, permitindo decisões em cada região de saúde.

Lima et al, (2019), identificou em seu estudo diferenças significativas na quantidade e composição de prestadores dos arranjos de governança regional do SUS. Santos e Giovanella (2014), reproduz em seu estudo que:

A composição da CIR não é paritária e se constituía por dois representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e por todos os secretários de Saúde dos municípios da região de saúde. Tratava-se de um espaço institucional deliberativo, com status de governança locorregional com potencialidade para interferir nas políticas regionais de saúde por meio de seus agentes. Todavia, não havia participação social. Na CIR, havia uma reprodução do poder local (de tradição clientelista), que se articulava, por indução financeira em detrimento de necessidades coletivas, a outros interesses locais de ordem político-partidária, sem redefinir novos cenários sanitários e forjando uma rede de atenção à saúde sem identidade solidária, ainda que os municípios sejam interdependentes.

A resolução CIT nº 01/2011, no 4º artigo cita que a CIR se constitui por diretrizes gerais para organização das Regiões de Saúde, sem prejuízo de outras que venham a ser definidas, as seguintes conforme o VI parágrafo:

VI - Constituição da Comissão Intergestores Regional (CIR) como foro interfederativo regional de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e ao funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção à

saúde, composta por todos os gestores municipais da Região de Saúde e o gestor(es) estadual(is) ou seu(s) representante(s).

Ao analisar os dados sobre o perfil político-institucional das CIR no Nordeste na tabela 06, identificamos que em relação aos fatores que contribuem para definição de pautas prioritárias, as solicitações dos municípios predominam essas pautas em todos as CIR dos estados do Nordeste, corroborando com os dados gerais do Nordeste com 86,17% dessas pautas.

Outros fatores que foram bem pontuados foram as pautas de decisões da CIR que afetam os municípios com 67,55% no Nordeste, mas o estado de Alagoas destaca-se por não ter esse fator como definição de pautas prioritárias nas CIR daquele estado. Também foram citados como fatores prioritários para definição de pautas as solicitações das SES e as demandas da Câmara Técnica, onde fica evidente que o estado da Bahia 42,85% e Piauí 39,36% ainda demandam poucas pautas para as reuniões CIR.

Tabela 06: Perfil político-institucional das CIR do Nordeste entre os anos de 2017-2018 (mais citados).

VARIÁVEIS		BA	CE	MA	PB	PE	PI	AL	RN	SE	NE
FATORES DE DEFINIÇÃO DA PAUTA	SOLICITAÇÃO DAS SMS	100	86,36	78,94	100	91,66	90,90	100	100	100	86,17
	DECISÃO DA CIB QUE AFETA OS MUNICIPIOS	100	77,27	57,89	75	58,33	54,54	0	50	57,14	67,55
	SOLICITAÇÃO DA SES	57,14	59,09	36,84	68,75	75	54,54	100	62,50	14,28	57,45
	DEMANDAS DA CÂMARA TÉCNICA	42,85	72,72	52,63	56,25	75	39,36	100	87,50	71,42	54,79
ATOES QUE DEFINEM AS PAUTA DAS REUNIÕES	PRESIDENTE	85,71	95,45	78,94	81,25	100	81,81	100	87,50	100	86,41
	SECRETÁRIO EXECUTIVO	57,14	50	47,36	56,25	0	36,36	100	87,50	42,85	47,83
	CÂMARA TÉCNICA	25	9,09	0	37,50	41,66	0	0	0	0	17,93
	COLEGIADO DA CIR	65,87	77,27	47,36	50	83,33	81,81	100	100	85,71	65,22

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa "Análise das Comissões Intergestores Regionais – CIR, 2017 - 2018.

Quando analisamos os dados do estudo sobre os atores que definem as pautas de reuniões no Nordeste, identificamos que o Presidente das comissões possui grande prerrogativa para definição das pautas com 86,41% no Nordeste, seguido pelo colegiado da CIR com 65,22% dos dados.

Como principais responsáveis pela definição de pautas, é possível identificar que todas as CIR do Nordeste, exceto do estado pernambucano, o secretário executivo configura-se como ator que define pautas das reuniões dessas comissões. Enquanto, a câmara técnica não pontuou nos estados do Maranhão, Paraíba, Piauí, Alagoas, Rio Grande do Norte e Sergipe, enfraquecendo o poder de decisão e desconsiderando o plano de ação regional.

Os dados da pesquisa de Ouverney et al (2019) revelam a predominância dos três atores (prefeito, CMS e MS) para tomada de decisão de situações estratégicas onde o Nordeste se destaca em relação à pauta de relatórios de auditoria.

Santos e Giovanella (2014), revelam em seu estudo que, apesar das reuniões regulares da CIR, a dinâmica dos sujeitos na formulação e condução das pautas implicou em avanços tímidos em relação ao fortalecimento da rede regional de serviços de saúde, com subaproveitamento da comissão, por reduzir as reuniões a discussões pontuais. A CIR permaneceu como recinto burocrático, com pautas induzidas por política nacional/estadual, com insuficiência de espaço para diálogo sobre as causas dos problemas específicos da região em que as plenárias foram prejudicadas por atrasos e ausências dos membros efetivos, desatenção e, muitas vezes, desinteresse dos gestores em debater assuntos de cunho regional, restringindo sua participação e colaboração às pautas de interesse de seu município, posicionando a regionalização, contraditoriamente, em segundo plano.

Nogueira (2021) destaca que, as reuniões da CIR configuram-se como importantes espaços de discussões e deliberações de temas relevantes para o SUS, com significativo destaque para os gestores municipais de saúde, quanto à descentralização e regionalização, pois discutem temas e situações específicas das realidades locais. Todas as discussões acerca do processo de organização da rede de saúde, protocolos de fluxo e pactuação de serviços entre os municípios da região se dão na CIR, que têm um papel muito importante.

Para Shimizu e Junior (2015) quanto à categoria de análise da direcionalidade, as CIRs também apresentam diversidade de realidades. As Câmaras Técnicas, embora tenham sido regulamentadas por meio dos regimentos das CIRs em Minas

Gerais, não funcionam como unidade de processamento prévio de problemas em todas as regiões.

É fundamental que a composição da pauta se baseie-se na missão enunciada e plano de ação regional elaborado, no qual devam estar contidas as prioridades da gestão. A Câmara Técnica das CIRs deve ordenar a pauta em coerência com as prioridades do plano e isso não parece ter ocorrido, observando os relatórios de pactuação.

Ao compreendermos os dados da tabela 07, que versa sobre a dinâmica de funcionamento das CIR do Nordeste, é notório que os temas mais citados são sobre a adesão de municípios a políticas públicas, programas e pactuação de fluxos, ambos com 64,36% dos dados no Nordeste.

Cabe destacar sobre a adesão a políticas públicas e programas que os estados da Bahia, Ceará, Piauí e Sergipe ficaram acima da média do Nordeste, enquanto, que no tocante das pactuações de fluxos, os estados da Bahia, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe ultrapassam a média de principais temas discutidos.

Quanto às reuniões preparatórias 23,94% das CIR do Nordeste, não realizam reuniões preparatórias, enquanto 26,06% realizam quando convocadas pela câmara técnica, com destaque para o estado do Piauí, que não pontuou em relação à convocação da câmara técnica para reuniões preparatórias.

Vale destacar que 81,81% dos entrevistados no Piauí, afirmam que não há necessidade de reuniões preparatórias; já o estado do Rio Grande do Norte pode-se afirmar que 87,50% das reuniões preparatórias acontecem por meio de convocação da câmara técnica. Sobre a prerrogativa de condução dessas reuniões há predomínio de condução pelo presidente/coordenador da CIR com 94,15% dos respondentes do Nordeste.

Cabe ressaltar que, os gestores do estado do Piauí 54,54% afirmaram que a secretaria executiva também tem prerrogativa para condução das reuniões, seguido do estado de Sergipe com 28,57% e Maranhão com 21,05%; com relação à frequência das reuniões ficou evidente que todas as CIR do Nordeste têm reuniões mensais com 100% em todos os estados.

Tabela 07: Dinâmica de funcionamento das CIR do Nordeste entre os anos de 2017-2018 (mais citados).

VARIÁVEIS		BA	CE	MA	PB	PE	PI	AL	RN	SE	NE
PRINCIPAIS TEMAS DISCUTIDOS	ADESÃO A POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS	78,57	77,27	52,63	50	41,66	72,72	30	62,50	100	64,36
	PACTUAÇÃO DE FLUXOS	78,57	68,18	57,89	87,50	50	72,72	50	87,50	85,71	64,36
REUNIÕES PREPARATORIAS	SIM, COM CONVOCAÇÃO DA CT	32,14	27,27	21,05	12,50	33,33	0	40	87,50	14,28	26,06
	NÃO, POIS NÃO HÁ NECESSIDADE	14,28	18,18	26,31	31,25	0	81,81	0	0	28,57	23,94
CONDUÇÃO DAS REUNIÕES DELIBERATIVAS	PRESIDENTE	92,85	100	94,73	100	100	100	100	100	85,71	94,15
	SECRETÁRIO EXECUTIVO	3,57	9,09	21,05	12,50	0	54,54	70	0	28,57	17,55
FREQUÊNCIA DE REUNIÕES	MENSAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa "Análise das Comissões Intergestores Regionais – CIR, 2017 - 2018.

Ao analisarmos os principais temas discutidos, percebemos a predominância de problemas imediatos da gestão do SUS, com pouca prioridade para o planejamento da regionalização, que deveria ser sua atribuição essencial. Assim, podemos ver que a maioria das CIR concentra seus esforços no debate sobre a pactuação, fluxos intermunicipais, credenciamento de políticas federais, problemas de saúde pública e os repasses financeiros da SES.

Conforme a pesquisa de gestores municipais do SUS, as principais agendas foram a ampliação do apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso à população, investimento na melhoria do acesso a consultas, internações, exames e medicamentos em quantidade/qualidade e a implementação de amplo processo de capacitação dos gestores municipais. A relevância da informação é inquestionável para o processo de tomada de decisão no contexto organizacional e, para dispor de informações relevantes, o tomador de decisão necessita de uma busca adequada de informação em uma visão acertada. (OERVERNEY, CARVALHO, MACHADO, MOREIRA, RIBEIRO, 2019).

Para Albuquerque (2018), em geral, o funcionamento e a organização das CIR são semelhantes em todas as regiões com caráter deliberativo, interação entre os participantes marcada pela realização dos objetivos acordados e papel dos membros natos na definição da pauta. Distinguem-se pelos agentes e instituições externos à CIR que contribuem para pauta e pela forma de organização do trabalho.

Quando consideradas as contribuições da CIR, observa-se que na maioria das regiões sua atuação tem alta relevância para a negociação de temas diversos, planejamento e a coordenação/cooperação intergovernamental, incluindo os temas negociados em relação às redes de atenção.

Diante dos dados, também foram analisadas as informações sobre a transparência e publicização das reuniões, onde divulgam as pautas, consensos e inovações que destinam a população em geral nas regiões de saúde.

Gráfico 05: Percentual de publicização das reuniões CIR do Nordeste e Brasil entre os anos de 2017 - 2018. (mais citados)



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa “Análise das Comissões Intergestores Regionais – CIR, 2017 - 2018.

Pode-se observar no gráfico acima, que a divulgação dessas informações do Nordeste se assemelha com os dados do Brasil quando realizamos esse comparativo. Tendo assim, as atas impressas nas sedes das CIR como maior meio de publicização das reuniões com 79% dos dados no Nordeste e 82% no Brasil.

As páginas da CIR na internet também foram meio de divulgação ou publicização das reuniões com a porcentagem de 35% no Nordeste, assim como a gravação de vídeo e/ou áudio também são utilizados como meio de publicizar as reuniões com 22% dos dados averiguados no Nordeste.

Em um estudo Nogueira (2021), mostrou a CIR como um importante canal de comunicação entre gestores para discutir e pactuar questões relativas à organização do SUS, chegando a decisões que se dão por consenso através de votações.

Shimizu et al, (2015) cita que, a Lei Complementar 141, de 2012, que regulamenta a Emenda Constitucional 29, corrobora este fato ao fortalecer os mecanismos de publicização da prestação de contas como os instrumentos para o sistema de planejamento; esses fatos vão ao encontro de observações importantes de Matus (1996), ao aumentar a responsabilidade do sistema de saúde. A primeira e mais importante é a que a prestação de contas deve ser feita publicamente, ou difundida até a população.

As CIRs são espaço de ação de sujeitos sociais que representam uma parcela importante dos interesses dos cidadãos, incentiva a capacidade de mobilização e organização dos atores e contribui para a democratização do *policy making* setorial.

A CIR, por sua parte, possui uma representação corporativa dos secretários municipais de Saúde, caracterizando-se como um grupo institucional tecnocrático que tem por objetivo viabilizar e agilizar o processo normativo do SUS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em pauta propôs analisar o perfil das Comissões Intergestores Regional - CIR do Nordeste na governança dos processos de operacionalização e práticas de gestão da política regional de saúde. Para isso, foi necessária uma análise dos dados da produção existente sobre a temática e construção de um percurso metodológico no qual contempla o tema e modo dos gestores compreenderem o processo operacional, abrangendo a experiência da gestão regional em saúde.

A análise do perfil dos dados sinaliza que as CIR são representadas predominantemente pelo público feminino, apresentando nível de instrução em sua maioria de pós-graduação e como profissão prevalente a enfermagem. Também foi possível concluir que para uma grande maioria dos gestores regionais houve o exercício do primeiro mandato como gestor regional de saúde. Esses dados refletem a inexperiência dos gestores regionais de saúde ao conduzirem os trabalhos à frente dessas comissões de saúde.

Depreende-se que, a partir dos dados estudados, os gestores participam do processo de implantação das CIR e isso se deu por ato legal da CIB com adesão imediata e completa dos municípios das regiões de saúde. Com relação ainda ao processo de implantação, vislumbra-se que a iniciativa, condução e espaço de condução deram-se pelo colegiado de gestão regional e secretarias estaduais de saúde. Denota-se que a SES, ainda detém de um importante poder dentre estes espaços de condução e pactuação dos gestores regionais de saúde. O regimento interno é o instrumento utilizado como direcionamento para execução da organização política-institucional dessas comissões. A respeito da organização política-institucional, os dados demonstraram que as pautas das reuniões mais frequentes são pelas solicitações municipais e decisões da CIB que afetam os municípios e que as discussões acontecem com maior frequência com temas voltados para adesão de políticas públicas e pactuação de fluxos, sendo esses momentos conduzidos pelo presidente/coordenador dessas comissões.

Também foi possível compreender os dados sobre as transparências das decisões e pactuações das CIR para com a população das regiões de saúde, onde ficou claro que essas publicizações em canais de comunicações ainda são insuficientes, ficando assim, os comunicados e atas sobre posse dos membros do

colegiado, carecendo ainda de mecanismos para prestação de contas e responsabilização dos sistemas de saúde.

Considerando as discussões levantadas, compreende-se que a estruturação das CIR ainda é incipiente, com dependência de espaços estaduais, demonstrando-se um enfraquecimento da descentralização e ausência de espaços fixos e exclusivos das CIR. No tocante ao financiamento, foi evidenciado que inexistiu aporte de recursos federais para essas comissões e que em sua grande maioria não possui alocação orçamentária de recursos para custear as despesas dessas comissões, inviabilizando muitas vezes o planejamento e fragilizando o funcionamento das CIR.

As debilidades inerentes a governança do SUS por meio das CIR permanecem até hoje no sistema, e essas fragilidades podem ser fortalecidas através das relações de poder estabelecidas entre os sujeitos que discutem os rumos da saúde, imprimindo transformações no SUS e fortalecimento da governança regional.

No que condiz as limitações deste estudo, o curto tempo de execução, levando em conta a complexidade do banco de dados e por ser um banco ainda inexplorado para região nordeste. Outro ponto importante que deve ser considerado é o viés dos respondentes, que pode tender a ser mais positivo, sendo eles mesmos os atores do processo.

Por considerar o tema de extrema relevância para a gestão do SUS, sugere-se o aprofundamento da pesquisa através de outros meios que possam avaliar a qualidade das decisões tomadas na CIR, de diferentes pontos de vista, e os impactos sobre a saúde da população, tendo em vista a necessidade de fortalecer a dimensão da acessibilidade na saúde, criar meios e estratégias para que os usuários consigam alcançar a oferta de acesso que foi ampliada com a criação das regiões de saúde.

Então a partir de deste estudo, podemos destacar como propostas para a melhoria da governança em saúde:

- Qualificação do planejamento regional de acordo com as necessidades de saúde;
- Ampliar a percepção dos atores sociais sobre sua realidade de saúde favorecendo o (re)conhecimento do território e dos atores regionais;
- Favorecer espaço aos gestores para assumirem seu papel na gestão pública da saúde, com a defesa de uma agenda regional;
- Promover uma maior capacidade técnica dos gestores e trabalhadores de saúde;

- Potencializar os espaços de negociação regionais, favorecendo o planejamento e articulação dos atores para pactuação e efetivação de propostas que tratem das especificidades do território.
- Efetivar/implementar recursos para as comissões CIR, de modo a fortalecendo a coordenação federativa e cooperativa que contemple o alcance de políticas de saúde com a finalidade de combater as desigualdades sociais, promovendo a cidadania nacional.
- Desenvolver estratégias de monitoramento e avaliação das práticas de gestão em saúde.

Sem a pretensão de esgotar o assunto, o presente estudo apenas chama à reflexão sobre a discussão em torno da importância da CIR na governança da saúde, a partir dos processos de descentralização e regionalização. Por fim, cabe destacar, a complexidade do tema e a extrema relevância do estudo para a gestão do SUS, contribuindo para o diagnóstico e os efeitos que as Comissões Intergestores Regionais podem gerar nas políticas de saúde, a partir do olhar dos atores centrais. Sugere-se o aprofundamento dos aspectos abordados contribuindo para o fortalecimento de espaços de coordenação de políticas públicas, em busca do aprimoramento do processo de regionalização, diminuição das inequidades regionais e consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.; GRIN, E. J. **O comitê de articulação federativa no governo Lula: Os percalços da cooperação territorial**. Revista Brasileira de Ciências Sociais [online]. 2018, v. 33, n. 97 [Acessado 1 Maio 2022], e339703. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/339703/2018>>. Epub 08 Feb 2018. ISSN 1806-9053. <https://doi.org/10.1590/339703/2018>.

ALBUQUERQUE, A. C.; CESSÉ, E. Â. P.; SAMICO, I. C.; FELISBERTO, E.; FRIAS, P. G.; SILVA, G. C. **Desafios para regionalização da Vigilância em Saúde na percepção de gestores de regiões de saúde no Brasil**. Saúde debate [Internet]. 2021 Jan;45(128):29–41. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112802>.

ALBUQUERQUE, M. V., et al. **Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 10 [Acessado 2 Maio 2022], pp. 3151-3161. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13032018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13032018>.

ALBUQUERQUE, M.V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina; 2013 [citado 2023-06-09]. doi:10.11606/T.5.2014.tde-01042014-114150.

ALMEIDA, L. L. **A governança na região de saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Núcleo de Gestão e Planejamento. 21(21): 1-6, Brasília, 2016.

BELTRAMMI, D. G. **Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios**. RAS, São Paulo, v.10, n.41, 2008.

BISCARDE, D. G. S.; VILASBÔAS, A. L. Q.; TRAD, L.A.B. **Consenso e pactuação regional entre gestores do SUS no nordeste do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 12 [Acessado 5 Maio 2022], pp. 4519-4527. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25922019>>. Epub 25 Nov 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25922019>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: Decreto nº 7508, de 2011**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Revista Saúde Pública, 2011. V 45. Nº 6. p 1206-7. 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_13.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2023.

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

BRASIL. **Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília: DF. 1990b. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm Acesso em: 20 maio. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social do Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2ª ed. 2006b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf>; Acesso em: 20 de abril de 2013 às 14:44.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência à Saúde-SUS. NOAS-SUS 01/02. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_200.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde-SUS. NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017**. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%2037%2C%20DE%2022,o%20inciso%20%20do%20art.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 44, de 25 de abril de 2019**. Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2019/res0044_20_05_2019.html.

BRASIL. **Resolução de consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021**. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 02 de junho de 2021.

CARNUT, L.; MASSERAN, J. A.M. **O desempenho no Decreto 7.508/2011 e o direito ao acesso aos serviços de saúde: caminhos para uma interpretação pós-positivista**. Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2016 out./dez, 5(4):123-144.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V.B. **Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 4 [Acessado 24 Maio 2022], pp. 1155-1164. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>.

CARVALHO, A. I. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS** / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – 2. ed. reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2012.

CARVALHO, A. L. B. **Desafios e Perspectivas para Institucionalização do monitoramento e Avaliação no âmbito da Gestão do Sistema Único de Saúde.** Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2016.

CARVALHO, G. **A saúde pública no Brasil. Estudos Avançados [online].** 2013, v. 27, n. 78, pp. 7-26. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>>. Epub 12 Jun 2015. ISSN 1806-9592. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. [Acessado 8 Maio 2022]

CHEBLI, I. C. F.; PAIVA, M. G.; SOUZA, A. I. S. **O arcabouço jurídico-normativo do processo de descentralização e regionalização da saúde: percurso de sua consolidação.** Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, suplemento 1, p. S75-S83, 2010.

CORREIA, N. T. **Desafios da participação das mulheres no Conselho Estadual de Saúde de Alagoas.** 2018. 147 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, 2018. Disponível em: <https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/14015>. Acessado em 11 de agosto de 2023.

CURVINA, A. C. C. **A regionalização da saúde no federalismo brasileiro.** Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2017 abr./jun, 6(2):42-57. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa, 6ª edição. Editora atlas: Grupo GEN; 2017.

GONÇALVES, J. **Regionalização em Saúde: O Nordeste em questão.** 2022. 124 p. Tese, (doutorado) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56833>. Acessado em 25/05/2023.

GUIDINI, C. **Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquistas e desafios.** Monografia (especialização) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul, Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde, EaD, RS, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/2104>.

HARTZ, Z. M. A. **Institucionalizar e qualificar a avaliação; outros desafios para a atenção básica.** Ciência e Saúde Coletiva ,7(3): 419-421, 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>. Panorama populacional [acesso em 30 março 2022]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>.

Kerr, L., Kendall, C., Silva, A. A. M. da., Aquino, E. M. L., Pescarini, J. M., Almeida, R. L. F. de., Ichihara, M. Y., Oliveira, J. F., Araújo, T. V. B. de., Santos, C. T., Jorge, D. C. P., Miranda Filho, D. de B., Santana, G., Gabrielli, L., Albuquerque, M. de F. P. M. de., Almeida-Filho, N., Silva, N. de J., Souza, R., Ximenes, R. A. de A., ... Barreto, M. L.. (2020). COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4099–4120. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28642020>.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. D. A. **Metodologia Científica**. (8th edição). Barueri [SP] : Editora Atlas: Grupo GEN; 2022.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2001, v. 6, n. 2 [Acessado 8 Maio 2022] , pp. 269-291. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>>. Epub 17 Jul 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>.

LIMA, L. D. DE; ALBUQUERQUE, M. V. DE; SCATENA, J. H. G.; MELO, E. C. P. DE; OLIVEIRA, E. X. G. DE; CARVALHO, M. S., et al. **Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços**. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019;35:e00094618. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094618>. Acesso em: 20/09/2023.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V.; ALBUQUERQUE, M. V.; OLIVEIRA, R. G.; IOZZI, F. L.; SCATENA, J. H. G.; ARANTES, M.; GUILHERME, A. M. M.; COELHO, A. P. S. **Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais**. *Cien Saude Colet* (2012/Ago). Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/regionalizacao-e-acesso-a-saude-nos-estados-brasileiros-condicionantes-historicos-e-politico-institucionais/10878?id=10878&id=10878>. Citado em 09/06/2023.

MACHADO C. V. et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 48(4):642-650; 2014. Disponível em: DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005200. Acessado em: 25/05/2023.

MEDEIROS, C. R. G., et al. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 129-140, jan-mar. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KVYqFXPY8LsdX4ZHtXWGzKp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15/08/2023.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. **Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS**. *Divulgação Saúde em Debate* 2000; 21:15-28.

MELLO, G. A., et al. **O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.22, n.4, p.1291-1310, 2017. DOI 10.1590/1413-81232017224.26522016. Acessado em 25/05/2023.

MENDES, E. V.; PESTANA, M. **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa.** Secretaria do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. 80p. 2004. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/livro_marcus_pestana.pdf>.

MENICUCCI, T. M .G. **Regionalização no federalismo brasileiro.** *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 35, n. Suppl 2 [Acessado 3 Maio 2022] , e00078419. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00078419>>. Epub 17 Out 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078419>.

NOGUEIRA M. S. L.; OLIVEIRA, L. C.; COSTA, L. F. A. **Comissão Intergestores Regional como mecanismo de governança da política de saúde no Ceará.** *Saúde em Debate* [online]. 2021, v. 45, n. 129 [Acessado 9 Maio 2022], pp. 263-274. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112901>>. Epub 02 Ago 2021. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112901>.

OUVERNEY, A. M.; FLEURY, S. **Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista.** *Revista de Administração Pública* [online]. 2017, v. 51, n. 6 [Acessado 01 Maio 2022] , pp. 1085-1103. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7612162798>>. ISSN 1982-3134. <https://doi.org/10.1590/0034-7612162798>.

OUVERNEY, A. M. **A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas.** In: *Democracia e inovação na gestão local da saúde.* Sônia Fleury. Rio de Janeiro: Cebes/Editora FIOCRUZ, 2014.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. **O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros.** *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193–1207, abr. 2017. Disponível: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/yPgCpmw8dfRm3h93mFSzhxP/?lang=pt>>.

OUVERNEY, A. M., et al. **Federalismo Cooperativo, Regionalização e o Perfil de Governança Institucional das Comissões Intergestores Regionais no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 10 [Acessado 30 março 2022], pp. 4715-4726. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.22882020>>. Epub 25 Out 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.22882020>.

OUVERNEY, A. L. M.; CARVALHO, A. L. B. DE.; MACHADO, N. M. DA S.; MOREIRA, M. R.; & RIBEIRO, J. M. (2019). **Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020.** *Saúde Em Debate*, 43(spe7), 75–91. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S706>

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C. M. D. R.; ALMEIDA, C. M. D.; BAHIA, L.; MACINKO, J.. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, [online] 9 May, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf.

PAIM, J. S. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2013, v. 29, n. 10 [Acessado 9 Maio 2022], pp. 1927-1936. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00099513>>. Epub 08 Out 2013. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099513>.

PAIM, J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 8 Maio 2022], pp. 1723-1728. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

PEREIRA, V. O. M., et al. **Regionalização em saúde em Minas Gerais: uma análise da percepção dos representantes de Comissões Intergestores Regionais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 30, n. 01 [Acessado 5 Maio 2022], e300117. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300117>>. Epub 23 Set 2020. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300117>.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. U.; DENIS, J. L. **Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 4 [Acessado 9 Maio 2022], pp. 1075-1084. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28102016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28102016>.

ROSSI, R. C; SILVA, S. A.. **O Consórcio do Nordeste e o federalismo brasileiro em tempos de Covid-19**, Espaço e Economia [Online], 18 | 2020, posto online no dia 22 abril 2020, consultado o 25 janeiro 2024. URL: <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/13776>; DOI: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.13776>

SANCHO, L. G., et al. **O processo de regionalização da saúde sob a ótica da teoria dos custos de transação**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 4 [Acessado 23 Maio 2022], pp. 1121-1130. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.2694016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.2694016>.

SANTOS, A. M. DOS; GIOVANELLA, L. **Regional governance: strategies and disputes in health region management**. Rev Saúde Pública [Internet]. 2014Aug;48(4):622–31. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045>.

SANTOS, J. C. B. **Análise do processo da regionalização na saúde sob a ótica dos gestores dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) da Região Nordeste**, Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2018.

SANTOS, N. R. **SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 8 Maio 2022] , pp. 1729-1736. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>.

SCHABBACH, L. M. N.; LUI, L.; CARLISE, R. D. **Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 12 [Acessado 2 Abril 2022], pp. 5065-5074. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.03752019>>. Epub 04 Dez 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.03752019>.

SHIMIZU, H.; LIMA, L. D. DE; CARVALHO, A. L. B DE; CARVALHO, B. G.; VIANA, A. L. D. **Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas**. Saúde debate [Internet]. 6º de junho de 2022;45(131 Oct-Dec):945-57. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5879>. Acessado em 25 de maio de 2023.

SHIMIZU, H. E.; BRETAS, N. **Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde**. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2017Apr;22(4):1085–95. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30532016>. Acessado em 04/03/2023. Shimizu HE, Junior NB. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. Saúde debate | Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 962-971, out-dez 2015 962 doi: 10.1590/0103-110420151070397

SHIMIZU, H. E., et al. **Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, suppl 2 [Acessado 2 Maio 2022] , pp. 3385-3396. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23982019>>. Epub 30 Ago 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23982019>.

SILVA, C. C. **Análise de uma Comissão Intergestores Regional do estado do Goiás na estruturação das Redes de Atenção a Saúde**. Dissertação de mestrado – Universidade federal de Goiás. Goiana 2018.

SILVA, G. T. R. D. A., et al. **Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: um caminhar à luz da burocracia profissional**. Escola Anna Nery. v. 26, p. e20210070, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/vWSnBFg6kNhy3Dyr4hDWrYL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15/08/2023.

SILVA, R. C. F., et al. **A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 30, n. 03 [Acessado 1 Abril 2022], e300331. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300331>>. Epub 09 Nov 2020. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300331>..

SILVEIRA, R. M., et al. **Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 26, n. 03 [Acessado 9 Maio 2022] pp. 853-878. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300008>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300008>.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres**. Saúde debate [Internet]. 2021Jul;45(130):832–46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>. Acessado em 11 de agosto de 2023.

SOUTO, G. S.; MELO, A. G. S.; FERNANDES, L. A. D. **A historicidade do conceito de região, sua abordagem no Brasil e o caso do Nordeste na pandemia de Covid-19**. Geoconexões (online), v.2, n.2, p. 29-41, 2022.

SPEDO, S. M.; TANAKA, O. Y.; PINTO, N. R. S. **O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2009, v. 25, n. 8 [Acessado 3 Maio 2022] , pp. 1781-1790. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800014>>. Epub 27 Jul 2009. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800014>.

VIANA, A. L. A.; HEIMANN, L. S.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G.; RODRIGUES, S. H. **Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública 18 (suppl) • 2002 • <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700014>.

VIANA, A. L. D'Á.; FERREIRA, M. P.; CUTRIM, M. A.; FUSARO, E. R., SOUZA, M. R.; MOURÃO, L.; PEREIRA, A. P. C. DE M.; MOTA, P. H. DOS S.; IOZZI, F. L.; & UCHIMURA, L. Y. T.. (2017). **The Regionalization Process in Brazil: influence on Policy, Structure and Organization dimensions**. Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil, 17, S27–S43. <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700S100003>

VIANA, A. L. D'Á., et al. **Novas perspectivas para a regionalização da saúde**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>; <<http://www.scielo.br>>.

VIANA, A. L. D'ÁVILA ., LIMA, L. D. DE ., FERREIRA, M. P.. **Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional**. (2010). Ciência & Saúde Coletiva, 15(5), 2317–2326. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500007>.