



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E  
SAÚDE

JARDELINY CORRÊA DA PENHA

**A PRÁTICA DO ENFERMEIRO DIRIGENTE NO PROCESSO DE  
REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

FORTALEZA

2013

JARDELINY CORRÊA DA PENHA

**A PRÁTICA DO ENFERMEIRO DIRIGENTE NO PROCESSO DE  
REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Cuidados Clínicos e Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Salete Bessa Jorge.

FORTALEZA

2013

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação**

**Universidade Estadual do Ceará**

**Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho**

**Bibliotecário Responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3/919**

P399p Penha, Jardeliny Corrêa da

A prática do enfermeiro dirigente no processo de regionalização do Sistema Único de Saúde / Jardeliny Corrêa da Penha . – 2013.

CD-ROM. 101 f. : il. (algumas color.) ; 4 ½ cm.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos e Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos e Saúde, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Salete Bessa Jorge.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Gestão em saúde. 3. Enfermagem. I. Título.

CDD: 610.734

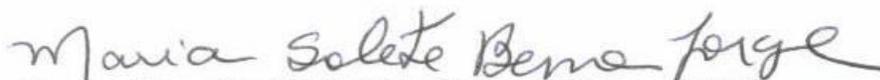
JARDELINY CORRÊA DA PENHA

**A PRÁTICA DO ENFERMEIRO DIRIGENTE NO PROCESSO DE  
REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

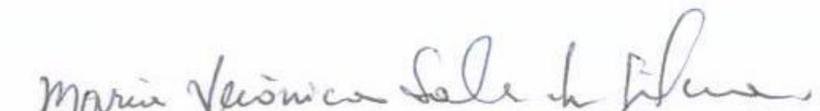
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Cuidados Clínicos e Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 29/11/2013.

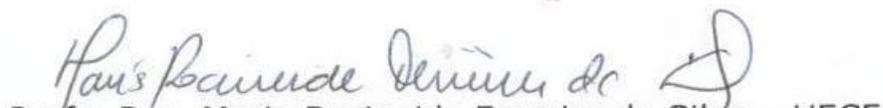
BANCA EXAMINADORA

  
Prof.ª. Dra. Maria Salete Bessa Jorge - UECE

(Orientadora e Presidente)

  
Prof.ª. Dra. Maria Verônica Sales da Silva - SESA

(1º membro)

  
Prof.ª. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva - UECE

(2º membro)

## **DEDICATÓRIA**

### **AOS MEUS PAIS,**

Presentes mesmo na distância destes quase dois anos. O anseio por sempre tê-los orgulhosos de mim, levou-me a buscar e aumentar meus conhecimentos, nos fazendo, hoje, desfrutar de mais uma vitória – o mestrado. A nossa conquista se faz mais do que um sonho, sendo agora o nosso presente.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela concessão da vida e oportunidades para crescimento pessoal e também profissional. Hoje posso dizer que sou uma pessoa mais forte, aguerrida de ética, companheirismo e fidelidade para com aqueles que de minha ajuda e amizade precisam.

À minha mãe, Maria José, e ao meu pai, Félix, que nunca deixaram de acreditar nos meus sonhos e nos meus momentos mais difíceis nestes últimos dois anos se mostraram verdadeiros amigos e, sobretudo, companheiros fiéis. Mãe, eu jamais esquecerei que em uma ligação de desespero por já não saber como continuar minha jornada no mestrado, a senhora com toda sabedoria disse: “você não vai parar seus estudos!”. E as palavras se fizeram verdade. E hoje estamos nós aqui! Presentes mesmo na distância destes quase dois anos. O anseio por sempre tê-los orgulhosos de mim, levou-me a buscar e aumentar meus conhecimentos, nos fazendo, hoje, desfrutar de mais uma vitória – o mestrado. A nossa conquista se faz mais do que um sonho, sendo agora o nosso presente.

Aos meus irmãos (Wildes e Walid), a Clenialdon, aos familiares e amigos, pessoas fundamentais em minha vida e também nas minhas vitórias e conquistas. Uns tempos atrás estiveram comigo na conquista do título da graduação e agora se fazem presente na vitória do mestrado. Obrigada!

Por este triunfo, dedico e agradeço à professora, ou melhor, amiga Priscila Aquino. Obrigada por sempre confiar em meu potencial e me fazer acreditar que eu o tinha, chegando hoje a este ciclo que se encerra e ao mesmo tempo se inicia. Suas palavras de força, carinho e apoio foram essenciais. Agradeço também ao seu esposo, Lélvio Ivo, pela acolhida durante o processo seletivo do mestrado e nas primeiras semanas de adaptação à Fortaleza-CE

Agradeço agora àquelas pessoas que me acolheram quando cheguei no Grupo de Pesquisa. Danielle Christine, Lianna Rosa e Eveline Franca, a acolhida e preocupação de vocês para comigo foi importante para eu encarar o compasso e o descompasso (im)perfeito da vida acadêmica. Sendo vocês meninas as únicas que pensavam também na minha vida social e obrigada por isto também! Mas, no meio disso, veio o distanciamento físico, que me fez sentir saudades de nossas conversas... E que saudades! Lucas Pinho e Daiany Cajado, meus IC's prediletos, obrigada por tudo, principalmente, pelas conversas de horas e trabalhos científicos. E para você, Rândson Soares, eu não tenho palavras... Eu, minha família e você sabemos o quanto sua ajuda foi necessária para mim. Meus agradecimentos se transformam em orações e em pedidos para que Deus sempre conceda e faça o melhor para você.

Aos colegas que me acompanharam na coleta de dados, também agradeço: muito obrigada. Sei que, embora a coleta fosse parte de um projeto maior, vocês estavam nos campos para me ajudarem. E olha que coletas emocionantes, Natália Rodrigues, Maia Neto, Emília Caminha, Lucas Pinho, Daiany Cajado, Suelen Pontes, Maria Raquel e Aline Castelo! À Jamine Borges, Milena Lima, Andrea Acioly, Indara Cavalcante, Leilson Lira e Mardênia Vasconcelos, obrigada pelos momentos de discussões acadêmicas e enriquecimento científico.

E os agradecimentos são muitos e não poderia deixar de citar a Secretária do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Aline e Michel, obrigada; a Secretária do Mestrado Acadêmico de Saúde Pública, Patrícia, obrigada, particularmente pelos meus incessantes pedidos de declarações das disciplinas que participei, era somente para cumprir uma formalidade; e obrigada também à Secretária do Doutorado em Saúde Coletiva. Ah! Dona Maria, seu cafezinho foi essencial nas horas de sono profundo. Obrigada!

Agradeço à orientadora e professora Salete, pelas oportunidades dadas em participar de seminários, encontros e discussões com pesquisadores renomados nacionalmente em diversos campos da pesquisa e formação em saúde. Estes momentos foram fundamentais para eu continuar a estudar, pesquisar, praticar e sonhar um Sistema de Saúde que respeito a todos os princípios e diretrizes postos em aparatos legais e, infelizmente, ainda não integrados, completamente, à prática e práxis em saúde.

À Dr.<sup>a</sup> Verônica Sales pela receptividade na 1<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará e também apoio/contribuição no andamento da pesquisa.

Agradeço aos colegas de mestrado, em especial Rúbia Mara, Sylca, Aurora e Luciana.

Agradeço também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela bolsa concedida pelo período de quase um ano, auxílio financeiro que foi fundamental para participação em congressos e compra de material científico, bem como para minha permanência em outro Estado, residindo longe de toda família.

**OBRIGADA a todos!**

*“A vida nos leva para onde ela quer. Cada um vem, escreve sua historinha e vai embora. Não vejo segredo em levar a vida.”*

Oscar Niemeyer

**PENHA, Jardeliny Corrêa da. A prática do enfermeiro dirigente no processo de regionalização do Sistema Único de Saúde. [dissertação]. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2013.**

## **RESUMO**

A enfermagem, em tempos hodiernos, tem merecido importante destaque pelo desenvolvimento de suas ações, atividades e intervenções dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Na prática laboral cotidiana, o enfermeiro desenvolve basicamente quatro atividades, são elas: assistencial, educativa, de pesquisa e gerencial. Sendo esta última o foco da presente pesquisa, que também é estendida aqui à prática dirigente, caracterizando-se, assim, pelas diversos fazeres que o enfermeiro está responsável, como: coordenação, condução e/ou viabilização da gestão e cogestão em saúde. A direção, em qualquer setor ou serviço de saúde, constitui atividade complexa e polêmica, pois exige dos enfermeiros competências para a implantação de estratégias adequadas às atuais tendências dirigentes contemporâneas que convergem para os anseios das instituições. Desse modo, objetivou-se compreender a prática do enfermeiro dirigente frente ao processo de regionalização em saúde na 22<sup>a</sup> região de saúde do Estado do Ceará, com ênfase nas dimensões política e técnica. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, realizado no período de janeiro a novembro de 2013. Foram participantes desta pesquisa 17 enfermeiros dirigentes que atuavam na 22<sup>a</sup> região de saúde do Estado do Ceará, bem como na 1<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde, órgão de representação do governo estadual, responsável pela coordenação daquela região de saúde. Para a coleta de dados, foram utilizadas como técnicas a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática, para ambas foram elaborados roteiros norteadores. Ademais, as entrevistas foram áudio-gravadas e transcritas. Como método de análise, utilizou-se a análise de conteúdo, conforme proposta Bardin. Este estudo faz parte do projeto intitulado “Organização da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica”, o qual, em vista da importância ética de pesquisas envolvendo seres humanos, foi submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com parecer nº 229.745. Com a análise dos achados, é possível afirmar que os enfermeiros dirigentes participantes do estudo possuem participação política propriamente dita na direção do SUS, visto que eles identificaram e valorizaram nas falas a participação política deles na gestão e cogestão em saúde. E, além disso, a maioria reconheceu os conhecimentos técnicos/teóricos adquiridos ainda na graduação em enfermagem. Os enfermeiros dirigentes detêm saberes ainda em relação ao processo de regionalização em saúde, pois apreenderam a definição geral deste conceito e foram capazes de elucidar características inerentes à regionalização do Estado cearense, como a melhoria da qualidade da atenção e do cuidado ofertado ao indivíduo, família e comunidade. Diante do exposto, é perceptível que a enfermagem se destaca cada vez mais nos diversos serviços e instituições de saúde, visto o saber administrativo e técnico que historicamente se foi construindo e perpetua frente às transformações positivas no processo formativo do enfermeiro. Colaborando na direção dos serviços de saúde, essa profissão contribui para o desenvolvimento dos princípios e diretrizes do SUS com base na incorporação e sustentabilidade das atuais políticas de saúde.

**Descritores:** Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Enfermagem.

**PENHA, Jardeliny Corrêa da. The practice of the nurse manager in the process of regionalization of the Unified Health System. [thesis]. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2013.**

### **ABSTRACT**

Nursing, in modern times, has been an important development highlighted by their actions, activities and interventions within the Unified Health System (SUS). In everyday work practice, the nurse develops mainly four activities, namely: health care, education, research and management. The latter being the focus of this research, which is also extended here to the practice manager, characterized thus by various doings that the nurse is responsible, such as coordination, conduct and/or enabling the management and co-management in health. The direction, in any sector or health service, activity is complex and controversial, as it requires skills of nurses to implement appropriate strategies to current trends contemporary leaders that converge to the desires of the institutions. Thus, this study aimed to analyze the practice of the nurse leader against the regionalization process in health in the 22th health region of Ceará, with emphasis on the political and technical dimensions. This is a qualitative study, carried out from January to November 2013. Participants in this study were 17 nurses who were active leaders in 22th health region of Ceará, as well as the 1st Regional Health, the representative body of the state government, responsible for the coordination of that health region. For data collection techniques were used as a semi-structured and systematic observation, for both were prepared roadmaps guiding. Furthermore, the interviews were audio-taped and transcribed. As a method of analysis, we used content analysis as proposed by Bardin. This study is part of the project entitled "Organization of the regional network of health and its interface with mental health in the State of Ceará: scale political, economic, social, organizational, technological and symbolic", which, in view of the importance of research ethics involving human subjects was approved by the Ethics Committee and Research at the University of the State of Ceará, with opinion No. 229 745. With the analysis of findings, it is clear that nurses participating in the study leaders have political participation itself in the direction of the SUS, as they identified and valued in the accounts at their political participation in the management and co-management in health. And besides, most recognized expertise / theorists still acquired in undergraduate nursing. Nurses leaders still holds knowledge about the process of regionalization in health, since seized the general definition of this concept and were able to elucidate the inherent characteristics of the regionalization of the State of Ceará, such as improving the quality of care and the care offered to the individual, family and community. Given the above, it is apparent that nursing is increasingly highlights the various services and health institutions, as administrative and technical knowledge that historically has been building and perpetuates forward to positive changes in the training of nurses. Collaborating in the direction of health services, the profession contributes to the development of principles and guidelines of SUS based on development and sustainability of current health policies.

**Descriptors:** Unified Health System. Health Management. Nursing.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB/MR	Comissão Intergestora Bipartite Microrregional
CIR	Comissão Intergestora Regional
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DFID	<i>Department for International Development</i>
GRUPSFE	Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PCCS	Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PPI	Programação Pactuada e Integrada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico

## LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1.** Comparação entre os Planos Diretores de Regionalização do ano de 2006 e 2011 do Estado do Ceará. Fortaleza, Ceará, 2013. 29
- FIGURA 2.** 22ª Região de Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, Ceará, 2013. 38
- FIGURA 3.** 22ª Região de Saúde do Estado do Ceará, conforme PDR do ano de 2006. Fortaleza, Ceará, 2013. 39
- FIGURA 4.** Plano de organização e análise dos dados adaptado do modelo proposto por Bardin (1977). Fortaleza, Ceará, 2013. 45

## LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1.** Distribuição dos participantes do estudo. Fortaleza, Ceará, 2013. 41
- QUADRO 2.** Técnicas de investigação e os respectivos ambientes de coleta. Fortaleza, Ceará, 2013. 42
- QUADRO 3.** Temas emergidos a partir das unidades de registro. Fortaleza, Ceará, 2013. 47
- QUADRO 4.** Emersão das categorias temáticas do estudo e a relação com a teoria a partir dos temas identificados. Fortaleza, Ceará, 2013. 47
- QUADRO 5.** Distribuição dos componentes das dimensões de análise conforme os achados nas falas. Fortaleza, Ceará, 2013. 91

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>DO DESPERTAR E DAS INQUIETAÇÕES À CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>12</b>
1.1	O despertar do tema	12
1.2	Contextualização do objeto de estudo	13
1.3	Questionamentos acerca do objeto de estudo	17
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS E SEUS DESDOBRAMENTOS</b>	<b>18</b>
2.1	Objetivo geral	18
2.2	Objetivos específicos	18
<b>3</b>	<b>DIMENSÕES TEÓRICAS DO ESTUDO</b>	<b>19</b>
3.1	Regionalização em saúde: buscando o acesso universal dos usuários às ações e serviços de saúde	19
3.1.1	Regionalização em saúde no Estado do Ceará: uma estratégia para melhoria do cuidado em saúde da população cearense	24
3.2	O enfermeiro dirigente e sua interface com o processo de regionalização: saberes, práticas e experiências no SUS	31
<b>4</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b>	<b>37</b>
4.1	Natureza e tipologia do estudo	37
4.2	Campo empírico da investigação	37
4.3	Participantes do estudo	40
4.4	Técnicas de investigação	42
4.5	Técnica e método de análise	44
4.6	Aspectos éticos	45
<b>5</b>	<b>FALAS (DES)VELADAS: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DA DISCUSSÃO</b>	<b>50</b>
5.1	Regionalização em saúde com ênfase na dimensão política: conceito, pactuação, controle social e melhoria do cuidado em saúde	50
5.2	Formação em enfermagem, dificuldades e facilidades para a prática dirigente no processo de regionalização do SUS: uma análise baseada na dimensão técnica	66
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>77</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>77</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>87</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>93</b>
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética	
	ANEXO B – Termo de autorização da 1ª CRES	
	ANEXO C – Termo de autorização de Beberibe	
	ANEXO D – Termo de autorização de Cascavel	
	ANEXO E – Termo de autorização de Chorozinho	
	ANEXO F – Termo de autorização de Horizonte	
	ANEXO G – Termo de autorização de Ocara	
	ANEXO H – Termo de autorização de Pacajus	

## **1 DO DESPERTAR E DAS INQUIETAÇÕES À CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO**

### **1.1 O despertar do tema**

Neste momento inicial, cabe historiar um pouco acerca da aproximação da pesquisadora com o objeto de estudo, a qual aconteceu, inicialmente, em reuniões do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE), para discussões acerca do processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o país, principalmente no Estado do Ceará.

É importante frisar que a pesquisadora, como integrante do GRUPSFE, participou da constituição e execução de um projeto maior intitulado “Organização da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica”, aprovado para financiamento pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

Participar da elaboração e da execução do projeto acima citado subsidiou, assim, o aprofundamento na temática de regionalização em saúde. Desse modo, presume-se que tais aprendizados adquiridos com a participação nas atividades mencionadas, aliados ao conhecimento teórico e científico da pesquisadora em relação à prática da enfermagem, profissão dotada de inúmeras capacidades, habilidades e competências para dirigir serviços e instituições de saúde, suscitou alguns questionamentos e pressupostos. Reforçando-se também que a enfermagem, atualmente, é uma das profissões que atua nas diversas instâncias (Municipal, Estadual e Federal) de direção do SUS, sendo que a participação de enfermeiros vem crescendo vertiginosamente, realidade esta que se tornou um reforço para a realização do presente estudo.

Ademais, é primoroso ressaltar que o interesse pelo trabalho na área de enfermagem adveio ainda do fato da pesquisadora ser estudante do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, nível mestrado, bem como pela necessidade sentida em descobrir, no geral, como é a prática do enfermeiro dirigente frente ao processo de regionalização em saúde de uma Região de Saúde do Estado do Ceará.

## 1.2 Contextualização do objeto de estudo

A enfermagem conhecida, secularmente, como a ciência e a arte do cuidar, vem crescendo de maneira vertiginosa e, por isso, tem merecido destaque, em especial, pelo desenvolvimento de suas ações, atividades e intervenções, principalmente aquelas de direção de serviços, instituições ou, até mesmo, do Sistema Único de Saúde.

Destarte, detém-se no presente estudo à prática do enfermeiro, enquanto dirigente do SUS. Com isso, adota-se o conceito de dirigente o que abrange os gestores, aqueles responsáveis pela direção de um sistema de saúde, seja ele municipal, estadual ou federal, mediante o exercício de determinadas funções (coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria) (BRASIL, 1997), e também os cogestores (coordenadores/gerentes de Programas e Políticas de Saúde), denominação adotada tendo em vista o compartilhamento de gestão destes com o gestor do Município, do Estado ou da União.

Em se tratando das ações desenvolvidas pela enfermagem, Spagnol (2005) pontua que o enfermeiro tem basicamente quatro atividades ou núcleos de intervenção, são eles: o assistencial, o educativo, o de pesquisa e o gerencial. O primeiro, também conhecido por núcleo de atenção individual, é desenvolvido por toda a equipe de enfermagem e definido conforme o grau de complexidade ou gravidade do usuário; volta-se, desse modo, ao cuidar, propriamente dito, em seus diversos aspectos (prevenção de agravos, promoção, recuperação e reabilitação da saúde) (ASSIS *et al*, 2007).

No que concerne ao núcleo educativo, há referência às atividades de educação em saúde, visando à construção de capacidades individuais e coletivas, de modo à obtenção da melhoria de qualidade da atenção à saúde, bem como àquelas de educação permanente (PEREIRA, 2003). Consoante as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de enfermagem, os enfermeiros devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, devendo aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo (BRASIL, 2001a).

Em relação ao núcleo de intervenção da enfermagem na pesquisa, este possibilita a construção de saberes, de maneira a favorecer mudanças importantes na prática, de forma

dinâmica e crítica, com contínua reflexão do pensar e fazer da profissão. Observa-se que a criação de novos conhecimentos vem ganhando um nítido espaço, quer sejam nas práticas docentes, assistenciais ou de direção (ASSIS *et al*, 2007).

E a atividade gerencial, estendida no presente estudo também às ações de direção do SUS, se caracteriza pelas diversas dimensões práticas pelas quais o enfermeiro está responsável, entre elas: a coordenação da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, e a condução e viabilização do processo do cuidado (SPAGNOL, 2005). Para Jorge *et al* (2007), este núcleo de intervenção da enfermagem, em qualquer setor ou serviço de saúde, constitui uma atividade complexa e polemica, pois, cada vez mais, exige dos profissionais competências na implantação de estratégias adequadas às atuais tendências dirigentes contemporâneas que convergem para os anseios das instituições.

Vale-se, de tal modo, enfatizar o que as DCN/Enfermagem (BRASIL, 2001a) pontuam acerca da direção de ações, serviços e sistema de saúde: *os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.*

Assim, é primordial, além do conhecimento obtido durante a formação, que o enfermeiro desenvolva competências que ajudem no trabalho de direção dos serviços, instituições e sistema de saúde. E mesmo que a prática deste profissional volte-se para a docência, assistência ou outra é preciso também que o mesmo detenha habilidades dirigentes.

No concernente às discussões científicas, pesquisa desenvolvida com dez enfermeiros que gerenciavam Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Fortaleza-CE, apontou como práticas mais importantes, a gestão de pessoas, citada por sete como característica primordial no gerenciamento das UBS, seguida pela gestão de processos e a gestão centrada no usuário (FERNANDES *et al*, 2010), as quais requerem competências e habilidades que prezem por um processo de trabalho harmonioso e produtivo, com foco no cuidado integral ao indivíduo, família e comunidade.

Corroborando com os resultados acima, estudo realizado com quarenta e quatro enfermeiros gerentes da rede básica de saúde em Goiânia-GO, evidenciou que estes consideraram como atividade gerencial de maior importância a promoção da integração e o bom relacionamento com as equipes de saúde sob sua responsabilidade, bem como a capacitação e o controle de recursos humanos. O mesmo pode revelar pontos de

estrangulamentos/fragilidades no processo de trabalho gerencial, como: trabalho desintegrado na rede de saúde; falta de um Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS); e demanda reprimida das especialidades (WEIRICH *et al*, 2009).

Embora sejam relevantes os estudos já citados, observa-se, com os resultados apresentados por eles, que não há menção ao saber político primordial para uma atuação eficaz e eficiente do enfermeiro, particularmente enquanto dirigente do SUS, e os mesmos foram desenvolvidos em serviços e instituições de saúde, excetuando-se as atividades dirigentes do enfermeiro em cargo de gestor ou cogestor do sistema de saúde.

Já em pesquisa realizada com quinze enfermeiras gestores e cogestores de um município baiano, foi possível identificar que as mesmas possuíam apenas atuação de executoras majoritárias do SUS, ainda que de uma forma mais operacional que propriamente política (SOUZA; MELO, 2009). Em consonância, pesquisa concretizada com nove gestoras ou cogestoras de saúde também de um município baiano, analisou que as enfermeiras atribuíam a conquista destes espaços na direção do SUS somente ou principalmente ao seu poder técnico (MELO; SANTOS, 2007).

Diante disso, Trevizan *et al* (2009) afirma que as funções do enfermeiro dirigente limitam-se aos fazeres e experiências técnicas, visto que a direção efetuada por este trabalhador se restringe à provisão, manutenção e controle de recursos materiais; distribuição de tarefas do pessoal, de acordo com suas atribuições; controle de ações e resultados; bem como a organização do serviço, com a elaboração de programas, normas e rotinas.

Entretanto, pesquisa desenvolvida com sete enfermeiros que atuavam como gestores em municípios do Estado da Paraíba, identificou que os mesmos destacaram a autonomia e a qualificação como fatores positivos à tomada de decisão, de modo a se observar preocupação dos mesmos com os planejamentos das ações frente às necessidades locais, remetendo a uma concepção do saber político. Os participantes fizeram ainda uma reflexão do cargo com a formação profissional e a criação do SUS e das estratégias de consolidação deste sistema (BARRETO *et al*, 2010).

Com tudo isso, observam-se lacunas no conhecimento da prática do enfermeiro dirigente do SUS, pois muitos estudos contemplam as funções de direção, enquanto somente a serem desenvolvidas em hospitais ou unidades básicas/centros de saúde. E quando realizadas para direção do sistema como um todo, pouca articulação do fazer com os saberes políticos por parte do dirigente é notada.

Ademais, é perceptível que a enfermagem integra cada vez mais os diversos serviços e instituições de saúde, visto o saber administrativo e técnico que historicamente se foi construindo e perpetua frente às transformações positivas no processo formativo do enfermeiro. Apropriando-se do pensamento de Aarestrup e Tavares (2008), a enfermagem muito colabora para a direção do sistema de saúde, sendo o desenvolvimento dos princípios e diretrizes do SUS com base na incorporação e sustentabilidade das políticas de saúde atuais a principal contribuição desta profissão. Devendo-se os enfermeiros dirigentes articular o saber político ao técnico-científico na produção em saúde.

Neste ínterim, e como dito anteriormente, é estudado aqui a prática do enfermeiro dirigente do SUS, contemplando-se o processo de regionalização em saúde. Escolheu-se, pois, como foco o processo de regionalização em saúde, porque este contempla uma das estratégias bem elaborada frente à organização do sistema de serviços de saúde atualmente vigente no Brasil, que procede da necessidade basilar de integrar os componentes do SUS para garantir a efetivação do direito à saúde no país, reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizar os gastos, otimizar os recursos, além de potencializar o processo de descentralização (DOURADO; ELIAS, 2011; BRASIL, 2011a).

Assim, o estudo se fundamenta no seguinte conceito de regionalização em saúde, conforme proposto por Viana e Lima (2011): “processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, organizações públicas e privadas, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui, ainda, a formulação e implementação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território”.

Dessa maneira, o presente estudo é relevante, pois a apreensão dos saberes, fazeres e experiências vividas pelos enfermeiros dirigentes, por meio da análise de conteúdo categorial temática, proposta por Bardin (1977), frente ao processo de regionalização em saúde, poderá proporcionar a formulação e implementação de novas estratégias que priorizem um melhor processo de trabalho e progresso da qualidade da atenção à saúde, bem como do cuidado, com foco na integralidade, a ser prestado ao indivíduo, família e comunidade.

### **1.3 Questionamentos acerca do objeto de estudo**

A construção das perguntas e questionamentos, que nortearam a pesquisa surgiram a partir do levantamento e estudo bibliográfico realizado nas principais bases de dados em saúde, no que concerne aos saberes, práticas e experiências do enfermeiro enquanto trabalhadores de saúde que se destacam pelos cargos de dirigente, perpassando por toda a organização do sistema de saúde vigente atualmente no Brasil e, principalmente, no Estado do Ceará.

Destarte, foram escolhidos os seguintes questionamentos/perguntas: Como vem se constituindo a prática dirigente do enfermeiro no processo de regionalização do SUS? Quais as potencialidades e fragilidades enfrentadas por este trabalhador de saúde? Qual é o perfil deste enfermeiro que participa, enquanto dirigente, do processo de regionalização em saúde? Como a formação em enfermagem tem contribuído para a prática de direção do SUS? E de que modo o processo de regionalização contribui para a melhoria da qualidade de atenção à saúde e ao cuidado do indivíduo, família e comunidade?

## **2 OBJETIVOS E SEUS DESDOBRAMENTOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender a prática do enfermeiro dirigente frente ao processo de regionalização em saúde na 22ª Região de Saúde do Estado do Ceará, com ênfase nas dimensões política e técnica.

### **2.2 Objetivos específicos**

Descrever como se dá a prática do enfermeiro dirigente do SUS frente ao processo de regionalização em saúde;

Identificar o perfil sociodemográfico e de formação do enfermeiro dirigente do Sistema Único de Saúde;

Categorizar as potencialidades e fragilidades do enfermeiro dirigente do SUS, com ênfase no processo de regionalização em saúde;

Discutir a prática do enfermeiro dirigente do SUS no processo de regionalização em saúde e sua articulação com a qualidade da atenção à saúde e com o cuidado prestado ao indivíduo, família e comunidade;

Discutir a contribuição da formação em enfermagem na direção do SUS pelo enfermeiro.

### 3 DIMENSÕES TEÓRICAS DO ESTUDO

#### 3.1 Regionalização em saúde: buscando o acesso universal dos usuários às ações e serviços de saúde

Em tempos hodiernos, muito se discute acerca dos avanços do Sistema Único de Saúde, com vistas, particularmente, à efetiva integração e implementação do processo de regionalização em saúde em todo o Brasil, a fim de garantir o acesso e a integralidade das ações e serviços de saúde, bem como um cuidado integral e resolutivo no território onde vive o indivíduo, família e comunidade.

Desse modo, define-se regionalização em saúde como o processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, organizações públicas e privadas, cidadãos) em um determinado espaço geográfico. Incluindo-se também a formulação e implementação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território (VIANA; LIMA, 2011).

O termo regionalização em saúde não é ideia nova, visto que surgiu no Reino Unido, na segunda década do século XX, com a proposta de regionalização dos serviços de saúde feita pelo Relatório Dawson (LORD DAWSON OF PENN, 1920; MENDES, 2003), elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido, em 1920, e considerado um dos primeiros documentos a utilizar a concepção de uma atenção à saúde em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida (LAVRAS, 2011).

Caminhando junto ao o processo de regionalização, em âmbito internacional especialmente, tem-se a descentralização político-administrativa de ações e serviços de saúde, que pode ser compreendida como um conjunto de disposições sociais que buscam o deslocamento de parte do poder central hegemônico para as periferias das instituições e dos centros administrativos (DOURADO; ELIAS, 2011). Desde a Segunda Guerra Mundial, observou-se um impulso central da política de saúde, descentralizando dimensões-chave, particularmente na Europa, de tomada de decisão para níveis mais locais, bem como para organizações do setor privado. E, durante a segunda metade do século XX, a descentralização

expandiu para o controle regional, municipal e não-governamentais e tornou-se parte das práticas de gestão (SALTMAN, 2008).

Nota-se, portanto, que, na Europa, a descentralização foi um fenômeno marcante dos processos de reforma dos Estados e dos sistemas de saúde desde o final da década de 1970. Em grande número de países, como Inglaterra, Canadá, Itália e Alemanha, a descentralização da política de saúde articulou-se à regionalização por meio da organização de redes regionalizadas de serviços, associadas à criação e ao fortalecimento de autoridades sanitárias regionais. Entretanto, na América Latina, ambos os processos (descentralização e regionalização) foram implantados com graus variados de articulação com maior destaque para a descentralização (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Contudo, especificamente no Brasil, podem ser observadas, por meio do contexto histórico da saúde pública deste país, algumas ações que remetem às propostas de descentralização em saúde, como ações de controle de endemias do Período Colonial até a República Velha, instituição de lazaretos e Casas de Misericórdia e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), vinculado ao Ministério da Saúde, constituído pelo Decreto-Presidencial de nº. 78.307, de 24 de agosto de 1976. Tais ações estavam por vezes articuladas à regionalização em saúde, visto que se notava a desconcentração de ações e serviços de saúde de algumas localidades do litoral para o interior brasileiro, de modo a estarem mais próximos da população interiorana.

A regionalização, para Jesus e Assis (2010), sempre esteve na base das propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro, ainda nos primórdios da organização da assistência à saúde na década de 1920, seja com o desenvolvimento dos serviços previdenciários, seja com a luta pela Reforma Sanitária, a partir da década de 1970. Desse modo, corrobora-se, no estudo, com o pensamento destes autores, considerando-se, para tanto, o histórico de ações descentralizadoras e regionalizadas de saúde pública estabelecidas em tempos anteriores a 1920, como citado acima. Por outro lado, para Viana, Lima e Ferreira (2010) a estratégia privilegiada para a implantação do sistema nacional de saúde, desde que o SUS foi instituído, não foi a regionalização, mas a descentralização, especificamente a responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde.

Somente a partir da década de 1980, com a Constituição Federal (1988) e, posteriormente, com a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990, foi que surgiu a proposta

legal de organizar de forma regionalizada o sistema de serviços de saúde. Conforme se observa nos seguintes recortes:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...] a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; [...]. (BRASIL, 1990)

Denota-se, assim, que a regionalização surge e constitui uma diretriz do SUS que procede da necessidade basilar de integrar seus componentes para garantir a efetivação do direito à saúde no país (DOURADO; ELIAS, 2011); constituindo uma estratégia prioritária para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizar os gastos, otimizar os recursos, além de potencializar o processo de descentralização (BRASIL, 2011a), que é respaldado pelas Normas Operacionais Básicas 91, 93 e 96 (NOB/91, NOB/93 e NOB/96), as quais representaram importantes instrumentos de regulação deste processo e trataram dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e, principalmente, para municípios (PAIVA; CHEBLI; STEPHAN-SOUZA, 2010).

Para Dourado e Elias (2011), é somente após a efetivação da descentralização, em boa parte do país, na primeira década do SUS, que se vislumbrou a necessidade de uma organização regionalizada de atenção à saúde, pois a estrutura municipalizada não era capaz de oferecer as condições e subsídios para a plena realização dos objetivos do sistema nacional de saúde no ambiente de extrema heterogeneidade que caracteriza o Brasil, bem como pelas diretrizes impostas e intensa normatização e burocratização, particularmente, dadas pelas NOB e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) (ASSIS *et al*, 2012).

Porém, para Beltrammi (2008), a regionalização teve seu caráter estruturante e operativo para o SUS ratificado pela NOB/SUS/1993 e 1996, a qual traz à luz instrumentos da regionalização como a Programação Pactuada Integrada (PPI), ferramenta de pactuação para

ações e serviços de saúde de lógica ascendente a partir de uma base municipal. Ganhando maior destaque a partir de 2000, com a edição da NOAS, que aperfeiçoou conceitos e bases referenciais da regionalização, definindo-se as regiões de saúde, as macrorregiões e os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e Investimento (PDI), instrumentos para o planejamento da regionalização.

Segundo Silva e Mendes (2004), a NOAS 01/2002 pecou por ter um excedente de normatividade, pela desconfiança de seus redatores no processo de descentralização e pela certeza deles sobre a supremacia dos mecanismos de planejamento e controle descentralizados. E, para Paiva, Chebli e Stephan-Souza (2010), ela não conseguiu ser efetivada plenamente, pois: havia falta de iniciativa pela qualificação das microrregiões de saúde; fragilidade dos espaços de negociação e planejamento regional; excesso de instrumentos normativos e discordância em relação às esferas do governo.

O processo de regionalização, de maneira mais persuasiva, recebe maior destaque no cenário das Políticas de Saúde, com o Pacto pela Saúde, divulgado no ano de 2006. Ademais, novas diretrizes são estabelecidas para a regionalização do sistema de saúde, embasadas no fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, sobretudo no âmbito municipal, e na pluralidade econômica, cultural e social das regiões do país para a redefinição das “regiões de saúde” (BRASIL, 2006), representando, logo, um acordo público com perspectiva de avançar em relação às dificuldades enfrentadas pelo SUS dando ênfase às necessidades de saúde da população. Constituindo-se num conjunto de ajustes institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão, com o intuito de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando a alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do sistema de saúde (SANTOS; ANDRADE, 2009).

O PDR, instrumento de ordenamento do processo de regionalização, visa potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem o papel de gestores do sistema de atenção à saúde no país e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas a partir de um poder regional (BRASIL, s. d.). Para Viana, Lima e Ferreira (2010), este instrumento normativo, previsto anteriormente na NOAS, adquire caráter mais sistêmico e alcance intersetorial ao permitir diferentes combinações de variáveis (de saúde, econômicas, sociais e culturais) para o estabelecimento das regiões de saúde em cada estado da federação.

Com isso, são objetivos da regionalização: garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde; garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais, e promover a equidade; potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e organizando as demandas nas diferentes regiões; garantir a integralidade na atenção à saúde por meio da organização de redes de atenção à saúde; bem como racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (BRASIL, 2011a).

Assim, a regionalização é considerada uma diretriz constitucional que norteia o processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores, de forma que o Pacto estabelece, para isso, novas responsabilidades para a gestão e a atenção à saúde, pautadas pelos seguintes pressupostos: territorialização, flexibilidade, cooperação, cogestão por meio da criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social (PAIVA; CHEBLI; STEPHAN-SOUZA, 2010). Como instrumento público de formalização do Pacto entre as três esferas de governo (União, estados e municípios), havia o Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

Destarte, o Pacto pela Saúde apresentou um novo sentido de gestão pública pautada em resultados e em responsabilização sanitária, aprofundando na descentralização para estados e municípios, por meio de um acordo interfederativo articulado em três dimensões: o Pacto em Defesa do SUS (movimento social em defesa do SUS), o Pacto pela Vida (ênfase na gestão pública por resultados, tendo como prioridades a saúde do idoso, a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes ou endemias, a redução das vítimas por câncer de colo de útero e de mama, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Primária) e o Pacto de Gestão (dispõe sobre as responsabilidades para cada ente federado, com regionalização integrada das ações e serviços de saúde) (Brasil, 2006).

Em tempos mais recentes, foi instituído o Decreto nº. 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e dispõe sobre a organização do SUS, planejamento, assistência à saúde e articulação interfederativa, com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, ou melhor, em regiões de saúde (BRASIL, 2011b).

É pretendido ainda com o decreto que haja uma (re)organização do sistema de saúde brasileiro, retomando a proposta de regionalização por meio da instituição de regiões de saúde, ou seja, de agrupamentos de municípios limítrofes, definidos a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. E como instrumento fortalecedor do SUS, foi designado, por este aparato legal, o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), o qual substituiu o TCG (BRASIL, 2011b).

O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) é um instrumento de contratualização firmado entre União, estados e municípios, com a finalidade de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros disponibilizados e forma de controle e fiscalização da execução (BRASIL, 2011b).

Com este breve traçado histórico, apreende-se que a regionalização adquire um sentido mais organizativo para a rede de serviços de saúde, destacando-se como estratégia prioritária no âmbito da Política Nacional de Saúde; conformando-se como macroestratégia de reorganização assistencial capaz de organizar sistemas funcionais de saúde ou redes articuladas, propiciando acesso universal e integral aos usuários do sistema o mais próximo possível do seu domicílio (STEPHAN-SOUZA *et al*, 2010).

### **3.2 Regionalização em saúde no Estado do Ceará: uma estratégia para melhoria do cuidado em saúde da população cearense**

Nas últimas décadas, como apontado anteriormente, muito se tem discutido acerca do processo de regionalização no SUS, a fim de reorganizar, da melhor maneira possível, os serviços e as ações de saúde em todo o território nacional, com o intuito maior de resolver, principalmente em nível local ou regional, as necessidades de saúde apresentadas pela população. E, como unidade integrante da federação brasileira, no Estado do Ceará, não poderia ser diferente.

De meados do Período Colonial até a República Velha, aconteceram, no Ceará, assim como nos demais Estados do país, ações de saúde que objetivavam particularmente

controlar as doenças/endemias que mais acometiam a população naquelas épocas, como varíola, malária, cólera e febre amarela; manter a saúde dos portos, a fim de que não existissem maiores problemas no comércio agroexportador brasileiro; bem como fundar estabelecimentos de reclusão de pessoas tidas como “leprosos”.

No período imperial, marcado pela vinda da família real de Portugal, em 1808, foram fortalecidas as ações de vigilância epidemiológica nos portos e criadas, nas províncias, comissões de higiene. Porém, no Ceará, foi apenas nomeado um inspetor de saúde. Em tal época, não existiam, pois, serviços organizados em caráter permanente, sendo os lazaretos as instituições públicas que funcionaram durante o Império para isolar os doentes nas epidemias, podendo ser citados os de Jacarecanga e Lagoa Funda. Ademais, foram construídos, em período epidêmico da varíola, mais treze lazaretos na periferia de Fortaleza, e, além destes, havia também a Santa Casa de Misericórdia para atender a população adoecida (BARBOSA, 1994).

Observa-se, com as afirmações acima, uma pequena interiorização das ações e descentralização de alguns serviços, visto que as instituições de saúde, embora dependentes da sede administrativa, começavam a distribuir-se no território próximo à capital da província cearense. Entretanto, como já citado, não era intenção principal do poder público a realização de ações com foco em proteger/promover a saúde dos indivíduos, mas sim a execução de serviços, a fim de manter saudável a população economicamente ativa e produtora de mão de obra.

No concernente ao período da República Velha, as antigas províncias passam a ter a denominação de Estados e a gozar de maior autonomia, dentre eles, a responsabilidade pela organização sanitária em seus respectivos territórios. Com isso, são fortalecidas, embora incipientes, as medidas sanitárias, principalmente aquelas voltadas para as populações rurais da região Nordeste, os Serviços de Saneamento Rural (BARBOSA, 1994).

Em 1919, segundo Barbosa (1994), o governo federal transferiu recursos ao Estado cearense para o desenvolvimento de ações de saúde. Sendo assim, foram criados postos de saúde em Fortaleza e em cidades do interior, como: Sobral, Quixadá e Juazeiro do Norte. Ainda na República Velha, reforçou-se a vigilância nos portos, principalmente em Camocim, Aracati e Fortaleza. E, além disso, foram criados novos serviços de saúde, entre eles: o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, a Maternidade João Moreira, o Instituto Pasteur e a Santa Casa de Sobral.

Mesmo não remetendo, à época, tais ações e serviços de saúde ao processo de regionalização propriamente dito, pois somente décadas depois seria criado constitucionalmente este termo, pode-se notar que já existia formação de regiões de saúde, principalmente pela concentração de estabelecimentos e serviços em localidades geograficamente importantes no Estado do Ceará: Fortaleza, Sobral, Juazeiro do Norte, Quixadá e também Aracati.

Em tempos da Era Vargas, os poderes públicos passaram a implementar Políticas Públicas um pouco mais efetivas que os períodos predecessores a este. No Ceará, significativas transformações ocorreram, principalmente a partir de 1933, conhecidas conjuntamente como “Reforma Pelon”, que originou o sistema de divisão distrital, segundo o qual as cidades e os municípios são divididos em Distritos Sanitários, constituídos por áreas delimitadas, servindo a uma determinada população, concentrando todas as atividades sanitárias de forma hierarquizada e obedecendo a um comando único (BARBOSA, 1994).

Desse modo, o Ceará foi dividido, por influência da estrutura sanitária norte-americana, em cinco distritos sanitários, sendo o município da capital (Fortaleza) o distrito sede e os demais: Aracati (região Jaguaribana), Quixadá (região Central), Juazeiro do Norte (região Sul ou Cariri) e Sobral (região Norte). O distrito sede possuía um Centro de Saúde, com aspecto principal de regionalização do atendimento, de modo a possibilitar a resolubilidade da maioria das necessidades de saúde da população o mais próximo possível da residência. Nos outros distritos, existiam, em cada, um Posto de Higiene Fixo e um Posto Itinerante, responsáveis pela cobertura de toda a área distrital (BARBOSA, 1994). Observou-se, com esta organização sanitária, a diminuição da mortalidade infantil e das endemias que continuavam a dizimar a população cearense.

Esta estrutura organizativa perdurou por alguns anos, até que, em 1971, foram estabelecidos os Centros Executivos Regionais, com escritórios em oito regionais de saúde. Já em 1974, tais centros receberam a denominação de Delegacias Regionais, instituídas em quatorze regionais de saúde (BARBOSA, 2013). Com os fatos relatados, menciona-se a existência do processo de regionalização em saúde no Estado do Ceará, embora este respeitasse, assim como em demais pontos do país, a conformação estadual em se tratando também de critérios administrativos e geográficos, e não somente da área da saúde, desvelando-se também as fortes heranças políticas com poderio altamente centralizador (LIMA, 2012).

Enfim, chega-se à década de 1980, período marcado de inúmeras transformações e lutas conquistadas no setor saúde, em especial pela Reforma Sanitária Brasileira, pela promulgação da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, em 1990, da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990). Com esta legislação, contextualiza-se um sistema de saúde regionalizado, conforme mencionado anteriormente, configurado pela constituição de microrregiões dentro do sistema estadual de saúde.

No Ceará, a partir da Resolução nº 05/199898, que aprovou o documento intitulado “Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará” (CESAU, 1999), passam a serem estabelecidos os Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde (SMSS). Assim, o Estado cearense assume uma nova modelação na organização regional da saúde, existindo vinte sistemas microrregionais de serviços de saúde (microrregiões de saúde), os quais convergiam em três polos de atenção à saúde terciária: Fortaleza, Sobral e Cariri (KEINERT; ROSA; MENEGUZZO, 2006).

As microrregiões de saúde eram espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com autossuficiência primária e secundária, com uma população em torno ou superior a 100 mil habitantes e com vontade política para consorciarem-se na busca para a solução de problemas comuns (SESA, 2000a). Elas tinham como missão assegurar a gestão de Políticas de Saúde do Estado, na promoção da assistência à saúde individual e coletiva por meio da articulação entre as diversas instâncias do sistema, visando à melhoria da qualidade de vida e de saúde da população (SESA, 1998).

Para delimitação de cada microrregião de saúde, foram adotados os seguintes critérios: a malha viária do Ceará; as rotas das ambulâncias; o destino destas com os doentes; bem como a localização geográfica dos serviços de saúde. Portanto, realizou-se inicialmente um levantamento dos serviços de saúde oferecidos em cada município, com registros da capacidade instalada, qualidade do atendimento ofertado, fluxo de usuários e tipos de tratamentos realizados (KEINERT; ROSA; MENEGUZZO, 2006).

Ademais, a regionalização no Estado do Ceará fazia o sistema de saúde funcionar da seguinte forma: o município realizava as ações básicas de saúde, prevenção de agravos e tratamentos dos casos que não requeressem profissional especialista, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF); por conseguinte, os casos ambulatoriais e hospitalares de média

complexidade, que o município não conseguisse resolver sozinho, deveriam ser encaminhados e resolvidos no âmbito da microrregião a qual o município pertencesse (SESA, 2000b).

Foi implantada, também, em cada microrregião, uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), instância representativa do Governo Estadual de Saúde, e integradora entre o nível central e os municípios, com articulação ampliada de mobilização do conjunto de instituições e entidades (SESA, 2000b). Desse modo, cada CRES é responsável pelo acompanhamento e pelo controle das atividades de um conjunto de municípios e também pela interação entre microrregiões e respectiva macrorregião de saúde (SESA, 2010).

Em face do exposto acerca dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde, é importante ressaltar que a implantação destes foi concebida por meio de três momentos básicos: 1- Diagnóstico Situacional dos municípios; 2- Curso de Aperfeiçoamento de Gestores dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde; e 3- Câmaras Técnicas. Todo o processo foi apoiado pelo *Department for International Development* (DFID), Reino Unido, e, antes que fosse instituído em todo o território estadual, existiu a criação do projeto piloto, com exitosos resultados, na microrregião de Baturité (KEINERT; ROSA; MENEGUZZO, 2006).

Posteriormente, novas normatizações foram sendo lançadas acerca do processo de regionalização no SUS e necessidades em ações e serviços foram surgindo, a ponto de ser redesenhada uma configuração para o Ceará. Assim, em 2005, ocorreram no Estado discussões para revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR), tornado público no ano de 2006, que tiveram por base os critérios de contiguidade intermunicipal, a infraestrutura de transporte, o deslocamento da população aos serviços de saúde e a disposição política para pactuação (SESA, 2010). Para Silva *et al.* (2012), o novo modelo de reorganização de saúde manteve a divisão geográfica do Estado em três Macrorregiões (Fortaleza, Sobral e Cariri), porém foi acrescentada mais uma microrregião de saúde, passando, assim, a ser vinte e duas, visto que a primeira foi subdividida em duas (1ª a e 22ª).

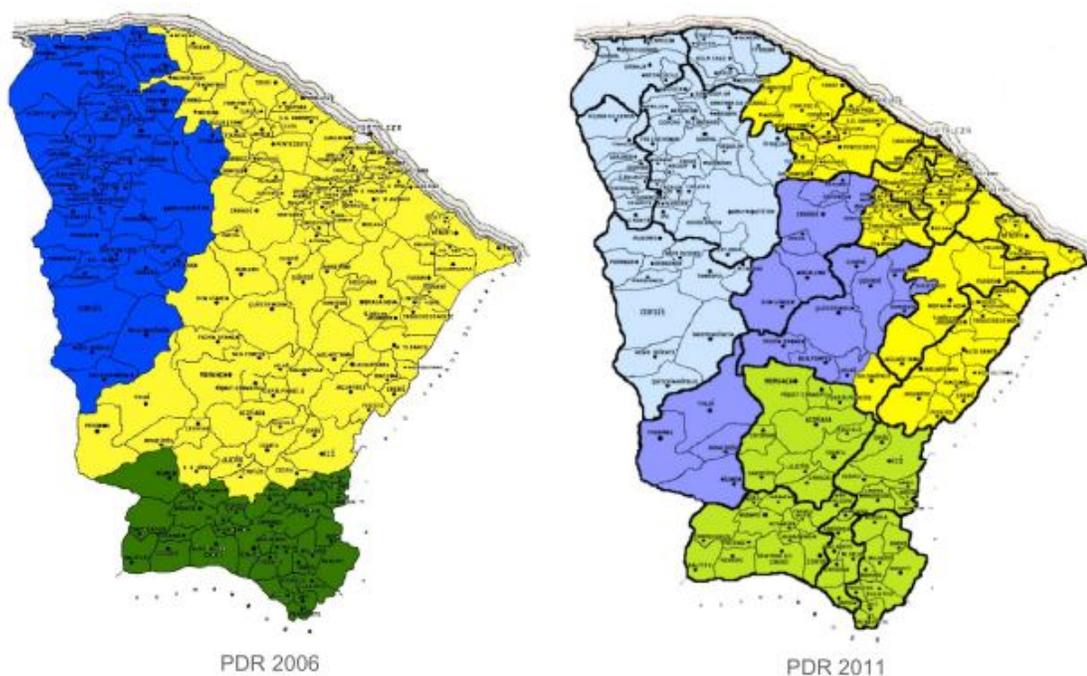
Em face dessa reconfiguração, é notório o aperfeiçoamento dos critérios para a delimitação das microrregiões de saúde do Estado, como: a malha viária; a proximidade dos municípios; o deslocamento da população aos serviços de saúde; a capacidade máxima dos serviços de saúde existente nos municípios; e a disposição política para pactuação. As microrregiões continuaram a contar com um órgão de representação da Secretaria Estadual da

Saúde, a CRES, e, conjuntamente com esta, formaram uma instância de pactuação, a Comissão Intergestora Bipartite Microrregional (CIB/MR) (SESA, 2010).

A disposição dos serviços de saúde nas microrregiões ocorria da seguinte maneira: organização da atenção primária e dos hospitais de pequeno porte, em cada município; atenção secundária, ou seja, serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de média complexidade, pactuados entre o conjunto de municípios; controle público, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde e dos Fóruns Microrregionais de Conselheiros da Saúde; bem como organização em cada microrregião de serviços de vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, controle de endemias, sistema de informações em saúde, assistência farmacêutica; controle e avaliação, apoio diagnóstico e terapêutico, dentre outros. A atenção terciária era responsabilidade das macrorregiões de saúde (SESA, 2010).

Recentemente, após a publicação do Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011, o PDR até então vigente no Ceará foi revisto, e o Estado sofreu uma nova reorganização, conforme figura 1, passando a existir quatro macrorregiões de saúde: Fortaleza, Sobral, Cariri e Sertão Central. Esta última foi acrescida; porém, mantêm-se as vinte e duas regiões de saúde, com reordenação de algumas destas em relação às macro. O novo PDR foi aprovado no mesmo ano pela Comissão Intergestora Bipartite (CIRF, 2011).

**FIGURA 1.** Comparação entre os Planos Diretores de Regionalização do ano de 2006 e 2011 do Estado do Ceará. Fortaleza, Ceará, 2013.



**Fonte:** Central Integrada de Regulação de Fortaleza, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2011.

É válido ser mencionado também que as microrregiões passaram, assim, a receber a denominação de regiões de saúde, particularmente pelas premissas instituídas com o Decreto nº. 7.508/2011 e pelos critérios mais amplos de delimitação observados. Ademais, as regiões de saúde, propostas no PDR do ano de 2011, assim como em 2006, continuam a ter uma representação da Secretaria Estadual de Saúde, a CRES, que conjuntamente com aquelas desenvolvem espaços intergestores de discussão das Políticas de Saúde, a Comissão Intergestora Regional (CIR), antiga CIB/MR. Ressalva-se, ainda, que existem vinte e uma Coordenadorias Regionais de Saúde, pois a CRES da 1ª região de saúde, também é responsável pela 22ª. E, no concernente à disposição dos serviços nas regiões e macrorregiões de saúde, trabalha-se, hodiernamente, com a formação de Redes de Atenção à Saúde nos micro e macro espaços territoriais de saúde.

Em relação ao apresentado pelo PDR 2006 e à revisão ocorrida no ano de 2011, foi possível discutir e analisar a situação em saúde de todo o Estado, observando os seguintes produtos oriundos do processo de regionalização executado no Ceará: aumento da oferta de serviços e melhoria do acesso; implantação de Centros de Especialidades Odontológicas de abrangência municipal e regional, de Policlínicas, de Consórcios Públicos em Saúde, do Hospital Regional do Cariri, bem como do Hospital Regional do Norte; definição de implantação de Hospital Regional no Sertão Central, no município de Quixeramobim; sensibilização para o processo de pactuação entre gestores na efetivação da assistência com mais rapidez, melhorando o tempo de espera; e fortalecimento do planejamento em saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa (CIRF, 2011).

Nota-se, com todo o exposto, que o Ceará buscou sempre fortalecer as Políticas de Saúde em seu território, doravante também o seu pioneirismo, principalmente com a adoção do processo de regionalização, visto que este tem como premissa tornar o acesso universal no SUS. Logo, é possível inferir que, neste Estado, houve um processo de descentralização de ações e serviços dos níveis federal e estadual em concomitância à elaboração e implementação de um sistema regionalizado de assistência à saúde da população, consolidando, desse modo, os princípios e as diretrizes do SUS, embora dificuldades tenham existido e melhorias ainda se façam necessárias.

Por tudo isso e tendo vista a importância de que, particularmente, os gestores e cogestores sejam capacitados, faz-se importante a partir de então uma discussão mais profunda acerca da prática daqueles na gestão em saúde e a sua interface com o processo de regionalização. Destaca-se que o aprofundamento se deterá nos saberes, práticas e experiências dos enfermeiros no SUS.

### **3.2 O enfermeiro dirigente sua interface com o processo de regionalização: saberes, práticas e experiências no SUS**

Dentre os atores sociais integrantes do processo de regionalização, o enfermeiro ganha destaque pelo fato de ocupar cada vez mais cargos chave na direção do SUS. Entendendo-se como dirigente do SUS o trabalhador/profissional que ocupa cargo de gestão e cogestão das ações e serviços de saúde.

Em face disso, corrobora-se com a NOB/SUS/1996, quando esta conceitua gestão como sendo a atividade ou a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, seja ele municipal, estadual ou federal, mediante o exercício de determinadas funções (coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria) (BRASIL, 1997), ocupando uma posição estratégica no sistema de decisões e responde pela formulação e implementação das políticas de saúde (TEIXEIRA; MOLESINI, 2002). E os cogestores seriam dirigentes com função de coordenação de Programas ou Políticas de Saúde, que compartilham as tomadas de decisões com o gestor do Município, do Estado ou da União.

Ambos os conceitos devem ser entendidos como atribuição dirigente na perspectiva de construir um sistema de saúde que atenda aos problemas e necessidades de saúde da população, voltado para a integralidade das ações e serviços de saúde, bem como do cuidado a ser prestado ao indivíduo família e comunidade (WEIRICH *et al*, 2009). Objetivando, com isso, rupturas paradigmáticas, a desvencilhar a fundamentação tecnicista, reducionista e biologicista da saúde presentes ainda hodiernamente.

Vale-se também citar que é perceptível, em face das características dirigentes inerentes à prática do enfermeiro, que o mesmo é reconhecido nos diversos setores, órgãos ou serviços da saúde. Consoante Ermel e Fracolli (2003), a direção de serviços de saúde, historicamente, é uma prática realizada por enfermeiros, os quais tem utilizado para isso a sua

capacidade de saber organizar e sistematizar rotinas, legitimando a hierarquia e a disciplina presentes nas instituições públicas.

Por outro lado, Melo e Santos (2007) afirmam que mesmo ocupando cada vez mais espaços estratégicos na direção do SUS, alguns estudos tem constatado que a atuação do enfermeiro configura-se em “inexpressiva participação social, ausência de preparo político para conduzir determinadas situações, bem como ausência de reflexão sobre a sua prática frente às transformações ocorridas”. Esta limitação pode estar, assim, relacionada com a falta de um conhecimento abrangente sobre a política, especificamente sobre a política de saúde e a política de gestão do SUS.

Ademais, observa-se que, a depender da coerência do posicionamento do enfermeiro dirigente, existe uma maior ou menor possibilidade de que sua participação se faça efetiva e eficaz, contribuindo na construção de políticas públicas de saúde que contemplem os princípios do SUS (MELO; SANTOS, 2007). Para isso, aquele profissional deve ser repleto de características que definam sua capacidade dirigente, que são elas: liderança, alinhamento de propósitos, comunicação afetiva, visão comum do futuro, foco no cliente, talentos criativos, rapidez de respostas, responsabilidades e competências compartilhadas, senso de justiça, ética e outras (RUTHES; CUNHA, 2009).

Para Melo e Santos (2007), o dirigente deve possuir ainda habilidades políticas e técnicas, integradas de forma a responder aos diversos desafios inerentes a esta função. Politicamente, aquele deve ser capaz de negociar e pactuar com os outros sujeitos envolvidos na direção do SUS. Tecnicamente, deverá direcionar o exercício de suas funções, articulando habilidades com natureza distinta, para viabilizar a política de saúde.

Resende (2003) estabelece ainda nove subcompetências às competências dirigentes, são elas: as técnicas, que produzem o desempenho econômico; as intelectuais, que proporcionam o nível de conhecimento e são resultado da combinação de conhecimentos e habilidades; as cognitivas, que contempla a união de capacidade intelectual com domínios cognitivos; as relacionais, que envolvem habilidades práticas de relações e interações; as sociais/políticas, que integram as relações e participações na atuação em sociedade; as didático-pedagógicas voltadas para a educação e o ensino; as metodológicas, que dizem respeito a aplicação de técnicas e meios de organização de atividades de trabalhos; as de lideranças, que reúnem habilidades pessoais e conhecimento de técnicas de influenciar e conduzir pessoas; e as empresariais/organizacionais, que representam as formas de

organização e gestão empresarial. Todas devem fundamentar os saberes e fazeres do dirigente rumo ao aprimoramento das mesmas.

O enfermeiro dirigente deve possuir, pois, habilidades e competências de caráter educativo, assistencial, administrativo e político, de maneira que estas estejam engajadas no compartilhamento de informações e conhecimento que aquele profissional tem de gestão/cogestão em saúde; do desencadeamento de processos sociais, integrando ações de coletividade; dos serviços assistências; além da avaliação dos resultados, visando à melhoria da qualidade do serviço (BARBOSA; MARCIA, 2008).

Desse modo, para Lourenção e Benito (2010), a competência gerencial (tida como dirigente neste estudo) para a futura atuação do enfermeiro, na direção do trabalho em saúde, reflete a inserção do conhecimento ainda na graduação, a qual encontra lacunas na formação deste profissional, especificamente, nas dimensões da habilidade e da atitude. Jorge *et al* (2007) reforçam que a base para a formação acadêmica traz consequências que repercutem na ação profissional e por mais que se busque o aprimoramento da qualidade assistencial, lacunas ficam no ato de administrar. Assim, torna-se fundamental uma reordenação no campo da formação, qualificação permanente e vínculo dos trabalhadores em saúde com o sistema, a fim de que haja mudança nas práticas de direção em saúde para o enfrentamento cotidiano dos problemas, num contexto social diversificado e repleto de contradições (ALVES; ASSIS, 2011).

Por tudo isso, consoante Souza e Melo (2009), a atuação do enfermeiro no processo de direção do SUS deve acontecer de forma direta ou indireta, seja por meio da execução de funções técnicas e administrativas, seja no desempenho de saberes, fazeres e experiências assistenciais. Para fortalecimento ainda maior desta prática profissional por aquele trabalhador da saúde, é preciso que o mesmo se reconheça como sujeito dos acontecimentos e promova a democratização do poder através de uma participação consistente (MELO; SANTOS, 2007).

A prática da gestão/cogestão também pode apresentar dificuldades, as quais perpassam pela formação profissional citada anteriormente e ancorada em abordagem tradicionalista da Administração, chegando ao mercado de trabalho e à aplicabilidade prática (JORGE *et al*, 2007). Tais dificuldades se evidenciam ainda devido, em particular, à fragmentação do processo de direção e o “amadorismo” consequente à insuficiência de quadros profissionalizados, reprodução de práticas clientelistas e corporativas na indicação

dos cargos de direção em todos os níveis (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Erdmann *et al* (2006) pontuam mais entraves, como: falta de profissionalização no conjunto da administração, a falta de conhecimento sobre os temas de direção do SUS, desperdício de recursos, incapacidade de gerar serviços de alto padrão de qualidade, bem como despreparo para avaliar e gerir os pares nas organizações do conhecimento.

Algumas dessas dificuldades podem ser visualizadas em estudo realizado com vinte e nove gerentes de Unidades Básicas de Saúde na cidade de Caxias do Sul-RS, em que alguns dos participantes relataram ter autonomia para executarem suas atribuições internas e rotineiras nas UBS, porém, em relação à decisão de outras ações (mais políticas), era necessária, primeiramente, uma avaliação do gestor municipal de saúde (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009), o que pode remeter tanto a não preparação do saber político para tomada de algumas decisões ou às formas verticalizadas de gestão/gerência, que pode impedir a elaboração e execução de estratégias imediatas.

Melo e Santos (2007) ao analisarem o entendimento das enfermeiras sobre a sua participação política nos cargos de gestão, encontraram que estas profissionais vinculam principalmente a sua atuação ao exercício técnico da profissão, que repercute na instituição do poder. De tal modo que quanto mais alta na hierarquia a função gestora exercida, maior o poder político que a enfermeira pode exercer em relação aos outros profissionais e trabalhadores. Conduta esta que pode repercutir como um empecilho no estabelecimento das relações no processo de trabalho, tornando o ato de gerir ou gerenciar dificultoso.

Em outro estudo, realizado com dez enfermeiros que atuavam como coordenadores ou secretários municipais de saúde no Estado da Paraíba, as maiores dificuldades levantadas pelos participantes foram as de ordem financeira e a qualidade dos recursos humanos, ou melhor, a falta de preparo dos profissionais para atuarem na perspectiva da saúde coletiva. Outro problema destacado foi o acentuado rodízio dos profissionais de saúde municipais nas Equipes de Saúde da Família, o que fragiliza o desenvolvimento de vínculos entre estas e os usuários (BARRETO *et al*, 2010).

Diante de tamanhas dificuldades, observa-se que a capacidade de gestão/cogestão de um órgão ou serviço de saúde requer um profissional equilibrado, que consiga superar as limitações existentes e que, além de atuar baseado nos princípios do SUS, consiga ter competência para trabalhar os relacionamentos interpessoais no interior das organizações, a fim de minimizar os conflitos existentes (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

Na prática profissional do enfermeiro, a ação da gestão/cogestão se encontra como processo distinto e interdependente do local onde será desenvolvido o cuidado ao indivíduo, família e comunidade (PETERLINI, 2004), pois a produção deste se faz por meio do trabalho em saúde, o qual depende da construção de processos relacionais, especificamente, entre gestores/gerentes e trabalhadores (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Assim, faz-se necessária a implementação de novos modelos de ferramentas dirigentes do SUS que possam contribuir para o trabalho da enfermagem, não apenas na busca de inovações e construção de organizações mais ágeis e lucrativas, mas também para construir uma assistência humanizada, a visar sempre ao cuidado com o núcleo de competência, tendo em vista neste aspecto a criação de uma nova práxis (RUTHES; CUNHA, 2009). É importante que na prática, os enfermeiros dirigentes garantam um processo de trabalho harmonioso com os princípios e diretrizes do SUS, dentre elas a universalidade, integralidade, descentralização, e, especialmente, a regionalização.

Diante disso, o presente estudo objetivou, como já citado, compreender a prática do enfermeiro dirigente frente ao processo de regionalização em saúde na 22ª Região de Saúde do Estado do Ceará, com ênfase nas dimensões política e técnica. Sendo válido, ressaltar que estas dimensões compõem o quadro de abordagem teórica proposta por Assis e Jesus (2012), no qual estes propõem as dimensões para análise do acesso aos serviços de saúde: política, econômica social, organizacional, técnica e simbólica.

Em relação às dimensões utilizadas neste estudo, pode-se elucidar que a dimensão política busca demonstrar o comprometimento dos formuladores de políticas com o acesso aos serviços de saúde, a pactuação entre as instâncias de poder, envolvendo governo, sociedade civil, prestadores de serviços públicos e/ou privados e instituições formadoras de recursos humanos em saúde, por meio do acompanhamento do processo e da tomada de decisão compartilhada entre os diferentes sujeitos com representação política e transparência no processo decisório. E a dimensão técnica objetiva responsabilizar os trabalhadores de saúde, os gestores de saúde, os prestadores públicos e/ou privados, situando o usuário do SUS no centro do processo da atenção à saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

No tocante às demais dimensões, a econômico-social pode ser analisada levando em consideração os investimentos na rede pública por nível de complexidade (básico, médio e alta complexidade), com definição das responsabilidades de financiamento por esfera de poder (federal, estadual e municipal). A dimensão organizacional se sustenta na capacidade

dos serviços de saúde em dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários. E a simbólica perpassa no campo da subjetividade em sua dinâmica relacional, envolvendo a compreensão do processo saúde-doença-cuidado, cultura, crenças e valores de sujeitos e grupos sociais que vivem em diferentes territórios nas áreas onde os serviços se organizam para ofertar a atenção loco-regionais (ASSIS; JESUS, 2012).

É válido ressaltar que a escolha por estas dimensões de análise partiu da relação que se faz da temática “acesso aos serviços de saúde” à de “regionalização em saúde”, visto que é objetivo primordial desta tornar acessível os serviços e ações do Sistema Único de Saúde a toda população brasileira.

## **4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

### **4.1 Natureza e tipologia do estudo**

O presente estudo é de natureza qualitativa, a que é utilizada para descobrir e refinar as questões estudadas, de maneira que a ênfase não está em medir as variáveis envolvidas no fenômeno, mas em entendê-lo. Desse modo, não pretende generalizar os resultados para populações mais amplas, nem necessariamente obter amostras representativas (SAMPLIERI, 2006).

A construção do estudo qualitativo, consoante Minayo (2008), exige a utilização de um conjunto de instrumentos e técnicas que possibilitem a investigação científica do objeto pesquisado, a fim de facilitar o estudo das relações, das representações, das opiniões e percepções da produção interpretativa humana, sobre como estabelecem seu modo de vida (produção, sentimentos e pensamentos). Favorecendo ainda a guarida para que a pesquisadora possa adentrar neste universo complexo e ativo.

Considerar uma proposta de investigação na dimensão compreensiva como possibilidade de acionamento interpretativo requisita uma tomada de posição subjetiva e também política. Destarte, a escolha dessa abordagem se deu como possibilidade de entender a prática do enfermeiro dirigente no processo de regionalização em saúde e sua relação com definição deste conceito, as pactuações e tomadas de decisões realizadas entre os dirigentes do SUS, a formação em enfermagem, bem como com a qualidade da atenção à saúde e do cuidado ao indivíduo, família e comunidade. Tornando-se possível, por meio desta opção, compreender o conteúdo da comunicação de um texto relacionado ao contexto social em que estão inseridos os sujeitos participantes do estudo.

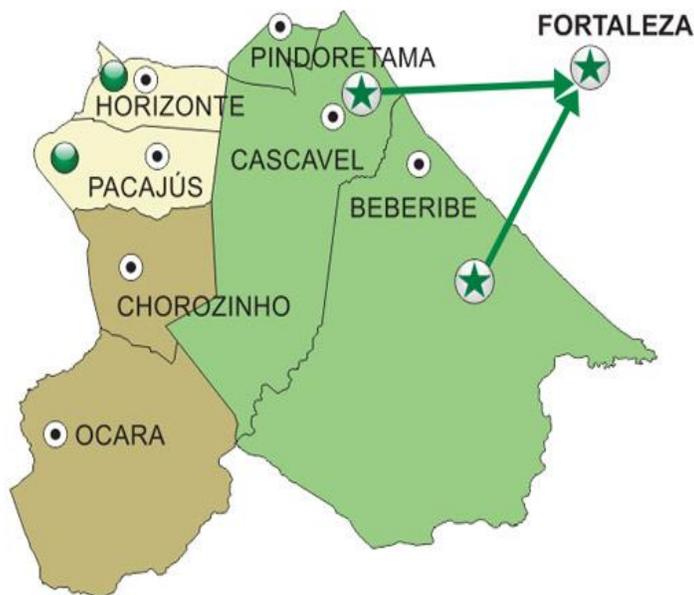
### **4.2 Campo empírico da investigação**

O modelo de reorganização e do processo de regionalização em saúde no Estado do Ceará idealizou-se a partir da realização de Seminários Microrregionais para gestores municipais e da capacitação dos gerentes e equipe técnica de suas microrregionais (CEARÁ,

2006). De modo que, atualmente, o espaço territorial cearense com vista à regionalização em saúde está dividido em quatro Macrorregiões (Fortaleza, Sobral, Cariri e Sertão Central), as quais são formadas por um conjunto de regiões de saúde, ou melhor, espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios, que possuem integração e interdependência, bem como vontade política para pactuarem na busca de soluções para problemas comuns na área da saúde (CIRF, 2011).

Assim, integram o presente Estado 22 regiões de saúde, onde se estrutura o Sistema Estadual de Saúde. Dentre estas, foi campo empírico de investigação a 22ª Região de Saúde, Cascavel, composta, atualmente, pelos seguintes municípios: Cascavel, Pindoretama, Horizonte, Beberibe, Ocara, Chorozinho e Pacajus, conforme exposto na figura 2.

**FIGURA 2.** 22ª Região de Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, Ceará, 2013.



**Fonte:** Coordenadorias regionais, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2010.

A 22ª região de saúde, antes pertencente à 1ª, passou a integrar o Sistema de Saúde do Estado do Ceará a partir da formulação do PDR do ano de 2006. À época, esta região de saúde era composta por apenas seis municípios, consoante se observa na figura 3.

**FIGURA 3.** 22ª Região de Saúde do Estado do Ceará, conforme PDR do ano de 2006. Fortaleza, Ceará, 2013.



**Fonte:** Plano Diretor de Regionalização do Estado do Ceará, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2006.

Não integrava a 22ª região de saúde, em 2006, o município de Beberibe, o qual pertencia à 7ª região de saúde do Estado do Ceará. Ademais, a região possui, atualmente, uma extensão territorial de 3.919,78 Km<sup>2</sup>, onde Beberibe possui a maior área territorial com 1.623,88 Km<sup>2</sup>; Cascavel, 837,9 Km<sup>2</sup>; Chorozinho, 278,4 Km<sup>2</sup>; Horizonte, 159,9 Km<sup>2</sup>; Ocara, 765,3 Km<sup>2</sup>; Pacajús, 254,4 Km<sup>2</sup>; e Pindoretama, 72,8 Km<sup>2</sup>. Sendo Cascavel classificado como município polo, assumindo a responsabilidade de atendimento das referências dos demais municípios, por dispor de maior capacidade resolutiva em vários serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) (CEARÁ, 2012).

Em relação ao quantitativo populacional, a 22ª região de saúde, em acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), possui 232.235 habitantes; destes 66.124 são de Cascavel, 55.154 de Horizonte, 49.334 de Beberibe, 24.012 de Ocara, 18.920 de Chorozinho e 18.691 de Pindoretama.

No que concerne às características econômicas dos municípios que integram a 22ª região de saúde, elucida-se, em geral, a agricultura, a pesca, a pecuária, o artesanato e a indústria. Entretanto, em Beberibe, uma das principais atividades econômica é no setor de serviços de hotelaria e turismo em decorrência de ser município litorâneo; atividade esta também realizada em Cascavel (CEARÁ, 2012).

Ademais, ressalta-se a existência das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), instâncias representativas do Governo Estadual de Saúde, e integradora entre o nível central e os municípios, com articulação ampliada de mobilização do conjunto de instituições e entidades. Atualmente, cada CRES é responsável pelo acompanhamento e pelo controle das atividades de um conjunto de municípios (regiões de saúde) e também pela interação entre estes e a respectiva macrorregião de saúde (SESA, 2010). Desse modo, também foi campo empírico de investigação a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará, a qual fica situada no município de Fortaleza-CE e é responsável pela 22ª Região de Saúde.

### **4.3 Participantes do estudo**

Ao se proporem estudos qualitativos, busca-se a compreensão acerca do objeto a ser estudado, de modo que o importante não seja a representação quantitativa e/ou numérica dos participantes, mas sim a participação destes em relação ao fenômeno pesquisado. Destarte, o processo de seleção daqueles se limita à relevância e saturação das informações coletadas.

Com isso, participaram da pesquisa dezessete enfermeiros dirigentes que atuam na 22ª Região de Saúde do Estado do Ceará, conforme quadro 1. Neste íterim, foram adotados como critérios de inclusão os seguintes: ser enfermeiros dirigentes que participem de cargos de direção<sup>1</sup> do SUS; atuantes na Região de Saúde citada; e trabalhadores vinculados ao Estado do Ceará ou aos municípios de Cascavel, Pindoretama, Horizonte, Beberibe, Ocara, Chorozinho ou Pacajus. Como critérios de exclusão, adotou-se: atuação por um período inferior a seis meses no cenário em estudo e que estivessem em situação de férias ou licença.

---

<sup>1</sup>Foram considerados enfermeiros dirigentes aqueles que estavam em atuação como: coordenador da 1ª CRES; secretários municipais de saúde dos referidos municípios pertencentes à 22ª Região de Saúde; coordenadores/responsáveis, tanto da 1ª CRES como dos municípios, de Programas ou Políticas de Saúde (exemplo: Coordenador da Atenção Básica; Coordenador do Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Coordenador da Vigilância Epidemiológica; Coordenador da Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Coordenador de Saúde Mental; Coordenador de Educação Permanente em Saúde; Coordenador da Assistência Farmacêutica, Assessoria Técnica; entre outros).

**QUADRO 1.** Distribuição dos participantes do estudo. Fortaleza, Ceará, 2013.

Participante*	Sexo**	Função	Local de trabalho***	Formação (pós-graduação)
E1	F	Assessora Técnica	22ª RS	Especializações em Saúde da Família e em Saúde Pública
E2	M	Coordenador do Programa de Agentes Comunitário de Saúde	22ª RS	Especializações em Saúde da Família e em Gestão do Trabalho
E3	F	Secretária Municipal de Saúde	22ª RS	Especializações em Urgência e Emergência e em Gestão em Saúde.
E4	F	Coordenadora da Estratégia Saúde da Família	22ª RS	Especialização em Saúde da Família
E5	F	Secretária Municipal de Saúde	22ª RS	Especializações em Saúde Clínica e Epidemiológica e em Gestão em Saúde; Mestrado em Promoção da Saúde.
E6	F	Assessora Técnica	22ª RS	Especializações em Saúde da Família e em Gestão em Saúde.
E7	F	Coordenadora de Saúde Mental	22ª RS	Especialização em Saúde Mental
E8	F	Coordenadora da Vigilância Epidemiológica	22ª RS	-
E9	F	Coordenadora da Educação Permanente	22ª RS	Mestrado em Saúde Pública
E10	F	Atua na Vigilância Epidemiológica	CRES	-
E11	F	Secretária Municipal de Saúde	22ª RS	Especializações em Saúde Pública, em Recursos Humanos e em Meio Ambiente Consultoria Organizacional.
E12	F	Coordenadora da Estratégia Saúde da Família	22ª RS	Especializações em Unidade de Tratamento Intensivo e em Gestão do Sistema e Serviços de Saúde
E13	M	Coordenador da Estratégia Saúde da Família	22ª RS	Especialização em Enfermagem Obstétrica
E14	F	Secretária Municipal de Saúde	22ª RS	Especializações em Auditoria, Controle e Regulação, em Epidemiologia e em Saúde da Família.
E15	F	Assessora Técnica	22ª RS	Especializações em Gestão de SILOS, em Educação em Saúde Pública e em Enfermagem do Trabalho.
E16	F	Coordenadora da Atenção Básica	22ª RS	-
E17	F	(Não informado)	CRES	-

\*O participante do estudo está identificado pela sigla E seguido do número correspondente. Por exemplo: E1 significa entrevistado 1.

\*\*A identificação do sexo do participante do estudo é F para feminino e M para masculino.

\*\*\*O local de trabalho é determinado pelo local de atuação profissional do participante, sendo a identificação 22ª RS correspondente aos municípios que integram a 22ª região de saúde, e CRES à 1ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará.

**Fonte:** Própria pesquisadora.

#### 4.4 Técnicas de investigação

As técnicas de investigação compreendem as técnicas utilizadas para a coleta de dados, de que aconteceu no período de janeiro a julho 2013. Como técnicas de investigação da presente pesquisa, foram adotadas: a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática. Para melhor compreensão destas e dos ambientes (locais) onde as mesmas foram instituídas segue abaixo um quadro explicativo.

**QUADRO 2.** Técnicas de investigação e os respectivos ambientes de coleta. Fortaleza, Ceará, 2013.

<b>Técnicas de investigação</b>	<b>Ambientes de coleta</b>
Entrevista semi-estruturada	Locais de trabalho dos participantes do estudo.
Observação sistemática	Locais de trabalho dos participantes do estudo, ambientes de reuniões que tenham como foco o processo de regionalização em saúde, bem como os encontros da Comissão Intergestora Regional (CIR).

**Fonte:** Própria pesquisadora.

##### 4.4.1 Entrevista semi-estruturada

As entrevistas constituem uma porta de acesso às realidades, apostando na capacidade de entrar em relação com as outras (POUPART, 2008). Entretanto, deve existir uma neutralidade na relação empreendida no processo de aplicação dessa técnica, limitada pelo fato de os sujeitos (pesquisador e entrevistado) estarem, no momento do estudo, inseridos em um mesmo contexto e, portanto, vivenciarem também o espaço onde está focalizada a investigação (MINAYO, 2008).

Com intuito de caracterizar as entrevistas a serem realizadas como semi-estruturadas, as mesmas se basearam em questionamentos, perguntas norteadoras (APÊNDICE A), e reflexões em teorias formuladas antes e durante o processo de investigação. Pois, consoante Minayo (2008) é importante a elaboração de um roteiro na entrevista semi-estruturada, o qual deve desdobrar os indicadores considerados essenciais e

suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas. Ademais, o roteiro compreendia questões sobre a prática do enfermeiro dirigente no processo de regionalização em saúde, envolvendo a definição deste conceito, como se dá a pactuação e a mediação de conflitos entre os municípios, se ocorre a participação social, qual a contribuição do processo de regionalização para a atenção à saúde, e se a formação em enfermagem contribui para a prática dirigente, contemplando dificuldades e facilidades dos entrevistados.

Inicialmente, antes mesmo de se iniciarem as entrevistas foi realizado um reconhecimento do campo de investigação, sendo que o primeiro contato oportuno foi no início de 2013, aos dias quinze de janeiro, no qual a pesquisadora participou da primeira reunião da 1ª CRES com os atuais gestores e cogestores integrantes da 22ª região de saúde. Em reuniões posteriores aconteceu a apresentação do projeto do qual este estudo faz parte, e é primordial ser levantada a receptividade imperativa dos dirigentes do SUS com a proposta lançada pelo GRUPSFE. A partir disso, seguiu-se com a realização das entrevistas, as quais aconteciam nos municípios já mencionados e também na Coordenadoria Regional de Saúde. Era explicado ao participante: a pesquisa, a entrevista seria gravada, bem como dos preceitos éticos do estudo. Inicialmente era também apresentado o roteiro, para que ele pudesse ir se familiarizando com as questões.

É válido ressaltar que a gravação das entrevistas, as quais duravam em média trinta a quarenta minutos, foi armazenada na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos entrevistados. E, após a gravação, todas as fitas ficaram à disposição dos mesmos, a fim de que pudessem ouvi-las, confirmar a veracidade dos fatos, modificar ou acrescentar questões relativas aos depoimentos. Os áudios estão guardados sob responsabilidade do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, e assim continuarão por um período de cinco anos.

#### 4.4.2 Observação sistemática

A observação dos fenômenos, qualquer que seja a sua natureza, constitui o núcleo de todo procedimento científico, de maneira a compreender a realidade de forma complementar, pois figura sistematicamente ao lado das outras técnicas de coleta do material

qualitativo, tais como a entrevista, os relatos de vida ou ainda a pesquisa documental (JACCOUD; MAYER, 2008).

É necessário, assim, que, na observação sistemática, o pesquisador observe a linguagem corporal, bem como as variações da fala, como: voz embargada, balanceio no momento de pronunciá-la ou ato falho, enfim observar atentamente todas as expressões verbais e não verbais (TURATO, 2003). Com essa técnica complementar será possível uma análise mais completa das informações.

A observação sistemática foi orientada por um roteiro de observação (APÊNDICE B), que ajudou na identificação de estratégias, articulação dos gestores e cogestores com as equipes e trabalhadores da 1ª CRES, integração no processo de regionalização em saúde, bem como potencialidades e dificuldades. Diante disso, o roteiro possibilitou o confronto entre os dados apreendidos, a representação (depoimentos) e a prática concreta do enfermeiro dirigente do SUS frente ao processo de regionalização em saúde em da região de saúde em estudo. Acrescenta-se ainda que foi utilizado um diário de campo pela pesquisadora, para registro das informações obtidas com as observações.

#### **4.5 Técnica e método de análise**

Foi adotada como técnica e método de análise: a análise de conteúdo categorial temática, baseada nas propostas apresentadas por Bardin (1977), a fim de melhor responder aos objetivos da pesquisa e objeto em estudo.

##### **4.5.1 Análise de conteúdo categorial temática**

A análise de conteúdo categorial temática esteve presente desde as primeiras tentativas da humanidade de interpretar os antigos escritos, como os livros sagrados (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005). Logo, não é algo recente e desde os seus primórdios teve como precursores diferentes enfoques para análise e comparação de textos (NUNES *et al*, 2008).

Para Nunes *et al* (2008), a análise de conteúdo, desde seu surgimento até os dias atuais, teve sua evolução perpassada por períodos de aceitação e de negação, despertando,

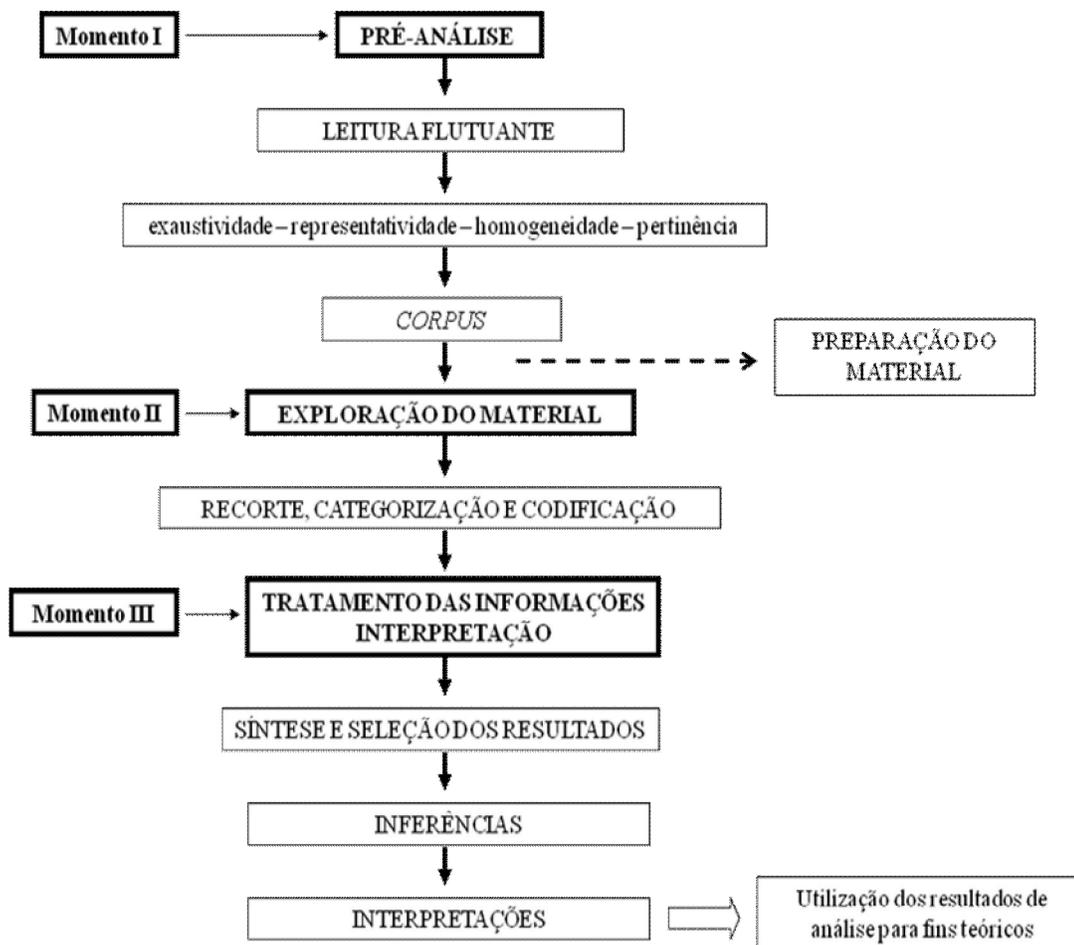
ainda hoje, contradição e questionamento. Entretanto, assim como toda técnica de investigação, procura proporcionar aos investigadores um meio de apreender as relações sociais em determinados espaços, de uma forma apropriada ao tipo de problema de pesquisa proposto.

Diante disso, Bardin (1977) afirma que a análise de conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com a finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens. E mais especificamente, esta autora conceitua a análise de conteúdo categorial temática como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (quantitativos ou não), a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo possui duas funções que podem coexistir de maneira complementar: a) uma função heurística, que visa enriquecer a pesquisa exploratória, aumentando a propensão à descoberta e proporcionando o surgimento de hipóteses quando se examinam mensagens pouco exploradas anteriormente; e b) uma função de administração da prova, ou seja, servir de prova para a verificação de hipóteses apresentadas sob a forma de questões ou de afirmações provisórias (BARDIN, 1977). Por serem escassos os estudos científicos que abordem a temática em questão e uma pesquisa de natureza qualitativa, esta pesquisa se volta mais à função heurística, visto que é proposta a compreensão de uma questão pouco explorada.

Bardin (1977) caracteriza a análise de conteúdo como sendo empírica e, por esse motivo, não pode ser desenvolvida com base em um modelo exato. Entretanto, foram seguidos os passos propostos pela autora, são eles: momento I- pré-análise; momento II- exploração do material; e momento III- tratamento dos resultados obtidos e interpretação (ver figura 4).

**FIGURA 4.** Plano de organização e análise dos dados adaptado do modelo proposto por Bardin (1977).



**Fonte:** Própria pesquisadora.

O momento I, denominado pré-análise, consiste na organização do material a ser investigado. Este momento se decompõe em quatro fases: 1- a leitura flutuante; 2- a constituição do *corpus*, organização do material de forma a responder aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; 3- a formulação de hipóteses e objetivos ou de pressupostos iniciais flexíveis que permitam a emergência de hipóteses a partir de procedimentos exploratórios; 4- a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores a serem adotados na análise, e 5- a preparação do material (BARDIN, 1997).

O momento II, tido como exploração do material, constitui-se a partir da construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros (temas) e a classificação e agregação das informações em categorias temáticas, conforme quadros 3 e 4. BARDIN (1977) define codificação como a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações

textuais, representativas das características do conteúdo. Para o termo categorização, ela diz tratar-se de uma operação classificatória de elementos agrupados por uma mesma taxonomia.

Destarte, emergiram, em cada questão, elementos com características em comum, formando as unidades de registro. Em cada uma destas foram agrupadas citações que corresponderam a trechos das entrevistas, codificadas com a letra E seguida de um número, por exemplo: E1, que significa entrevistado 1. Foi possível, a partir disso, chegar à formulação de subcategorias, as quais, posteriormente, convergiram para duas categorias temáticas.

**QUADRO 3.** Temas emergidos a partir das unidades de registro. Fortaleza, Ceará, 2013.

Entrevistado	Unidades de registro	Temas
E1	“Nós, como um município pequeno, não temos tudo a oferecer para nossa população. Então, precisamos da rede para oferecer pelo menos o básico. O que nós temos é um hospital de pequeno porte e (...) a atenção básica, nós precisamos dessa regionalização, (...) para oferecer [serviço de saúde] à população dentro dos outros municípios que estão [pactuando].”	Definição do conceito de regionalização em saúde com ênfase na oferta de serviços
E2	“(…) essa integração, esse contato, essa aproximação entre gestões intermunicipais e entre municípios.”	
(...)	(...)	

**Fonte:** Própria pesquisadora.

**QUADRO 4.** Emergência das categorias temáticas do estudo e a relação com a teoria a partir dos temas identificados. Fortaleza, Ceará, 2013.

Temas	Categorias temáticas	Relação com a teoria
Definição do conceito de regionalização em saúde com ênfase na oferta de serviços. Pactuação intermunicipal, a tomada de decisão e instrumentos frente ao processo de regionalização em saúde. Participação social como estratégia de fortalecimento de processo de regionalização em saúde. O processo de regionalização em saúde	Regionalização em saúde com ênfase na dimensão política.	NOB, NOAS, Pacto, Decreto (legislação em saúde); Viana, Lima (2011); Santos L. (2013); Silva (2011; 2013).

e sua interface com a melhoria da qualidade da atenção e do cuidado em saúde.		
Dificuldades e facilidades de enfermeiros enquanto dirigentes do SUS. A formação em enfermagem e a (não) contribuição para a prática de direção no SUS.	Formação em enfermagem, dificuldades e facilidades para a prática dirigente no SUS.	Almeida, Rocha (1989); Melo, Santos L. (2007); Souza, Melo (2009); Waldow (2008; 2010).

**Fonte:** Própria pesquisadora.

Por conseguinte, realizou-se o tratamento dos resultados e interpretação, o momento III, no qual os resultados foram tornados significativos e válidos (BARDIN, 1977), ou melhor, a partir da organização dos dados, a pesquisadora realizou suas interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos. Para Bardin (1977), os resultados obtidos, aliados ao confronto sistemático com o material e às inferências alcançadas, podem servir a outras análises baseadas em novas dimensões teóricas ou em técnicas diferentes.

Apesar de ser orientada nos três momentos descritos anteriormente, a análise de conteúdo categorial temática propriamente dita, vai depender especificamente do tipo de investigação a ser realizada, do problema de pesquisa que ela envolve e do corpo teórico adotado pelo pesquisador, bem como do tipo de informações a ser analisado. Cabe ao pesquisador fazer o jogo entre as técnicas e a interpretação (BARDIN, 1977). Dessa forma, para melhor apresentação dos resultados e devido às grandes congruências e complementaridades encontradas nas falas dos participantes, encontram-se agrupadas, com posterior discussão nas categorias temáticas. As unidades de registro que denotavam divergências ou algo a ser evidentemente enfatizado foram poucas. Ademais, as dimensões que subsidiaram a análise das categorias temáticas encontradas estão apresentadas no apêndice (APÊNDICE C).

#### 4.6 Aspectos éticos

O presente estudo faz parte do projeto intitulado “Organização da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica”, o qual, em vista da importância ética de

pesquisas envolvendo seres humanos, foi submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com parecer nº 229.745 (ANEXO A). Assim, buscaram-se contemplar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos propostas pela Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Aos sujeitos participantes do estudo foram esclarecidos os objetivos do mesmo, em momento individual, o qual garantiu, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE D), elaborado com termos e linguagem adequados, o sigilo, o anonimato e o direito de os entrevistados deixarem de participar da pesquisa em qualquer momento, sem acarretar danos à sua saúde, obedecendo, desse modo, aos seguintes princípios bioéticos: autonomia, não maleficência, maleficência e justiça. O termo foi elaborado duas vias, ficando uma sob responsabilidade da pesquisadora e a outra do participante. Ademais, foi solicitado junto um termo que versasse sobre a autorização para realização da pesquisa à 1ª Coordenação Regional de Saúde do Estado do Ceará (ANEXO B) e aos municípios (ANEXOS C, D, E, F, G e H). Um dos municípios, não havia assinado o termo, visto que ocorreram desencontros para ser solicitada a autorização formal, sendo assim, enfermeiros dirigentes atuantes na gestão e cogestão do município não participaram do estudo.

## 5 FALAS (DES)VELADAS: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DA DISCUSSÃO

### 5.1 Regionalização em saúde com ênfase na dimensão política: conceito, pactuação, controle social e melhoria do cuidado em saúde

Atualmente, discute-se calorosamente acerca da importância da efetivação do processo de regionalização em saúde, de modo que muito se tem investido na implementação deste princípio do Sistema Único de Saúde. Porém, é fundamental, a priori, a discussão acerca da definição deste conceito por parte dos atores que integram o sistema de saúde brasileiro, em especial dos responsáveis pela implantação das políticas e programas nacionais de saúde, ou seja, os gestores e cogestores (os dirigentes do SUS).

Destarte, segue abaixo as falas que compreendem os relatos dos dirigentes do SUS participantes do estudo acerca da definição do conceito regionalização em saúde:

*Eu entendo a regionalização como algo muito solidário, (...) uma ação solidária entre municípios (E9).*

*(...) é a integração, o contato, a aproximação entre gestões intermunicipais e entre municípios (E2).*

*(...) é ter os outros municípios (...) como parceiros (E12).*

*É onde a gente se comunica (E8).*

*É a gente trabalhar juntos para que possamos resolver os problemas da comunidade, dar uma melhor assistência à população como um todo (E9).*

*É uma das formas da gente trabalhar o conjunto (...), para que a gente possa atuar e compartilhar serviços que o município não tem. (...) (E3).*

*A regionalização em saúde é uma forma de compartilhar entre os municípios das áreas adstritas, os mesmos problemas, as mesmas soluções, em busca de melhorar o atendimento de atenção em saúde para os usuários (E5).*

*[Regionalização] é a divisão na área da saúde, nos municípios, onde se estabelecem as regiões de saúde (E7),*

*É todos os municípios numa única região (E8).*

*É a saúde trabalhando em região, os municípios mais próximos, com uma população também definida, para poder trabalhar melhor, com melhor condição para dar um atendimento de melhor qualidade ao usuário (E6).*

*[Essa] divisão ilimitada [do território] traz benefícios, onde a gente compartilha, [além de ações e serviços de saúde], sentimentos (E3).*

Apreende-se, com as falas acima, que as experiências dos dirigentes do SUS entrevistados revelam uma definição ampla do conceito regionalização em saúde, permeado pelo compartilhamento de ações e serviços entre municípios que integram uma mesma região de saúde, buscando o alcance da melhoria da qualidade da atenção à saúde e do cuidado prestado ao indivíduo, família e comunidade.

Diante disso, resgata-se aqui a definição utilizada neste estudo de regionalização em saúde: processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais no espaço geográfico (VIANA; LIMA, 2011). Correlacionando esta definição com o que foi apresentado por meio das falas dos entrevistados, é observado o quão conhecem os enfermeiros dirigentes sobre o conceito regionalização no SUS.

As definições apresentadas sobre regionalização corroboram ainda com aquela que inicialmente foi apresentada na NOAS/2001, período em que se fortaleceu a discussão acerca deste processo. Desse modo, esta Norma afirma que o processo de regionalização deve contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001b).

Desse modo, Santos L. (2013) pontua que a conformação de uma região de saúde não pode se deter apenas ao conceito de territórios limítrofes, ela deve ser dotada de características que lhe permitam compreender serviços em qualidade e quantidade suficientes para garantir direitos sociais essenciais para a qualidade de vida. E o Decreto nº. 7.508/2011 afirma que para se instituir uma região de saúde, a mesma deve conter no mínimo ações e

serviços de saúde que compreendam a atenção primária, a urgência e emergência, a atenção psicossocial, a atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e a vigilância em saúde (BRASIL, 2011b).

Assim, o Estado tem a competência de prestar serviços de maior densidade tecnológica, de maior abrangência em termo de escala e outros critérios sanitários organizacionais do SUS, além de exercer seu papel de coordenador das políticas estaduais (SANTOS L., 2013).

Neste momento do estudo, é válido ressaltar a preocupação da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (1ª CRES), representante estadual e campo de investigação, em repassar informações sobre a atual conjuntura do processo de regionalização em saúde no Estado do Ceará. Tal colocação se faz premente, visto que na primeira reunião realizada, em 2013, pela 1ª CRES com participação dos gestores e cogestores dos municípios integrantes da 22ª região de saúde, foram discutidos o conceito regionalização em saúde, os critérios para conformação do Estado em macrorregiões de saúde, bem como daquela região, a fim de que aqueles atores pudessem aprofundar política e tecnicamente em discussões e posteriores pactuações com os demais municípios. Esta atividade também se fez importante, tendo em vista o grande número de dirigentes do SUS que no período assumiam estes novos cargos/funções.

Ademais, os principais atores do processo de regionalização em saúde estão nos Estados e, principalmente, nos municípios, como bem revelado nas falas; pois estes últimos constituem instâncias do Poder Executivo, que estão mais próximas do cidadão e, conseqüentemente, mais aptas a fomentar o reconhecimento, definição e dinâmica dos espaços locais, nos quais serão desenvolvidas ações sanitárias articuladas, visando à satisfação das necessidades de saúde e ao bem estar da população pertencente a esses espaços vivos (BELTRAMMI, 2008).

Como também mencionado nas falas está o conceito de regionalização em saúde que contempla a formação de regiões de saúde em um Estado. Conforme Santos L. (2013), a regionalização também diz respeito à divisão do território estadual, com aglutinação de municípios em regiões de saúde. Tal recorte da definição ampla está em acordo com o que rege o Decreto nº. 7.508/2011, pois este instrumento legalizador do SUS impõe a formação de espaços territoriais, onde as ações, os serviços e as decisões políticas em saúde possam ser compartilhados entre os gestores e cogestores de diferentes municípios.

*[Por fim, enfoco que a regionalização em saúde] tá se ampliando, (...) amparada legalmente através do decreto de 2011 (E5).*

E como afirma um dos entrevistados, o Decreto surge para ampliar e efetivar a implementação do processo de regionalização em saúde, de modo que todos os entes federativos deem sua contribuição.

Assim, os entes federativos devem, forçosamente, consoante Silva (2013), em nome da garantia da integralidade da assistência, integrar seus serviços de saúde em uma rede regionalizada, definindo as regiões de saúde. Nesse sentido, entende-se que a competência de legislar sobre estes espaços é do Estado, competindo-lhe também, juntamente com a União, o dever de cofinanciar os serviços dessa região se ela se configurar numa agregação de múltiplos territórios municipais, os quais prestarão serviços de saúde que extrapolam os limites de sua geografia, obrigando-se a atender municípios de diversos municípios, indo além dos contornos próprios do interesse local.

Com isso, a região de saúde é necessária para se efetivar o direito (o acesso) da população brasileira à saúde, dando luz a uma gestão que ao mesmo tempo em que é individual (de cada ente federativo, com direção única) é também solidária ante a interdependência sistêmica. Para tanto, a região de saúde deve ter a função principal de aglutinar ações e serviços de saúde que proporcionem a garantia do direito (do acesso) à atenção à saúde integral do indivíduo, família e comunidade (SANTOS L., 2013).

A região de saúde deve constituir, logo, o microcosmo do atendimento das necessidades de saúde da população. Decorrendo disso o planejamento integrado, a gestão compartilhada, o financiamento regional e uma série de medidas que objetivem garantir a governança na região, como as Comissões Intergestoras Regionais (CIR), coordenações executivas (SILVA, 2013).

Neste ínterim e para instrumentalizar a conformação de regiões de saúde de um Estado, foi instituído a partir da NOAS/2001 o Plano Diretor de Regionalização (PDR), mais especificamente um instrumento de ordenamento do processo de regionalização em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção (BRASIL, 2001b).

O PDR, com o Pacto pela Saúde, em 2006, adquire caráter mais sistêmico e alcance intersetorial ao permitir diferentes combinações de variáveis (de saúde, econômicas, sociais e culturais) para o estabelecimento das regiões de saúde em cada estado da federação (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010). No Pacto, o PDR amplia seu escopo, devendo expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos (BRASIL, 2006).

Neste ínterim, o PDR, instrumento de ordenamento da assistência em cada Estado, deve garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante os pactos entre gestores na garantia das referências intermunicipais (STEPHAN-SOUZA *et al*, 2010).

*[Para tudo isso se efetivo, a regionalização deve instrumentalizada no Estado pelo PDR], diante disso, a gente faz parte da 22ª região de saúde (E15).*

*(...) atualmente houve algumas mudanças (...), [como é o caso] do município de Beberibe que está sendo transferido para esta região, ele era da 7ª, fazia parte de Aracati (E7).*

Como citado nas falas, há o conhecimento dos gestores e cogestores do PDR do Estado do Ceará e de suas particularidades, pois, como já mencionado e discutido, uma mudança particular na 22ª região de saúde no último Plano, 2011, foi a inserção do município de Beberibe, o qual pertencia à 7ª região de saúde. Este aspecto, conhecer o PDR, se faz fundamental para a efetivação do processo de regionalização, pois os dirigentes do SUS devem saber de qual região e macrorregião o seu município faz parte, bem como com quais municípios se articular para pactuarem as ações e serviços necessários para atendimento das demandas da população.

Outro aspecto primordial e bastante referido nas falas foi a pactuação entre os municípios, favorecida pelo processo de regionalização em saúde, o que constituiu o tema abaixo, como segue apresentado:

*[A pactuação dos serviços de saúde entre os municípios dessa região] ocorre dentro da Comissão Intergestora Regional (CIR), que acontece todos os meses (E10).*

*A CIR acontece em Fortaleza, agregada à 1ª CRES (E15).*

*[Nela] são revistas todas as questões de serviços, PPI, fluxos, processos, implantação de equipes seja de Saúde da Família, NASF, Saúde Bucal ou UPA. E o que é essa CIR? Essa CIR é um espaço de pactuação que ocorre entre o município e o Estado (E17).*

*[A partir dela], as resoluções que são liberadas, são levadas para a CIB, que é a Comissão Intergestora Bipartite (E1).*

*[As pactuações acontecem] em uma roda participativa com os gestores e cogestores, a partir de como é que está a questão dos indicadores de determinados pontos (E10).*

*[O processo de pactuação intermunicipal,] é tranquilo, [sem conflito] (E15).*

*[As pactuações acontecem] através de diálogos nas reuniões, encaminhamentos para a CIB e para a CIR. (...) As reuniões que eu tenho acompanhado são muito positivas, porque (...) o Estado está aberto às mudanças de pactuações (E3)*

*[As tomadas de decisões] normalmente são consensuais, são consensuais, mas todas baseadas em algum parâmetro (E2).*

*[Agora o gestor ou cogestor] (...) não participa se não quiser. (...) É aberto. (...) Ninguém falta nessas reuniões (E1).*

Conforme revelam as falas apresentadas, os enfermeiros participantes afirmam que os municípios da 22ª região fazem pactuações de ações e serviços de saúde entre si, visto que esta é uma das atribuições das regiões formadas, a fim de que se alcance a integralidade da assistência ofertada ao indivíduo, família e comunidade. E pode-se afirmar que eles conhecem bem o espaço onde ocorrem as discussões e os processos de pactuações de ações e serviços de saúde, pois elucidaram a Comissão Intergestora Regional, considerado um ambiente aberto, no qual ocorrem tomadas de decisões consensualmente, com reuniões que ocorrem todos os meses com datas preestabelecidas no início do ano. A partir das deliberações ocorridas na CIR, os encaminhamentos são dados para a Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

A CIR e a CIB são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011b). Para Santos L. (2013), os colegiados interfederativos devem ser dotados de institucionalidade e de segurança jurídica, a fim de que se efetivem como espaços de negociação-consenso, de modo a garantir a governança compartilhada da rede regionalizada de ações e serviços de saúde.

Os colegiados são de âmbito nacional, estadual e regional, ou seja, o sistema de decisões das esferas públicas do SUS é múltiplo. Desse modo, as regiões de saúde são constituídas pelas CIR, com representantes das secretarias municipais de saúde e das coordenações regionais, este colegiado substitui o Colegiado de Gestão Regional (CGR) proposto no Pacto pela Saúde. Os Estados são formados pelas CIB, nas secretarias estaduais de saúde; e a União, pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), no Ministério da Saúde (SILVA, 2011; 2013). As duas últimas comissões foram inicialmente propostas na NOB/SUS/1991.

Vale-se levantar neste momento que o fluxo das deliberações segue a hierarquia crescente desses colegiados. Como bem pontuado nas falas, as decisões tomadas acerca dos diversos processos encaminhados pelos municípios são feitas na CIR, e a partir desta são apresentados à CIB, como mencionado anteriormente. Mas, em se tratando da participação dos entes interfederativos, segundo Santos e Andrade (2009), o colegiado interfederativo não deve ser hierarquizado, pertencente à União ou ao Estado, deve ser um espaço de todos que, no SUS, se conectam em uma interdependência operativa, financeira, administrativa e sanitária.

E para que todo processo de pactuação e de tomadas de decisões no setor saúde ocorra de forma efetiva e eficaz é necessário haver o planejamento das ações que são fundamentais, conforme as necessidades locais, situação esta que foi levantada pelos entrevistados.

*[E para se pactuar,] tem que ter um planejamento (...) do que está precisando e do que não está (E1).*

*(...) a gente vai pactuar aquilo que é essencial como indicador, [por exemplo] para o município de pequeno porte e que não tem como oferecer o acompanhamento de pré-natal de alto risco, procedimentos especializados, consultas especializadas, ortopedista, traumatologista, odontologia, pactua o que não tem (E3).*

*A gente usa o critério das necessidades básicas (E5).*

O mesmo pode ser observado em uma pesquisa realizada com 10 enfermeiros que atuavam como coordenadores ou secretários municipais de saúde no estado da Paraíba, pois eles destacaram em seus depoimentos a preocupação com os planejamentos das ações, diante das necessidades locais, o que traz uma aproximação da concepção de Planejamento Estratégico Situacional, tipo de planejamento que refere o ser humano como agente de mudança da sua própria realidade (BARRETO *et al*, 2010).

Diante da fala acima, reforça-se, concordando com Barreto *et al* (2010), o quão é necessário que o gestor e o cogestor sejam estratégicos nas suas ações, não só no sentido da descentralização e regionalização, mas a partir de sua realidade, com base em indicadores, para que possam visualizar as necessidades de seu território e construir o planejamento em saúde, priorizando ações e serviços. Para tanto, é primordial que eles conheçam o seu território de atuação, bem como tenham apropriação de conceitos como regionalização, vigilância e promoção da saúde, planejamento estratégico, integralidade, entre outros.

Houve um único entrevistado que referiu não saber dizer como ocorre os processos de pactuações entre os municípios, embora tenha afirmado que os mesmos existem, citando os convênios realizados com outros municípios que compõem a mesma região de saúde:

*(...) a gente tem convênio com Cascavel e Pacajus também. Da pactuação [como ocorre entre municípios]? Não, não sei dizer. No momento eu não sei dizer, mas é feito, com certeza é feito (E4).*

Denota-se com a fala acima, que há a necessidade do aperfeiçoamento constante dos enfermeiros dirigentes sobre os processos de tomadas de decisão e pactuação no SUS, pois estas são atividades inerentes ao cotidiano laboral de gestores e cogestores. Ademais, reitera-se a importância da CRES fomentar sempre a participação de todos os representantes dos municípios nos momentos decisórios, explicitando o que são e para que servem, principalmente, quando ocorrem mudanças na gestão e novos atores assumem estes cargos/funções.

Outro entrevistado, diferentemente do que apresenta as outras falas, pontuou que nas pactuações das ações e serviços de saúde, em especial daqueles que compõem ou irão compor as redes de atenção à saúde integrantes da 22ª região de saúde, não houve planejamento:

*[Nas pactuações das ações e dos serviços das redes,] não houve um planejamento, a gente simplesmente foi para uma reunião e foi dito assim: “as redes desse município tem que fechar isso, tem que ter esse ponto de apoio, quem vai?” O custeio é muito alto e o dinheiro que vem não dá, e o intermunicipal também não dá pra manter e acaba que o município que é o polo assume essa responsabilidade (E5).*

É enfatizado aqui que, apesar de ser elucidado nas falas que existiu e existe o planejamento para as tomadas de decisões, em uma das reuniões da CIR, foi possível observar que, em um dos encontros na CRES, os representantes dos municípios estavam alheios ao que se era discutido, ao mesmo tempo em que um único município assumia boa parte das responsabilidades para implantação de ações e serviços de saúde da região; corroborando-se com a fala acima.

Por mais que critérios para constituição de uma região de saúde e conformação das redes de atenção à saúde sejam necessários ser levados em consideração, observou-se que o município de maior porte era também o que acabava assumindo maiores responsabilidades, sem haver um posicionamento político e técnico dos representantes dos municípios acerca da situação, coexistindo somente a aceitação das propostas apresentadas pelos integrantes da CRES.

Entretanto, concorde-se aqui com o pensamento de Santos L. (2013), quanto esta autora afirma que as competências, ainda que comuns, não podem ser tidas como iguais, simétricas em relação aos entes federativos, no caso os municípios de uma mesma região. As responsabilidades devem ser assimétricas para garantir uma rede simétrica e equânime. Elas devem guardar proporção ao porte demográfico, social, cultural e econômico do ente da Federação.

Um fato também a ser citado é o desenvolvimento conjunto de reuniões duas regiões de saúde que estão sob responsabilidade da 1ª CRES. Por vezes, isto dificultou a observação da pesquisadora e também foi possível notar as dificuldades em se estabelecer um diálogo claro com as duas regiões, visto que estas possuem conformações diferentes de redes

de ações e serviços de saúde, embora um dos municípios da 1ª região seja referência para alta complexidade das demandas da 22ª.

Ademais, elucida-se aqui outro aspecto que pode afetar o bom andamento das decisões e pactuações: o descumprimento do horário das reuniões, visto que estas sempre começavam com atrasos. As mesmas não acontecem em um dos municípios da região, mas sim na capital do Estado do Ceará, que pertence à outra região de saúde. Desse modo, seria interessante que a localização dos encontros da CIR fosse revista, pois muitos dos representantes dos municípios não residem em Fortaleza e efetuam o deslocamento apenas no dia das reuniões, devido às demandas nas secretarias municipais de saúde que trabalham, o que impede a ida um dia antes ao município de outra região onde são realizadas as reuniões.

Pesquisa desenvolvida por Santos A. M. (2013), em uma microrregião de saúde do Estado da Bahia, evidenciou a mesma dificuldade, pois as reuniões agendadas para acontecer às 08h e 30min começavam com atrasos de até 3 horas. O mesmo autor reitera ainda que os atrasos constantes dos secretários municipais de saúde ou mesmo da coordenação não deflagraram nos participantes ações que exigissem o seu cumprimento.

Outra discussão revelada pelas falas é a pactuação de ações e serviços ocorridas por meio de consórcios entre os municípios integrantes da região de saúde. Cabendo ser citado o consórcio da Policlínica Regional, situada em Pacajus, e do Centro de Especialidade Odontológico Regional, localizado no município polo, em Cascavel. Estes serviços estão em acordo ao que estabelece a Lei nº. 8.080/1990, quando no art. 10 afirma que os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam (BRASIL, 1990).

*Essa questão de vários municípios trabalharem com a regionalização é para a gente pactuar serviços que vão beneficiar a todos, através de consórcios (E3).*

*A gente continua pactuando, pensando junto em consórcios (E1).*

No ano de 1998, os consórcios de saúde foram regulamentados pela Emenda Constitucional nº. 19, que instituiu esta modalidade de cooperação entre os entes federativos e estabelece normas da contabilidade pública para a gestão financeira e orçamentária de ambientes pactuados, como o das regiões de saúde refinando a normatização e dinamizando

as questões concernentes ao financiamento solidário e seu funcionamento (BELTRAMMI, 2008).

Em face disso, os consórcios intermunicipais podem contribuir com o fornecimento de estrutura para alguns serviços que os entes da região queiram executar em comum acordo, mediante uma pessoa jurídica, para ganhar escala e simplificar processos administrativos (SANTOS L., 2013). Estes consórcios representam, assim, parcerias firmadas entre governos municipais de determinadas regiões que pactuam regras de financiamento de serviços e de acesso da população com base em recursos dos municípios associados (SOUTO JÚNIOR, 2010).

Alguns governos estaduais adotaram os consórcios como políticas de implementação do processo de regionalização em saúde e desenvolveram formas de gestão e de cofinanciamento principalmente através de convênios (SOUTO JÚNIOR, 2010). Porém, eles não substituem a região de saúde (SANTOS L., 2013).

Sendo assim, o principal instrumento de pactuação entre municípios de uma mesma região de saúde, atualmente, em consonância com o Decreto nº 7.508/2011, é o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), o qual no momento da realização das entrevistas e das observações nos campos de investigação estava em reformulação. Nesta conjuntura, vale-se ressaltar o pioneirismo do Estado do Ceará na construção do COAP de suas regiões de saúde, ente federativo este que sempre foi considerado pioneiro em diversas ações de saúde pública no Brasil. É destacada aqui ainda a integração entre os representantes dos municípios da 22ª região de saúde, que sempre se mostraram ávidos e empenhados em finalizar o Contrato Organizativo de Ação Pública dessa região.

Em geral, o contrato organizativo tem um único fim e as partes reunidas não pretendem para si nenhum proveito; desse modo, o ganho é a soma dos esforços de todos os envolvidos no contrato para melhorar seu desempenho público ou para definir melhor suas obrigações, responsabilidades e financiamento que de outra forma seria difícil de explicitar (SILVA, 2011; 2013; SANTOS L., 2013).

Assim, o COAP tem o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2011b). Diante disso, pode-se afirmar que o contrato é um ótimo instrumento para a organização da ação pública da saúde, suas políticas e estruturas organizativas. São contratos que unem os entes federativos,

ao mesmo tempo em que ficam definidas as responsabilidades e obrigações de cada um na rede e nas políticas públicas, que deverão prover a saúde da comunidade (SILVA, 2011; 2013; SANTOS L., 2013).

Como diferencial, o COAP estabelece a segurança jurídica para todo o sistema de saúde brasileiro, incluindo-se, pois, gestores, trabalhadores e usuários. Quem não assinar o contrato não pode se beneficiar das referências dos serviços e não poderá receber recursos de outros entes da Federação para o financiamento de seus serviços na rede. Em uma região de saúde, todos os municípios são atores interdependentes, sendo necessário pactuar as suas responsabilidades mediante um contrato com a finalidade de garantir segurança jurídica (SANTOS L., 2013).

*(...) Nós estamos trabalhando hoje com o COAP (E1; E6).*

*(...) Ele [O COAP] é complicado, mas é bem vindo para nos acompanhar, porque ele ficou no lugar do Pacto. (...) Ele preenche todos os quesitos da saúde, tudo. Então tem indicadores, que nós temos que acompanhar. (...) Agora é que nós fizemos e pactuamos, mas eu acredito que tem tudo para dar certo (E1).*

*A construção do COAP foi até interessante, a gente construía, estava errado e tinha que refazer, porque ninguém tinha feito COAP, o Contrato Organizativo de Ação Pública foi uma coisa nova, não tinha como saber, a gente estava construindo o COAP (E17).*

*[Para a formulação dele aconteceu] uma agenda de reuniões. (...) A regional pediu todos os dados de população, de demanda, do que você pode atender, em cima de uma portaria que o Ministério [da Saúde] determinou, e a gente vai se adequando e querendo dinheiro para poder se adequar, para poder oferecer um serviço melhor (E6).*

É evidente, com os trechos acima, o conhecimento dos gestores e cogestores entrevistados acerca do COAP, entretanto é mencionada a grande dificuldade em se trabalhar com este novo instrumento que regulariza as pactuações e ações firmadas entre os dirigentes. E como pioneiros, no Brasil, na construção do COAP há de se entender os entraves encontrados, que felizmente se deram por superadas com a finalização deste documento.

*E [embora exista a pactuação], (...) a dificuldade é grande, porque nem tudo que se pactua é oferecido (E1).*

*Mas (...) com o COAP, vamos ver se os gestores levam mais a sério o que eles prometem, com o que eles se comprometem (E9).*

Como relata um dos enfermeiros existem também dificuldades porque nem tudo que se é pactuado entre os gestores municipais não é oferecido. Ou seja, as pactuações se firmam, mas não saem do papel. Mas com o surgimento do COAP, como já mencionado em outro momento, tudo o que for pactuado entre os entes federativos deverá ser fielmente cumprido. Desse modo, o COAP surgiu, especialmente, para superar barreiras nos processos de pactuação, dentre elas o não cumprimento dos acordos estabelecidos, conforme está exposto na fala. Para tanto, é primordial o monitoramento, a fiscalização intensa da execução do COAP e participação efetiva da população, com foco no controle social, a fim de fazer com que entes federativos cumpram com as metas, responsabilidades e obrigações estabelecidas no contrato.

Diante disso, foram as falas que versam sobre a (não) participação social (da sociedade/comunidade) no processo de regionalização em saúde na região de estudo investigada.

*A participação social ela existe (E14; E16).*

*(...) Essa questão do controle social tá muito forte e a política do município também (E3).*

*[E como espaços de discussão, nós temos] os conselhos de saúde, [onde participa] toda a coordenação, a população e as equipes [participam]. (...) Uma vez por mês tem reunião (E1).*

*[Assim, a participação social] acontece através da mobilização social (E2).*

*A participação social se dá através do Conselho Municipal de Saúde (E2; E10).*

*A gente tem que passar tudo para o Conselho (E8), pois a gente precisa da aprovação dele [CMS] (E3).*

As falas acima revelam a existência da participação social/comunidade no SUS, entretanto dois entrevistados afirmaram o contrário:

*Eu sinto muito, porque eu estou aqui desde 2005 e eu percebi que já houve mais disso (...), mas nos últimos anos eu vejo muito tímida essa participação social e também tem a participação da comunidade de forma tímida nos Conselhos, não é uma coisa que dia a dia se converse, que se debata, que se discuta. (...) Essa participação social (...) é pontual, pontual no momento das conferências e nas reuniões dos Conselhos, que vem somente os representantes distritais, não é algo divulgado para que a população possa vir (E9).*

*[Por exemplo,] (...) essa questão das redes (...) tá vindo ao inverso, ela tá vindo de nível federal e descendo, (...) era para ser o contrário, era para ser discutido primeiramente em nível de usuário, de polo de conferências. (...) [Uma sugestão] nesse processo de regionalização, em relação ao usuário: [a decisão] não é só de cima para baixo, de nível federal para nível municipal, mas também, ao mesmo tempo, deve ser discutida em nível de Conselho de Saúde, dos usuários e para que as propostas lançadas por eles também emergissem (E5).*

Em relação à participação social no processo de regionalização em saúde, como dito anteriormente foram revelados dois pontos discordantes, visto que entre os entrevistados possuem dois posicionamentos puderam ser evidenciados: 1- contempla a existência da participação social, como elemento fundamental para as discussões do que deve ser pactuado com os outros municípios; e 2- compreende a não participação social nos processos decisórios do setor saúde, demarcada como algo pontual que somente acontece quando são realizadas Conferências Municipais de Saúde e também decorrente do enrijecimento das políticas de saúde, como sendo determinadas pelo Ministério da Saúde.

A participação da comunidade no SUS é efetivada com a representação da sociedade em órgãos colegiados deliberativos, os quais constituem um momento de fornecimento de subsídios às autoridades incumbidas da gestão dos serviços e ações de saúde e proposição ou reivindicação de medidas específicas destinadas a atender as demandas da população. Esta participação da comunidade pode ser também denominada de controle social, a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelos entes federativos do setor saúde (SANTOS L., 2013).

Desde 1990, com a promulgação da Lei nº. 8.142, a qual dispõe da participação da comunidade e cria como instâncias colegiadas a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde. Nestes espaços, a participação da sociedade deve ser paritária em relação ao conjunto

dos demais segmentos (representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde) (BRASIL, 1990).

Perante esta legalidade e em concordância as falas sobre participação social, é lembrado que em um dos momentos de visitas aos municípios da 22ª região de saúde ocorria a reunião ordinária de um dos Conselhos Municipais de Saúde, com participação ativa da população. Entretanto, como nas outras falas, gestores e cogestores versam a não participação desta em reuniões do Conselho, uma dificuldade para se efetivar as políticas de saúde, e, durante as reuniões da CIR, também foi sentida a falta de representantes das comunidades, embora isto possa ser justificado pela dificuldade de locomoção até o município onde estas reuniões ocorrem, o qual não integra a região de saúde investigada.

Daí, reitera-se uma necessidade expressada anteriormente: as reuniões da CIR devem acontecer em um dos municípios que fazem parte daquela região, de modo a permitir a participação da comunidade também neste momento, pois somente conhecendo o que é pactuado, a fiscalização, por parte da sociedade poderá ser efetiva e eficaz, como bem rege a legislação em saúde. Devendo-se ter em mente que: os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidades de conhecer e controlar os fatores determinantes de sua saúde (PERSEGONA *et al*, 2009).

Assim, coexistindo o controle social sobre as decisões e pactuações inerentes às políticas de saúde e o cumprimento dos gestores e cogestores com o que é estabelecido no COAP, haverá com toda certeza melhoria da qualidade da atenção à saúde e do cuidado prestado ao indivíduo, família e comunidade. Sendo que este é o objetivo principal do processo de regionalização em saúde, como discutido em outros momentos deste estudo.

Em face disso, os gestores e cogestores também foram estimulados a falar sobre a contribuição do processo de regionalização em saúde para a melhoria da qualidade da atenção à saúde ofertada aos usuários, bem do cuidado prestado. Embora este aspecto envolva a dimensão técnica, consoante Assis e Jesus (2012), optou-se por integra-lo à dimensão política devido às questões de melhor apresentação dos resultados e discussão, pois se segue uma reflexão lógica do processo de regionalização em saúde, e a seguir as falas que discorrem sobre os benefícios deste princípio do SUS para a população:

*[O processo de regionalização] tem [contribuído muito para a melhoria da qualidade da atenção e do cuidado ao indivíduo] (E1).*

*[E essa contribuição] a meu ver é a oferta de serviços, uma maior oferta de serviços especializados (E3),*

*É uma forma de você conseguir a resolutividade do problema do indivíduo, da pessoa, da população (E1).*

*E, assim, está mais fácil conseguir [consultas] aqui nos municípios vizinhos (E4),*

*É para que seja dada uma assistência ao usuário de forma integral, de forma contextualizada, seja desde a promoção em saúde à reabilitação (E5).*

*A regionalização com certeza é superimportante, porque a região tem que está sempre melhorando, buscando o melhor para poder atender a população (E12).*

*E (...) se [o sistema de saúde] é universal, então o usuário tem direito aqui, tem direito ali, em qualquer espaço da região. Regionalizar: estreitar o espaço e garantir um acesso mais universal para os usuários é necessário (E3).*

*E eu sou uma defensora do SUS e sendo defensora do SUS eu não posso desacreditar em nada que ele propõe. Eu tenho é que defender e correr atrás para que dê certo, que vai dar certo, ela tem que acontecer, um dia ela vai acontecer de fato e vai dar certo (E6).*

Conforme exposto acima, os enfermeiros dirigentes participantes do estudo compreendem que o processo de regionalização em saúde tem contribuído para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e do cuidado prestado ao indivíduo, família e comunidade, envolvendo ações que vão desde a promoção da saúde até a reabilitação, visto que aumentou o número de oferta de serviços e se tem, atualmente, mais facilidade em conseguir consultas para os usuários em municípios e integrantes da mesma região de saúde.

A conformação do Estado do Ceará como um todo, um dos propósitos da regionalização em saúde, tem contribuído para a melhoria da qualidade da atenção em saúde, não somente pelas falas acima, mas também pela implantação de alguns serviços regionais, como as Policlínicas e os Centros de Especialidades Odontológicas Regionais. Diante disso, enfatiza-se que as regiões de saúde devem ser planejadas de modo a conter uma determinada densidade tecnológica e autossuficiência de ações e serviços, atendendo integralmente às necessidades da população referida àqueles espaços (VIANA; LIMA, 2011).

A revelação dos achados de benefícios da implementação do processo de regionalização em saúde no território cearense, está em acordo com o que era proposto na

NOAS 01/2001 e no Pacto pela Saúde e com o que, hodiernamente, é designado no Decreto, pois estes instrumentos legalizadores do SUS sempre buscaram e buscam estabelecer PDR nos Estados que garantam o acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados à atenção integral em saúde. Por outro lado, a enfermagem é conhecida historicamente como a ciência e a arte do cuidar, o que reavém a preocupação maior de dirigentes que sejam enfermeiros com o cuidado integral que será ofertado ao indivíduo, família e comunidade, visto também que o processo formativo em enfermagem se afirma sobre este objetivo.

Diante disso e para a efetivação da qualidade da atenção e do cuidado integral em saúde, com ênfase no processo de regionalização, são necessários tanto a integração das ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidades, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental, quanto o processo normativo que reafirme a importância das instâncias colegiadas de gestão regional e do controle social nos estados e municípios (STEPHAN-SOUZA *et al*, 2010).

É fundamental ainda, embora muito se tenha a alcançar, a perseverança dos gestores e cogestores de que a atual situação de saúde da região melhore, depositando confiança nas propostas do SUS. E, assim, é colocada a importância de que os dirigentes do SUS, além de trabalharem neste sistema de saúde, sejam o SUS e façam o SUS, pois isto é primordial para a efetivação da legislação que o rege e para que seja possível uma atenção à saúde de qualidade e um cuidado integral ao indivíduo, família e comunidade.

## **5.2 Formação em enfermagem, dificuldades e facilidades para a prática dirigente no processo de regionalização do SUS: uma análise baseada na dimensão técnica**

A enfermagem constitui, em tempos hodiernos, uma ciência que ao longo de sua formação histórica foi considerada como a arte do cuidar. Inicia-se, então, definindo-se esta área como ciência, em decorrência, principalmente, do seu crescimento no campo de investigações científicas, com formulações teóricas, que garantam efetividade e eficácia na prática profissional do enfermeiro em qualquer campo do setor saúde, desenvolvendo desde ações assistencialistas à direção do Sistema Único de Saúde.

Nos relatos históricos sobre a prática da enfermagem, denota-se que esta área do saber em saúde, ainda empírica, antes do sustentáculo de lapidação, sobreviveu ao mundo primitivo e medieval, submetendo-se às variáveis sociopolíticas e econômicas, às quais sempre esteve historicamente condicionada (SILVA, 2009). Mais tarde, no século XVIII, a fim de fundamentar o cuidado da enfermagem, o conhecimento teórico começa a ser aprimorado e adquire maior prestígio por meio da implantação dos estudos de investigação e observação desenvolvidos por Florence Nightingale. Em 1860, ocorre a abertura das primeiras escolas de enfermagem para moças cultas da sociedade, profissão neste período eminentemente feminina (AMESTOY, 2008).

As escolas surgiram a partir da necessidade de treinamento formal do pessoal para dar assistência de enfermagem e para disciplinar a conduta de enfermeiras a fim de diminuir os efeitos negativos do ambiente hospitalar. Assim, eram admitidas nas escolas dois tipos de alunas: as *lady-nurses*, provenientes de família de boas condições econômicas, aptas a custear seu próprio estudo, ensino e difusão do princípios nightingalianos da enfermagem; e as *nurses*, de nível socioeconômico inferior, que recebiam ensino gratuito e deviam prestar serviços no hospital durante, pelo menos, um ano após o curso. As últimas prestavam o cuidado direto ao paciente (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

O treinamento dos agentes de enfermagem proposto, à época, por Nightingale, refere-se às técnicas disciplinares, para que se pudesse delimitar o espaço social que cada trabalhador de saúde deveria ocupar na hierarquia do micropoder e, especialmente, a preocupação com a hierarquia do pessoal de enfermagem, composta por níveis de complexidade em que as tarefas de cuidados diretos eram executadas por pessoas tidas como menos categorizadas e as de gerência às mais categorizadas socialmente (ALMEIDA; ROCHA, 1989). Esta estrutura hierarquizada se mantém nos dias atuais, sendo a enfermagem contemporânea constituída de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Fica evidente que o desejo de Florence era o de transformar as enfermeiras que ocupavam cargos administrativos em agentes de mudança. É o início da preocupação com o trabalho racionalmente organizado e da burocratização da enfermagem em consonância com a burocratização hospitalar. A enfermagem assimilou o exercício da gerência ao significado da administração burocrática, que consiste no exercício da autoridade com base no saber, revestindo-se de um caráter racional (CRISTHOVAM; SANTOS, 2004).

Ademais, consoante Almeida e Rocha (1989), uma das primeiras manifestações organizadas e sistematizadas do saber na enfermagem é constituída pelas técnicas de enfermagem, as quais se organizam como estrutura de conhecimento nas primeiras décadas do século XX nos Estados Unidos da América, embora tenham sempre existido e se fizeram presentes no cotidiano laboral, tidas como a arte de enfermagem. As técnicas consistem na descrição do procedimento de enfermagem a ser executado, passo a passo, especificando a relação do material que é utilizado, e ainda compreendem tanto um procedimento a ser realizado com o indivíduo como àquele relativo às rotinas administrativas.

Assim, Waldow (2010) afirma que o ato de administrar é uma das principais funções praticada pela enfermagem, especificamente pelos enfermeiros, sendo que as escolas fornecem princípios administrativos para o desempenho de tal função. Entretanto, a prática administrativa, no decorrer histórico da enfermagem, tem sido a de chefiar unidades, elaborar planos diários de atividades, prever material e pessoal, fazer escalas de plantões, revisar medicação de controle, supervisionar as atividades, entre outras.

É observado, com a afirmação acima, que a direção na área hospitalar foi a primeiro a ser absorvida na enfermagem, pois nesta instituição várias funções administrativas foram sendo assumidas pelo enfermeiro que passou a desenvolver atividades, essencialmente, de caráter burocrático. Mas com a Reforma Sanitária, o enfermeiro amplia o seu campo de ação, podendo assumir um papel de destaque, ocupando outros espaços de direção dentro do sistema de saúde (GERMANI, 2005).

Para Silva et al (2011), o processo de descentralização no setor saúde viabilizou a inserção de novos atores sociais na direção do SUS, com isso, a enfermagem, uma das categorias de destaque neste setor, vem ocupando cargos de direção e coordenação, sendo, desta forma, corresponsável pela gestão do SUS, que exige habilidades e poder político.

Diante disso, o foco do presente estudo está concentrado na prática de enfermeiros gestores e cogestores, os quais executam ações dirigentes que estão além do exercício gerencial de uma unidade ou instituição de saúde, sendo a atividade laboral daqueles desenvolvida em um âmbito macro do sistema de saúde brasileiro, a direção do Sistema Único de Saúde. Frente a isso puderam ser narradas as principais dificuldades e facilidades enfrentadas pelos enfermeiros dirigentes participantes do estudo, bem como a (não) contribuição da formação em enfermagem para o cargo/função de dirigente do SUS. As falas seguem abaixo:

*O enfermeiro é chave, (...) eu não vou puxar sardinha, mas ele é sim (E1).*

*Eu acho que ser enfermeiro é essencial (E3),*

*O enfermeiro tem um papel fundamental (E10).*

*[A minha formação em enfermagem] contribuiu, contribuiu sim, administração, (...) ética profissional. (...) Eu acho que foi muito satisfatório (...) desde o conhecimento das políticas públicas. [A formação em enfermagem] ajuda, ajuda como gerente com certeza, justamente porque deu um norte. A sensação que se tem ao sair da faculdade, a mim pelo menos, era de que para onde eu fosse, havia uma âncora que dava algum alicerce. Eu tava ancorado em algum saber, algum saber não, em vários saberes, e isso me fortificou bastante (E2).*

*[Então, a formação em enfermagem] dá, dá [suporte para atuar como dirigente no SUS], [é uma facilidade], porque a gente já tem na própria formação a gerência, a administração e a saúde pública (E17).*

*[Sem falar que] é uma profissão que trabalha muito com gerenciamento: no hospital a gente é gerente de enfermagem, dentro da unidade [básica de saúde] também. Então a gente toma para si, como enfermeiro, a tendência de resolver. [E] (...) a maior parte dos gestores são enfermeiros. Eu conheço um número bom (E3).*

*A gestão hoje como um todo quem faz é o enfermeiro. (...) O enfermeiro hoje ele tem muito mais chance de ser um bom gestor, falando de conhecimento, porque na faculdade ele tem oportunidade de ver um todo (E6).*

Antes mesmo de ser iniciada a discussão das falas acima, faz-se agora um breve caracterização dos enfermeiros dirigentes, momento não tido anteriormente, pois se achou mais pertinente quando se adentrasse a discussão acerca da enfermagem, visto que esta se constituiu historicamente por presença imperativa da mulheres. Atualmente, este cenário está em transformação mas ainda a o gênero feminino se sobressai à presença masculina na enfermagem, e o mesmo se configura neste estudo, visto que dos dezessetes participantes, apenas dois são do sexo masculino.

Waldow (2010), resgatando o conceito de gênero na enfermagem, afirma que com a institucionalização do cuidado e, mais tarde, com os primeiros hospitais que treinavam para

a assistência dos doentes, é notada a predominância do ser feminino até culminar com a formalização do ensino de enfermagem por Florence Nightingale e a aceitação exclusiva de moças. Sendo assim, as mulheres seguem mais facilmente na enfermagem que os homens, os quais deixam a profissão, transferindo-se ou usando-a apenas como trampolim (WALDOW, 2008). Entretanto, não se pode aqui afirmar este último pensamento, pois se observou durante entrevista o quanto estavam realizados com a profissão os únicos participantes do sexo masculino.

Em se tratando ainda da caracterização dos participantes do estudo, dos dezessete, apenas quatro ocupavam cargo/função de Secretário Municipal de Saúde. Já em estudo executado por Melo e Santos (2007), dentre as enfermeiras entrevistadas, muitas exerciam a sua função no âmbito central, ou seja, eram da primeira linha de comando.

Ademais, mencionando as falas anteriormente apresentadas, é notório ser afirmado que o enfermeiro é um ator chave, fundamental e essencial para atuar na direção do SUS, pois, como pontuado pelos dirigentes entrevistados, a formação em enfermagem favorece este tipo de atividade. Sendo assim, a posição que muitos enfermeiros ocupam em cargos/funções no setor saúde está cada vez mais crescente, principalmente no delineamento das políticas de saúde e nos espaços decisórios. Ele é o profissional que possui preparo para o cuidado, bem como o conhecimento para a gestão e cogestão do cuidado em saúde; está apto para atuar nas diferentes formas de concretizar e pensar as ações de saúde (PERSEGONA *et al*, 2009).

Em estudo realizado com nove enfermeiras gestoras e cogestoras do SUS em um município baiano, a formação profissional também foi revelada como fator que facilita a inserção de enfermeiros no SUS, por capacitá-las tecnicamente até para a ocupação de funções gestoras, de modo que o envolvimento, disponibilidade, responsabilidade e firmeza no desempenho do trabalho técnico são apontados como razões da escolha das mesmas para a ocupação das atuais funções gestoras (MELO; SANTOS, 2007).

O que se encontrou nas falas acima pode ser explicado, pois o enfermeiro possui uma forte habilidade de interação e comunicação com todos os atores do SUS, por também ser conduzido a conhecer o indivíduo como um ser integral, bem como pela capacidade que possui de acolher e saber identificar as necessidades da pessoa, família e comunidade. Atitudes estas iniciadas ainda na formação, visto que a enfermagem se caracteriza como uma ciência que tem por particularidade o cuidado em saúde.

Por outro lado, conforme se apresenta abaixo, as experiências e as vivências tidas por estes profissionais em gerência de equipe, de unidades ou de instituições de saúde, quando graduados, favorece o aprimoramento da competência administrativa deles, o que também contribui para o melhor desempenho enquanto gestores ou cogestores do SUS.

*(...) eu acho muito importante ter uma enfermeira [na gestão de saúde do município], porque ela tem o conhecimento de base do que é atenção básica, já trabalhou na atenção básica (E13).*

Um aspecto diferencial da enfermagem no Brasil diz respeito ao afastamento gradativo dos enfermeiros em relação ao cuidado direto ao usuário, pois são solicitados, devido à formação universitária, a liderarem a equipe de enfermagem, organizando e planejando tarefas, controlando a equipe e os gastos de modo a tornar o serviço eficiente, prático e econômico (WALDOW, 2010). E conseqüentemente, a partir de tais experiências, os tornam aptos também a assumirem cargos/funções de gestão e cogestão do sistema de saúde brasileiro, ou seja, a formação em enfermagem é considerada uma facilidade frente à direção do SUS exercida pelo enfermeiro. Ou melhor, o enfermeiro se insere em todas as etapas do processo de trabalho em saúde, na administração, organização, coordenação, acompanhamento, tomada de decisão e avaliação das ações desenvolvidas (PERSEGONA *et al*, 2009).

Cabe ser citado também que a maioria dos enfermeiros possuem pós-graduação, principalmente especializações em Gestão em Saúde e/ou Saúde Pública, cursos estes que, sem maiores dúvidas, devem contribuir para a prática gestora ou cogestora destes profissionais, logo que fazem parte da grade curricular daqueles a compreensão do funcionamento do SUS, particularmente no que concerne aos seus processos político-decisórios e de pactuações. Aarestrup e Tavares (2008) dizem que a atuação do enfermeiro como dirigente do SUS depende, primeiramente, do conhecimento que ele tem do processo de gestão e cogestão em saúde, fazendo-se importante, com isso, a educação permanente deste profissional sobre esta temática.

Neste ínterim, Lopes *et al* (2009) reitera que para garantir que a enfermagem, em qualquer nível de atuação, promova ações baseadas no conhecimento científico, é imprescindível a aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas, de gerenciamento e liderança como necessidades primárias no desenvolvimento de suas atividades laborais. Destarte, a educação permanente desempenha um papel importante na obtenção dos objetivos de qualquer ação de enfermagem bem sucedida.

Como explicitado ainda no eixo teórico, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de enfermagem preconizam a formação de um enfermeiro que seja habilitado a assumir cargos/funções administrativas no setor saúde. Sendo que é evidente em alguns cursos a formação de enfermeiros para atuar na perspectiva de gestão/cogestão proposta pelo SUS, o que vêm desencadeando mudanças em meio a um processo de transformação da formação e do próprio sistema de saúde (AARESTRUP; TAVARES, 2008).

Por tudo isso e para uma efetiva e eficiente participação do enfermeiro com dirigente do SUS, concorda-se com o pensamento de Menegaz, Backes e Amestoy (2012), quando estas autoras elucidam que é necessária uma formação que vá para além dos muros das escolas e dos serviços e caminhe ao encontro de uma compreensão do Brasil e da história da profissão; uma formação que promova o entendimento do SUS e de sua construção histórica, que proporcione uma real compreensão do que significou e representa o surgimento deste sistema para a saúde e para o povo brasileiro, de modo que mobilize os profissionais de enfermagem para construí-lo cotidianamente em seus espaços. Enfim, são necessários dirigentes comprometidos com o SUS e quando enfermeiros, também comprometidos com a Enfermagem.

Assim, além de uma educação voltada para a atuação dos enfermeiros enquanto dirigentes do SUS, há se ponderar que quando estes, já graduados, assumem cargos/funções de gestores ou cogestores, devem ter em mente que o ato de governar requer deles não apenas competência, mas, acima de tudo, habilidade política. O gerenciamento do setor público constitui uma das primordiais ferramentas de controle da economia do país e o gestor é o grande responsável por esta atividade. Administrar de forma segura e competente requer conhecimento, poder de negociação, equilíbrio emocional, dentre várias outras destrezas requeridas para o cargo. Este fato tem justificado a atual preocupação do setor público quanto à formação acadêmica dos gestores. O bom administrador público incorpora em sua prática características de sua vida social (MIRANDA; GUIMARÃES; ALVES, 2009).

A formação crítica, reflexiva e generalista do profissional do enfermeiro, possibilita o desenvolvimento de competência técnica aliada ao compromisso político. Sem esta postura, os profissionais não contribuirão com a consolidação, na prática, de um modelo assistencial que eleja os princípios do SUS: universalidade, integralidade, descentralização e participação social, como princípios assegurados juridicamente (GERMANI, 2005).

Nas falas apresentadas, a formação em enfermagem foi tida, como discutido acima, um fator facilitador para a direção do SUS. Entretanto, não é somente a complexidade do saber que irá definir o que cabe ao enfermeiro fazer, mas sim o próprio desenrolar da prática de enfermagem no conjunto das práticas de saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1989). E, sendo assim, surge o financiamento em saúde, revelado como uma dificuldade para o exercício da gestão e cogestão do SUS.

*[Em relação às dificuldades], a maior mesmo é a parte de gerenciar o financeiro, (...) porque mesmo eu tendo [especialização em] Gestão em Saúde, falta muito ainda para chegar, por exemplo, essa questão de pagamentos, questão de empregos, de como é que é a controladoria (E5).*

Embora não se pretenda delongar a discussão sobre financiamento em saúde, há que se considerar que o financiamento do/no setor saúde sempre foi considerado um bicho de sete cabeças, visto que envolve um processo complexo de transferências entre os entes federativos (União, Estados e municípios) e compreendido por vários amálgamas.

Tal dificuldade pode estar atrelada ao pouco conhecimento sobre como solicitar recursos, em que investir e como investir, ou, até mesmo, aos recursos por vezes considerados insuficientes para a execução das ações e políticas de saúde na região. Estudo realizado por Souza e Melo (2009), com 15 informantes enfermeiras ocupantes de diferentes cargos de gestão e nos diversos espaços de uma Secretaria Municipal de Saúde, pode-se notar que todas as entrevistadas convergiram ao identificar o financiamento como um problema para a operacionalização do sistema de saúde, pois elas afirmaram que os recursos financeiros são insuficientes para sustentar os programas definidos no Ministério da Saúde e os serviços de saúde.

Pesquisa desenvolvida por Barreto *et al* (2010) também evidenciou o mesmo. Este trabalho científico foi realizado com dez enfermeiros que atuavam como coordenadores ou secretários municipais de saúde no estado da Paraíba, e o mesmos citaram como maiores dificuldades as de ordem financeira e a qualidade dos recursos humanos. O financiamento do setor saúde, segundo estes autores, é um problema que atravessa contextos históricos e continua desafiando gestores/cogestores e trabalhadores da saúde no Brasil; embora muito se tenha prometido a partir da Emenda Constitucional nº. 29 e da Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012.

Outros participantes colocaram como dificuldade a não contribuição do processo formativo em enfermagem, como segue elucidado nas falas abaixo:

*[O que foi visto na faculdade, durante a formação] não, não, eu não vou mentir, [não contribuiu] de jeito nenhum (E1; E12).*

*A prática é que vai trazer isso para a gente (E1).*

*Não tem coisa melhor que a prática, porque (...) uma coisa é você estar do lado do professor, você sente aquela segurança maior, ele está do seu lado, outra coisa é você sair de perto dele e fazer sozinho, sem mais o professor (E4).*

*Nem sempre a faculdade ensina tudo, ela te dá a base, mas se você não for atrás, se você não for buscar, se você não tem a prática, você realmente deixa muito a desejar (E8).*

*Não aprende na faculdade, eu acho que a gente aprende na prática (E7).*

*Essa vivência como gestor eu estou adquirindo na prática porque a academia não nos ensina isso. A academia nos ensina a tratar o paciente de uma forma em geral, mas a parte de gestão, a parte sistema, enfim de gerir a saúde, de gestão em saúde a gente só vê na prática (E13).*

*E eu acho que as disciplinas que a gente tem de administração na faculdade são fundamentais ser mais exploradas e nos estágios também (E3).*

Estudo desenvolvido por Lourenção e Benito (2010), com análise de documentos político-pedagógicos de um curso de graduação em enfermagem, observou-se que a dimensão da atitude do enfermeiro, na gestão do trabalho em saúde, encontra espaços pedagógico limitado para o seu efetivo desenvolvimento, evidenciado pelo número restrito de registros encontrados nos documentos pedagógicos estudados. Assim, o desenvolvimento de atitudes encontra pouco espaço no processo de ensino/aprendizado do curso estudado, para possibilitar ao discente o exercício durante a sua formação.

Em pesquisa realizada por Amestoy (2008), a percepção das enfermeiras foi a mesma, pois elas afirmaram que o graduando tem toda sua formação voltada ao aprendizado das atividades técnicas e, somente próximo ao término do curso, é lhe apresentado o real papel que irá desempenhar nos serviços de saúde, em especial nas instituições hospitalares.

Silva J. C *et al* (2012) realizou um estudo com doze graduandos de um curso de enfermagem para investigar a percepção deles sobre a função gerencial do enfermeiro, os mesmos a atrelaram ao gerenciar hospitais e unidades básicas de saúde, não se ampliando a compreensão para o sistema de saúde como um todo. Ademais, eles afirmaram a função gerencial é de suma importância no funcionamento do serviço de saúde. Porém a percepção dos formandos sobre a função gerencial dos enfermeiros parecia estar mais atrelada ao que eles observavam na prática de seus preceptores do que na própria compreensão que tem da função, o que pode ser explicado pelo distanciamento entre o momento em que ocorrem as disciplinas específicas de administração e o estágio curricular obrigatório e, também, pela baixa carga horária prática.

Perante a isso, observa-se que os participantes do presente estudo também reconhecem a dificuldade imposta pela formação em enfermagem, conforme mencionaram, e buscam o enriquecimento no exercício prático da direção do SUS, o que pode ser também notado nas observações, visto que eles sempre buscavam apoio em outros gestores e cogestores que talvez detivessem mais conhecimento sobre as decisões e pactuações.

O reconhecimento das limitações constitui-se no principal mecanismo para o processo de mudança. Assim, é possível dizer-se que, a despeito de os gestores apresentarem carências em relação à administração dos serviços e ao entendimento das políticas públicas de saúde em relação à descentralização, reconhecem ser necessário, para uma atuação ideal, a aquisição de competência (MIRANDA; GUIMARÃES; ALVES, 2009).

A função de gerir no SUS sempre esteve atrelada à enfermagem desde o seu primórdio, como já discutido, e mais atualmente fundamentada na Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro, no entanto, Silva J. C. *et al* (2012), afirma ser compreensível que durante os cursos fossem inseridas disciplinas que contivessem assuntos pertinentes ao gerenciamento, dando assim aos formandos instrumentos que os capacitassem a realizar as atividades gerenciais.

Elucida-se, portanto, que para administrar o direito público, em relevo a saúde, é necessário conhecimento na área. A possível justificativa para este viés, consoante Miranda, Guimarães e Alves (2009) deve-se ao fato de muitos deles terem alguns anos de formados e a grande maioria, apesar de terem pós-graduação, não têm concentração em administração de serviços públicos.

Para finalizar, apresenta-se a categorização que envolve três tipos de participação política dos enfermeiros na direção do SUS proposta por Melo e Santos (2007), baseada no referencial da ciência política (BOBBIO; MATTEUCI; 2000): 1- participação política incipiente, quando o enfermeiro não identifica ou não valoriza a sua participação política na gestão do SUS, de modo que os aspectos políticos são suprimidos em comparação ao conhecimento técnico; 2- participação política por delegação, o enfermeiro é capaz de identificar sua participação política, porém atribui mais valor aos aspectos técnicos do que políticos, classificando os primeiros como o fator responsável pela sua escolha e pelo seu desempenho na função gestora ou co-gestora; e 3- participação política propriamente dita, quando o enfermeiro identifica e valoriza sua participação política, reconhecendo a interface entre os conhecimentos técnicos e políticos no exercício da direção do SUS.

Sendo assim, observa-se que os dirigentes participantes deste estudo revelam possuir participação política propriamente dita na direção do SUS, visto que eles identificaram e valorizaram nas falas a participação política deles na gestão e cogestão em saúde. E, além disso, a maioria reconheceu os conhecimentos técnicos/teóricos adquiridos ainda na graduação em enfermagem. Os enfermeiros dirigentes detêm saberes ainda em relação ao processo de regionalização em saúde, pois apreenderam a definição geral deste conceito e foram capazes de elucidar características inerentes à regionalização do Estado cearense, como a melhoria da qualidade da atenção e do cuidado ofertado ao indivíduo, família e comunidade.

Assim sendo, é imperativo que o enfermeiro dirigente continue a conhecer, opinar, participar, decidir, intervir sobre as diretrizes sociais e políticas no delineamento das ações, pois as dimensões política e técnica são estabelecidas pela capacidade de mobilizar grupos sociais de acordo com as demandas, necessidades e interesses da equipe e dos indivíduos e comunidades (PERSEGONA *et al*, 2009).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Começam-se as considerações finais deste estudo, colocando as dificuldades encontradas no caminho do desenvolvimento deste estudo, sendo a principal delas: aventurar-se em desbravar o que não era conhecido, vindo de outro Estado (do Piauí), não conhecia nada da história da saúde pública cearense e dois anos foram insuficientes para se adentrar profundamente neste arcabouço repleto de singularidades e particularidades; outra foi o transporte para os municípios integrantes da região de saúde estudada. Por outro lado a receptividade e vontade dos enfermeiros dirigentes em participar da pesquisa foram fundamentais para superar quaisquer barreiras impostas no decorrer da execução da mesma.

Ademais, iniciou-se este momento final do estudo com a afirmação acima, pois o objetivo do mesmo era compreender a prática do enfermeiro dirigente frente ao processo de regionalização do Sistema Único de Saúde, e o que se percebeu foi certa compreensão do saber desse profissional sobre o seu exercício na gestão e cogestão do sistema de saúde brasileiro.

Em face disso, vislumbrou-se a participação política propriamente dita do enfermeiro dirigente no processo de regionalização do SUS, visto o conhecimento adquirido durante a formação em enfermagem e nos cursos de pós-graduação, bem como pela grande representação dos enfermeiros na direção em saúde, conforme considerada pelos próprios participantes, sendo reconhecida também a importância de os municípios terem enfermeiros como gestores e cogestores do SUS tanto pelas técnicas que desenvolvem como pela formação. O que, com certeza, deve contribuir para a eficácia e eficiência da atuação destes dirigentes.

Isto se afirma também porque foi percebido que os enfermeiros participantes do estudo souberam definir o conceito de regionalização em saúde, não somente como a divisão territorial de um estado em regiões de saúde, mas por compreender ainda um processo político que envolve a articulação cooperativa e solidária de vários entes federativos, conjeturando um único fim: a melhoria da qualidade da atenção à saúde e do cuidado integral ofertado ao indivíduo, família e comunidade.

Por mais que alguns participantes tenham colocado a formação em enfermagem como uma dificuldade, reitera-se aqui que a aquisição do conhecimento se dá ao longo da vida profissional, a qual se inicia desde a graduação e segue continuamente na vivência

cotidiana do trabalho em saúde, diante disso, não há que se considerar a ausência de determinados conteúdos relacionados à gestão/cogestão do SUS uma dificuldade, mas sim um motivo para o profissional ir em busca de uma educação permanente que se faça viva no dia a dia.

A participação política propriamente dita dos enfermeiros dirigentes da 22ª região de saúde do Estado do Ceará está em desacordo ao encontrado em outros estudos citados ao longo de toda a pesquisa. Assim, apreende-se que este achado pode estar relacionado ao pioneirismo daquele Estado brasileiro no desenvolvimento de ações e programas de saúde pública, repleto de pessoas com reconhecimento nacional, fato este emanado e com forte articulação com os espaços de formação de profissionais de saúde. Daí se pode afirmar que, de fato, existe uma preparação, ainda na graduação, para a atuação dos enfermeiros dirigentes no e para o SUS.

De todo modo, sugere-se uma articulação contínua da academia e dos órgãos de gestão e cogestão em saúde na seleção dos conteúdos prioritários a serem inseridos no processo de formação do enfermeiro, na produção do conhecimento e desenvolvimento de competências por meio da maior ligação entre os espaços de direção do SUS ao espaço de formação. Fomentando-se também a necessidade da atuação das Coordenadorias Regionais de Saúde, com os responsáveis do setor de educação permanente, na capacitação contínua dos dirigentes do sistema de saúde.

É pretendido, com isso, que este estudo fomente a busca por uma educação permanente dos enfermeiros que assumem cargos/funções de gestão e cogestão do sistema de saúde, a fim de ampliar a concepção acerca dos conceitos principais do SUS. Ademais, espera-se ainda que o mesmo instigue e estimule pesquisas que favoreçam a ampliação do conhecimento técnico e político do enfermeiro enquanto dirigente do SUS, compreendendo, assim, não só a historicidade administrativa que perpassa toda a formação deste profissional, mas também a importância da qualidade da atenção à saúde e do cuidado integral ao indivíduo, família e comunidade.

## REFERÊNCIAS

AARESTRUP, C.; TAVARES, C. M. de M. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v. 10, n. 1, p. 228-234, 2008.

ALVES, J. de S.; ASSIS, M. M. A. Gestão do trabalho: abordagens teóricas e políticas no contexto do sistema único de saúde SUS. **Rev. baiana saúde pública**, v. 35, supl. 1, p. 55-67, jan./jun. 2011.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo (SP): Cortez, 1989.

AMESTOY, S. C. **Liderança como instrumento no processo de trabalho da enfermagem**. 2008. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

ASSIS, E. *et al.* Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 17-21, jan./mar. 2012.

ASSIS, M. M. M *et al.* Núcleos de intervenção da enfermagem em um hospital geral público. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 12, n. 2/3, p. 37-49, maio./dez. 2007.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva** [online]., v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BARBOSA, J. P. A. **A Regionalização da Saúde do Estado do Ceará**. Fortaleza: Secretaria de Estado da Saúde do Ceará. 2013. 34 slides: color.

BARBOSA, J. P. A. **História da Saúde Pública do Ceará: da Colônia a Vargas**. Fortaleza: Edições UFC. 1994.

BARBOSA, L. R.; MARCIA, M. R. A. C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev bras enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 366-370, maio/jun. 2008.

BARRETO, A. J. R. *et al.* Experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em saúde no estado da Paraíba. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 300-308, jun. 2010.

BARDIN, L. Análise de conteúdo categorial temática. Lisboa: Edições 70, 1977.

BELTRAMMI, D. G. M. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. **Rev. adm. saúde**, São Paulo, v. 10, n. 41, p. 159-163, out./dez. 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jun. 2011b.

BRASIL. PDR – Plano Diretor de Regionalização. Brasília (DF): Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28602](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28602)>. Acesso em: 22 out. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOASSUS01**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

BRASIL. Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 nov. 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da República Federativa Brasileira]**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011a. 291p. Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 1 v.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 5 ed. Brasília (DF)/São Paulo (SP): Ed. UnB/Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2000.

CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – 22/CE COAP: 2012-2013**. 2012.

CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Plano Diretor de Regionalização**. 2006.

CENTRAL INTEGRADA DE REGULAÇÃO DE FORTALEZA (CIRF). **Plano Diretor de Regionalização – PDR**. Regionalização da Saúde no Ceará. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.CIRF.fortaleza.ce.gov.br/index.php/pdr-2011/historico>>. Acesso em: 11 abr. 2013.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (CESAU). Resolução nº 05/98. Dispõe sobre a aprovação do documento “Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará”. **Diário Oficial do Estado do Ceará**, Fortaleza, CE, Ano II, n. 230, p. 35, 08 jan. 1999.

CHRISTOVAM, B. P.; SANTOS, I. dos. Os desafios da gerência do enfermeiro no nível central de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 12, n. 1, p. 66-70, abr. 2004.

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

ERDMANN, A. L. *et al.* Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 483-491, set. 2006.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. Processo de trabalho de gerência: uma revisão da literatura. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 89-96, jun. 2003.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1541-1552, set./out. 2009.

FERNANDES, M. C. *et al.* Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 11-15, fev. 2010.

GERMANI, A. R. M. Que profissional queremos formar? **Revistas URI.**, v. 1, n. 1, 2005. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Ceará: Censo 2010.** Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_ceara.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_ceara.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2013.

JACCOUD, M.; MAYER, R. A observação direta e pesquisa qualitativa. In.: POUPART, J. (col.). **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis: Vozes, 2008. p. 254-294.

JESUS, W. L. A. de; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010.

JORGE, M. S. B. *et al.* Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 81-86, fev. 2007.

KEINERT, T. M. M.; ROSA, T. E. C; M., M. **Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcios, parcerias e terceirização no setor saúde.** São Paulo: Annablume. 2006.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011.

LOPES, M. M. B. *et al.* Políticas e tecnologias de gestão em serviços de saúde e de enfermagem. **Acta paul. enferm.** [online], v. 22, n. 6, p. 819-827, 2009.

LORD DAWSON OF PENN. **Interim report of future provisions of medical and allied services.** United Kingdom Ministry of Health: consultative council on medical and allied services. London, Her Magesty's Stationery Offices. 1920.

LOURENÇÃO, D. C. de A.; BENITO, G. A. V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 91-97, fev. 2010.

MELO, C. M. M. de; SANTOS, T. A. dos. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 426-432, set. 2007.

MENDES, E. V. Reflexões sobre a NOAS 01/02. In: Reflexões sobre a NOAS 01/02. In: Seminário para Construção de Consensos: Organização, Gestão e Financiamento, 1., Brasília, 2003. **Anais...** Brasília: CONASS, 2003.

MENEGAZ, J. C.; BACKES, V. M. S.; AMESTOY, S. C. Formação política para fortalecimento de liderança em enfermagem: um relato sobre a experiência. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 4, p. 190-193, 2012.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. de S.; GOMBERG, E. (org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Bahia: Editora da UFS, 2009. p. 29-56.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, D. B. de; GUIMARÃES, I. G. de; ALVES, E. D. Representações sociais da descentralização do SUS: perspectivas dos gestores municipais de saúde de Goiânia, Brasil. **Revista Baiana**, v. 33, n. 3, p. 349-3360, jul./set., 2009.

NUNES, A. V. L. de *et al.* Análise de conteúdo categorial temática: olhar da técnica sobre o preconceito racial no Brasil. 2008. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0443.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2013.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 0, p. 1819-1829, nov. 2007.

PAIVA, M. G.; CHEBLI, I. C. F.; STEPHAN-SOUZA, A. I. A regionalização: desdobramento da descentralização? **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, supl. 1, p. 84-94, 2010.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, out. 2003.

PERSEGONA, K. R. *et al.* O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 3, p. 645-650, jul./set., 2009.

PETERLINI, O. L. G. **Cuidado gerencial e gerência do cuidado na interface da utilização do sistema de informação em saúde pelo enfermeiro**. 2004. 132 f. Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

POUPART, J. A Entrevista de Tipo Qualitativo: Considerações Epistemológicas, Teóricas e Metodológicas. In.: POUPART, J. (col.). **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 215-253.

RESENDE, E. **O livro das competências**. Desenvolvimento das competências: a melhor auto-ajuda para pessoas organizações e sociedade. 2 ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 901-905, dez. 2009.

SALTAMAN, R. B. Decentralization, Re-centralization and Future European Health Policy. **European Journal of Public Health**, v. 18, n. 2, p. 1004-106. 2008.

SAMPIERI, R. H. O processo de pesquisa e os enfoques quantitativo e qualitativo rumo a um modelo integral. In.: \_\_\_\_\_. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. p. 02-22.

SANTOS, A. M. dos. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde**. 2013. 332 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

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

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas (SP): Saberes Editora, 2009.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO (SESA). **Coordenadorias Regionais**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>. Acesso em: 05 abr. 2013.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO (SESA). **Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará**. Fortaleza: Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, 1998.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO (SESA). **Microrregiões de saúde: uma opção do Ceará**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2000b.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO (SESA). **Programação Pactuada e Integrada**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2000a.

SILVA, A. C. B. da. **O ensino de enfermagem no Piauí: história e memória**. 2009. 170 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2009.

SILVA, J. C. *et al.* A percepção do formando de enfermagem sobre a função gerencial do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 14, n. 2, p. 296-3003, abr./jun., 2012.

SILVA, M. V. S. da *et al.* Avaliação do Acesso em Saúde na 2ª Microrregião de Saúde, CE. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, supl.1, p.107-116, maio. 2012.

SILVA, M. V. S. da *et al.* Regulação do acesso à saúde: o processo de trabalho administrativo da enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 15, n. 3, p. 550-557, jul./set., 2011.

SILVA, S. F. da. **Redes de atenção à saúde no SUS: pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas (SP): Saberes Editora, 2011.

SILVA, S. F. da. **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas (SP): Saberes Editora, 2013.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo categorial temática como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ. rurais agroind.**, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SOUTO JÚNIOR, J. V. **O papel da CIB/MG no processo de regionalização do SUS em Minas Gerais**. 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SOUZA, M. K. B. de; MELO, C. M. M. de. Atuação de enfermeiras nas macrofunções gestoras em saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 198-202, abr./jun. 2009.

SPAGNOL, C. A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 119-127, mar. 2005.

STEPHAN-SOUZA, A. *et al.* Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, supl. 1, p. S35-S45, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; MOLESINI, J. A. Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. **Rev. baiana saúde pública**, v. 26, n. 1/2, p. 29-40, jan./dez. 2002.

TREVIZAN, M. A. *et al.* La búsqueda del compromiso actitudinal: tendencia de la conducta ética del enfermero gerente. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 721-725, set. 2009.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L. D. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216p.

VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L. D. de; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, ago. 2010.

WALDOW, V. R. **Bases e princípios do conhecimento e da arte de enfermagem**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 3 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010.

WEIRICH, C. F. *et al.* O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249-257, jun. 2009.

WIKLUND; LINDHOLM, L. ;LINDSTROM, D. Hermeneutics and narration: a way to deal with qualitative data. **Nurs Inq.**, v. 9, n. 2, p. 114-25, jun. 2002.



## APÊNDICE A

**PESQUISA:** Organização da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica

**RECORTE:** A prática do enfermeiro dirigente no processo de regionalização do Sistema Único de Saúde.

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

#### 1. Caracterização do entrevistado

1.1 Nome: \_\_\_\_\_

1.2 Cargo/Função: \_\_\_\_\_

1.3 Instituição/serviço/Local de trabalho: \_\_\_\_\_

1.4 Tempo de trabalho (em anos): \_\_\_\_\_ OBS: Na função de dirigente.

1.5 Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

1.6 Formação:

( ) Graduação Qual? \_\_\_\_\_

( ) Especialização Qual? \_\_\_\_\_

( ) Mestrado Qual? \_\_\_\_\_

( ) Doutorado Qual? \_\_\_\_\_

( ) Pós-doutorado Qual? \_\_\_\_\_

#### 2. Questões norteadoras da entrevista semi-estruturada

##### 2.1 Questão central

Como se dá sua participação no processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS)?

##### 2.2 Desdobramentos

O que é regionalização em saúde? Como ela vem ocorrendo no Estado do Ceará nos últimos 10 anos?

Como ocorre a pactuação intermunicipal no processo de regionalização em saúde? Quais os critérios e instrumentos utilizados para a tomada de decisão e contratualizações (como: COAP, Consórcios)?

Na relação entre os gestores, como ocorre a mediação dos conflitos e da correlação de forças (entre municípios de maior e menor porte)?

Como se dá a participação social nesse processo de regionalização?

Quais as principais dificuldades e facilidades que você enfrenta, enquanto enfermeiro dirigente, em participar do processo de regionalização em Saúde? OBS.: *Caso não mencione a formação em enfermagem*: Como a sua formação em enfermagem tem contribuído para o seu desempenho nesse processo?

Como você vê a contribuição do processo de regionalização do SUS para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e ao cuidado do indivíduo, família e comunidade?

## APÊNDICE B

**PESQUISA:** Organização da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica

**RECORTE:** A prática do enfermeiro dirigente no processo de regionalização do Sistema Único de Saúde.

### **ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA**

#### **Contextos:**

- Momentos de encontro da gestão/gerência da 1ª região de saúde do Estado do Ceará (reuniões da Comissão Intergestora Regional);

#### **Tópicos para observação sistemática**

- Práticas do enfermeiro dirigente (gestor/cogestor) - estratégias, articulação com as equipes e trabalhadores da 1ª CRES, integração no processo de regionalização em saúde, potencialidades e dificuldades).

## APÊNDICE C

**QUADRO 5.** Distribuição dos componentes das dimensões de análise conforme os achados nas falas. Fortaleza, Ceará, 2013.

<b>DIMENSÕES DE ANÁLISE (Assis; Abreu de Jesus, 2012)</b>	
<b>Dimensão Política</b>	Pactuação entre as instâncias (Estadual e Municipal) Participação social Acompanhamento do processo Tomada de decisão <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 10px;">             Definição do conceito regionalização, pactuação intermunicipal, critérios e instrumentos para tomada de decisão, mediação de conflitos e forças, participação social.           </div>
<b>Dimensão Técnica</b>	Integralidade da atenção Qualidade da atenção Competência/habilidade <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 10px;">             Contribuição da regionalização para melhor qualidade da atenção e do cuidado ao indivíduo, família e comunidade. Dificuldade e facilidades percebidas, contribuição da           </div>

**Fonte:** Própria pesquisadora.

## APÊNDICE D

**PESQUISA:** Organização da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica

**RECORTE:** A prática do enfermeiro dirigente no processo de regionalização do Sistema Único de Saúde.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRIGENTES DO SUS

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A prática do enfermeiro dirigente no processo de regionalização do Sistema Único de Saúde” que tem como objetivo compreender a prática do enfermeiro dirigente frente ao processo de regionalização na 22ª Região de Saúde do Estado do Ceará”

Serão utilizadas as técnicas de observação sistemática do dia a dia dos trabalhos desenvolvidos nas reuniões da Comissão Intergestora Regional, bem como entrevista semiestruturada com questões abertas. Dessa forma, pedimos a colaboração do(a) Sr.(a) nesta pesquisa para responder a uma entrevista sobre a prática de direção do Sistema Único de Saúde mediante o processo de regionalização em saúde, como sua formação em enfermagem tem contribuído para este exercício e de que modo o mesmo contribui para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e ao cuidado do indivíduo, família e comunidade. Solicito a autorização do(a) Sr.(a) para gravar as conversas geradas durante a entrevista. Garanto que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho, independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista e/ou questionário serão minimizados pela pesquisadora que realiza o trabalho, pois a mesma é capacitada para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e a identidade do(a) Sr.(a) não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que a participação na pesquisa é voluntária e o(a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados por meio de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando a identificação do(a) Sr.(a). Como benefício direto, comprometo-me ainda em fazer a devolutiva dos dados à Coordenadoria Regional de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, quando assim solicitado, fomentando a criação de estratégias capazes de fortalecer a prática da direção do Sistema Único de Saúde. Estou à disposição para quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, resalto novamente, que o(a) Sr.(a) terá liberdade para não mais participar quando assim achar conveniente. Contatos com a mestrandia Jardeliny Corrêa da Penha, Tel. (85) 8923-0821, responsável pela pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (85) 3101-9890. Endereço: Av. Paranjana, 1700. Campus do Itaperi, Fortaleza-CE.

Este termo está contempla em duas vias, sendo a primeira para o participante da pesquisa e a segunda para o arquivo da pesquisadora.

Eu, \_\_\_\_\_  
tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ORGANIZAÇÃO DA REDE REGIONAL DE SAÚDE E SUA INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO CEARÁ: DIMENSÃO POLÍTICA, ECONÔMICA, SOCIAL, ORGANIZACIONAL, TECNOLÓGICA E SIMBÓLICA.

**Pesquisador:** Maria Salete Bessa Jorge

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 05857212.6.0000.5534

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 229.745

**Data da Relatoria:** 26/03/2013

**Apresentação do Projeto:**

Na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) se faz necessário respaldar seus princípios e diretrizes em todos os níveis de execução, controle e avaliação. A universalidade, integralidade e equidade têm na descentralização, hierarquização e participação social a delimitação estratégica para desenvolver a implantação, articulação e operacionalização resolutiva das redes assistenciais que se compõem pelos serviços e dispositivos. O objeto de estudo delimita-se pelo processo de consolidação das redes de atenção à saúde no SUS e sua interface com a saúde mental com ênfase na conformação sócio-histórica, atributos político-institucionais, conjuntura econômica e organizacional, arranjos técnico-assistenciais bem como as representações simbólicas. As redes de atenção à saúde são arranjos institucionais compostos por serviços e unidades assistenciais do SUS articuladas entre si por níveis de complexidade e, possivelmente, também pela intersectorialidade. As conexões existentes nestes pontos assistenciais devem favorecer a promoção e o restabelecimento do processo saúde-doença conforme o modelo de atenção previsto nas políticas de saúde do País. Em relação à atenção à saúde mental, a incorporação das ações dimensionadas no campo psicossocial deve se efetivar de modo integralizado nas redes assistenciais. O projeto terapêutico integral e singular das pessoas em sofrimento psíquico ou com transtorno mental assim como a própria promoção da saúde mental requisita atitudes e integração em rede de cuidados terapêuticos e sócio-afetivos. A análise multidimensional direciona seu olhar

**Endereço:** Av. Paranjana, 1700

**Bairro:** Itaperi

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**CEP:** 00.000-000

**Telefone:** (85)3101-9603

**E-mail:** diana@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
GRUPO DE PESQUISA SAÚDE MENTAL, FAMÍLIA, PRÁTICAS DE SAÚDE  
E ENFERMAGEM

PESQUISA: Organização da Rede Regional de Saúde e sua interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica.

TERMO DE ANUÊNCIA

Ilma. Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Verônica Sales da Silva  
Coordenadora da 1<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> Regiões de Saúde do Estado do Ceará

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada "Organização da Rede Regional de Saúde e sua interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica" a ser realizada na coordenação das 1<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> regiões de saúde do Estado do Ceará, já aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, por meio da Plataforma Brasil, sob parecer nº 229.745. O estudo é coordenado pela Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge e objetiva analisar a construção da rede regional de saúde e sua interface com a rede de saúde mental nas dimensões política, econômica, organizacional, social, tecnológica e simbólica na macrorregional Fortaleza no Estado do Ceará. Para atingi-lo serão utilizados os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada e observação sistemática. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final e em futuras publicações acadêmicas.

Ressaltamos ainda que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/1996, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Salientando-se, assim, que tais dados serão utilizados tal somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com o apoio, colaboração e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Concordo com a solicitação.

Não concordo com a solicitação.

Fortaleza-CE, 24 de abril de 2013.

Dr.<sup>a</sup> Maria Verônica Sales da Silva  
Coordenadora da 1<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> Regiões de Saúde do Estado do Ceará



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**GRUPO DE PESQUISA SAÚDE MENTAL, FAMÍLIA, PRÁTICAS DE SAÚDE**  
**E ENFERMAGEM**

**PESQUISA:** Organização da Rede Regional de Saúde e sua interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica.

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Ilmo. Sr. Edmilson Monteiro Rodrigues  
 Secretário de Saúde do Município de Beberibe - CE

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada "Organização da Rede Regional de Saúde e sua interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica" a ser realizada nos serviços de saúde do município de Beberibe do Estado do Ceará, já aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, por meio da Plataforma Brasil, sob parecer nº 229.745. O estudo é coordenado pela Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge e objetiva analisar a construção da rede regional de saúde e sua interface com a rede de saúde mental nas dimensões política, econômica, organizacional, social, tecnológica e simbólica na macrorregional Fortaleza no Estado do Ceará. Para atingi-lo serão utilizados os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada, observação sistemática, grupo focal e questionário. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final e em futuras publicações acadêmicas.

Ressaltamos ainda que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/1996, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Salientando-se, assim, que tais dados serão utilizados tal somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com o apoio, colaboração e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

**Concordo com a solicitação.**

**Não concordo com a solicitação.**

Fortaleza-CE, 30 de abril de 2013.

\_\_\_\_\_  
 Sr. Edmilson Monteiro Rodrigues  
 Secretário de Saúde do Município de Beberibe - CE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
GRUPO DE PESQUISA SAÚDE MENTAL, FAMÍLIA, PRÁTICAS DE SAÚDE  
E ENFERMAGEM

**PESQUISA:** Organização da Rede Regional de Saúde e sua interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica.

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Ilma. Sr.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Janaiana Lemos Uchôa  
Secretária de Saúde do Município de Casvel - CE

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada "Organização da Rede Regional de Saúde e sua interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica" a ser realizada nos serviços de saúde do município de Casvel do Estado do Ceará, já aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, por meio da Plataforma Brasil, sob parecer nº 229.745. O estudo é coordenado pela Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge e objetiva analisar a construção da rede regional de saúde e sua interface com a rede de saúde mental nas dimensões política, econômica, organizacional, social, tecnológica e simbólica na macrorregional Fortaleza no Estado do Ceará. Para atingi-lo serão utilizados os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada, observação sistemática, grupo focal e questionário. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final e em futuras publicações acadêmicas.

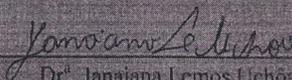
Ressaltamos ainda que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/1996, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Salientando-se, assim, que tais dados serão utilizados tal somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com o apoio, colaboração e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Concordo com a solicitação.

Não concordo com a solicitação.

Fortaleza-CE, 30 de abril de 2013.

  
\_\_\_\_\_  
Dr.<sup>a</sup> Janaiana Lemos Uchôa  
Secretaria de Saúde do Município de Casvel - CE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
GRUPO DE PESQUISA SAÚDE MENTAL, FAMÍLIA, PRÁTICAS DE SAÚDE  
E ENFERMAGEM

PESQUISA: Organização da Rede Regional de Saúde e sua interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica.

TERMO DE ANUÊNCIA

Ilma. Sr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Padilha Roriz  
Secretária de Saúde do Município de Chorozinho - CE

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada "Organização da Rede Regional de Saúde e sua interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica" a ser realizada nos serviços de saúde do município de Chorozinho do Estado do Ceará, já aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, por meio da Plataforma Brasil, sob parecer nº 229.745. O estudo é coordenado pela Prof. Dra. Maria Salête Bessa Jorge para analisar a construção da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental nas dimensões política, econômica, organizacional, social, tecnológica e simbólica na macrorregional Fortaleza no Estado do Ceará. Para atingi-lo serão utilizados os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada, observação sistemática, grupo focal e questionário. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final e em futuras publicações acadêmicas.

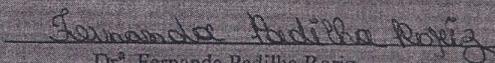
Ressaltamos ainda que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/1996, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Salientando-se, assim, que tais dados serão utilizados tal somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com o apoio, colaboração e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Concordo com a solicitação.

Não concordo com a solicitação.

Fortaleza-CE, 30 de abril de 2013.

  
Dr<sup>a</sup>. Fernanda Padilha Roriz  
Secretária de Saúde do Município de Chorozinho - CE



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
GRUPO DE PESQUISA SAÚDE MENTAL, FAMÍLIA, PRÁTICAS DE SAÚDE  
E ENFERMAGEM**

**PESQUISA:** Organização da Rede Regional de Saúde e sua interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica.

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Ilmo. Sr. Dr. Josete Malheiro Tavares  
Secretário de Saúde do Município de Horizonte - CE

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada "Organização da Rede Regional de Saúde e sua interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica" a ser realizada nos serviços de saúde do município de Horizonte do Estado do Ceará, já aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, por meio da Plataforma Brasil, sob parecer nº 229.745. O estudo é coordenado pela Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge e objetiva analisar a construção da rede regional de saúde e sua interface com a rede de saúde mental nas dimensões política, econômica, organizacional, social, tecnológica e simbólica na macrorregional Fortaleza no Estado do Ceará. Para atingi-lo serão utilizados os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada, observação sistemática, grupo focal e questionário. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final e em futuras publicações acadêmicas.

Ressaltamos ainda que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/1996, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Salientando-se, assim, que tais dados serão utilizados tal somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com o apoio, colaboração e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

**Concordo com a solicitação.**

**Não concordo com a solicitação.**

**Josete Malheiro Tavares**  
Secretário de Saúde  
Portaria nº 185/2013-186/2013  
S.M.S. / Horizonte

Fortaleza-CE, 30 de abril de 2013.

\_\_\_\_\_  
Dr. Josete Malheiro Tavares  
Secretário de Saúde do Município de Horizonte - CE



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
GRUPO DE PESQUISA SAÚDE MENTAL, FAMÍLIA, PRÁTICAS DE SAÚDE  
E ENFERMAGEM**

**PESQUISA:** Organização da Rede Regional de Saúde e sua interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica.

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Ilma. Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiane Ribeiro dos Santos  
Secretária de Saúde do Município de Ocara - CE

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada "Organização da Rede Regional de Saúde e sua interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica" a ser realizada nos serviços de saúde do município de Ocara do Estado do Ceará, já aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, por meio da Plataforma Brasil, sob parecer nº 229.745. O estudo é coordenado pela Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge e objetiva analisar a construção da rede regional de saúde e sua interface com a rede de saúde mental nas dimensões política, econômica, organizacional, social, tecnológica e simbólica na macrorregional Fortaleza no Estado do Ceará. Para atingi-lo serão utilizados os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada, observação sistemática, grupo focal e questionário. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final e em futuras publicações acadêmicas.

Ressaltamos ainda que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/1996, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Salientando-se, assim, que tais dados serão utilizados tal somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com o apoio, colaboração e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Concordo com a solicitação.

Não concordo com a solicitação.

Fortaleza-CE, 30 de abril de 2013.

Dr.<sup>a</sup> Cristiane Ribeiro dos Santos  
Secretária de Saúde do Município de Ocara - CE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
GRUPO DE PESQUISA SAÚDE MENTAL, FAMÍLIA, PRÁTICAS DE SAÚDE  
E ENFERMAGEM

PESQUISA: Organização da Rede Regional de Saúde e sua interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica.

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Ilmo. Sr. Dr. Sílvio César Ferreira do Carmo  
Secretário de Saúde do Município de Pacajus - CE

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada "Organização da Rede Regional de Saúde e sua interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica" a ser realizada nos serviços de saúde do município de Pacajus do Estado do Ceará, já aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, por meio da Plataforma Brasil, sob parecer nº 229.745. O estudo é coordenado pela Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge e objetiva analisar a construção da rede regional de saúde e sua interface com a rede de saúde mental nas dimensões política, econômica, organizacional, social, tecnológica e simbólica na macrorregional Fortaleza no Estado do Ceará. Para atingi-lo serão utilizados os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada, observação sistemática, grupo focal e questionário. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final e em futuras publicações acadêmicas.

Ressaltamos ainda que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/1996, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Salientando-se, assim, que tais dados serão utilizados tal somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com o apoio, colaboração e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Concordo com a solicitação.

Não concordo com a solicitação.

Fortaleza-CE, 30 de abril de 2013.

Sílvio Cesar Ferreira do Carmo  
Secretário de Saúde

Dr. Sílvio César Ferreira do Carmo  
Secretário de Saúde do Município de Pacajus - CE