



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

MARIA SÔNIA LIMA NOGUEIRA

**GOVERNANÇA NA SAÚDE E A REESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO
À SAÚDE NA 1ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ**

FORTALEZA-CEARÁ

2018

MARIA SÔNIA LIMA NOGUEIRA

GOVERNANÇA NA SAÚDE E A REESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO
À SAÚDE NA 1ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lucia Conde de Oliveira.

FORTALEZA-CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Nogueira, Maria Sônia Lima.

Governança na saúde e a reestruturação das redes de atenção à saúde na 1ª região de saúde do Ceará [recurso eletrônico] / Maria Sônia Lima Nogueira. - 2018.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 233 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2018.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.ª Ph.D. Lúcia Conde de Oliveira.

1. Regionalização. 2. Redes de Atenção à Saúde. 3. Governança. 4. Comissão Intergestores Regional. I. Título.

MARIA SÔNIA LIMA NOGUEIRA

GOVERNANÇA NA SAÚDE E A REESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO
À SAÚDE NA 1ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ

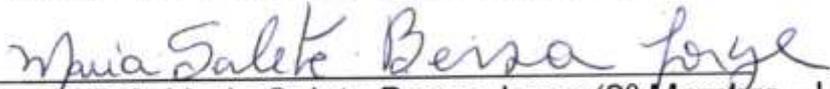
Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 28 de novembro de 2018

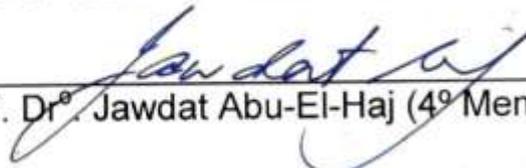
BANCA EXAMINADORA


Prof^a. Dr^a. Lúcia Conde de Oliveira (Presidente/Orientadora - UECE)


Prof^o. Dr^o. Alcides Silva de Miranda (1^o Membro - UFRGS)


Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge (2^o Membro - UECE)


Prof^a. Dr^a. Liduína Farias Almeida da Costa (3^o Membro - UECE)


Prof^o. Dr^o. Jawdat Abu-El-Haj (4^o Membro - UFC)

Aos meus rebentos Elohim e Emanuel
amores da minha vida, razão da minha
existência.

AGRADECIMENTOS

Gratidão! Um sentimento valioso. Como não ser grata ao Deus do universo, da vida? Meu Jesus Cristo. Que tem me possibilitado conquistas fantásticas. Nas horas mais difíceis, de mais profunda solidão e isolamento criativo, em que ninguém podia secar minhas lágrimas, era Ele que estava comigo. Sempre! Obrigada, meu Deus!

Para não correr o risco de cometer injustiças ao deixar de citar alguns nomes, agradeço a todos que de alguma forma colaboraram para a realização desse projeto: o Doutorado. Aos que estiveram mais diretamente envolvidos e aqueles que, indiretamente estão presentes na feitura dessa tese. A produção de uma tese é algo que envolve a contribuição de muitos sujeitos. É um trabalho árduo, solitário, porém, impossível de ser elaborado sem as tantas parcerias.

Dessa forma, não poderia deixar de registrar aqui as parcerias que tornaram essa tese possível. À minha mãe, guerreira, que me possibilitou chegar até aqui com seu exemplo de vida. É por você, mamãe, que tenho a enorme satisfação de me tornar doutora. Aos homens de minha vida: Emanuel, que me deu motivação com suas palavras doces de ânimo para continuar fazendo a seleção do doutorado quando eu já estava desistindo após três tentativas frustradas. Obrigada, filho! Acreditei em mim porque você acreditou. Ao Elohim, que esteve ao meu lado durante os quatro anos de estudo, às vezes, dormindo a noite inteira no chão no escritório só para me fazer companhia nas longas noites de estudo. Obrigada, filho! Sua companhia foi fundamental para espantar o sono e eu continuar o trabalho artesanal da leitura e escrita. Ao Agnaldo, pela dedicação à nossa família, assumindo incondicionalmente e sozinho as tarefas de casa, da mais simples à mais complexa, me possibilitando tempo livre para produzir o texto. Grata, companheiro! À minha linda família, gratidão pela compreensão das ausências e isolamentos no meu mundo particular, mais uma conquista com vocês ao meu lado. Obrigada pelo apoio silencioso!

À minha orientadora, que me acolheu de forma tão linda e íntima na sua casa, na sua vida. Pessoa de alma suave e terna, me faz bem só em estar por perto; que se revelou mais que professora, uma verdadeira amiga, com seus conselhos, preocupações e ensinamentos para além da academia, na verdade, para a vida. Uma mulher que admiro, com quem me identifico e tenho o prazer de partilhar não apenas o gosto pelo conhecimento, pela pesquisa e pela ciência, mas também, pelo cuidado de si. E mais,

de partilhar a defesa do projeto de uma sociedade mais justa e igualitária na resistência e defesa do SUS. Grata, minha mestra!

Aos trabalhadores da SESA que me acolheram tão prontamente cedendo informações valiosas para esse trabalho e aos gestores que se disponibilizaram a participar do estudo.

Às minhas “amigas da farra” e do coração (Meury, Aninha e Gisa), que foram fundamentais para minha saúde mental nos momentos mais tensos da produção acadêmica. Quanta cumplicidade!

Às minhas mais novas amigas, Marcinha Moura Fé, Paulinha Brilhante e Joaquina, parceiras dos momentos de descontração necessários, do ócio criativo e das lamentações e desabafos sobre a vida acadêmica. Tivemos momentos profícuos.

Aos colegas do doutorado, turma de 2015 show, em que cada um sempre torceu pelo sucesso dos outros.

Por fim, obrigada à CAPS, e à gestão federal do PT, pela ajuda de custo da bolsa que me possibilitou o privilégio de ser estudante profissional. Possibilidade ameaçada para muitos no contexto atual de nossa sociedade sob golpe desde 2016.

RESUMO

A descentralização e a regionalização são o ponto de partida para a reorganização da rede de atenção à saúde. Questão norteadora da pesquisa: como tem se dado a atuação da CIR na governança da reestruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) na Primeira Região de Saúde do Estado do Ceará? Objetivo geral: analisar a atuação da Comissão Intergestores Regional (CIR) na governança do processo de reestruturação das Redes de Atenção à Saúde na Primeira Região de Saúde do Ceará. Objetivos específicos: caracterizar as redes locais de saúde dos sistemas municipais da Primeira Região de Saúde do Ceará; identificar as contribuições da Comissão Intergestores Regional (CIRs) da 1ª CRES na governança regional para a estruturação da RAS na Primeira Região de Saúde do Ceará. Técnicas de produção dos dados: entrevista, observação direta e análise documental. Sujeitos: gestores da saúde, secretários municipais e coordenadores regionais de saúde dos municípios Aquiraz, Eusébio, Fortaleza e Itaitinga. Campo da pesquisa: Secretarias Municipais de Saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde; reuniões da CIR no período de 2016 a 2017. Quanto à governança na saúde, os interlocutores afirmaram que os gestores municipais têm grande influência na definição das políticas regionais de saúde através dos canais de governança (CIB/CIR) quando pactuam e negociam estratégias e prioridades entre Estado e municípios, bem como fortalecem a gestão regional da saúde. O Ministério da Saúde segue sendo o grande protagonista da organização do SUS como detentor do poder regulatório com suas normativas e portarias. A esfera nacional é centralizadora do poder, restando às instâncias subnacionais a governança que operacionaliza a política. O que se poderia chamar de “operacional” ou “procedimental”, uma vez que os secretários de saúde não decidem sobre a política, mas apenas fazem acordo sobre procedimentos que já vêm determinado desde o nível central para os municípios. Seus poderes estão limitados a pactuações e acordos sobre como dar encaminhamento a decisões políticas previamente determinadas em instâncias superiores.

Palavras-chave: Regionalização. Redes de Atenção à Saúde. Governança. Comissão Intergestores Regional.

ABSTRACT

Decentralization and regionalization are the starting point for the reorganization of the health care network. Guiding question of the research: how has CIR been acting in the governance of the Restructuring of Health Care Networks (RAS) in the First Region of Health of the State of Ceará? General objective: to analyze the performance of the Regional Interagency Commission (CIR) in the governance of the process of restructuring the Health Care Networks in the First Health Region of Ceará. Specific objectives: characterize the local health networks of the municipal systems of the First Health Region of Ceará; to identify the contributions of the Regional Interagency Committee (CIRs) of the 1st CRES in the regional governance for structuring SAR in the First Health Region of Ceará. Techniques of data production: interview, direct observation and documentary analysis. Subjects: health managers, municipal secretaries and regional health coordinators of the municipalities Aquiraz, Eusébio, Fortaleza and Itaitinga. Field of research: Municipal Health Secretariats and Regional Health Coordination; meetings of the CIR between 2016 and 2017. Concerning health governance, the interlocutors affirmed that municipal managers have a great influence on the definition of regional health policies through the channels of governance (CIB / CIR) when they negotiate strategies and priorities between the state and municipalities, as well as strengthen regional health management. The Ministry of Health continues to be the main protagonist of the SUS organization as the holder of the regulatory power with its regulations and ordinances. The national sphere is centralizing power, leaving to the subnational instances the governance that operationalizes the policy. What could be called "operational" or "procedural", since health secretaries do not decide on the policy, but only agree on procedures that have already determined from the central level to the municipalities. Its powers are limited to agreements and agreements on how to give direction to previously determined political decisions in higher instances.

Keywords: Regionalization. Health Care Networks. Governance. Regional Interagency Committee.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1-	Mapa do Ceará (Macrorregiões).....	125
Figura 1 –	Macroprocesso: atenção primária à saúde.....	167

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Surgimento e variedades do modernismo	80
Quadro 2 – O modelo institucional do SUS	83
Quadro 3 – Perfil dos entrevistados	86
Quadro 4 – Organização da SESA	96
Quadro 5 – Composição da Região de Saúde e a população de abrangência	103
Quadro 6 – Unidades de saúde ligadas ao SUS, por tipo de prestador – 2015/Aquiraz	105
Quadro 7 – Profissionais de saúde, ligados ao (SUS) – 2015/Aquiraz..	106
Quadro 8 – Principais Indicadores de Saúde – 2015/Aquiraz.....	107
Quadro 9 – Cobertura de Atenção Básica e Saúde Bucal – 2018/Aquiraz	108
Quadro 10 – Unidades de saúde ligadas ao SUS, por tipo de prestador- 2015/Eusébio.....	109
Quadro 11 – Profissionais de saúde, ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS) – 2015/Eusébio.....	111
Quadro 12 – Principais Indicadores de Saúde – 2015/Eusébio	111
Quadro 13 – Cobertura de Atenção Básica e Saúde Bucal/Eusébio	112
Quadro 14 – Unidades de saúde ligadas ao SUS, por tipo de prestador – 2015/Fortaleza	114
Quadro 15 – Profissionais de saúde, ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS) – 2015/Fortaleza	116
Quadro 16 – Principais Indicadores de Saúde – 2015/Fortaleza	117
Quadro 17 – Cobertura de Atenção Básica e Saúde Bucal/Fortaleza.....	118
Quadro 18 – Unidades de saúde ligadas ao SUS, por tipo de prestador – 2018/Itaitinga	120
Quadro 19 – Profissionais de saúde, ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS) – 2015/Itaitinga	121
Quadro 20 – Principais Indicadores de Saúde – 2015/Itaitinga	122

Quadro 22 – Quadro 21 Cobertura de Atenção Básica e Saúde Bucal/Itaitinga.....	124
Quadro 23 – População extremamente pobre: (com rendimento domiciliar per capita mensal de até R\$ 70,00) – 2010	124
Número de unidades de saúde (UAPS, CAPS, CEO, Policlínica, UPA, Hospital), municípios da 1ª Região de Saúde Fortaleza – Ceará, 2015.....	126
Quadro 24 – Objetivo 2 do Qualifica APSUS.....	178
Quadro 25 – Pautas de reuniões da CIR (2012)	184
Quadro 26 – Pautas de reuniões da CIR (2013)	187
Quadro 27 – Pautas de reuniões da CIR (2014)	191
Quadro 28 – Pautas de reuniões da CIR (2015)	192
Quadro 29 – Pautas de reuniões da CIR (2016)	195
Quadro 30 – Pautas de reuniões da CIR (2017).....	196

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Macrorregiões de Saúde e a população de abrangência (IBGE, 2013)	101
Tabela 2 –	Tipos de estabelecimentos de saúde por município da 1ª Região de Saúde do Ceará/Aquiraz.....	105
Tabela 3 –	Tipos de estabelecimentos de saúde por município da 1ª Região de Saúde do Ceará/Eusébio.....	110
Tabela 4 –	Tipos de estabelecimentos de saúde da 1ª Região de Saúde do Ceará/Fortaleza.....	114
Tabela 5 –	Tipos de estabelecimentos de saúde por município da 1ª Região de Saúde do Ceará/Itaitinga.....	120
Tabela 6 –	Número de profissionais de saúde (por 1.000 hab.) municípios da Região de Saúde Fortaleza – Ceará, 2015.	124
Tabela 7 –	Cobertura da Atenção Primária, municípios da Região de Saúde Fortaleza – Ceará, maio de 2018.....	125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AS	Agente de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
BID	Banco Internacional de Desenvolvimento
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CETREDE	Centro de Treinamento da Universidade Federal do Ceará
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional,
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
COGTES	Coordenadoria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COPAS	Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde
CORES	Coordenadorias Regionais de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
DAB	Departamento de Atenção Básica
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DFID	Department for International Development
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESP	Escola de Saúde Pública do Ceará
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz

GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
IPLANCE	Instituto de Planejamento do Ceará
MAC	Média e Alta Complexidade
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PAS	Programa Agente de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUDEC	Superintendência do Desenvolvimento do Estado do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	O DESPERTAR PARA O ESTUDO DA SAÚDE.....	16
1.2	CONSTRUÇÃO ARTESANAL DO OBJETO DE PESQUISA.....	17
2	POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	27
2.1	PODER E ESTADO NO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE	27
2.2	DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	39
2.3	REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	57
2.4	A GOVERNANÇA NA POLÍTICA DE SAÚDE E A COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL.....	73
3	METODOLOGIA DA PESQUISA.....	85
3.1	PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	85
3.2	O CAMINHO TRILHADO NA PESQUISA	87
3.3	MUNICÍPIOS DA PRIMEIRA REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ.....	98
3.3.1	Elementos constitutivos da saúde dos municípios da pesquisa	99
4	ANÁLISE.....	128
4.1	REFORMA DO ESTADO E GOVERNANÇA DA SAÚDE NO CEARÁ	128
4.2	COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL COMO MECANISMO DE GOVERNANÇA DA SAÚDE NO CEARÁ.....	141
4.3	ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE NO CEARÁ.....	153
4.4	REGIONALIZAÇÃO E REESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: PRIMEIRA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE -CEARÁ.....	159
4.5	A CIR NA REESTRUTURAÇÃO DAS RAS.....	182
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	204
	REFERÊNCIAS.....	212
	APÊNDICES.....	229
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	230
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	232

1 INTRODUÇÃO

1.1 O DESPERTAR PARA O ESTUDO DA SAÚDE

“[...] os mais admiráveis pensadores da comunidade acadêmica em que decidi ingressar não separam seu trabalho de suas vidas. Parecem leva-los ambos a sério demais para admitir tal dissociação, e querem usar uma coisa para enriquecimento da outra”.

W. Mills (2009, p. 21)

O contato com o campo da saúde é algo que tem me envolvido, seja pelo desenvolvimento do exercício profissional, seja pelo desenvolvimento de atividades acadêmicas, de pesquisa. Minha história de implicação com a política de saúde inicia-se com a aproximação a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por ocasião do desenvolvimento de atividades de extensão universitária na Universidade Federal do Ceará (UFC), em 2001. Naquele momento, ao entrar em contato com o cotidiano do serviço e desenvolvendo atividades específicas do serviço social, organizei um grupo de jovens para discussão de temas relacionados à cidadania. Experiência que apresentamos na Semana de Extensão Universitária da Universidade Federal do Ceará (UFC) e me instigou a realização de uma especialização em saúde mental e, em seguida, o mestrado em Políticas Públicas e Sociedade, cujo tema da dissertação foi a Reforma Psiquiátrica.

O interesse pela área da saúde mental cresceu e fui trabalhar em um CAPS-ad (álcool e outras drogas). Dessa forma, tanto a experiência profissional quanto a curiosidade acadêmica me colocaram em contato com as discussões da saúde.

Sendo considerado um profissional generalista, o assistente social pode atuar nas mais diversas políticas sociais e, ainda que não seja cientista social, produz conhecimento com a apropriação dos métodos e técnicas das Ciências Sociais e Humanas. Nesse sentido, como assistente social, busquei produzir conhecimento na área da saúde acalentando um desejo pessoal e perseguindo uma contribuição a partir dos estudos realizados na pós-graduação e nas pesquisas com as quais me envolvi no Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (LASSOSS/UECE).

O interesse em discutir o tema das redes de atenção à saúde relaciona-se a participação em um projeto de pesquisa daquele laboratório, intitulado *Organização das Redes de Atenção à Saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção*, que abriga diversas pesquisas mais específicas, tanto da graduação quanto da pós-graduação (mestrado e doutorado). Minha prática profissional e acadêmica me colocou em contato com a realidade do SUS, de modo que as afetações me levaram a desenvolver projetos com muita paixão, a exemplo da escolha da temática da rede de atenção à saúde, que me possibilita compreender a organização desse sistema de saúde.

Entendo esta pesquisa como relevante em razão do contexto atual de desmonte da saúde e da necessidade de se voltar o olhar para a reorganização da rede de atenção à saúde, esta valorizada pelo Ministério da Saúde quando lança diretrizes para a reorganização dos serviços do SUS em rede. O estudo justifica-se pela possibilidade de reflexão que suscita sobre o Sistema Único de Saúde. Desse modo, o retorno ou colaboração da pesquisa para com a sociedade pode expressar-se na possibilidade de reflexão e tomada de decisão das autoridades competentes na formação de políticas públicas de saúde, imprimindo, de algum modo, uma transformação na realidade, considerando os limites que um trabalho como esse apresenta.

1.2 CONSTRUÇÃO ARTESANAL DO OBJETO DE PESQUISA

No curso de sua história e desenvolvimento a saúde no Brasil tem se configurado como uma política pública que somente a partir de 1988 apresenta a garantia formal rumo a universalidade com oferta indiscriminada de ações e serviços de saúde curativos, preventivos e de promoção da saúde, sendo regulamentada como dever do Estado e direito do cidadão.

O SUS está em constante transformação, o atestam as inúmeras normas e legislações relacionadas ao seu desenvolvimento e configuração. Ainda que as normativas não garantam a efetividade, materialização do SUS na vida da população, deve-se ter clareza de que, em alguma medida, são produtos de pressão social e política, de lutas e do enfrentamento processado na arena de disputa pela garantia do direito à saúde.

O SUS tem sido objeto de diversos estudos, e nesse, busquei entendê-lo como uma política pública, tal como inscrito na Constituição Federal: *direito de todos e dever do Estado*, que tem sido agredida pelas forças conservadoras da macroeconomia, mas, igualmente tem resistido na defesa intransigente de seus princípios por aqueles que o defendem como patrimônio sócio-histórico do povo brasileiro. Os defensores do SUS, entre usuários, trabalhadores e gestores, lançam-se em sua defesa na busca de alargar o acesso ao sistema, a integralidade do cuidado e a qualidade das suas ações e serviços.

O objeto do qual trata este estudo é a reorganização da rede de atenção à saúde. Busquei a compreensão dessa reorganização a partir da análise de políticas públicas, refletindo sobre o papel das Comissões Intergestores Regionais (CIR's) no processo de governança para a estruturação da rede local de saúde.

Para compreender a rede de atenção à saúde fiz uma aproximação à municipalização e à descentralização da saúde, pois só será possível falar em reorganização de serviços de saúde após a organização das políticas públicas de modo descentralizado. Afinal, a descentralização é um dos processos que mais impulsionou o crescimento do SUS, ainda que tenha havido limites tanto pelas características do federalismo nacional quanto pelas diretrizes impostas pela intensa normatização e burocratização, expressa, particularmente, nas Normas Operacionais Básicas (NOB's) e na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (ASSIS et al, 2009).

Nesse sentido, no que se refere à descentralização, ao longo dos anos 1990 e 2000 observa-se o surgimento de mecanismos de indução e regulação da descentralização e regionalização do SUS, sendo propostas, a partir de 2001, novas diretrizes visando estimular o planejamento, a gestão intergovernamental e a configuração de redes de atenção à saúde, com ênfase no âmbito estadual.

Assim, tem-se nas NOB 01/93 e NOB 01/96, sobretudo na segunda, seu principal instrumento normativo, as quais propõem a redefinição de funções e competências das três instâncias governamentais (União, Estados e Municípios) nos quesitos gestão, organização e prestação de serviços de saúde, por meio da transferência de recursos do nível federal e estadual para o municipal.

A implementação da NOAS/2001 e sua atualização em 2002, trouxe uma discussão em torno do processo de regionalização da assistência, implicando na

organização de sistemas regionais de saúde, com o intuito de buscar superar uma 'excessiva' descentralização da gestão ocorrida no momento anterior (TEIXEIRA, 2002).

Ressalta-se que a compreensão de regionalização da saúde aqui vai ao encontro da definição presente em Viana, Lima e Ferreira (2010, p. 2318), que é a, de *um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, agentes, instituições, cidadãos) no espaço geográfico.*

Numa pesquisa sobre os condicionantes estruturais da regionalização na saúde, essas autoras dizem que ocorreu um certo atraso na implementação da estratégia da regionalização da saúde no Brasil, associado a isso houve iniciativas frágeis de combinação de descentralização e regionalização.

Ainda que estivesse presente nas diretrizes do SUS desde sua constituição, a regionalização, entendida como uma estratégia para integração dos sistemas municipais através da construção de sistemas regionais de saúde, ampliação do acesso e redução das iniquidades em saúde, é reforçada somente a partir do ano 2001, quando é editada a NOAS, e de forma mais enfática com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006.

De acordo com Viana, Lima e Ferreira (2010), a descentralização como estratégia privilegiada para a implantação do SUS, ou seja, a responsabilização dos municípios tanto pela provisão dos serviços quanto pela organização de sistemas municipais de saúde, é dada pelo próprio momento de constituição do SUS, quando se colocava na ordem do dia, posicionamentos e ideias democráticas contra o regime ditatorial. Buscava-se, nesse momento, a descentralização de recursos e de responsabilidades da esfera nacional para os estados e municípios.

Os resultados da descentralização na política de saúde ocorrida no Brasil são contraditórios e altamente dependentes das condições prévias locais, ocasionando características de sistemas descentralizados de saúde bastante heterogêneas quando consideramos o cenário nacional em que se destacam as diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais na prestação de serviços de saúde.

No processo de descentralização do SUS pode-se apontar avanços e limites: avanços pela importância que teve na expansão da cobertura dos serviços de

saúde e indução de estados e municípios a aumentarem seu investimento no financiamento público em saúde. E limites porque foi incapaz de resolver as imensas desigualdades no acesso, utilização e gasto público em saúde, também não foi capaz de formular arranjos mais cooperativos na saúde (VIANA; LIMA e FERREIRA, 2010).

O Pacto pela Saúde, lançado em 2006, expressa novas diretrizes para a redefinição das regiões de saúde e para a organização do sistema de saúde em termos da regionalização, baseadas no fortalecimento da pactuação política entre os três entes federados (União, Estados e municípios). Destarte, rediscute a regionalização como eixo central da política de saúde, reatualizando os instrumentos de planejamento da NOAS e ampliando a perspectiva de regionalização para além da assistência à saúde. E mais, propõe a criação de canais de negociação e decisão intergovernamental, com regras próprias e funcionamento estável com vistas ao fortalecimento da governança regional do SUS: os Colegiados de Gestão Regional (CGR), definidos no Plano Diretor de Regionalização.

Diversos fatores influenciam os ritmos e os graus de adesão de Estado e Municípios ao Pacto pela Saúde e a implantação dos CGR. De semelhante modo, influenciam também às questões de ordem político-institucionais dentre as quais se destacaram o legado de implantação de políticas que enfatizam a descentralização e a regionalização; a experiência institucional acumulada pelas instâncias colegiadas do SUS (entre elas a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e os Conselhos de Representação dos Secretários Municipais de Saúde) e pelos governos estaduais e municipais nas mais variadas funções gestoras.

Alguns avanços consideráveis do SUS ao longo de seus 30 anos, podem ser observados com a adoção de estratégias de coordenação federativa: as comissões intergovernamentais em saúde, tanto no âmbito nacional como no estadual, municipal e regional. Nesse sentido, em 1991, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) inicia sua atuação no debate sobre a política de saúde em âmbito nacional. Entre os anos de 1993 e 1995 foram estruturadas as CIB's, sendo formadas com composição paritária por representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde. A CIB foi formalizada com a atribuição de elaborar propostas para a gestão descentralizada do SUS

Assim, numa ordem cronológica, foi instituída a CIB-regional organizada em 1996, que em 2006, por força do Pacto pela Saúde, passa a ser denominada

Colegiado de Gestão Regional (CGR) e em 2011, com o Decreto 7.508 passa a configurar-se como Comissão Intergestores Regional (CIR), foco da presente pesquisa.

No que concerne ao desenvolvimento desses canais no Ceará, um estudo de Machado et al (2014), quanto à Dinâmica das Comissões Intergestores Bipartites, segundo regiões e estados, aponta que, o Ceará encontra-se em uma institucionalidade avançada. Isso indica que em termos de normatividade, o Ceará tem cumprido o seu papel. No *Processo político/relações intergovernamentais*, a CIB caracteriza-se como Cooperativa e interativa e com uma capacidade de atuação elevada, o que mostra que o Ceará tem estado à frente de muitos Estados na organização da política de saúde (MACHADO et al, 2014).

Nesse Estado, o processo de regionalização da saúde teve como marco temporal o ano de 1998, antes dessa data houve uma tentativa de regionalização, mas de caráter apenas administrativo, *com forte condução política e técnica da Secretaria de Planejamento do Estado, evidenciando um processo de conflito e disputa pela coordenação da regionalização, de seus rumos e objetivos* (PONTES et al, s/d, p. 10).

O exemplo do pioneirismo do Estado no quesito regionalização, é precedido por várias iniciativas sanitárias que servem de referência à esfera nacional, como o Programa Agentes de Saúde (PAS), no final dos anos de 1980, que inspirou a criação do Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde (MS), em 1991; as primeiras experiências do Programa Saúde da Família (PSF) nos municípios do interior do Estado no início da década de 1990, implantado posteriormente pelo Ministério da Saúde em âmbito nacional, em 1994; e a remodelagem de gestão do sistema com a organização dos serviços em bases municipal (MESQUITA, 2011).

Assim, o Estado do Ceará tem se destacado quanto à remodelagem do sistema estadual de saúde, que se deu a partir do projeto piloto de regionalização da saúde na Microrregião de Baturité, em 1998, antecipando-se às decisões do governo federal (CEARÁ, 2000). Seguindo esse ritmo, o Ceará foi um dos primeiros Estados a aderir ao Pacto pela Saúde entre 2006 e 2008. Assim, ele figura entre os 13 Estados com alto percentual de adesão municipal, com um percentil superior a 70%, chegando a 100% em 2010, (LIMA et al, 2012).

Nesse contexto, a regionalização do sistema de saúde do Ceará efetiva-se a partir da organização dos três níveis de atenção hierárquicos: atenção básica, secundária e terciária. No primeiro nível são desenvolvidos ações e serviços através da Estratégia Saúde da Família (ESF), porta de entrada prioritária para o SUS; no segundo e terceiro, encontramos, respectivamente, os serviços de Média e Alta Complexidade (MAC), rede hospitalar e ambulatorial, estruturados nas vinte e duas regiões de saúde; por fim, tem-se no terceiro nível, a organização de ações e serviços de alto custo e a divisão regional em cinco macrorregiões de saúde identificadas como Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe, esta última tendo sido criada no dia 12 de maio de 2014 e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde (CESAU). Essa forma de organização da regionalização da Saúde no Ceará estrutura o Sistema Estadual de Saúde (CEARÁ, 2014a).

Desse modo, observamos que a organização da saúde no Estado segue a orientação do Ministério da Saúde, classificada em níveis tecnológicos de atenção à saúde que vai da atenção primária à terciária. O que para alguns autores (MENDES, 2011; SANTOS e GIOVANELLA, 2016), ameaça os princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade) por se mostrar fragmentada.

Para Mendes (2011), a superação da fragmentação está na organização de redes de atenção à saúde centrada na atenção primária. A partir da regionalização o perfil administrativo dos municípios é alterado possibilitando a organização de redes interdependentes (MARTINS, 2008).

Ressaltamos que as reflexões sobre a rede de atenção à saúde são aqui tecidas considerando a definição de Börzel (1997), para quem a concepção de rede varia sobremodo entre as mais variadas disciplinas, tendo, contudo, um entendimento comum, uma definição comum mínima.

[...] como un conjunto de relaciones relativamente estables, de naturaleza no jerárquica e independiente, que vinculan a una variedad de actores que comparten intereses comunes em referencia a una política, y que intercambian recursos para perseguir esos intereses compartidos, admitiendo que la cooperación es la mejor manera de alcanzar las metas comunes (BÖRZEL, 1997, p. 2).

A exemplo da regionalização no Estado do Ceará que, como expresso acima, teve sua própria história construída antes do governo federal ditar suas normativas, importa conhecer a história de constituição da rede de atenção à saúde cearense, para tanto busquei realizar uma análise da política pública de saúde.

Vale ressaltar que a necessidade de se estruturar as redes de atenção na saúde está posta desde a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, o qual afirma que *as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada [...]*, cuja organização se dá através das diretrizes de descentralização, integralidade e participação da comunidade. Nesse sentido, a descentralização é considerada a primeira investida para a formação de redes de saúde no Brasil.

Em meados dos anos 1990, a rede de atenção à saúde buscava se organizar tendo o fluxo no sistema de saúde dado através dos procedimentos burocráticos de referência e contrarreferência.

Cecílio (1997) apresenta um modelo de organização da saúde de forma piramidal, onde na base estaria a atenção primária à saúde, com população adstrita e se constituindo a porta de entrada para os níveis de maior densidade tecnológica. No meio termo da pirâmide estariam os serviços de atenção secundária (ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêuticos) onde estariam localizados os hospitais de média complexidade. No topo dessa pirâmide estariam serviços de maior densidade tecnológica, os hospitais terciários. Esse modelo apresenta um fluxo ordenado de pacientes tanto dos níveis de menor densidade tecnológica para os de maior, quanto seu inverso, dado pelo mecanismo de referência e contrarreferência.

Essa forma de organização apresentou-se ineficiente para responder às necessidades da população, configurando-se como fragmentado. Modelo parcialmente superado pelas novas discussões e necessidades da população pela reorganização da saúde em rede.

Observa-se que a ideia contida no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, de efetivar a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, tem sido perseguida pelas normatizações e portarias do Ministério da Saúde. Nesse sentido, ao lado da regionalização, a rede de atenção à saúde (RAS) tem sido, desde a constituição do SUS a estratégia para sua efetivação.

É por meio dela que o princípio da integralidade se efetiva, pelas conexões e diálogos das ações e serviços de saúde nos territórios. Assim, um dos objetivos, e ao mesmo tempo desafio, da RAS é romper com a fragmentação presente na saúde pela ausência ou insuficiência de comunicação dos níveis de atenção (primário ao terciário) articulando os serviços no território, no município valorizando o acesso dos sujeitos.

A organização dos serviços é condição *sine qua non* para implantação e estruturação das RAS ou *vice-versa*, sendo essas prerrogativas para o funcionamento dos serviços de saúde. Para essa organização, é necessário perseguir o fortalecimento da atenção básica, organizar as referências de média e alta complexidade e apoio diagnóstico, bem como a atenção às urgências e emergências e a atenção hospitalar.

No Ceará, essa organização partiu de um amplo projeto de reforma da saúde no Estado levado a efeito pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA) com a participação efetiva das secretarias municipais de saúde e apoio logístico da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP), sendo financeiramente apoiado pela instituição britânica Department for International Development (DFID), na década de 1990.

Desse modo, o projeto de reforma da saúde no Ceará se deu a partir de três grupos de trabalho (GT's) para organizar a atenção à saúde: o primeiro GT se referia à organização e desenvolvimento da atenção primária, o segundo, ficou responsável pela atenção secundária e terciária e o terceiro, pela modelagem de gestão das unidades regionais (MESQUITA, 2011).

O projeto do primeiro GT, intitulado *Projeto de Organização e Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde no Ceará*, indicou o Programa Saúde da Família, atual Estratégia Saúde da Família, como o primeiro nível de atenção à saúde e a porta de entrada ao sistema de saúde (MESQUITA, 2011). Observa-se, assim, a importância da atenção primária para a organização da política de saúde e, conseqüentemente, da RAS.

O atual processo histórico de organização da saúde no Ceará passa pela reestruturação da rede de atenção à saúde. Na capital cearense, em 2013, um novo governo assumiu a gestão da Prefeitura e a Secretaria da Saúde do Município contratou uma consultoria visando reestruturar as RAS para *reorganizar* o sistema de saúde a partir da reorganização da atenção primária no município.

Em 2014, a SESA iniciou uma reorganização do modelo de atenção primária à saúde com a Planificação da Atenção Primária à Saúde, proposta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), apoiada pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-Ce) e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O objetivo era reestruturar as RAS no Estado do Ceará. Essa planificação foi levada a efeito através do Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde –

QualificaAPSUS, cujo objetivo é capacitar os profissionais da atenção primária através de oficinas de atualização e capacitação dos profissionais da atenção primária, sendo a 14ª CRES (Tauá), a primeira experiência, juntamente com seus municípios: Arneiroz, Aiuaba, Parambu e Tauá, tendo sido considerada o *Laboratório de Atenção Primária à Saúde* (CEARÁ, 2016a).

A referência à reorganização da rede de atenção à saúde nos municípios pesquisados trata, sobretudo, da organização dessa rede a partir da APS. Isso porque a proposta que fundamenta a reorganização da rede de atenção à saúde nos quatro municípios em questão tem como fundamento a atenção básica como prioritária e fundamento estruturante da rede. Ou seja, toda a rede se estrutura em função da APS, tendo-a em seu centro e dialogando com os demais níveis de complexidade. Isso não significa dizer que os municípios da Primeira Região de Saúde tenham buscado reestruturar sua rede considerando apenas a APS.

Sendo o objeto desse estudo o processo de reorganização das redes de atenção à saúde, para sua compreensão elaborei algumas perguntas que servirão de referência: como tem se dado atuação da CIR na governança da reestruturação das Redes de Atenção à Saúde na Primeira Região de Saúde do Estado do Ceará? Como se caracterizam as redes locais de saúde dos sistemas municipais dessa Região?

Com base nesses questionamentos foi elaborado como objetivo geral da pesquisa: analisar a atuação da Comissão Intergestores Regional (CIR) na governança do processo de reestruturação das Redes de Atenção à Saúde na Primeira Região de Saúde do Ceará e como específicos, caracterizar as redes locais de saúde dos sistemas municipais da Primeira Região de Saúde do Ceará; identificar as contribuições da Comissão Intergestores Regional (CIRs) da 1ª CRES na governança regional para a estruturação da RAS na Primeira Região de Saúde do Ceará.

Entendo que responder a tais objetivos só foi possível com a aproximação à realidade e problematização de algumas categorias centrais no estudo, a exemplo da regionalização, redes de atenção à saúde e governança. O estudo dessas categorias foi realizado a partir da apropriação de discussões de autores como Castells (2000), Fleury e Ouverney (2007), Marteleto (2007) para compreender a discussão de redes; Mendes (2011), Giovanella (2011) para discutir redes de atenção à saúde; Viana e Lima (2011) possibilitou a aproximação à regionalização, dentre outros autores; Santos (1997), Bevir (2011), Ribeiro e Alcoforado (2016), Santos; Giovanella (2014) nos colocaram em sintonia com a discussão de governança e Hochman, Arretche e Marques (2007); com a discussão de análise das políticas públicas no Brasil.

2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

2.1 PODER E ESTADO NO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE

A compreensão de Estado e poder pode ser desenvolvida tendo como referência tanto o pensamento construído pela Ciência Política e a perspectiva jurídico-normativa como por outra via, por exemplo pela genealogia foucaultiana. Nesse estudo, optei pela perspectiva construída pela Sociologia e pela Ciência Política, uma vez que o entendimento do Estado como o detentor legítimo da violência e do poder foi historicamente construído por essas ciências que sempre tem pensado um em relação ao outro (WEBER, 2012; GRUPPI 1987).

Nesse sentido, busquei construir uma compreensão do Estado e poder para uma aproximação à relação entre ambos na reorganização da política de saúde em uma região do Estado do Ceará, afinal, trato do poder institucionalizado no aparelho do Estado e, como diz Bobbio, *todo poder carece do aparelho administrativo para a execução das suas determinações* (1987, p. 402). Destarte, penso ser necessário uma resenha histórica da construção do Estado burguês apenas para situar o chão que piso.

Assim, cabe perguntar: como se define o Estado? De acordo com Bourdieu,

O Estado pode ser definido como um princípio de ortodoxia, isto é, um princípio oculto que só pode ser captado nas manifestações da ordem pública, entendida ao mesmo tempo como ordem física e como o inverso da desordem, da anarquia, da guerra civil, por exemplo. [...]. Em outras palavras, para resumir antecipadamente o que vou expor a vocês, diria que Estado é o nome que damos aos princípios ocultos, invisíveis — para designar uma espécie de deus absconditus — da ordem social, e ao mesmo tempo da dominação tanto física como simbólica assim como da violência física e simbólica (BOURDIEU, 2014, p. 34 e 39).

Observa-se que Bourdieu (2014), ao afirmar que o Estado é o detentor da violência física e simbólica, concorda com Weber sobre o monopólio da violência do Estado. Ao constituir-se o Estado-nação fica demarcado o lugar do poder no Estado legitimado pela sociedade enquanto protetor e acusador/punidor.

Para a definição de Estado, recorrer a um dicionário também ajuda na tarefa. Nesse sentido, o Dicionário de filosofia, diz que ele é *em geral, a organização*

jurídica coercitiva de determinada comunidade (ABBAGNANO, 2007, p 364). O Dicionário de política afirma que:

Uma definição de Estado contemporâneo envolve numerosos problemas, derivados principalmente da dificuldade de analisar exaustivamente as múltiplas relações que se criaram entre o Estado e o complexo social e de captar, depois, os seus efeitos sobre a racionalidade interna do sistema político (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, p 401).

Gruppi (1987) refere que o Estado é a maior organização política do mundo, constando na Enciclopédia Treccani a seguinte definição:

[...] Estado, [é] a maior organização política que a humanidade conhece, ela se refere quer ao complexo territorial e demográfico sobre o qual se exerce uma dominação (isto é, o poder político), quer à relação de coexistência e de coesão das leis e dos órgãos que dominam sobre o complexo (GRUPPI, 1987, p. 7).

Dessa definição apreende-se que o Estado é um *poder* político que se exerce sobre um corpo (população, povo) em determinado território (país, por exemplo). Dessa forma, para ser Estado há que se ter presente poder político, povo e território.

Bourdieu refletindo sobre o Estado diz:

A tese que eu gostaria de avançar [...] de uma espécie de história da gênese do Estado [...] é a de que há um certo número de agentes sociais — entre os quais, os juristas — que representaram um papel eminente, em especial os detentores desse capital de recursos organizacionais que era o direito romano. Esses agentes construíram progressivamente **essa coisa que chamamos de Estado**, ou seja, **um conjunto de recursos específicos que autorizam seus detentores a dizer o que é certo para o mundo social em conjunto, a enunciar o oficial e a pronunciar palavras que são, na verdade, ordens, porque têm atrás de si a força do oficial**. A constituição dessa instância acompanhou-se da construção do Estado no sentido de população compreendida dentro de fronteiras. Em outras palavras, foi construindo essa espécie de organização sem precedente, essa espécie de coisa extraordinária que é um Estado, construindo esse conjunto de recursos organizacionais, ao mesmo tempo materiais e simbólicos, ao qual associamos a noção de Estado, que os agentes sociais responsáveis por esse trabalho de construção e de invenção construíram o Estado no sentido de população unificada falando a mesma língua [...] (BOURDIEU, 2014, p. 85) (Grifos meus).

Weber (2012, p. 67) considera que *o Estado consiste em uma relação de dominação do homem sobre o homem, fundada no instrumento da violência legítima*. O que significa que todo o poder se encontra no Estado, fato contestado por Foucault

em suas discussões sobre poder, mas aqui limito-me à discussão de Estado para em seguida falar de poder e dessa relação.

As primeiras ideias de Estado Nação surgiram no final do século XV na Europa, especificamente, na França, Inglaterra e Espanha. O Estado nasce como uma necessidade a partir de certo nível de desenvolvimento econômico ligado à divisão da sociedade em classes sociais. Com o surgimento do Estado tem-se a necessidade de se pensar sobre ele.

Considera-se que Maquiavel seja o primeiro a pensar o Estado, a quem Gramsci definiu como o teórico do Estado unitário moderno (GRUPPI, 1978). Maquiavel não forneceu uma teoria do Estado moderno, sem embargo, ele refletiu sobre como se constitui o Estado. Por estudar as leis específicas da política, é tido como aquele que dá início à ciência política, afinal se ocupou do homem que constrói o Estado soberano, definido essencialmente pelo poder. Em seu livro intitulado *O príncipe*, baseado na observação das experiências concretas, desenvolveu a ideia de Estado como dominação, poder sobre as pessoas. O poder aqui aparece como domínio centrado no Estado sobre o homem, perspectiva encontrada nas discussões da Ciência Política.

O Estado moderno apresenta características que o diferenciam dos Estados antigos, de Roma e da Grécia antigas, por exemplo. Uma primeira dessas características que se pode apontar é a autonomia, a soberania plena do Estado, independentemente de qualquer outro poder ou autoridade. Um exemplo de independência pode ser constatado na rebelião da Inglaterra contra o poder papal, em 1531. Rompendo com a Igreja Católica o próprio rei Henrique VIII passou a ser o líder da Igreja Anglicana, abolindo por completo qualquer influência da Igreja Católica naquele país. A segunda característica é a distinção entre sociedade civil e Estado, que tem seu ápice com a instauração da revolução burguesa e sua constituição como classe (GRUPPI, 1987).

No pensamento político a compreensão do Estado passa pelas construções de Hobbes, Locke, Kant, Rousseau, Tocqueville, Hegel e Gramsci.

Uma busca das ideias dos principais autores sobre Estado mostra que os séculos XVII e XVIII foram o palco das formulações hobbesianas sobre o Estado. Para Hobbes, *o homem é o lobo do homem*, no sentido de que, num estado de natureza, os homens se voltam uns contra os outros numa busca exacerbada pelo poder e

riquezas, sendo necessário algo para refreá-los, esse algo seria o *Leviatã*, identificado com o Estado absoluto (BOBBIO, 1987). Em Locke, observa-se um discurso de que o homem é um ser plenamente livre e que precisa pôr limites a essa liberdade para que seja garantida a propriedade e, conseqüentemente, a liberdade duradoura. Os homens, na perspectiva de Locke, se organizam em sociedade submetidos a um governo para preservarem a propriedade. Em estado natural, sem a presença de um Estado (governo), não seria possível assegurar a propriedade. Nota-se claramente a defesa de um ideário burguês. O Estado é resultado de um contrato que visa garantir a propriedade, a liberdade política e a segurança pessoal. Bobbio (1987) identifica o pensamento de Locke com a monarquia parlamentar.

Em Locke identifica-se também a ideia de que se deve limitar o poder do Estado para garantir as liberdades individuais. Essa liberdade foi levada a efeito na Revolução Francesa e inscrita na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, na qual consta, em seu artigo 1º, que *os homens nascem livres e iguais em direitos [...]* e no artigo 2º, que *a finalidade de toda associação política é a conservação dos direitos naturais e imprescindíveis ao homem [...]* Tais direitos são: *a liberdade, a propriedade, a segurança e a resistência à opressão*. Garantias visceralmente identificadas com o liberalismo que valoriza a propriedade individual. Na tradição da teoria clássica predomina a visão do Estado como um quase deus que deve servir ao bem comum, ao bem do povo.

Rousseau fala de uma concepção de liberdade natural do homem corrompida pela civilização. E diz que os homens nascem livres e iguais, mas em todo lugar estão acorrentados. De fato, os homens não nascem livres e iguais, isso é o que impulsiona uma luta sócio-histórica constante entre as classes sociais. A igualdade da qual fala Rousseau é a igualdade perante a lei, a igualdade jurídica. Ele propõe um contrato social e não a criação do Estado, com isso cria apenas a sociedade. Defende que toda soberania cabe ao povo e não a um soberano nem mesmo ao Estado. O único órgão soberano é a assembleia, que deve estar a serviço do povo, este confia a governantes as tarefas administrativas do Estado em seu nome (GRUPPI, 1987).

As ideias desses pensadores possibilitam observar que em pleno século XIX duas concepções progressistas de Estado vão surgir na Europa: a concepção liberal e a democrática. A primeira defendendo a liberdade e a propriedade e a segunda, a liberdade e a igualdade, mas uma igualdade jurídica. No final desse

século, o Estado passa a ser representado pela fusão da democracia com o liberalismo, reafirmando sempre o desenvolvimento capitalista.

Kant, defende uma soberania do povo limitada na medida em que acredita que as leis estão acima do povo e são invioláveis, indiscutíveis. Apenas aqueles que tiverem posses podem usufruir das liberdades de expressão, reunião, associação, propriedade. Nasce aí o Estado de Direito, defensor dos direitos da burguesia.

Hegel estabelece uma distinção, iniciada pelos pensadores do século XVIII, entre Estado e sociedade civil. Para ele, o Estado é o fundamento da sociedade civil e da família e não o contrário. Hegel realiza uma crítica, porém, com uma solução conservadora à concepção liberal, individualista da liberdade, uma vez que o Estado estaria a cima da sociedade, seria o soberano, o detentor absoluto do poder (GRUPPI, 1987).

O que se observa do pensamento de Hegel é que o Estado tem sido compreendido como um *a priori* da sociedade, um ser supremo ou um ente que detém o poder e o *monopólio legítimo da violência*, nos termos de Weber (2011, p. 67). Enquanto Marx apresenta o Estado como um simples instrumento da classe dominante e não como um ser imanente e superior pairando acima dos homens.

Para Marx, a gênese do Estado está na divisão da sociedade em classes e sua principal função é manter e reproduzir tal divisão para assegurar os interesses da classe dominante. Numa crítica expressa ao Estado burguês, ainda que Marx não tenha se dedicado ao estudo específico do Estado, pode-se observar que ele se remete ao tema várias vezes em suas elaborações teóricas.

Na *Questão judaica*, artigo publicado no único número da revista *Anais Franco-Alemães*, em 1844, Marx afirma que os direitos do homem apresentados pelo Estado burguês são direitos relativos à propriedade, numa clara demonstração de que os direitos do homem *nada mais são do que os direitos do membro da sociedade burguesa, isto é, do homem egoísta, do homem separado do homem e da comunidade* (MARX, [1844] 2005, p. 33) e segue afirmando que

[...] o direito do homem à liberdade não se baseia na união, do homem com o homem, mas, pelo contrário, na separação do homem em relação a seu semelhante. A liberdade é o direito a esta dissociação, o direito do indivíduo delimitado, limitado a si mesmo. [...]. A aplicação prática do direito humano da liberdade é o direito humano à propriedade privada (MARX, [1844] 2005, p. 34).

Em Marx, ao contrário da ideia de bem comum posta em Hobbes e Locke, o Estado é um aparelho de coerção, de manutenção da ordem pública em favor das classes dominantes. Já Gramsci, entende o Estado como força, mas também como consenso. Mesmo que ele concorde que o Estado está a serviço de uma classe dominante não se mantém apenas pela força e pela coerção legal. É necessária uma certa dose de sutileza para que sua dominação seja eficaz.

Se em Hegel, o Estado funda a sociedade civil, são os direitos sociais, o caminho por onde a sociedade civil entra no Estado, modificando-lhe a estrutura formal (BOBBIO, 1987). Nesse sentido, ainda que não seja a proposta deste trabalho discorrer sobre participação, não se pode ignorar o fato de que a reorganização do Estado democrático, Estado burguês ou Estado de direito tem sido tensionada pela participação ou a ação dos indivíduos coletivos.

Dentre as várias formas de Estado que Bobbio (1987) identifica, destaco duas que são o Estado de Direito e o Estado Social. A primeira forma é representada pelas liberdades pessoais, política e econômica. Todos, elementos de origem burguesa. A segunda, se refere aos direitos sociais que representam o direito de participação no poder político e na distribuição da riqueza socialmente produzida.

Ainda que o Estado detenha o monopólio legítimo da violência (WEBER, 2012), o poder não é uma entidade, um ser com vida própria e sim algo que só se expressa na relação e que se exerce de múltiplas formas: como persuasão, manipulação, ameaça de punição ou promessa de recompensa (BOBBIO, 1987).

Bobbio (1987) afirma ainda que toda forma de poder é a expressão de uma desigualdade de recursos, eu diria que não só. É mais que isso. O não exercício do poder está necessariamente ligada a todas as formas de ausências e carências de conhecimento, de saber.

Ao discutir poder, Foucault (1995) o faz considerando que não é possível falar de um único poder porque são vários poderes que se encontram em toda parte, porque o poder é relacional, não é propriedade de um ser ou um ente. Existem formas locais, regionais de poder que têm sua própria técnica e forma de funcionamento, que não podem, aliás, serem entendidos como uma consequência de um tipo de poder central, primordial. Existe uma verdadeira tecnologia dos poderes que têm sua própria história. Ainda que se admita que há certa concentração de poder no Estado, não se pode negar sua relação, mesmo no seio do Estado, a menos que se esteja falando de

um Estado de exceção ou de regime totalitário onde a expressão de qualquer forma de questionamento do instituído é duramente reprimida. Em todo caso, está-se discutindo, nesse trabalho, a perspectiva do Estado democrático, em que o diálogo e, conseqüentemente, a expressão da relação de poder entra no jogo social.

No Estado de direito democrático volta-se o olhar para a cidadania, uma vez que ela agrega os direitos fundamentais que compõem esse Estado e que são fundados pela participação. Esse Estado moderno, do qual fala Bobbio (1987), surge com o absolutismo e se desenvolve a partir da contestação do liberalismo àquele poder. Todavia, tal Estado tem como elemento fundante a soberania popular, ou a legitimidade do povo a um governo ou Estado (BOBBIO, 1987).

Vale ressaltar que Estado e sociedade civil não são duas coisas em separados, antes *por “Estado” deve-se entender, além do aparato governamental, também o aparato “privado” de “hegemonia” ou sociedade civil* (GRAMSCI, 1978, p. 232). Tomemos de empréstimo o pensamento de Gramsci para aclarar a confusão que se estabelece entre os conceitos:

Estamos sempre no terreno da identificação de Estado e governo, identificação que precisamente é uma representação da forma cooperativo-econômica, isto é, da confusão entre sociedade civil e sociedade política, já que se deve notar que na noção geral de Estado entram elementos que se devem referir à noção de sociedade civil (no sentido, podia dizer-se, em que Estado = sociedade política + sociedade civil) (GRAMSCI, 1978, p. 232).

O Estado liberal ocupou-se de organizar um conjunto de leis para garantir uma maior liberdade aos indivíduos e assegurar a propriedade privada. Apenas na segunda metade do século XX o Estado assume uma postura mais social e incorpora orientações socialdemocratas, investindo em políticas sociais sob uma reconfiguração da luta de classes num período nominado por alguns estudiosos de “anos dourados”, em que o Estado era conhecido como de Bem-Estar Social (HOBSBAWM, 1995). Assim, é preciso ter claro que inexistente um Estado independente da sociedade e que direitos de cidadania se constroem com ação e luta da sociedade (participação).

Contextualizando o Estado brasileiro, os direitos sociais têm sido resultado da luta de classes, expressando a correlação de forças que predomina. Afinal, nenhum governo foi capaz de produzir uma transformação social mais ampla do que a permitida pela elite. Como afirmam Behring e Boschetti (2007, p. 79) [...] *considerando [...] que as classes dominantes nunca tiveram compromissos*

democráticos e redistributivos, tem-se um cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos de cidadania, que envolvam a constituição da política social.

Nessa perspectiva, é possível observar no país, a partir da segunda metade dos anos 1980, a construção de um Estado de direito baseado nas lutas sociais que formaram uma certa consciência do *direito a ter direitos* (FLEURY, 2014, p. 33), a ter direitos de cidadania. Essa consciência remete a necessidade de se considerar a ideia de sociedade civil e cidadania. Isso porque não existe direito de cidadania sem a sociedade civil e sem o Estado.

Para viabilizar aqueles direitos conquistados pela classe trabalhadora foram criadas algumas políticas públicas tais como a assistência social, previdência social e saúde dentre outras, que somente a partir da Constituição Federal de 1988 foram ampliadas com a instituição da seguridade social.

Ainda que sejam resultados de lutas sociais, quem tem o poder de implementar essas políticas é o governo. É ele que detém o poder de ditar as normas que regem as políticas públicas. Até tornarem-se lei e serem incorporadas pelos cidadãos, suas demandas por direitos sociais atravessam arenas de disputas e conflitos percorrendo um longo caminho. Foi assim que a saúde foi se configurando como política pública na sociedade brasileira.

Nesse sentido, a saúde é um direito inerente à condição de cidadania, por essa razão configura-se como uma política social. Sem embargo, para se constituir como uma política de proteção social no Brasil, tem passado por inúmeros desafios. Compreender os meandros que envolvem o seu desenvolvimento e afirmação requer que se faça um percurso de idas e vindas ao longo de sua história e o fazemos considerando os contextos em que ela foi sendo desenvolvida.

As políticas de proteção social no Brasil apresentam características específicas em cada período histórico. E assim o é com a saúde que, até se afirmar como uma política pública definida e assumida pelo Estado brasileiro como tal, passou por diversas fases ou ciclos, como propõe Viana e Baptista (2008). Na verdade, segue ciclos de desenvolvimento por tratar-se de um fenômeno social e histórico, e como tal em constante transformação.

É somente no início do século XX, no período da economia cafeeira exportadora, que a saúde vai emergir como “questão social” no Brasil, quando se institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), proposta pelo deputado Eloy

Chaves, em 1923, totalmente voltada às categorias de trabalhadores essenciais para o mercado agroexportador do momento, tais como marítimos, estivadores e ferroviários. Tais CAP's foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) na década de 1930, dando início à medicina previdenciária e estendendo para um maior número de categorias assalariadas urbanas seus benefícios, antecipando-se estrategicamente a reivindicações por parte dos trabalhadores de uma cobertura mais ampla (BRAVO, 2006).

Nos anos 1930, a política de saúde formulada tinha um caráter nacional e se organizava em dois subsetores: 1) o de saúde pública, que predominou até por volta dos anos 1960, destinada prioritariamente para atender as condições sanitárias mínimas das populações urbanas e 2) o de medicina previdenciária, que vai se sobressair ao de saúde pública a partir de 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou os vários IAP's atendendo a duas características fundamentais: *o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores* (BRAVO, 2006, p. 93).

No período ditatorial, autocrático-burguês (FERNANDES, 1974), vivenciamos um aprofundamento da organização da economia de padrão monopolista e uma imensa rede de relações antidemocráticas que penalizaram a sociedade restringindo o exercício da cidadania e a participação na política. A “questão social” era enfrentada pela via do binômio repressão-assistência (BRAVO, 2010).

No final dos anos 1970, o regime autoritário entra em crise e, diante de seu esgotamento, a ascensão do movimento operário e popular e das organizações políticas de oposição (Comunidades Eclesiais de Base – CEB's, Conferência Nacional de Bispos Brasileiros – CNBB, Ordem dos Advogados do Brasil – OAB, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC e Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo-SP) fortaleceu a sociedade civil em suas lutas a favor da redemocratização do Estado e na defesa dos direitos de cidadania (BRAVO, 2010).

Na verdade, a partir desse período algumas mudanças começaram a aparecer na condução da política de saúde, mediante a organização dos movimentos sociais, em virtude da crise de legitimidade do Estado ditatorial e início de seu processo de derrocada. Nessa fase de nossa história, dado que as políticas de

proteção social adotadas pelo Estado eram altamente excludentes e desiguais, vários profissionais e pesquisadores ligados ao setor saúde a criticavam e se mobilizaram para transformar o quadro da saúde, política em que mais se explicitava a situação de injustiça social.

No último quartel dos anos 1970 emergiu o movimento sanitário, uma organização de intelectuais ligados a academia e profissionais da saúde pública que buscavam a construção da saúde como uma política de proteção social. Na verdade, mais que isso, pessoas imbuídas de um ideário ancorado numa perspectiva acadêmica marxista-gramsciana, intencionavam a construção de uma sociedade democrática mais justa e igualitária (PAIM, 2008).

Ampliou-se, assim, a luta pela saúde a partir da participação política de entidades representativas dos profissionais e sindicatos médicos, bem como de outros movimentos, promovendo alguns eventos significativos na área da saúde, dentre os quais destacam-se: a) a realização das *Semanas de Saúde do Trabalhador*, em 1979 (articulação do Sindicato dos Médicos), cujo o objetivo era angariar o maior número de sindicatos para lutar por melhores condições de saúde nas fabricas; b) *Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo* com o objetivo de formar comissões de saúde em vários bairros para organizar a população na luta pelo direito à saúde; c) a realização do *I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde* (promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em Brasília, em 1979); d) *I Encontro Popular pela Saúde*, no Rio de Janeiro, em 1980 (organizado pelo movimento de associações de moradores de bairros, favelas e entidades representativas de profissionais de saúde); e) a *Campanha da Fraternidade com o lema “Saúde para todos”*, em 1981, em que setores da Igreja Católica sensibilizaram-se com a crise sanitária brasileira; e f) o *Projeto Papucaia*, experiência inovadora na saúde realizada em Cachoeira de Macacu – Rio de Janeiro, valorizando o saber e participação popular (BRAVO, 2010).

Nesse contexto, vale ressaltar a criação de duas instituições fundamentais na luta pela saúde pública ligada a intelectuais e professores universitários: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em julho de 1976, um movimento reconhecido como o primeiro ‘protagonista institucionalizado’ do movimento sanitário brasileiro (que traz em seu bojo a) discussão da democratização da saúde, constituindo-se como um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento

em saúde (PAIM, 2008, p 78) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em setembro de 1979.

Ainda na vigência da ditadura, foi convocada uma Assembleia Nacional Constituinte para elaborar a nova Constituição Federal do Brasil, fazendo com que os brasileiros adentrassem à década de 1980 cheios de expectativas pelo fim do regime militar e constituição da nova Carta Magna. *A Constituinte marcou um dos momentos mais significativos do processo de transição, pois se tratava da definição dos princípios políticos que dariam forma à organização do poder do Estado e às relações entre Estado e sociedade civil* (BRAVO, 2010, p. 77).

Assim, em 1988, dá-se o coroamento da transição democrática com a promulgação da Constituição e o estabelecimento de eleições diretas para presidente da República. As discussões do movimento em prol da saúde para todos os brasileiros são inseridas na Assembleia Constituinte como um dos elementos que a constitui.

Desse modo, a política de saúde teve como elemento marcante desse período a preparação da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, cuja discussão central girou em torno dos temas: *Saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do setor saúde* (BRASIL, 1986).

A partir daí a política de saúde toma vulto e o governo se vê obrigado a assumir as reivindicações do movimento da reforma sanitária, dando mais atenção a áreas de saneamento, habitação e alimentação, melhorando os indicadores de morbimortalidade elevada no período (BRAVO, 2010).

Segundo Paim (2008, p. 109), *o Secretário Geral do Ministério da Saúde e o presidente do Inamps na época registraram o seu compromisso com 'uma ampla reforma sanitária' e com a construção do 'Sistema Unificado de Saúde*. No dia 20 de fevereiro de 1987, enquanto se travavam as discussões sobre a forma de financiamento e de operacionalização para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), foi lançado um decreto presidencial dispondo da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que se configurava como uma estratégia-ponte para a construção do SUS (PAIM, 2008) e cujos princípios básicos eram a universalização, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária.

O SUDS tinha como proposta a transferência de recursos do Inamps para os serviços do Estado através de convênios, não por prestação de serviços, mas em função de uma programação integrada. Nesse caso, os estados deveriam coordenar o processo de municipalização (NORONHA; PEREIRA; VIACAVA, 2005).

Finalmente, em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8.080 e Lei 8.142, que institui o SUS e *dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes* e trata do financiamento e da participação da população na saúde (BRASIL, 1990).

A regionalização da saúde é um dos princípios estruturantes do SUS, constante tanto na Constituição Federal quanto na Lei Orgânica da Saúde, as quais expressam que o SUS deve ser um sistema descentralizado e hierarquizado de saúde, em que o município tem a responsabilidade de executar ações e serviços de saúde e os governos federal e estaduais devem atuar em cooperação técnica e financeira para que o sistema desenvolva bem seu papel. Nesse sentido, a regionalização está intrinsecamente relacionada ao processo de descentralização político-administrativa da saúde.

A descentralização da saúde impulsionada pelas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS) apresentou alguns resultados positivos, a exemplo do aumento de transferências diretas de recursos da União para os Estados e municípios, do fortalecimento da capacidade institucional de vários estados e municípios na gestão da saúde e da expansão da rede municipal de serviços de saúde (SOUZA, 2001).

Sem dúvida, a Carta Magna inovou o desenho federativo nacional, atribuindo autonomia aos três entes federados, definindo suas competências tributárias e promovendo a descentralização política e administrativa das unidades federadas. Instituiu, portanto, a concepção de federação trina, tornando os municípios entes gestores da federação, com poderes similares aos dos estados e da União (BRASIL, 2007).

Sem embargo, a descentralização evidenciou a necessidade de enfrentar diversos problemas na gestão da atenção à saúde, culminando na elaboração de propostas que viabilizassem a atenção primária. Essa ocupa papel estratégico na

reorganização da atenção à saúde desde que foi proposta pela OMS no final dos anos 1970.

A Atenção Primária à Saúde (APS), ponto de partida para estruturação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), tem se constituído como um grande desafio para o sistema de saúde brasileiro, sendo necessário ainda muito esforço para seu fortalecimento. A APS abrangente e universal requer ações, tanto de âmbito individual como coletivo, envolve a promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde, a partir dos condicionantes e determinantes sociais implicados nas condições e estilos de vida da população.

Dessa forma, ao considerar a APS como componente essencial na estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), constituindo-se como porta prioritária do sistema, urge a necessidade de reordenação do modelo de atenção à saúde, uma vez que ele se apresenta como fragmentado com valorização de hierarquias entre os níveis de atenção à saúde (MENDES, 2011). Neste sentido, reorganizar o sistema de saúde brasileiro em redes, significa trazer a APS para o centro da atenção em constante diálogo com os demais níveis de complexidade, mas considerando a responsabilização do Estado pela saúde, ou seja, cabe ao Estado a prestação de serviços de saúde públicos e de qualidade a toda a população brasileira, conforme rege a Constituição Federal de 1988.

2.2 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

A descentralização se articulou à regionalização por meio da organização de redes de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais em vários países, tais como na Inglaterra, na Itália, na Alemanha e no Canadá. Já na América Latina a descentralização e a regionalização foram implantadas com grau variado de articulação, dando uma ênfase maior à descentralização. A estratégia de descentralização foi construída com o objetivo de alcançar um maior grau de eficiência e efetividade dos sistemas de saúde, maior democratização e transparência dos processos decisórios (VIANA; LIMA, 2011).

No Brasil, o Sistema de Proteção Social – sobretudo, educação fundamental, assistência social, saúde, saneamento e habitação popular – constituído entre os anos 1960 e 1970 como extremamente centralizado, dado que o regime de

governo era ditatorial, passou por profunda reorganização estrutural ao longo dos anos 1990 em razão da descentralização que transferia, gradativamente, um número expressivo de atribuições de gestão do nível central para estados e municípios. Os dados são reveladores desse processo de descentralização na saúde:

58% dos municípios brasileiros estavam enquadrados em alguma das condições de gestão previstas pelo SUS, o que significa que estes assumiram funções de gestão da oferta local de serviços de saúde até então desempenhadas pela União e 69% das consultas médicas eram realizadas através de prestadores estaduais ou municipais, sendo que, destas, 54% eram prestadas pelos municípios, o que significa que mais da metade das consultas médicas passaram a ser oferecidas por prestadores municipais, os quais eram, até o final dos anos 80 — respeitadas as exceções —, o nível de governo menos envolvido na oferta de serviços de saúde (ARRETCHE, 1999, p. 111).

Considerando o desenvolvimento do processo histórico de descentralização e regionalização da política de saúde no Brasil, pode-se observar o surgimento das discussões sobre descentralização já na Conferência Nacional de Saúde de 1963, em que o caminho da descentralização com contornos municipalistas já estava sendo defendido. No período ditatorial, a saúde era dominada pelo modelo previdenciário, altamente centralizada, sendo administrada pelo governo federal (VIANA; MACHADO, 2009).

Somente no final da década de 1980, com a democratização do país e sob a perspectiva da municipalização, é que a descentralização entra na agenda nacional como um problema reconhecido, sendo considerada a diretriz que mais avançou por convergir com a agenda neoliberal que também defendia a descentralização. Para Viana e Machado, *a associação entre democracia e descentralização de políticas ganha força e se traduz na Constituição de 1988, que redesenha a estrutura de Estado em uma lógica de federação descentralizada, com ênfase no papel dos municípios* (VIANA; MACHADO, 2009, p. 810).

O processo de municipalização das ações e serviços de saúde ainda eram bastante tímidos tanto pelos mecanismos de transferência de recursos financeiros federais para o custeio da saúde local, como pela capacidade gestora. A definição de propostas de soluções para a descentralização se inicia com a constituição de um Grupo Especial de Descentralização (GED), formado por representantes dos Conselhos Nacionais de Secretários Municipais e Estaduais de saúde (CONASS) e (CONASEMS) e de órgãos vinculados ao Ministério da Saúde, que elaborou um

documento intitulado: *Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei* para discutir as recomendações da IX Conferência Nacional de Saúde, documento esse que deu origem a NOB 01/93 (BRASIL, 1993; LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001).

Assim, é no contexto do avanço da municipalização, que teve como um de seus elementos catalizadores o envolvimento dos secretários municipais de saúde no direcionamento da política de saúde, e como acontecimento relevante, a realização daquela conferência, em 1992, sob o tema *Sistema Único de Saúde: a Municipalização é o caminho*, que a descentralização passa a ser formulada na política de saúde, a partir da NOB SUS 01/93.

Com a instituição do instrumento de regulamentação do sistema de saúde, as Normas Operacionais Básicas do SUS, a partir da de 1993, no Governo Itamar Franco, onde foi definida a forma de transferência de recursos entre as instâncias governamentais, avança-se no processo de descentralização.

Seguindo seu desenvolvimento, surge um elemento importante para a descentralização das ações de saúde. É a entrada em cena de um novo modelo assistencial: o Programa Saúde da Família (PSF) e com ele a valorização da atenção básica, sobretudo para regiões econômica e socialmente menos desenvolvidas (norte e nordeste) com a proposta de novas modalidades de transferência de recursos (per capita e por programas específicos).

No contexto histórico do surgimento do PSF, a descentralização foi preñe de contradições, isso porque tanto a agenda da reforma sanitária, de cunho progressista, quanto a agenda liberal de reforma do Estado adotaram a descentralização, no entanto, o fizeram sob perspectivas diferentes. Viana e Machado (2009, p. 816) referem que no início da década de 1990, as reformas do Governo Collor pressionavam a descentralização realizando a *transferência de serviços e de pessoal para outras esferas de governo, sem a correspondente redistribuição de recursos e de poder*.

A efetivação desse processo de descentralização se deu com algumas decisões, impressas na NOB/96, no Governo Fernando Henrique Cardoso, como a criação das condições de gestão de Estados e municípios: a) avançada e b) plena do sistema estadual, para os Estados; c) plena da atenção básica e d) plena do sistema municipal, para os municípios, significando um avanço na transferência “fundo a

fundo” e gerenciamento de recursos descentralizados. As mudanças estabelecidas com a implantação do Piso de Atenção Básica, por exemplo, mostram a importância dos mecanismos de transferência de recurso federal para a descentralização da política de saúde.

O sucesso da descentralização se expressa no quantitativo de municípios que foram habilitados nos termos da NOB/96 no final da de 1990. Assim, em 1998, *mais de 4.597 municípios estavam habilitados na condição de gestão plena da atenção básica (83,5%) e 452 na condição de gestão plena do sistema municipal (8,2%),* enquanto que em dezembro de 2000, *quatro estados estavam habilitados em gestão plena do sistema estadual e quatro em gestão avançada do sistema estadual* (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 501).

O que se observa a partir desses dados é que o contexto político e econômico favorecia mais a descentralização de funções e recursos para os municípios do que para os Estados. Foi nesse período histórico (primeiro de Fernando Henrique Cardoso) que a descentralização foi fortalecida pela ampliação do funcionamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI) que, de certo modo, já continha elementos da regionalização.

A condução pela esfera federal do processo de descentralização da saúde no período de 1998 a 2002, com sua intensa normatização atrelada aos incentivos financeiros acarretou a burocratização das relações intergovernamentais com uma forte fragmentação dos mecanismos de transferência dos recursos federais para as esferas subnacionais (LIMA et al, 2012).

Nesse sentido, o Pacto pela Saúde é uma inovação na recondução da gestão da saúde e fortalecimento da descentralização do sistema de saúde por redefinir as responsabilidades, a pactuação de prioridades, os objetivos e as metas a serem alcançadas pelos gestores de cada uma das três esferas de governo (BRASIL, 2006; LIMA et al, 2012; VIANA et al, 2008).

O que se observa, então, é que a descentralização da política de saúde passou a ser uma realidade no país a partir da municipalização, em meados dos anos 1990. Os processos de municipalização de serviços que antes eram estaduais e federais, se desenvolveram a partir de um forte movimento dos gestores municipais de saúde, culminando com a criação do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) em cada estado, efetivamente institucionalizado apenas em 2011 com a

edição da Lei nº 12.466, que alterou a Lei nº 8.080/90, conforme disposto no § 2º, do Art. 14-B.

O modelo de descentralização da política de saúde brasileira caracteriza-se por concentrar autoridade no governo central e financiar essa política através de um sistema abrangente de transferências inter-regionais. Assim, essa concentração das funções de financiamento na esfera central leva os governos locais a serem fortemente dependentes do governo federal. Para os autores, o sistema de saúde do Brasil procurou acentuar seu caráter redistributivo com a introdução do Piso da Atenção Básica (PAB), proposto na Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, um mecanismo de transferências federais de recursos para os programas municipais de saúde que é calculado em termos *per capita* (ARRETCHE; MARQUES, 2007).

Desse modo, a estratégia de descentralização é caracterizada pela transferência aos municípios da autoridade para contratar, auditar e pagar os provedores privados de serviços hospitalares, embora seja com recursos do Ministério da Saúde. O que aconteceu, de fato, no Brasil foi uma municipalização da provisão de serviços de saúde da atenção básica, mas a municipalização da provisão e da gestão dos serviços hospitalares não ocorreu. Na fala dos próprios autores: [...] *no ano 2000, a participação municipal na produção de serviços de atenção básica já estava quase que inteiramente municipalizada, ao passo que a participação municipal na produção de serviços hospitalares era bastante reduzida* (ARRETCHE; MARQUES, 2007, p. 179).

Assim, para estes serviços (hospitalares), as regras de transferências para pagamento não se alteraram como no caso da atenção básica. As regras para a transferência de recursos para serviços hospitalares continuaram operando de acordo com a forma de reembolso por serviços prestados, ou seja, com base nos volumes de procedimentos realizados. Isso faz com que se concentrem os recursos nos municípios que já têm uma capacidade instalada. Toda essa realidade gera mais desigualdade.

A maioria dos Estados, independentemente de sua distribuição regional, tem a maior parte de seus municípios com uma elevada taxa de municipalização dos serviços de atenção básica e os municípios líderes (polos) elevaram sua oferta de serviços hospitalares e municipais. O que expressa que *a municipalização dos*

serviços de atenção básica generalizou-se no país e a oferta de serviços hospitalares está concentrada em municípios líderes (ARRETCHE; MARQUES, 2007, p. 197).

Desde a instituição do SUS, a descentralização tem sido a estratégia privilegiada para sua implantação. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) define a descentralização e a regionalização como princípios norteadores da organização político territorial do SUS, contudo, a municipalização da saúde foi priorizada ao passo que a regionalização foi totalmente negligenciada nos anos 1990 (DOURADO, 2011).

Viana e Lima (2011) identificam quatro diferentes ciclos de descentralização da política de saúde, iniciando-se em 1983 e indo até 2010, considerando o perfil de financiamento, o fomento ao fortalecimento das estruturas subnacionais, o ambiente intergovernamental e a conformação de pacto nacional e de políticas regionais.

O primeiro ciclo, segundo as autoras, apresenta um caráter nacional e extrapola o campo da saúde, ligando-se à conjuntura de democratização da década de 1980. Este ciclo configura-se como uma crítica ao modelo centralizador e autoritário na condução das políticas públicas e propõe a descentralização como mecanismo de aceleração da redemocratização do país num ambiente intergovernamental cooperativo em que os governos estaduais, municipais e federal se articulam para a elaboração da nova Constituição.

Nesse período foram criadas as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), que continuaram funcionando de 1987 a 1989, durante a vigência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Outras instituições importantes foram criadas, tais como o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) em cada Estado e Em 1991 cria-se a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para negociar as decisões em torno da descentralização. Ressaltamos que a CIT é um espaço de negociação com representação de gestores em que não há a participação da população exercendo o controle social.

Esse primeiro ciclo não apresenta uma política regional expressiva, o que compromete o fortalecimento de Estados e municípios na condução do SUS tal como expresso na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

Ainda no primeiro ciclo o país passou por uma inflexão conservadora, na virada dos anos 1990, a partir do Governo Collor, exacerbando-se no Governo

Cardoso. Esse fato levou a descentralização refletir os projetos de enxugamento do Estado e de estabilização macroeconômica, pois *a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as ideias neoliberais fortalecidas nos anos 90* (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 270).

O segundo ciclo, inicia-se na primeira metade da década de 1990, tendo como característica principal o fortalecimento da gestão municipal, apoiada por um maior aporte de recursos para os municípios. Nesse momento abre-se o destaque para o processo de descentralização, baseado nas transferências fiscais e setoriais não redistributivas, uma vez que dependiam da capacidade de produção e faturamento dos serviços de saúde, onde o pagamento era realizado por procedimento e produtividade.

Esse contexto de liberalização econômica e ajuste fiscal agravou a situação de desigualdade socioespacial dos municípios brasileiros que tiveram que assumir suas responsabilidades com as políticas sociais. Todavia, neste mesmo ciclo houve uma forte indução a se montar estruturas subnacionais a partir das modalidades de habilitação previstas na NOB de 1993. Essas modalidades geraram maior autonomia para os municípios, contribuíram para a organização de sistemas locais de saúde, mas não valorizaram a esfera estatal na indução e fortalecimento da coordenação e cooperação intermunicipal (VIANA; LIMA, 2011).

No terceiro ciclo de descentralização, marcado pela NOB 1996, foi instituído um processo redistributivo de recursos financeiros da esfera federal para os municípios através da transferência per capita (Piso de Atenção Básica) e incentivos para o programa Saúde da Família (PSF). Nessa nova forma de financiamento as regiões Norte e Nordeste foram as mais favorecidas por serem consideradas as mais pobres. Todavia, além dessa mudança na forma de financiamento não houve outras medidas específicas que fomentassem o fortalecimento das estruturas subnacionais.

Dessa forma, esse ciclo se esgota pela incapacidade de alterar as desigualdades regionais e intrarregionais de saúde. Em consequência, presencia-se uma certa estagnação dos avanços da descentralização. O que houve, na avaliação das autoras, foi um enfraquecimento do pacto nacional a favor do SUS, no período do primeiro governo de Fernando Henrique.

Finalmente, o quarto ciclo de descentralização da saúde se inicia na virada dos anos 2000 com o lançamento da Norma Operacional de Assistência à Saúde

(NOAS/2001). Esta, de suma importância para a revalorização da lógica regional na saúde, enfatizava o processo de regionalização do SUS como uma estratégia fundamental para o avanço da descentralização e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde.

Seguindo adiante, em 2006, foi lançado pelo Ministério da Saúde, o Pacto pela Saúde, dividido em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão, trazendo novas diretrizes para a regionalização do SUS com base no fortalecimento da pactuação política entre os entes federados e também, na diversidade econômica, cultural e social para a redefinição das regiões de saúde.

Pelo fato do SUS ser único deve assegurar os mesmos princípios e diretrizes a toda a população da nação, todavia, ele não se realiza do mesmo modo em todos os lugares em razão das diferentes heranças e heterogeneidades regionais (VIANA; LIMA, 2011). Desse modo, a regionalização precisa ser, antes de tudo, um processo político capaz de lidar com a diversidade do próprio SUS em sua relação com o território brasileiro. Essa questão torna o processo de regionalização mais complexo do que a descentralização político-administrativa do SUS empreendida nas NOBs dos anos 1990.

O Ministério da Saúde propôs a regionalização, inicialmente, como uma norma que definiria módulos assistenciais específicos de organização regional do sistema. Apenas recentemente (com o Pacto pela Saúde) é que a regionalização surge com mais força, dando início a um processo mais efetivo de criação de instrumentos que possibilitaram o surgimento de regiões de saúde com vista ao estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas por serviço de saúde de melhor qualidade e resolutividade (VIANA et al, 2008). Assim, uma nova política tem início nos anos 2000 e se fortalece em 2006 com as propostas contidas no Pacto pela Saúde, que tem a regionalização como um de seus pilares.

Com o Pacto observa-se um avanço nas relações federativas da política de saúde, mostrando a necessidade de cooperação intergovernamental nessa política e fazendo com que estado e municípios tenham uma atuação mais expressiva quanto à regionalização, uma vez que o Pacto propõe a formalização dos acordos estabelecidos entre as esferas governamentais pela via da assinatura de Termos de Compromisso de Gestão, em que os gestores se responsabilizam a cumprir objetivos

e metas associados a indicadores de monitoramento. Estes últimos substituem os processos de habilitação previstos nas NOB's para transferência de responsabilidades e recursos. E mais, amplia a autonomia dos municípios na gestão dos sistemas locais e dos recursos financeiros.

Compreendido esses quatro ciclos de descentralização apresentados por Viana e Lima (2011), não se pode perder de vista os avanços (organização da saúde a partir do território – regionalização) que tivemos com a instituição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). De modo que, no desenvolvimento histórico da organização da saúde em termos de descentralização, a regionalização foi o passo seguinte.

A partir da discussão da regionalização e sua pactuação na NOAS, após sucessivos ciclos de descentralização, discutido nas NOB's, observa-se uma tensão entre regionalização e descentralização da saúde que foi agravada por dois motivos principais: primeiro, porque o planejamento regional não se articulou aos processos de descentralização. Na verdade, houve uma dissociação entre as duas estratégias logo na implantação do SUS. E depois, porque a proposta de regionalização se inicia tardiamente, tomando forma apenas após sucessivos ciclos de descentralização, como referido (VIANA; LIMA, 2011).

No que diz respeito à gestão, nos anos 1990, vários Estados ainda não haviam assumido plenamente as funções de coordenação e de regulação dos sistemas municipais de saúde e das redes intermunicipais de atenção. Além disso, constata-se que a maior parte dos municípios têm dificuldades de planejamento do sistema, de regulação de prestadores e de construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da sua população, pois não conseguem garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade (SOUZA, 2001). Na verdade, essa impossibilidade de todos os municípios possuírem serviços com todas as densidades tecnológicas mostra a importância da regionalização.

A publicação da NOAS foi resultado de um longo processo de negociação entre Ministério da Saúde, representações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Municipais (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e teve como objetivo principal estabelecer *o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade,*

criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011, p. 172).

Assim, apesar do avanço da organização da saúde através de sua normatização impressa tanto nas NOBs quanto nas NOAS, a regionalização ainda se configura como um desafio a ser enfrentado pelo SUS, afinal como afirma Goulart, as NOBs apresentaram muita rigidez, impossibilitando seu cumprimento pela diversidade regional dos municípios brasileiros, logo precisou-se flexibilizar a norma, criando a *regra de que onde houvesse consensos locais entre os gestores, a norma poderia ser atenuada ou até mudada. Ficou mais ou menos assim: cada um cumpre como puder ou até como quiser* (GOULART, 2001, p. 293).

No esforço de reorganizar o sistema de saúde, iniciada com a NOAS/2001, a regionalização se expandiu com a edição do Pacto pela Saúde, que teve seu processo de discussão iniciado em 2003, quando novos dirigentes assumiram a gestão do Ministério da Saúde e realizaram um debate sobre a política pública de saúde. Vivenciava-se, nesse momento, um novo ciclo político, o do Estado interventor e regulador no trato das desigualdades sociais.

Tal debate culminou na publicação das diretrizes daquele Pacto e foram lançadas em 2006 após ampla discussão com órgãos gestores colegiados que identificaram a necessidade de mudanças nas formas de relacionamento estabelecidas entre as três esferas de governo.

Nesse sentido, um documento produzido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/2003), intitulado: *Metodologia para análises funcionais da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde no Brasil*, expressa os ganhos efetivos da Norma, destacando dentre outros: o processo de construção de uma rede regionalizada, conforme previsto nos Planos Diretores de Regionalização (PDR). Passados apenas nove meses da publicação da NOAS, já se haviam alcançado objetivos importantes, configurando-se como uma realidade concreta e incorporada aos processos de gestão por parte das equipes gestoras estaduais e municipais na maioria das regiões do País; a adesão de vários municípios importantes política e demograficamente; a existência de um grande grau de consenso no país sobre as questões despertadas pela discussão da NOAS, confirmando um grande movimento pela descentralização no País, com a superação de uma etapa de mera discussão no rumo de uma real implementação de mudanças (REZENDE; PEIXOTO, 2003).

Aquela publicação da OPAS avalia que a NOAS/2001 demonstra realmente ser um passo importante na garantia de operacionalização dos princípios básicos do SUS. Porém, alguns autores (LIMA et al, 2012) referem uma forte crítica ao modelo de condução federal da descentralização no SUS no período de 1998 a 2002, dado que a intensa normatização atrelada aos incentivos financeiros, teriam gerado a burocratização das relações intergovernamentais e uma fragmentação acentuada dos mecanismos de transferência de recursos federais. Contudo, reconhece-se que com o Pacto pela Saúde tem-se uma maior valorização do processo de descentralização e regionalização.

É necessário compreender que a regionalização é *um 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 e cidadãos) no espaço geográfico* (VIANA; LIMA, 2011, p. 12).

A regionalização da política de saúde sofre influência do contexto sócio de cada território. Assim, alguns elementos têm rebatimentos na regionalização, expressando-se e se materializando-se em territórios específicos, depende da capacidade instalada e cobertura, da complexidade e perfil público-privado da oferta de ações e serviços de saúde e dos recursos disponíveis para o gasto público em saúde, que, por sua vez, dependem da capacidade de arrecadação própria e das transferências federais para Estados e municípios.

Nessa perspectiva, não é possível pensar em um modelo único para a regionalização no Brasil em virtude de sua imensa diversidade social e cultural e acrescentam que o próprio processo de regionalização em curso traz a necessidade de se lidar de forma mais coerente e efetiva com a diversidade de contextos culturais e sociais (VIANA; LIMA, 2011).

As diferenças entre os municípios são significativas, havendo inclusive municípios de pequeno porte que não possuem condições para abranger todos os níveis de atenção à saúde em seus limites geográficos. *Os atributos estruturais das unidades locais de governo, tais como a capacidade fiscal e administrativa e a cultura cívica local, têm um peso determinante para a descentralização*, principalmente em um país marcado pelas enormes desigualdades econômica, social, política e de capacidade administrativa de seus governantes (ARRETCHE, 1999, p. 112). Nesse

sentido, é necessário ir além das fronteiras político-administrativas para que seja possível promover a integração da rede de atenção à saúde no SUS.

A regionalização configura-se, assim, como uma possibilidade de construção de modelos de atenção à saúde que consideram a heterogeneidade das condições de vida dos diversos grupos populacionais e a diversidade de situações específicas das várias regiões, Estados e Municípios brasileiros. Concernente à organização e a gestão do SUS, não é possível um modelo único que desconsidere as diferenças regionais e locais das populações (VIANA; LIMA, 2011).

Assim, após a primeira década de efetivação da descentralização do SUS, ficou claro que a estrutura municipalizada não oferecia as condições para a plena realização dos objetivos do sistema de saúde no espaço nacional extremamente heterogêneo.

Além das questões relacionadas a recursos, financiamento, aquela situação levou o Ministério da Saúde a elaborar os princípios constantes na NOAS, referida acima, no início da década de 2000 e seu aperfeiçoamento no Pacto pela Saúde e no Decreto 7.508/11, que tem no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) a materialização da organização e integração das ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, através do acordo de colaboração firmado entre entes federativos (DOURADO; ELIAS, 2011).

De acordo com o documento do Ministério da Saúde denominado *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*, a Regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto, da sua dimensão Pacto de Gestão, devendo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação intergovernamentais. O que mostra que a direção nacional do SUS reafirma a condição da regionalização como elemento basilar do sistema de saúde (BRASIL, 2006a).

No Pacto, a regionalização representa o compromisso dos gestores com a gestão compartilhada do SUS. Ele retoma a regionalização como eixo central e atualiza os instrumentos de planejamento da NOAS: Plano Diretor de Regionalização, Programação Pactuada e Integrada e o Plano Diretor de Investimento.

A proposta de regionalização, presente no Pacto pela Saúde, se deu a partir de uma conjuntura advinda do processo de descentralização e municipalização realizado na década de 1990 com o objetivo de obter os resultados que a NOAS não

alcançou a partir da modificação de alguns preceitos do modelo de gestão regional, conforme expresso anteriormente (DOURADO; ELIAS, 2011).

No Pacto, o governo federal precisou rever seus equívocos causados pelas normativas na tentativa de materializar a regionalização. Se por um lado as normas relativas à regionalização inauguraram as discussões sobre regiões de saúde e a necessidade de se pensar o sistema a partir do território, por outro, ficou claro que a perspectiva estritamente normativa não deu conta do território vivo, onde as pessoas significam e ressignificam suas vidas, tal qual apresentado por Santos (1999). O que houve, na verdade, foi a desconsideração dos conteúdos locais e regionais para se pensar os pactos pela saúde. A regionalização da saúde deve considerar a heterogeneidade do território brasileiro, “buscando a complementaridade entre as regiões e seus serviços” (VIANA et al, 2008, p. 94).

Antes de prosseguir com a discussão sobre a regionalização na saúde no Ceará, penso ser importante discutir a regionalização, de modo mais amplo, pensada para esse Estado, entendendo que ela é discutida em diversas ciências, como na geografia, na economia e no planejamento regional (BRASIL, IPECE, 2015). Apresento sucintamente como o Ceará tem pensado sua regionalização, em caráter administrativo, para além do campo da saúde para em seguida deter-me a essa área especificamente.

A regionalização, de modo geral, e administrativa em particular, diz respeito à organização das regiões em agrupamentos a partir de determinados critérios ou atributos. Freitas (2009) apresenta o termo região como um dos conceitos clássicos da Geografia, associado à noção de determinado espaço físico, particularizado por características específicas semelhantes, tais como condições geográficas, socioeconômicas, culturais, étnicas, etc. De acordo com sua definição, região diz respeito a uma *área contínua com características de homogeneidade relacionadas ao domínio de um determinado aspecto, seja ele, natural ou construído, econômico ou político. Esse aspecto personaliza e diferencia uma região das demais* (FREITAS, 2009, p. 45). Segue uma breve esplanção do desenvolvimento da regionalização no Ceará.

Em 1964 foi realizado um primeiro esboço de uma política de regionalização das ações do governo estadual (no governo de Virgílio Távora), quando a SUDEC realizou um estudo, sobre a problemática da regionalização no

Ceará, explicitando a proposta de uma divisão geoeconômica do Estado em 15 regiões: Fortaleza; Crato-Juazeiro do Norte; Crateús; Russas; Quixadá; Baturité; Brejo Santo; Jaguaribe; Sobral; Iguatu; Senador Pompeu; Tauá; Ipu; Aracati e Canindé. Essa regionalização foi baseada na metodologia de “hierarquia de centros urbanos”, sendo tais regiões divididas em cinco categorias de centros urbanos, com valorização dos polos industriais. Assim, pensou-se numa classificação de ordem crescente dos Centros de Primeira Categoria, com os municípios de Sobral e Crato-Juazeiro do Norte; de Segunda com Iguatu; de Terceira com Crateús, Senador Pompeu e Russas; de Quarta Categoria com Tauá, Quixadá, Ipu e Baturité, até os de Quinta Categoria: Aracati, Brejo Santo, Canindé e Jaguaribe (VIANNA et al, 2006).

No governo de Cesar Cals, com a instituição do Plano de Governo do Estado do Ceará (PLAGEC, 1971-1974) foi pensada uma nova regionalização do Estado. Essa gestão estadual trabalhou na perspectiva de “Regiões-Programas” ou “Pólos de Desenvolvimento”, divididos em Centros Regionais; Centros de Zona e Centros Estratégicos.

Nesse sentido, houve uma nova divisão regional do Estado, diferente daquela apresentada acima, da seguinte forma: Metrópole Regional Fortaleza; Grandes Centros Regionais: Crato, Sobral, Juazeiro do Norte e Iguatu; Centros Regionais Secundários: Crateús, Russas, Limoeiro do Norte, Quixadá e Senador Pompeu; Centros de Zonas: Brejo Santo, Camocim, Ipu, Canindé, Baturité, Aracati, Tauá, Jaguaribe, Lavras da Mangabeira, Itapipoca, Campos Sales e São Benedito e, por fim, os Centros Estratégicos: Crateús, Tauá, Itapipoca e Lavras da Mangabeira (VIANNA; HOLANDA; ROSA, 2005).

Um dos primeiros momentos de discussão da regionalização no Ceará foi em 1977, quando o Instituto de Planejamento do Ceará (IPLANCE), que substituiu a Superintendência do Desenvolvimento do Estado do Ceará (SUDEC) elaborou um trabalho sobre a regionalização do Ceará (IPLANCE, 1977). Aquele trabalho, após alguns comentários sobre as tentativas de regionalização produzidas no Ceará, apresentou uma *proposta de estrutura espacial do Estado do Ceará, tendo por base [...] alguns estudos recentes a nível estadual e federal e o Modelo Potencial aplicado pela primeira vez para o Estado do Ceará* (VIANNA et al, 2006, p.12).

Segundo Vianna et al (2006, p. 23), o governador Aduino Bezerra não apresentou uma proposta de regionalização, mas no seu I Plano Quinquenal (1975-

1979), há uma breve menção de que o Governo deveria trabalhar três áreas específicas: Zona Litorânea, Cariri e Região Metropolitana de Fortaleza.

No governo das Mudanças, de Tasso Jereissati (1987-1991), a regionalização dividiu o Estado em vinte Regiões Administrativas sendo elas: Fortaleza; Itapipoca; Camocim; Sobral; Baturité; Russas; Crateús; Senador Pompeu; Icó; Crato; Caucaia; Acaraú; Tianguá; Canindé; Aracati; Quixadá; Tauá; Limoeiro do Norte; Iguatu e Juazeiro do Norte e criou sete Áreas de Desenvolvimento Regional: Região Metropolitana de Fortaleza; Cariri; Vale do Jaguaribe/Centro-Sul; Litoral I, II e III; Sobral; Sertão Central e Inhamuns (VIANNA et al, 2006).

O Plano de Governo de Ciro Gomes (1992-1995), no que diz respeito à regionalização, apresenta certa continuidade das Ações de Desenvolvimento Regional (ADRs) implantadas no governo Jereissati. As duas gestões seguintes de Tasso Jereissati, estiveram sob o plano nominado Plano de Desenvolvimento Sustentável (1995-1998 e 1999-2002), priorizou as políticas estruturantes, ou *macrossetoriais*. Contexto de governança de molde empresarial. Sendo que a descentralização administrativa era a mesma das vinte Regiões Administrativas definidas no seu primeiro mandato.

No mandato de 1999-2002 o governador, Ciro Gomes, se volta à problemática da pobreza rural e se lança ao seu enfrentamento regional. O IPLANCE elabora um novo estudo sobre a regionalização do Ceará: *A Reestruturação Espacial como Componente da Estratégia de Combate à Pobreza Rural* (IPLANCE, 2002). Cerca de dez anos antes já havia uma preocupação com essa questão da pobreza, o que impulsionou o governador a investir nas frentes de trabalho buscando o enfrentamento da pobreza rural, principalmente, fortemente ligada com o surgimento do Programa Agente de Saúde (PAS). Programa que falarei mais adiante.

Existe uma variedade de formas de considerar a regionalizações promovidas pelo governo do Estado do Ceará. Por exemplo, a regionalização da Secretaria do Planejamento apresenta oito macrorregiões de planejamento, diferente da regionalização da Secretaria de Saúde que em 2001 definiu três Macrorregiões e 21 Microrregiões de Saúde (CEARÁ, 2001). De acordo como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) mais atual, o de 2014, a política de saúde do Ceará está regionalmente dividida em cinco Macrorregiões e 22 Regiões de Saúde (CEARÁ, 2014). Vide quadro 1 no item 3.2 *Municípios da Primeira Região de Saúde do Ceará*.

De acordo com o PDR de 2001, os critérios para a delimitação das Microrregiões de Saúde foram: contiguidade intermunicipal; existência de hospitais com no mínimo as 4 clínicas básicas (Pedriatria, Clínica Médica, Gíneco-Obstetrícia, Cirurgia Geral); malha viária; deslocamento da população aos serviços de saúde e disposição política para pactuação (CEARÁ, 2001).

No que diz respeito à municipalização, descentralização e regionalização da saúde, no Ceará, foram impulsionados pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA), contando com várias parcerias, dentre elas a Escola de Saúde Pública (ESP), que assumiu o papel de informar e sensibilizar, não só os gestores, mas também as equipes municipais e estaduais de saúde para que, de fato, a municipalização ocorresse; o Centro de Treinamento da Universidade Federal do Ceará (Cetrede), local onde se davam a maioria dos eventos; os municipalistas cearenses (prefeitos e secretários de saúde), cujo apoio foi fundamental para o processo.

Na passagem dos anos 1980 para os 1990, durante o governo de Tasso Jereissati, o Estado do Ceará se movimentou na busca de organizar a política de saúde com significativo envolvimento de gestores municipais para viabilizar a descentralização de ações e serviços para os municípios. Ressalte-se que este não foi um movimento em separado da proposta da esfera federal que se movia na perspectiva de ampliar a rede sob responsabilidade gerencial dos municípios. Nesse movimento a Secretaria da Saúde do Ceará repassou para os municípios toda a sua rede básica, a de unidades especializadas e somente os hospitais localizados no interior do Estado. O fez através do termo de cessão tanto a estrutura patrimonial física e equipamentos, como os recursos humanos do governo do Estado que trabalhava nessas unidades.

Assim, o processo cearense de descentralização da saúde deu-se dessa forma não só no interior do Estado, mas também na capital, que recebeu alguns hospitais como os *Gonzaguinhas*, à época, eram hospitais distritais sob gestão estadual. Fortaleza reestruturou suas ações e serviços de saúde nos chamados Distritos Sanitários ao mesmo tempo em que organizava o SILOS, buscando deixar clara a divisão do território e das unidades que seriam responsáveis pela garantia de acesso da população.

Nesse período, o Estado ampliou bastante sua rede básica nos municípios com financiamento do Banco Mundial. Construiu postos de saúde, unidades mistas,

hospitais e ficou com uma rede imensa sob sua gerencia. Percebeu-se que esse modelo de gestão não favorecia a divisão clara de responsabilidades entre os entes. A partir daí os gestores municipais passaram a reivindicar que as unidades localizadas na área rural, distrital e no próprio município passassem a ser de responsabilidade dos municípios.

A organização dos secretários municipais, COSEMS-CE, de certa forma, pressionou o Estado para que ele pudesse avançar no processo de municipalização da saúde. Na verdade, o secretário estadual de saúde desse período é considerado um dos militantes mais engajados do movimento sanitário do Ceará. Nesse sentido, *marcou a gestão de Penaforte [secretário estadual de saúde] uma política agressiva de municipalização da gestão da saúde. Num intervalo de dois anos, ele conseguiu passar o comando da saúde para 57 dos 184 municípios, atingindo a média de 2,37 municípios por mês* (ABU-EL-HAJ, 1999, p. 35).

Foi na gestão de Marco Penaforte (1988-1990) que o Ceará foi tido como líder nacional na tendência a municipalização. De acordo com Abu-El-Haj (1999, p. 36), *durante dois anos, todos os esforços da SES se direcionaram para o repasse de responsabilidade dos serviços de saúde aos municípios. Entre julho de 1989 e julho de 1990, 42 municípios cearenses receberam as responsabilidades de saúde pública, a média mais elevada do Brasil.*

A municipalização de ações de serviços de saúde com a organização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) vem acompanhado do processo de organização dos secretários municipais de saúde, através do colegiado gestor COSEMS. E mais, o processo de descentralização da rede estadual de saúde para os municípios levou a Secretaria Estadual de Saúde a rever sua estrutura organizacional, pois ela tinha um formato que não permitia o envolvimento estratégico de toda sua estrutura com definições de responsabilidades, necessárias a esse novo modelo. Nesse sentido, foi se desenvolvendo *pari passu* um triplo movimento: de um lado, o fortalecimento da organização dos gestores municipais, de outro, o processo de municipalização de ações e serviços de saúde e ainda de outro, a modelagem de gestão da SESA. Havia, então, a necessidade de a Secretaria repensar suas competências frente ao processo de descentralização, uma vez que ela havia perdido a responsabilidade sanitária direta, configurando-se como coordenadora estadual. Ou seja, a Secretaria perde

parte de sua estrutura de execução e assume macrofunções como a regulação e o próprio financiamento.

Na década de 1980, a Secretaria já possuía suas coordenadorias regionais, Delegacias Regionais de Saúde e com o processo de modelagem passaram a ser denominadas Células Regionais de Saúde. No SILOS havia uma certa estrutura organizacional na região, mas não havia uma política de regionalização de ações e serviços de saúde, tampouco, condições econômicas que garantisse o atendimento de todas as necessidades de saúde da população. Nesse sentido, ainda que os avanços no processo de municipalização tenham despertado a atenção externa, a qual identificou alguns avanços na organização e na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, esse processo apresentava limites que dificultava o acesso. Constatou-se que o simples fato de organizar SILOS não era suficiente, por si só, para a ampliação do acesso.

A partir dessa constatação, viu-se a necessidade de reorganização de ações e serviços de saúde em regiões de saúde, não mais considerando a organização do sistema local de saúde pura e simplesmente, isolado, mas buscando organizar um sistema em um espaço regional, considerando que toda sua capacidade de oferta pudesse, de fato, ser colocado de forma solidária à disposição de indivíduos residentes em outros municípios.

Nessa perspectiva, iniciava-se a regionalização no Estado do Ceará, que, para definir as regiões de saúde, contou com o apoio da organização do Reino Unido, DFID, tanto em termos financeiros como com a expertise de consultores de alguns países que já tinham vivenciado esse processo de organização de regiões de saúde.

Assim, a regionalização do Estado do Ceará se deu em decorrência do processo de organização dos sistemas locais, a partir da identificação da necessidade de superação desse modelo (SILOS).

Desse modo, a regionalização com sua configuração de regiões de saúde apresenta uma importância para se discutir a construção ou reestruturação de redes de saúde, as quais constituem elemento fundamental na organização dos sistemas de saúde. Na verdade, como afirma Giovanella em entrevista (<http://www.resbr.net.br/>) à Regiões e Redes: caminhos da universalização da saúde no Brasil, [...] *nós temos empregado o termo redes regionalizadas de atenção à saúde. Ou seja, a regionalização é a base para a conformação de uma rede de atenção.*

Assim, a reflexão a respeito de redes requer que se faça uma breve incursão sobre o conceito, entendendo que, no Brasil, a discussão de rede na saúde é relativamente recente e que para refletir sobre ela é necessário nos apropriarmos do termo por outras vias, ou por outros saberes como a sociologia, a geografia, a antropologia, conforme se segue.

2.3 REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O SUS, desde sua discussão como proposta de um sistema único para a saúde dos brasileiros até os dias atuais, tem enfrentado profundos desafios, sobretudo no que diz respeito ao financiamento e aos seus princípios e diretrizes, tais como a universalidade; a igualdade e a integralidade (BRASIL, 1990).

Esse sistema, tal como preconizado pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), foi idealizado com a defesa da universalidade do acesso, a igualdade da assistência e a participação da população. Todavia, desde sua instituição ele vem sendo desconstruído por um projeto político cujos objetivos – redução da responsabilidade do Estado e expansão do setor empresarial e liberal privado de saúde – são diametralmente opostos àqueles princípios e diretrizes.

Os desafios e dificuldades enfrentadas pelo SUS, para seu pleno desenvolvimento passa por, dentre outros, ataques de reformas neoliberais; políticas de ajuste macroeconômico; clientelismo político; monetarismo prevalecente nas políticas econômicas; desrespeito à Constituição e à Lei Orgânica da Saúde quanto ao financiamento a partir de decisões da chamada área econômica dos governos (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

As discussões atuais do SUS se distanciaram sobremodo da proposta dos idealizadores da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Busca-se hoje, entre tantas outras formas, construir um SUS possível, a exemplo do projeto do governo nacional que pretende estimular planos privado populares de saúde para reduzir o tamanho do SUS, conforme vemos em uma entrevista do Ministro da Saúde Ricardo Barros: *vamos ter que repactuar, como aconteceu na Grécia[...]. Nós não vamos conseguir sustentar o nível de direitos que a Constituição determina* (COLUCCI, 2016)

Passados mais de vinte anos de sua implantação, o SUS avançou muito, mas não foram avanços lineares nem uniformes. Cohn (2009) critica a forma estéril como os conceitos tão caros à RSB surgem na agenda pública no cenário contemporâneo. Para ela, as pesquisas na área privilegiam estudos de caráter pragmático e tecnicista em detrimento do modo como a proposta original da Reforma pensava as grandes questões.

Diversos estudos foram realizados problematizando a constituição do SUS, seus fundamentos e desenvolvimento, sua organização enquanto sistema de saúde para a população como um todo. Um desses estudos é de autoria de Paim (2008), no qual refletiu sobre a construção do SUS a partir da Reforma Sanitária, apresentando os antecedentes históricos da RSB, entendendo-a como uma reforma social que não se reduz a uma política de proteção social ou a uma reforma setorial que considera apenas a política de saúde, mas buscando uma “reforma geral” da sociedade brasileira, analisando a conjuntura em que foi concebida e questionando seus limites e possibilidades, a partir de sua aproximação às Ciências Sociais.

Observa-se que muitos desses estudos afirmam que o SUS conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, partindo do direito inscrito na Constituição Federal de 1988, que o qualifica como uma política social pública inserida no contexto da seguridade social ao lado da previdência e da assistência social, sendo um sistema constituído pelo conjunto das ações e serviços de saúde sob a gestão pública e organizando-se de modo regionalizado e hierarquizado em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

Se o contexto da crise econômica e da democratização da década de 1980 favoreceu o debate político sobre a saúde refletido nos avanços impressos na Carta Magna, os obstáculos estruturais e conjunturais dos anos 1990 tencionaram a concretização dos princípios do SUS.

Na década de 1990, a conjuntura social brasileira foi marcada por profundas mudanças no campo da saúde. Teve início um processo de pactuação do SUS com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90; 8.142/90) aprovada no Congresso Nacional e, numa perspectiva de contrarreforma, o SUS era atacado pela ofensiva neoliberal, pondo limites nas conquistas do movimento da RSB.

Noronha et al (2008) classificam os obstáculos estruturais à implantação do SUS em dois grupos: um relacionado ao alto grau de exclusão e heterogeneidade

e aos conflitos entre esforços financeiros, sociais e institucionais para implantar políticas abrangentes em confronto com as restrições impostas pela estrutura socioeconômica da sociedade capitalista madura. O outro, relaciona-se a centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca participação da sociedade.

Estes obstáculos se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais, *nas características do próprio federalismo brasileiro* (NORONHA et al, 2008, p. 465). Assim, eles defendem que um dos principais desafios para a consolidação do sistema de saúde brasileiro consiste em superar as profundas desigualdades em saúde, respeitando a diversidade regional e local.

Desse modo, é em meio às dificuldades existentes no Brasil, como as desigualdades sociais, onde o acesso a um atendimento de qualidade torna-se, às vezes, difícil, que o SUS caminha em busca de uma transformação. Não se trata de um sistema já estabelecido e imutável, mas um devir, um processo dinâmico em construção.

Mesmo sendo inegáveis os avanços alcançados pelo SUS nas últimas décadas, é evidente a problemática da fragmentação das ações e serviços de saúde e sua dificuldade de superá-la e qualificar a gestão do cuidado. O atual modelo hegemônico de atenção à saúde no Brasil é fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta. Esse modelo é considerado por alguns autores como insuficiente para responder aos desafios sanitários presente no Brasil (MENDES, 2011). Tal insuficiência é a principal justificativa para se pensar um modelo diferente, centrado na atenção primária, que considere a diversidade de contextos regionais do país, suas diferenças socioeconômicas e as necessidades de saúde da população entre as regiões, como advertem Viana e Lima (2011).

Lavras (2011), concordando com os autores e, discutindo Atenção Primária à Saúde e a organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil, diz que o SUS apresenta-se como um sistema fragmentado que dificulta o acesso da população, gera a descontinuidade da assistência e compromete a integralidade da atenção. Essa fragmentação do SUS manifesta-se na fragilidade da articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre essas mesmas e a gerência dos serviços,

bem como na desarticulação entre serviços de saúde e/ou entre esses serviços e os de apoio diagnóstico e terapêutico.

Assim, a autora afirma que um dos maiores desafios do SUS *é a construção de um sistema integrado que, respeitando a autonomia de gestão de cada município, consiga articular suas práticas em âmbito regional, visando garantir uma atenção de qualidade e a observância de boas práticas administrativas* (LAVRAS, 2011, p. 872). Nesse sentido, ela aponta a implementação de redes de atenção à saúde como uma forma de enfrentamento da fragmentação que tem sido testado em diversos países. A ideia é reorganizar os sistemas de saúde integrados que valorizem o acesso, a continuidade da assistência, a integralidade da atenção e o uso racional dos recursos existentes.

Nessa perspectiva, a OPAS publicou em 2011 um documento propondo as redes integradas de serviços de saúde como forma de superar a fragmentação dos sistemas de saúde que ainda prevalecem em seus países signatários (OPAS, 2011). Buscamos uma aproximação à discussão de Redes de Atenção à Saúde, de seu surgimento, no início do século XX aos dias atuais, uma vez que sua discussão não é nova no cenário internacional, bem como no Brasil.

A origem das Redes de Atenção à Saúde data dos anos 1920, quando no Reino Unido, no pós-Primeira Guerra Mundial, houve um debate sobre seu sistema de proteção social. Neste debate foi elaborado e discutido um documento que ficou conhecido como Relatório Dawson. Nele está contida a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde. O propósito era ofertar serviços de saúde através de uma organização ampliada que fosse capaz de dar respostas às necessidades da população de forma eficaz, além de preconizar que os serviços deveriam ser acessíveis a toda população e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito do cuidado domiciliar quanto nos centros de saúde secundários, fortemente vinculados aos hospitais (BRASIL, 2012).

Dando um salto na história da saúde, observa-se que outras experiências mais recentes, a partir da década de 1990, emergem quando se instala uma crise na saúde dos países de capitalismo central. Assim, surgiram as propostas de enfrentamento à fragmentação do sistema de saúde em alguns países, a exemplo dos Estados Unidos com seus sistemas organizados de serviços de saúde; no Canadá, com os sistemas integrados de saúde; no Reino Unido, com os sistemas clinicamente

integrados e na Espanha, com as organizações sanitárias integradas. Segundo a publicação do Ministério da Saúde, nos Estados Unidos,

[...] investiu-se na oferta contínua de serviços a uma população específica, territorialmente delimitada, focada na Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvidos de forma interdisciplinar e com a integração entre os serviços de saúde, bem como com sistemas de informação. Experiências semelhantes foram registradas também no Canadá (BRASIL, 2012c, p. 8).

Vários países europeus como Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda, também vêm adotando a proposta de RAS. Sem embargo, nos países latino-americanos, a implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) está apenas iniciando. O Chile aparece nos estudos como o país com maior experiência em RAS.

Giovanella (2011) refere que na Alemanha, desde a segunda metade dos anos 1990, foram desenvolvidas estruturas organizacionais e modelos de assistência com a intenção de integrar o sistema de saúde e a coordenação da atenção em um formato de redes de consultórios médicos, modelo generalista coordenador, programas de gestão clínica para agravos específicos e assistência integrada.

De acordo com a autora, o fortalecimento do papel do médico generalista na condução da assistência e coordenação de cuidados especializados, hospitalares e sociais, com vistas a promover a continuidade do cuidado, tem sido uma tendência em vários países europeus.

No modelo do Reino Unido, o generalista assume a função de *gatekeeper* e controla o acesso ao especialista. Observa-se um aumento do poder do generalista (*general practitioners – GP*) sobre o especialista em função da ampliação de suas funções. No final da década de 1990 foi reorganizada, nesse país, a atenção primária (*Primary Care Trusts – PCT*), numa nova estrutura pública com autonomia gerencial que incorpora todos os *GP* e amplia os serviços de saúde comunitários e sociais. A partir daí, com os *PCT*, a atenção primária assumiu posição central no sistema de saúde, passando a ser responsável pelos serviços de saúde pública; pela prestação de serviços de atenção primária e serviços comunitários à população de uma área geográfica delimitada; pelo credenciamento e compra de serviços hospitalares e especializados, gerenciando a maior parte do orçamento do Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service – NHS*).

No sistema de saúde alemão, há uma setorização da assistência, a atenção ambulatorial não possui nenhuma articulação com a hospitalar, muito menos existe uma porta de entrada preferencial ao sistema. Essa desarticulação entre atenção ambulatorial e hospitalar e a ausência de organização da oferta acarretam uma cooperação insuficiente entre prestadores, uma coordenação do cuidado reduzida e uma deficiência na qualidade e eficiência, acarretando os problemas que o país vive na saúde (GIOVANELLA, 2011).

Para a autora, nos é interessante conhecer o caso da Alemanha porque, mesmo que a proteção à saúde alemã não seja constituída como na experiência do Brasil – um sistema nacional – e sim com base no seguro social de doença, portanto, privado, aquele é um sistema de proteção social à saúde consolidado que alcançou cobertura universal com alto nível de proteção, nossa pretensão com o SUS.

Com relação ao sistema de saúde norte-americano, Kuschnir; Chorny (2010) apresentam-no como sendo aquele baseado no seguro voluntário de empresas e em dois grandes programas públicos (*Medicare, Medicaid*). Esse sistema se caracteriza pela segmentação e por um grau de fragmentação muito maior que os sistemas públicos, inclusive os de seguro social, como o da Alemanha.

Nos Estados Unidos da América, o *Medicare* é de responsabilidade do governo federal e é voltado à população maior de 65 anos, já o *Medicaid* tem como objetivo a cobertura de populações pobres e está sob a responsabilidade dos governos estaduais (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Os custos que essa fragmentação gera, bem como as formas de pagamento por itens e procedimentos, aumentam significativamente o crescimento do *managed care*, que deram origem aos planos de pré-pagamento dos anos 1930, institucionalizados como uma política de governo nos anos 1970 e 1980 nos EUA. Já o *Medicare* apresenta como um problema sério a fragmentação, grande proporção de crônicos entre os clientes e poucas possibilidades de interferir na forma como se organiza a provisão.

Os sistemas oficiais de saúde, via de regra, são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, ou seja, visam garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis na sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde de seus cidadãos. O sistema de saúde brasileiro, como qualquer outro, não é um conjunto fechado, mas está relacionado a outros sistemas e ao conjunto das

relações sociais num determinado tempo e espaço (LOBATO; GIOVANELLA, 2008). É tanto influenciado quanto influencia mudanças na sociedade.

O sistema de saúde brasileiro possui três subsetores na classificação de Paim (2011) I) o subsetor público, em que os serviços são financiados e providos pelo Estado; II) o subsetor privado (lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados com recursos públicos ou privados; III) o subsetor de saúde suplementar, que tem diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro. O subsetor ao qual nos referimos é o público, pois tratamos do Sistema Único de Saúde, um sistema de saúde inscrito na Constituição Federal brasileira como responsabilidade do Poder Público.

Os sistemas de atenção à saúde contemporâneos vivenciam uma crise que se apresenta em diferentes níveis de gravidade em todo o mundo. Essa crise se dá em razão do estímulo ao mercado consumidor cada vez mais crescente na área da saúde e de uma incoerência entre a forma como se estruturam as respostas sociais às necessidades das populações e uma situação de saúde de transição demográfica e epidemiológica de dupla ou tripla carga de doenças nos países em desenvolvimento.

A concepção de sistema de saúde vigente no Brasil, é a de sistemas fragmentados, nos quais predomina a ideia de uma estrutura hierárquica, classificada por níveis de complexidades crescentes (equivocados, segundo o autor) e valorização de poder. Assim, a estrutura organizacional se expressa em níveis de atenção que vão da atenção básica, passando pela média até a alta complexidade, sem qualquer diálogo entre os três níveis (MENDES, 2010).

Mendes (2011) reflete que o modelo hegemônico de atenção à saúde no país é fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, razão pela qual o SUS apresenta-se como um sistema fragmentado que dificulta o acesso da população, gera a descontinuidade da assistência e compromete a integralidade da atenção, apresentando-se como insuficiente para responder aos desafios sanitários.

Em 2015, o CONASS publicou um documento em que afirma ser o SUS um sistema fragmentado e o atual modelo de atenção à saúde hegemônico, inadequado para o enfrentamento da situação epidemiológica do país (BRASIL, 2015).

Considerando a necessidade de compreender a fragmentação aludida e a reorganização do sistema de saúde a partir da construção de redes, busquei me aproximar das elaborações teóricas sobre a organização da política de saúde do Brasil, antes, porém, necessito refletir sobre o conceito de redes para que eu possa elaborar minha compreensão a respeito da rede de atenção à saúde, e o faço recorrendo à literatura das ciências sociais e humanas.

Toda construção teórica se ergue sobre conceitos, que *são unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria* (MINAYO, 2014, p. 176). Nesse sentido, minha discussão parte do conceito de redes, todavia, ultrapassando a mera conceituação, entendendo que um conceito não se reduz a especulação abstrata ou a representação de um objeto pelo pensamento. Ele possui a propriedade de definir e/ou evidenciar as características gerais e específicas de determinado fenômeno, de apresentar seu modo de ser. Assim, quanto mais claro e preciso for o conceito, maior será sua capacidade de explicar a realidade e de conformar regras e normas que possam operacionalizá-lo. Ressalte-se que os conceitos são determinados histórica, política e socialmente.

O conceito de redes vem do latim *retiolus*, que significa um conjunto de linhas entrelaçadas (SANTANA, 2004). A rede é uma totalidade aberta capaz de crescer para todos os lados e direções, sendo seu único elemento constitutivo o nó (interesse). Nessa direção, Castells (2000) conceitua rede como um conjunto de nós interconectado. Para ele, a principal característica da rede é que ela abrange uma estrutura aberta, em constante expansão, sendo que essa expansão se dá através da integração de novos nós, desde que compartilhem os mesmos códigos.

Sem embargo, falar em redes nos remete a compreender que esse conceito vai muito além do campo da saúde, não se restringindo a nenhum campo em específico, ela se dá nos variados âmbitos do saber, desde mídias, passando por redes de relacionamento, tecnológicas, tal como afirma Börzel (1997, p. 2): *sin embargo, el uso del concepto de red varía considerablemente en y entre las diferentes disciplinas*. Desse modo, as redes de políticas públicas ou *policy networks*, assim como as redes tecnológicas, as redes ferroviárias, telefônicas e de informática são, apenas um caso particular, um exemplo da noção de rede no sentido ontológico e radical que o termo lhe confere (MORAES, 2000).

Podemos buscar a gênese do conceito de redes sociais ancorado na Antropologia Social que nos remete à análise etnográfica que Lévi-Strauss realiza em sua obra *Estruturas elementares do parentesco* de 1949. *Neste contexto, a ideia de rede social é orientada para a análise e descrição dos processos sociais que envolvem conexões que ultrapassam os limites dos grupos e categorias* (SILVA; FIALHO; SARAGOÇA, 2013, p. 93).

Outro antropólogo que faz uso do conceito é o funcionalista Radcliffe-Brown, para quem a estrutura social é uma rede de relações complexas que cria laços entre os seres humanos, sendo esses laços institucionalmente controlados. Em sua perspectiva essas relações se dão em um todo integrado, cunhado por ele de organismo social. Em Radcliffe-Brown, a rede social não tem a mesma conotação que em Geertz. Esse antropólogo da semiótica, parsoniano e weberiano nas origens, tal como Max Weber, também acreditava que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, nesse sentido, esse autor assume *a cultura como sendo essas teias e a sua análise como uma ciência interpretativa, à procura do significado* (GEERTZ, 2014, p. 4).

No campo da teoria social, em se tratando de autores contemporâneos, é em Castells, com sua obra *Sociedade em rede* (2000), que tem como objeto de análise a sociedade global, que encontramos uma das maiores contribuições para a discussão do conceito de rede social.

As discussões de rede que fazemos aqui escapa à noção de redes sociais, referindo-se, especificamente, às redes constituídas no campo da saúde, mas ultrapassando o campo institucional, pois entendemos que mesmo essas redes são formadas por relações entre indivíduos e coletividades. Assim, no desenvolvimento deste trabalho são consideradas as redes instituídas, oficialmente institucionalizadas e aquelas que são construídas no campo da vida cotidiana dos sujeitos, que se configuram no campo do instituinte.

O conceito de redes aparece ligado ao campo da saúde como uma forma de buscar resolver os problemas decorrentes da fragmentação de serviços que são ofertados de modo isolado. Na saúde, o termo redes foi usado inicialmente nos Estados Unidos no começo dos anos 1990, seguido da Europa e do Canadá, chegando a alcançar bem mais tarde alguns países de capitalismo periférico. Todavia, a referência para as discussões de rede na saúde são as teorias sociais.

Se nas redes sociais o ponto em comum, ou nós da rede, são as relações sociais, na rede de saúde os pontos em comum são as relações entre os tipos de serviços e níveis de atenção, fazendo com que ela se remodele o tempo todo, uma vez que não são fixas, mas maleáveis, constituindo-se de tessituras, convergências, mas também de divergências, rupturas e distanciamentos para em seguida voltar a se recompor, a se reconfigurar. Raffestin (1993, p. 204) afirma que

[...] a rede aparece [...] como fios seguros de uma rede flexível que pode se moldar conforme as situações concretas e, por isso mesmo, se deformar para melhor reter. [...]. A rede faz e desfaz as prisões do espaço, tornando território: tanto libera como aprisiona.

Considerando a maleabilidade da rede informada pelo autor, entendo a rede como um fenômeno móvel e inacabado, em constante devir, tal qual sua definição, como uma rede *proteiforme*, [que] *se adapta às variações do espaço e às mudanças que advêm no tempo* (1993, p.204). Uma rede que considera a região como produto-produtora das dinâmicas de globalização e de fragmentação social, econômica, cultural etc., ou seja, de interação.

Embora reconheça a reflexão de Franco (2006) sobre redes não o tomo como referência na pesquisa, pois entendo que sua discussão se dá a partir das relações que se estabelecem entre os sujeitos no desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde. Ou seja, a interação entre trabalhador e usuário dos serviços de saúde. E nesse estudo, me detive na organização das redes de serviço de saúde como um todo. Franco define redes a partir do conceito de rizoma constante nas reflexões de Deleuze e Guattari, em analogia a um tipo de raiz que tem um crescimento diferenciado, polimorfo, ela cresce horizontalmente, não tendo uma direção clara e definida.

Franco (2006) reflete sobre redes a partir da micropolítica do processo de trabalho em saúde, especialmente nos cenários de produção do cuidado. A referência ao pensamento de Deleuze e Guattari quanto ao modelo de rizoma lhe possibilita compreender os processos de trabalho de uma equipe de saúde da família (ESF), por exemplo. Ele afirma que há conexões em diferentes direções, que podem vir do agente comunitário de saúde que faz vínculo com a família, se liga a entidades da comunidade e ainda se conecta à equipe de saúde, de qualquer trabalhador da equipe ou mesmo dos usuários. Para o autor,

[...] se o profissional da equipe identifica um problema de saúde, ele tem condições de disparar um projeto terapêutico, e vai a partir dele multiplicar sua rede rizomática nos processos de trabalho que virão em seguida, com outros profissionais ou mesmo outros serviços de saúde, sendo essas relações locais ou à distância, pactuadas ou não é fato que elas existem e operam para a produção do cuidado [...] Nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado. (FRANCO, 2006, p. 464).

O cuidado no SUS mostra exatamente a existência de redes, uma vez que, as diversas unidades de saúde, qualquer que seja ela, desenvolve suas atividades comunicando-se mutuamente, em um *processo que de longe pode se verificar que é funcionamento em rede* (FRANCO, 2006, p. 462/3).

Assim, Franco (2006), tem uma preocupação que não é a organização dos serviços em si e sim, a relação que se estabelece entre os sujeitos, suas interações, afetações no espaço miúdo do cotidiano. Enquanto Mendes (2011) parte da organização das estruturas, dos pontos de atenção.

Mendes, que apresenta uma discussão a partir de sua experiência na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), reflete sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) ressaltando que são fundamentais para a organização de um sistema de saúde. E ao falar das RAS, ele faz uma reflexão necessária sobre sistemas de saúde, referindo que sistemas fragmentados são incompatíveis com o modelo de RAS.

Desse modo, para esse autor, as RAS têm por características ser uma estratégia de atenção *integrada, com estratificação dos riscos, e voltada para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas* (MENDES, 2011, p. 57). São estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde e organizam-se de forma poliárquica¹, horizontal, em que não há uma hierarquia entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário como no modelo hegemônico hierárquico ou que ele chama de biomédico. Como a base do cuidado está centrada na Atenção Primária à Saúde (APS), a RAS persegue uma atenção integral com ênfase nas ações de promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação, sem uma ordem de importância entre os pontos de atenção da rede (MENDES, 2010). Assim, Mendes define RAS como sendo

¹ O termo aqui cunhado vem de poliarquia que é discutida por Dahl ao estudar os efeitos do acesso e do controle dos recursos de poder socioeconômicos e de coerção sobre a democracia. Conforme o autor, as poliarquias *são regimes que foram substancialmente popularizados e liberalizados, isto é, fortemente inclusivos e amplamente abertos à contestação pública* (DAHL, 2012, p. 31).

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2010 p. 2300).

Ainda que Mendes (2010) preconize as relações horizontais entre os níveis tecnológicos de atenção, rompendo, assim, com a hierarquia, valoriza um nível como sendo o mais importante: a APS. Há uma quase unanimidade, entre estudiosos e profissionais, no que se refere à importância da APS como organizadora das RAS e coordenadora do cuidado, daí a necessidade de fortalecimento da APS no processo de reordenamento de sistemas na perspectiva de estruturação das RAS. Parte-se do princípio que para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde é imprescindível que as ações e as atividades de APS sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade (LAVRAS, 2011).

O que se observa é que esses dois autores não dialogam quanto ao conceito e percepção de rede, sendo que um discute a organização de rede do ponto de vista da interação entre os sujeitos (FRANCO, 2006), sendo essa interação um dos elementos que organiza os serviços e, o outro, (MENDES, 2011), a partir da organização dos serviços, da comunicação entre os serviços de saúde de um sistema. A aproximação dos dois autores é apenas quanto à organização do serviço ser disposta em rede. Todavia, não estão de acordo na forma como essas redes se organizam.

O entendimento de rede que perpassa essa pesquisa é o de que tanto os processos de trabalho quanto a organização dos serviços estruturam as RAS, a exemplo do que vem ocorrendo no SUS. A estruturação de redes de saúde exige intervenções sistêmicas, nas unidades funcionais que as compõe e nas práticas profissionais que aí se desenvolvem. Nessa perspectiva, é necessário definir um conjunto de iniciativas direcionadas a qualificação, organização e integração de estruturas ou processos em cada um desses âmbitos sempre considerando o protagonismo da APS.

O modelo poliárquico da RAS, significa que cada elemento que a compõe é importante para que sejam cumpridos seus objetivos e que cada componente se diferencia apenas pela densidade tecnológica que caracteriza cada um individualmente. Esse modelo apresenta como elementos fundamentais que constituem as RAS: população, regiões de saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. Cada elemento precisa ser compreendido e conhecido de forma intensa para que se imprima qualidade ao serviço e resolubilidade nas questões de saúde (MENDES, 2007).

Ressalte-se que, ratificando as ideias de Mendes (2012), um documento publicado pela OPAS (2011), apresenta os mesmos elementos de redes contidos nas elaborações teóricas daquele autor. Isso talvez se explique pelo fato desse autor ter sido consultor da OPAS quanto à ideia de construção de redes de atenção à saúde. Da mesma forma que foi consultor do Ministério da Saúde nessa matéria. De modo que, o que está previsto na legislação brasileira quanto a organização de redes é reafirmado pela OPAS. Assim, de acordo com aquele documento, as redes são constituídas por três elementos básicos: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde, praticamente os mesmos definidos por Mendes (2011). Classificando em grau de importância, o documento apresenta o seguinte:

- I) A população, que deve ser posta sob sua responsabilidade sanitária e econômica e cadastrada na atenção primária à saúde;
- II) A estrutura operacional, que é constituída pelos nós das redes. Ela é formada por cinco componentes, que são 1) a atenção primária como centro de comunicação; 2) a atenção ambulatorial ou hospitalar secundária e terciária, sendo os pontos de atenção secundários e terciários; 3) os sistemas de assistência farmacêutica, os de apoio diagnóstico e terapêutico, os de informação e os de teleassistência, são os denominados sistemas de apoio; 4) o registro eletrônico em saúde, os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde. Estes são os sistemas logísticos e, 5) o sistema de governança da rede de atenção à saúde; por fim;
- III) Os modelos de atenção à saúde, que são sistemas lógicos que existem para organizarem o funcionamento das redes de atenção à saúde,

articulando as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos (OPAS, 2011).

Considerando terceiro elemento – os modelos de atenção à saúde, Mendes (2010) apresenta o modelo voltado para as condições crônica, denominado Modelo de Atenção Crônica (MAC). Esse modelo tem sido utilizado em vários países como Reino Unido, Canadá, Alemanha, Austrália, dentre outros, com as devidas modificações para cada realidade. É também o modelo no qual Mendes (2010) se baseou para propor um modelo de atenção às condições crônicas para ser utilizado no SUS.

Vale ressaltar que a discussão de RAS tem sido debatida no Brasil desde o final dos anos 1980 com a Constituição Federal, que no Art. 198 afirma expressamente *que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um único sistema* (BRASIL, 1990). Sem embargo, nem sempre foi assim. Os serviços de saúde existentes antes da promulgação da Constituição apresentavam

[...]diversas origens e matizes assistenciais: universidades, serviços públicos de municípios, estados e da União, entidades filantrópicas, sindicatos rurais, serviços comunitários e serviços privados contratados pelo então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A existência e a expansão desse conjunto de serviços, nas últimas décadas, não seguiram nenhuma lógica ou sistema de planejamento e organização, portanto, não teve por base qualquer indício do conceito de rede articulada e integrada de atenção. (MAGALHÃES JUNIOR, 2014, p. 16).

Magalhães Júnior reflete que o SUS tem seus primeiros anos de existência marcado por uma baixa capacidade gestora, distante do proposto pelos seus princípios constitucionais. Os serviços de saúde, que cresciam cada vez mais, não se guiavam por necessidade planejada, mas, muito mais por pressões social e política e pelas necessidades da população (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

O sistema de saúde configurava-se como desordenado com oferta respondendo principalmente às demandas espontâneas, com base em eventos agudos de saúde. Não havia comunicação satisfatória de fluxos entre os serviços, mesmo a chamada referência e contrarreferência era tímida, e predominava a atenção hospitalar sem nenhuma referência ao aspecto regional. No final da primeira metade dos anos 1990 é que se inicia um *ciclo de maior reflexão e planejamento*, como diz o autor (MAGAL HÃES JUNIOR, 2014, p. 17).

É essa fragmentação do SUS que dificulta seu comportamento como um sistema e que ele responda aos princípios de universalidade, integralidade e igualdade, impresso no artigo 198 da Constituição de 1988. Para Magalhães Junior (2014, p. 17), *é o conceito de integralidade da assistência à saúde da pessoa que conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações*, isso porque o sujeito pode caminhar por todos os níveis de atenção que necessitar.

A rede de atenção à saúde, compreendida como uma organização horizontal de serviços de saúde, tem como elemento base a atenção primária que permite prestar uma assistência contínua a determinada população com certos custos, tempo e qualidade e que seja responsável pelos resultados sanitários e econômicos dessa população (MENDES, 2010). Construir as Redes nas Regiões de Saúde estabelecidas no Pacto pela Saúde é romper com a fragmentação dos serviços e trabalhar de forma articulada no espaço local, ou seja, no município, fortalecendo o diálogo entre os entes federados.

No que diz respeito aquela rede, a Portaria 4.279/10, estabelece as diretrizes para sua organização no âmbito do Sistema Único de Saúde e o Decreto 7.508/11, estabelece a organização do SUS em Regiões de Saúde, cujos objetivos são garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de serviços de saúde; efetivar o processo de descentralização e reduzir as desigualdades regionais. As regiões, instituídas em articulação entre Estados e municípios, são consideradas espaços privilegiados de gestão compartilhada da rede de saúde, esta constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância à saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar.

Assim, sob a justificativa de ter por base o formato de rede de atenção à saúde articulada e a atenção básica como centro da atenção, que o Ministério da Saúde lançou a Portaria 4.279 tratando das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como

Estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

Essa Portaria conceitua RAS *como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio*

de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010, p. 01). Dessa forma, elas correspondem à articulação entre serviços e ações de saúde e às relações entre os sujeitos mediante relações de interdependência entre os pontos da rede.

A normativa do Ministério da Saúde a respeito de redes de atenção (expressa sobretudo naquela Portaria) segue o entendimento de Mendes (2011), assim como a reorganização de redes de saúde em Fortaleza, no período de 2013 a 2016, uma vez que o mesmo prestou consultoria ao processo de Planificação da APS, e conseqüente reorganização das RAS em Fortaleza. Nesse sentido, na capital cearense, em 2013, quando um novo grupo político assumiu a gestão do município, a Secretaria Municipal de Saúde contratou a consultoria daquele autor, visando implantar o modelo de RAS para reorganizar o sistema de saúde a partir da reestruturação da atenção primária no município e o fez tendo por base as seguintes publicações: *As redes de atenção à saúde* (2011); *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família* (2012); *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate* (2011).

Em se tratando do Estado do Ceará, observamos que desde 2014, a reorganização das RAS tem sido realizada pela Secretaria da Saúde do Estado (SESA) a partir da proposta de Planificação da Atenção Primária à Saúde do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Essa proposta tem como eixo estruturante a realização de oficinas de atualização e capacitação dos profissionais da atenção primária. A experiência piloto foi desenvolvida nos municípios da 14ª Região de Saúde, Tauá. De acordo com a SESA (CEARÁ, s/d), após avaliação e ao constatar resultados positivos alcançados a partir da reorganização e qualificação dos processos de trabalho com impacto na melhoria dos indicadores de saúde daqueles municípios, a Secretaria inicia a expansão da proposta através de um projeto denominado Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – QualificaAPSUS Ceará, cujo propósito é a reorganização das RAS. Assim,

[...] o Projeto QualificaAPSUS Ceará foi lançado pela Secretaria da Saúde do Estado em janeiro de 2016 com o objetivo de subsidiar a reorganização do modelo de atenção a partir da reestruturação da Atenção Primária nos municípios e, conseqüentemente, da implantação e implementação das Redes de Atenção (RAS) (CEARRÁ, s/d).

Infere-se daí que a reestruturação do sistema de saúde no Ceará e, conseqüentemente, das RAS passa, sobretudo, pela reorganização da APS. Meu intuito, no entanto, foi conhecer o processo de reestruturação das RAS na Primeira Região de Saúde do Ceará. Desse modo, considerando que uma das atribuições da CIR é *coordenar o processo de regionalização [...], o funcionamento dos pontos de atenção das RAS [...]* (RESOLUÇÃO CIB n°. 122/2014 art. 13), a curiosidade científica me impeliu a buscar desvelar como a CIR da 1ª CRES contribui com a governança regional para a estruturação da RAS em seus municípios. Para tanto necessitei fazer uma reflexão que me aproximasse do conceito de governança, e o fiz a partir de alguns autores da sociologia e da ciência política.

2.4 A GOVERNANÇA NA POLÍTICA DE SAÚDE E A COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL

A discussão sobre governança surge, no cenário internacional, mais fortemente nos anos 1990 a partir do Banco Mundial, com o objetivo de conhecer melhor as condições para um Estado eficiente, tanto em termos econômicos, como sociais e políticos da gestão pública (DINIZ, 1995, p. 400). Segundo sua própria definição: *governança é definida como a maneira pela qual o poder é exercido na gestão dos recursos econômicos e sociais de um país para o desenvolvimento* (tradução nossa) (WORLD BANK, 1992, p. 1)². Essa instituição avaliaria a capacidade governativa do Estado não apenas pelos resultados das políticas governamentais, mas também pela forma como o governo exerce o poder (GONÇALVES, 2005).

Borges (2003), refletindo sobre a agenda do Banco Mundial quanto à governança da política educacional, afirma que *a emergência do conceito de governança no início dos anos de 1990 marca um ponto de inflexão bastante claro na trajetória recente* dessa instituição, deslocando o foco de atenção de caráter mais técnico e burocrático do gerenciamento da economia *para temas mais abrangentes, como a legitimidade e o pluralismo político* (BORGES, 2003, p. 126).

Tratar de governança exige que se discuta as reformas no âmbito do Estado dadas historicamente, bem como compreender que reforma do Estado é

² Governance is defined as the manner in which power is exercised in the management of a country's economic and social resources for development (WORLD BANK. Governance and Development. Washington: The World Bank (1992, p.1).

diferente de reforma administrativa. A reforma do Estado diz respeito a *mudanças na estrutura, posição e forma de intervenção do Estado na sociedade, enfocando ideologias, forças políticas e legitimidade*. Ao passo que a reforma administrativa se relaciona a *uma revisão dos mecanismos administrativos e técnicos adotados para viabilizar a intervenção pública* (ABU-EL-HAJ, 2013, p. 16).

Bresser Pereira fala de governança quando se refere à reforma administrativa e governabilidade quando quer tratar de reforma política. Nesse sentido, ele afirma que *um governo pode ter governabilidade, na medida em que seus dirigentes contem com os necessários apoios políticos para governar, e no entanto, pode governar mal por lhe faltar a capacidade da governança* (BRESSER PEREIRA, 1997). Na verdade, linhas adiante em seu texto “A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle” (1997), o autor vai apresentando a necessidade de reforma tanto do Estado, quanto de reforma administrativa, dizendo que a crise fiscal necessariamente leva a uma crise de governança. Justificando, assim, sua orientação, enquanto chefe do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), às políticas de ajuste fiscal levada a efeito na segunda metade dos anos 1990.

Assim, a discussão sobre governança remete a uma reflexão de que o termo incorpora as preocupações de um Estado *eficaz e eficiente*. É com esse tom que as reformas do Estado têm sido propostas ao longo do desenvolvimento da sociedade (SANTOS, 1997). Ademais, como afirma Bresser Pereira (1997a, p. 41) *a reforma administrativa é um problema recorrente. Quase todos os governos, em todos os tempos, falam na necessidade de tornar a administração pública mais moderna, mais eficiente. Entretanto, reformas administrativas estruturais só houveram duas no capitalismo*.

A primeira reforma da qual fala Abu-El-Haj (2013) teria sido a da administração pública burocrática, em substituição a administração patrimonialista, que considerava o patrimônio público uma extensão do privado. Ressalte-se que o patrimonialismo consiste em uma forma específica da dominação tradicional (WEBER, 2012).

Esse tipo de administração estava presente nos países europeus e nos Estados Unidos até o século XIX, já que é típica de Estados pré-capitalistas e no Brasil, como retrata Faoro, desde o Brasil colonial. Uma realidade que *projeta, em florescimento natural, a forma de poder, institucionalizada num tipo de domínio: o*

patrimonialismo, cuja legitimidade assenta no tradicionalismo – assim é porque sempre foi (FAORO, 2012, p. 819).

As características principais desse tipo de administração é um Estado em que suas instituições e estruturas tornam-se um patrimônio de seu governante e das suas autoridades. O governante não separa o público do privado, gasta as rendas pessoais e as do governo de forma indistinta, tanto para assuntos de interesse pessoal como para assuntos do Estado. Também se baseia na recompensa em benesse, prestígios e cargos. Com o surgimento do capitalismo industrial, esse modelo vai demonstrando sua fragilidade e incompatibilidade com as democracias parlamentares, momento em que surge a possibilidade da administração pública burocrática, tipo ideal proposto por Max Weber, em que o serviço público é identificado com o interesse público buscando uma eficiência e racionalidade na administração e afirmando o poder do Estado (BRESSER PEREIRA, 1997).

Em 1936, no Brasil, os princípios da administração burocrática clássica foram introduzidos pelo Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP). De acordo com Bresser Pereira (2001, p. 243), *a criação do DASP representou não apenas a primeira reforma administrativa do país, com a implantação da administração pública burocrática, mas também a afirmação dos princípios centralizadores e hierárquicos da burocracia clássica*. Aliás o país continuou a conviver com o modelo anterior pois não rompeu, definitivamente, com as posturas patrimonialistas. Ainda convivemos com formas contemporâneas de práticas patrimonialistas.

Os daspianos se ancoraram nos princípios gerais da administração pública racional-legal da obra de Max Weber. Nesse modelo de administração as instituições são gerenciadas por uma racionalidade burocrática com divisão de funções bem definidas e autoridade limitada do cargo, sendo a especialização técnica do funcionário supervalorizada. Também se conta com estabilidade na carreira e as comunicações são escritas e documentadas para que não se percam nos processos. Nesse sentido, são notáveis na racionalidade burocrática as características de impessoalidade, imparcialidade e neutralidade, tal qual os fundamentos weberianos.

O segundo tipo de reforma, denominada de administração pública gerencial, tem seu início na década de 1980 no Reino Unido, na Nova Zelândia e na Austrália. Nos anos 1990 é alcançada pelos Estados Unidos na gestão do presidente

Bill Clinton e no Brasil, com a eleição de Fernando Henrique Cardoso (FHC) à Presidência da República, especificamente com a adoção pelo seu governo do Plano Diretor da Reforma do Estado, em 1995 (BRESSER PEREIRA, 1997).

Nesse período, o surgimento do termo governança, em grande parte, se deve a uma crise no Estado, mais precisamente, a uma crise fiscal. Surgiu em duas ondas analiticamente distintas da reforma do setor público: uma que consistiu nas reformas associadas ao conceito econômico de racionalidade, que engloba o neoliberalismo, a nova administração e a terceirização; outra que diz respeito às reformas associadas a conceitos sociológicos de racionalidade, à *Terceira Via*³, a *governança joined-up*⁴, *redes e parcerias* (BEVIR, 2010, p. 107).

Ainda que Bresser Pereira (1997) aponte esses dois momentos específicos, há pesquisadores (ABU-EL-HAJ, 2013) que discutem a temática dizendo que o Brasil passou por três grandes reformas do Estado, desde o fim da República Velha, também conhecida como Primeira República, que perdurou de 1889 até 1930, quando Getúlio Vargas, orquestrou um Golpe de Estado e iniciou um novo período político. Essa primeira reforma teria adotado um modelo de intervenção centralizadora do Estado, isto é, um Estado interventor, com um governo organizado sob o modelo administrativo racional-legal, numa perspectiva weberiana em superação do modelo patrimonialista (ABU-EL-HAJ, 2013).

A segunda, foi uma reforma empresarial do Estado e se deu na ditadura militar (1964-1985), tendo como foco uma política de acelerado crescimento econômico. No período conhecido como autocrático-burguês (FERNANDES, 1974), o país vivencia um aprofundamento da organização da economia de padrão monopolista e uma imensa rede de relações antidemocráticas que penalizaram a sociedade restringindo o exercício da cidadania e a participação na política. Em fevereiro de 1967 houve uma reforma do Estado brasileiro dada pelo Decreto-Lei nº 200, formalizando a estrutura institucional do governo federal e criando uma gestão

³ *Terceira Via*: caminho intermediário entre neoliberalismo e socialismo. Movimento político teorizado pelo sociólogo inglês Anthony Giddens em apoio às reformas liberalizantes do Primeiro-Ministro trabalhista Tony Blair (1997-2007). De acordo com eles, o Estado deveria diminuir sua atuação direta na economia e dar mais espaço para a iniciativa privada, mas sem abrir mão de seus mecanismos de controle e direção socioeconômica e de combate às desigualdades sociais (N. T.) (BEVIR, 2010, p. 107).

⁴ A expressão “joined-up” é de difícil tradução no presente contexto. O governo joined-up é uma proposta para que diferentes setores de um governo trabalhem em conjunto, delimitando metas e objetivos transversais a eles, buscando a coordenação e a sinergia dos esforços e dos resultados. Evidentemente, ele opõe-se às ações específicas – e por vezes contrapostas – de cada um dos setores envolvidos. O governo joined-up foi proposto pelo Primeiro-Ministro inglês Tony Blair ao longo dos anos 1990 (N. T.) (BEVIR, 2010, p. 107).

descentralizada. Em seu artigo 4º foram definidos alguns pontos do Estado: I) *A Administração Direta*; II) *A Administração Indireta, que compreende as seguintes categorias de entidades, dotadas de personalidade jurídica própria*: a) *Autarquias e fundações*, que são as entidades governamentais direcionadas para executar as atividades típicas do setor público; b) *Empresas Públicas*, representadas pelas entidades da administração indireta, c) *Sociedades de Economia Mista*, que são sociedades anônimas em que as ações, na sua maioria, pertencem à União (BRASIL, 1967). Todavia, a estratégia empresarial recua e a centralização retorna com a crise do petróleo de 1974.

Conforme Diniz (1995), a partir dos anos 1980, os fatores ligados à crise mundial e às pressões das forças do sistema internacional tiveram forte influência nas mudanças de prioridades da agenda pública dos países de capitalismo periférico. A entrada do Estado brasileiro nessa década foi marcada por uma profunda recessão e crise, resultado dos choques do petróleo de 1973 e 1979/80 e a consequente crise da dívida externa decorrente das altas taxas de juros internacionais cobradas pelos países industrializados importadores de petróleo (BEHRING, 2003; SANTOS, 1997). Santos explica esse cenário de crise dizendo que

[...] a partir dos anos [19]80, os governantes passam a se haver com crescente desequilíbrio fiscal, desordem das contas públicas e inflação galopante. Seguem-se as várias e conhecidas tentativas de estabilização da economia, com a série de Planos a que a população é submetida, mais ou menos ortodoxos, mais ou menos heterodoxos, em uma longa sequência de ensaios e erros. Finalmente, impõe-se um modelo de ajuste da economia dentro do marco neoliberal, que produz, em um mundo globalizado, agendas governamentais com pequena flexibilidade. Esses problemas de governo, além do mais, têm de ser enfrentados em um contexto de redemocratização e rompimento com a ordem social pregressa (SANTOS, 1997, p. 2).

O país adentra essa década com muito mais *dificuldades de formulação de políticas econômicas de impacto nos investimentos e na redistribuição de renda* (BEHRING, 2003, p. 131). A crise na chamada década perdida apresentou uma gigantesca elevação das taxas de juros de muito baixas a negativas para um percentual da ordem de 19% em 1981 e 27,5% em 1982; bem como redução da taxa de investimento e recrudescimento da inflação; no período a média de crescimento foi da ordem de 2,1% (BEHRING, 2003). A autora segue afirmando, a partir de estudos de Kucinski e Brandford (1987), que

Localiza-se no processo de endividamento as principais decorrências da reorientação da política econômica norte-americana em busca da hegemonia do dólar, e o início das pressões cujos resultados derruíram a possibilidade de ruptura com a heteronomia, contida no desenvolvimentismo, este, por sua vez, fundado na substituição das exportações (BEHRING, 2003, p. 131).

Nesse contexto de crise, alguns elementos se constituem desafios ao governo brasileiro, tais como o ajuste da economia e a reforma do Estado. Para Bresser Pereira (2001, p. 237), *a crise do Estado implicou na necessidade de reformá-lo e reconstruí-lo; a globalização tornou imperativa a tarefa de redefinir suas funções*. Desse modo, a nova e principal função do Estado é tornar a economia nacional internacionalmente competitiva.

Dada a necessidade de adequação ao Consenso de Washington, via exigências das agências econômicas multilaterais aos países devedores, os anos 1980 constituíram-se em um terreno fértil para a disseminação do ideário neoliberal, em razão das profundas mudanças e rupturas que atingem praticamente todos os elementos constitutivos das organizações sociais, desde o modo de produção até a organização do trabalho (UGÁ, 1996).

Ainda no final da década de 1980 surge a preocupação de dotar os programas de ajuste de uma face “mais humana”, posição inicialmente defendida pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e que posteriormente vai disparar os programas para pobres com a proposta de focalização das políticas sociais defendia vigorosamente pelo Banco Mundial.

No Brasil dos anos 1990, a reforma administrativa do Estado o sintonizava com a ordem mundial do capital, e o Estado é visto pelos defensores dessa reforma *como organismo cuja governança precisa ser ampliada para que possa agir mais efetiva e eficientemente em benefício da sociedade* (BRESSER PEREIRA, 2001, p. 238). Assim, a reforma e a redefinição das funções do Estado passam a ser fundamentais para sua adequação ao novo modelo econômico mundial (SANTOS, 1997).

Nesse contexto, surge a terceira reforma do Estado, levada a efeito pelo presidente eleito em 1994, Fernando Henrique Cardoso, sendo o governo que teve *um dos programas mais abrangentes de reforma do Estado e da administração pública, desde a Revolução de Trinta. Ela combinou três redefinições do Estado: uma nova reformulação do pacto federativo, reestruturação econômica e adoção de uma*

nova concepção de administração pública, denominada de gerencial (ABU-EL-HAJ, 2013, p. 42).

Nesse período se difunde a ideia de minimização do nível de intervenção do Estado na economia (desregulamentação, privatização, vigor absolutos dos mecanismos do mercado) e, conseqüentemente, a eliminação ou redução das atividades welfaristas do Estado (UGÁ, 1996, p. 85), assim, a reforma do Estado se dá tanto no plano econômico como no social. O contexto foi de ajuste à ideologia neoliberal por meio de suas receitas que incluía, entre outras coisas, cortar gastos sociais, flexibilizar direitos, privatizar empresas estatais. Para o então ministro da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), Bresser Pereira, o pressuposto é o de que o problema político da governabilidade foi provisoriamente equacionado com o retorno da democracia e a formação do “pacto democrático-reformista de 1994” possibilitada pelo êxito do Plano Real e pela eleição de Fernando Henrique Cardoso (BRESSER PEREIRA, 2001, p. 238).

Nesse sentido, a década de 1990 foi o período em que o Estado brasileiro vivenciou fortemente o que Behring (2003) chama de contrarreforma, em contraponto à reforma social alcançada com a Constituição Federal de 1988, cunhada de Constituição Cidadã. Ugá (1996) refere que no início dessa década,

[...] toma lugar uma discussão de maior envergadura no circuito internacional, relacionada às condições que dão visibilidade política a essas reformas, seja no que diz respeito às características sistêmicas que interferem no processo de implementação de políticas – isto é, a problemática da governabilidade –, seja no que tange aos pré-requisitos institucionais para a formulação e, principalmente, implementação da mesma – que dizem respeito à questão da governança (UGÁ, 1996, p. 85).

A discussão sobre o conceito de governança surge, assim, com maior vigor nos anos 1990 e suas reflexões se desenvolvem a partir dos reformuladores da política, de modo especial, dos organismos multilaterais de crédito como o Banco Mundial e o Banco Internacional de Desenvolvimento (BID). Sem embargo, Bevir (2010) afirma que a governança surgiu e espalhou-se em razão da influência de novas teorias modernistas e das reformas do setor público.

Ribeiro e Alcoforado (2016) analisam o debate internacional sobre mecanismos de governança e gestão pública, afirmando que nos últimos trinta anos as discussões sobre as funções do Estado se associaram progressivamente aos mecanismos de governança. Citam como exemplo, no Brasil, a Reforma do Estado e

a Reforma Gerencial de 1995. *A cultura técnica e política da Nova Gerência Pública esteve presente no Plano Diretor da Reforma e o seu caráter gerencial inclui um formato de governança para o Estado* (RIBEIRO; ALCOFORADO, 2016, p. 1340). No final de 1995 o governo estava firme no propósito de promover uma transição da administração pública burocrática para uma administração pública gerencial, descentralizada (BRESSER PEREIRA, 2001).

Quando a palavra “governança” refere-se à organização e à ação públicas, ela captura uma das maiores tendências dos tempos atuais (BEVIR, 2010, p.103): a mudança na organização pública da administração hierárquica e burocrática para os mercados e as redes. No Quadro 1, o autor apresenta a síntese dessa mudança.

Quadro 1 – Surgimento e variedades do modernismo

ÂMBITO	HISTORICISMO DESENVOLVIMENTISTA	MODERNISMO	
		GOVERNO	NOVA GOVERNANÇA
Conceito de racionalidade	Civilizacional	Econômica e sociológica	Novas teorias da governança – escolha racional e neo-institucionalismo
Formação do Estado	Estado-nação e/ou Estado imperial	Estado corporativo e/ou Estado de Bem-Estar Social	Estado neoliberal e/ou Estado em rede
Setor público	Serviço Público	Burocracia	Novos mundos da governança – mercados e redes
Modalidade de <i>accountability</i>	Governo responsável	<i>Accountability</i> via procedimentos	<i>Accountability</i> via desempenho

Fonte: (BEVIR, 2010, p. 104)

De acordo com as reflexões do autor podemos situar o Estado brasileiro atual na nova governança, ou modelo de gerencialismo, em que a formação do Estado é identificada como neoliberal, sendo o Estado mais forte embora menor, nos termos de Bresser Pereira (2001).

Em se tratando da política social e pública de saúde observa-se cada vez mais presente os elementos dessa perspectiva gerencial do Estado sintonizado com o neoliberalismo, com valorização do privado em detrimento do público, bem como a orientação institucional de funcionamento dos serviços de forma descentralizada e em rede, valorizando, de modo especial, a eficiência com menor uso de recursos.

A política de saúde pública nos moldes do SUS foi uma conquista dos brasileiros expressa na Constituição Federal de 1988. Todavia, a implantação do SUS na década de 1990 coincidiu com o surgimento da agenda de reformas do Estado. E

isso teve implicações e desdobramentos importantes na implementação do sistema de saúde, sobretudo no que diz respeito ao financiamento.

Fleury et al (2010, p. 447) refletem que as reformas desse período *impulsionaram a reconcentração de poder na União, mediante redução da autonomia das esferas subnacionais, com concentração de recursos financeiros no âmbito central e fortalecimento da capacidade de coordenação federativa do gestor federal por diversos instrumentos [...]*. Os autores seguem afirmando que essa reforma trouxe inúmeras consequências para as políticas sociais, reduzindo a capacidade do Estado para formular e implementar políticas mais democráticas e inclusivas em razão da preponderância do mercado em prover bens e serviços sociais.

Apesar do cenário adverso, a descentralização da saúde foi uma realidade no país, sobretudo porque não colidia com os interesses daquela perspectiva de reforma do Estado. Fleury et al (2010) concluem que a influência dos secretários e dos conselhos municipais de saúde na elaboração do orçamento aumentou e que por isso a influência dos políticos locais decaiu.

O arcabouço normativo do SUS expressa como têm sido constituídos esses canais de pactuação intergovernamental em todos os níveis de governo. Assim, em 1991, a Portaria GM/MS 1.180 cria a Comissão Intergestores Tripartite. Em 1993, a NOB-93 orientou que se instituísse, em cada Estado uma comissão com representação do Estado e dos municípios, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Assim, entre 1993 e 1994 foram sendo criadas as Comissões Bipartites através resoluções específicas dos Conselhos e Secretarias Estaduais de Saúde (MIRANDA, 2003). Expressando a importância dessas instâncias colegiadas para o processo de descentralização, Carvalho (2001, p. 440) diz que *a CIT e CIBs foram a afirmação positiva de que entre um processo descentralizatório irresponsável seguido de furores recentralizadores aconteceu também um movimento de descentralização compartilhada e co-responsável*.

No rastro desses espaços de governança, o Pacto pela Saúde de 2006 instituiu os Colegiados de Gestão Regional (CGR), uma de suas maiores inovações como instâncias deliberativas, nos moldes das CIBs, para que se pudesse materializar o planejamento e a gestão nas regiões de saúde, valorizando o relacionamento horizontal intergovernamental. Ressalte-se que os CGRs se diferenciam das CIBs

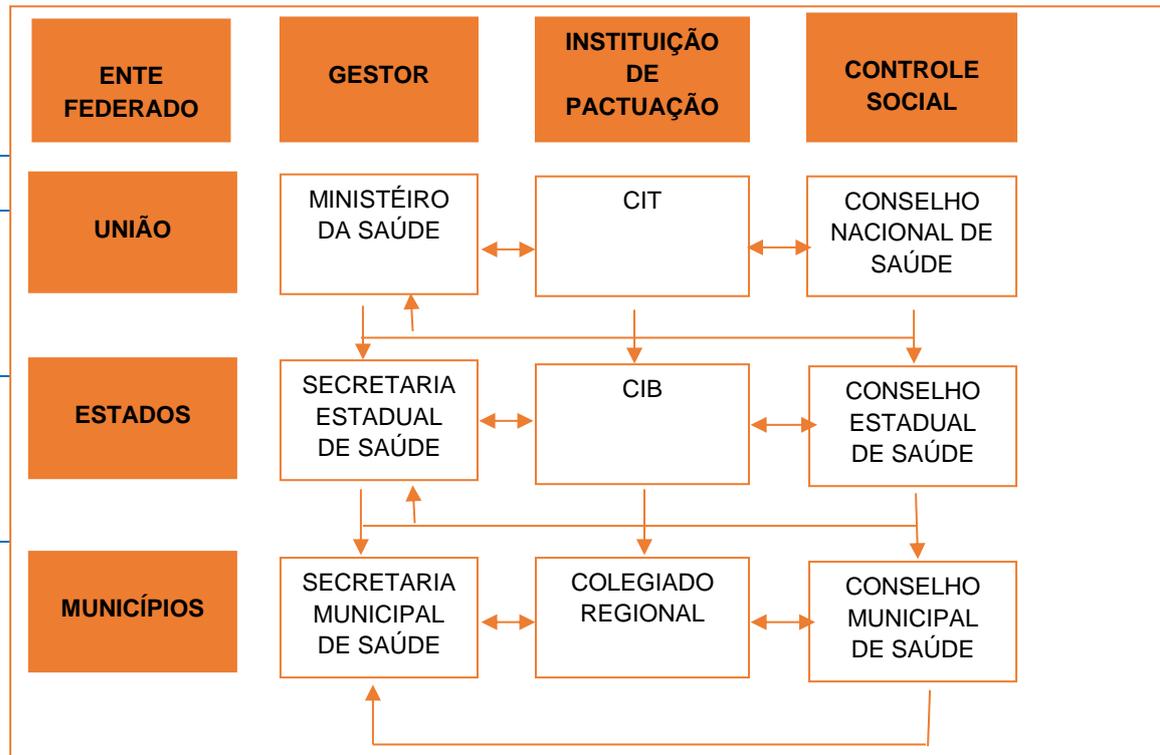
quanto à abrangência, pois são restritos às regiões, e obrigatória a participação de todos os gestores municipais envolvidos nessas regiões (DOURADO, 2011).

Os CGR foram instituídos gradativamente no Brasil como instâncias de planejamento, pactuação e gestão entre os governos, na área da saúde nas regiões, tendo um caráter de complementaridade às comissões intergestores do SUS, que foram criadas pela Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, acrescentada à Lei orgânica da Saúde, Lei 8.080//1990, conforme explicita o texto da legislação:

Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), [...] e suas respectivas composições, e dar outras providências (BRASIL, 2011c).

O Decreto 7.508/11, que regulamenta a Lei 8.080/90, no capítulo IV, *Da articulação interfederativa*, trata das Comissões Intergestores e, em seu artigo 30, diz que *as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde* (BRASIL, 2011a). Os incisos de um a três desse artigo apresentam as instituições a que estão ligadas as comissões em cada esfera de governo. Desse modo, a CIT pertencente ao âmbito da União, e vincula-se ao Ministério da Saúde; a CIB liga-se diretamente ao governo estadual, vinculando-se à Secretaria Estadual de Saúde; por fim a Comissão Intergestores Regional (CIR), referindo-se ao âmbito regional, também está vinculada à Secretaria Estadual de Saúde. Abaixo apresentamos o quadro ilustrativo do modelo institucional do SUS, segundo o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS).

Quadro 2 - O modelo institucional do SUS



Fonte: Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (2006).

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Ceará, de acordo com Miranda (2003), foi criada no final de 1994 em resposta à demanda de gestores municipais de saúde para habilitar os seus municípios na forma de gestão semiplena, como previsto na NOB-SUS/1993. O autor afirma que

A maior parte destes gestores integravam a diretoria do COSEMS do Ceará e chegaram a negociar com o governo estadual, a composição de tetos financeiros específicos para os seus municípios, antes mesmo da constituição formal da Comissão Bipartite e da habilitação decorrente (MIRANDA, 2003, p. 188).

Isso mostra que no Ceará a organização da saúde tem se antecipado às discussões normativas. Na sequência e no contexto de desenvolvimento e fortalecimento do protagonismo dos municípios e de suas relações de interdependência e corresponsabilidade sanitária com a esfera estadual, foram criadas as Comissões Intergestores Regionais (CIR) para aprimorar o processo de regionalização da saúde no SUS, sendo administrativa e operacionalmente vinculadas às Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado de acordo com a legislação do SUS e consoante as diretrizes da CIB. Assim, em maio de 2014, as CIR-Ce tiveram

seu Regimento Interno aprovado pela CIB-Ce sob a Resolução nº 122/2014, tendo sido neste definida como instâncias colegiadas, deliberativas e compostas por representantes da política de saúde do Estado do Ceará e todos os secretários municipais de saúde de uma certa região. Seu objetivo é melhorar a situação de saúde e garantir a atenção integral da população na região.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Como uma forma de manter o anonimato e preservar o sigilo das identidades dos entrevistados, eles foram identificados pelas letras GM, para gestor municipal (secretarias municipais de saúde); GR, para gestor regional e (coordenadorias de saúde – CORES de Fortaleza); IC (informante-chave), seguido de um número que os ordene. Desse modo, tem-se GM-1, GM-2; GR-1, GR-2; IC-1, IC-2 etc.

Foram entrevistadas pessoas de ambos os sexos, contudo, na busca de preservar a identidade dos informantes, na análise das falas referi-me a todos como entrevistados ou gestores, independente do sexo.

Traçando um breve perfil dos entrevistados observa-se que o maior número de gestores é do sexo feminino e as formações profissionais com maior representatividade são as de enfermagem e odontologia, com quatro gestores para cada uma dessas categorias.

Quanto ao vínculo empregatício com o município no qual trabalha, os seis gestores regionais são estatutários do município e os três secretários municipais possuem cargo comissionado, sendo um deles estatutário do Estado. No que diz respeito à faixa etária, os entrevistados têm idade entre 40 e 61 anos. Quatro dos gestores são mestres em saúde pública ou coletiva, três são especialistas na área da saúde e uma mestranda em saúde coletiva.

Dos cinco informantes-chaves, obtive poucas informações pessoais, apenas a formação profissional, sendo quatro deles mestres em saúde pública ou coletiva e uma mestranda em Serviço Social, conforme pode ser observado no quadro abaixo.

O que se observa é que os gestores da política de saúde entrevistados, possuem uma boa e/ou excelente formação profissional, se se considera a pós-graduação como qualificação profissional que impacta positivamente nos serviços. Todos possuem pós-graduação de especialista ou mestre, sendo que apenas um informante-chave ainda não havia concluído o mestrado no momento da entrevista.

Um fato me chamou a atenção. Mesmo que o tempo de ocupação do cargo nas CORES de Fortaleza seja muito pequeno (entre 30 a 60 dias) em razão da seleção para coordenador ter ocorrido no início do ano de 2017 e a convocação e posse dos profissionais ter sido em maio do mesmo ano, período em que realizei as entrevistas, 50% dos coordenadores já tinha experiência em gestão no mesmo cargo, no mesmo município. O que indica uma qualificação profissional pela experiência no cargo, que é de quatro, cinco e onze anos.

Quadro 3 - Perfil dos entrevistados

Sexo	Idade	Formação	Pós-graduação	Função	Tempo	Vínculo
F	47	Enfermeira	Especialista em Saúde da Família e Mestre em Saúde Pública	CORES	2 meses	Estatutário
F	40	Enfermeira	Especialista em Saúde da Família; e Médico-cirúrgica.	CORES	5 anos	Estatutário
M	50	Cirurgião dentista	Especialista em Saúde da Família; Mestre Saúde da Família.	CORES	11 anos	Estatutário
F	44	Dentista	Gestão de Saúde; Mestranda Saúde Coletiva.	CORES	30 dias	Estatutário
F	44	Dentista	Especialista em Odontopediatria	CORES	30 dias	Estatutário
F	40	Enfermeira	Especialista em Saúde da Família; Mestre Saúde da Família	CORES	4 anos	Estatutário
F	44	Enfermeira	Especialista em obstetrícia	Secretária	7 meses	Cargo
F	43	Farmacêutica	Especialista em Gestão do trabalho; e em gestão em saúde	Secretária	10 anos	Cargo
M	61	Dentista	Mestre em Saúde Pública	Secretário	12 anos	Cargo
F	–	Assistente social	Mestre em Saúde Coletiva	Técnica SMS-Fort.	–	Estatutário do Estado
M	–	Médico	Mestre em Saúde Pública	Coord. Educação Permanente	3 meses	Estatutário do Estado
F	–	Enfermeira	Mestre em Saúde Pública	Coord. RAS-Fort.	3 meses	Estatutário do Estado

F	46	Assistente social	Mestranda em Serviço Social	Preceptora	Um ano	Terceirizada
F	–	Enfermeira	Mestre em Saúde Pública	Presidente da CIB	4 anos	Estatutário do Estado

Fonte: Elaborada pela autora

3.2 O CAMINHO TRILHADO NA PESQUISA

Em função dos objetivos da investigação o estudo configura-se como uma análise de política, especificamente de políticas públicas, uma vez que estamos tratando de instituições estatais e relações de poder na política de saúde ao nos referirmos à organização de redes, regionalização e governança.

Nas décadas de 1970 e 1980, foram desenvolvidos diversos modelos lineares de formulação e de análise de políticas. Tais modelos definiam o que Viana (1996) denomina de fases ou etapas da política: construção de agenda, projeto ou formulação de política, implementação e avaliação de política. As metodologias utilizadas enfatizavam a avaliação das políticas através *da análise do processo e dos impactos provocados pela implementação. A avaliação de processos visava, sobretudo, à aferição da eficácia dos programas e à avaliação da relação custo- benefício* (MAINARDES; FERREIRA; TELLO 2011, p. 153).

A partir da década de 1980 começam a emergir críticas aos modelos lineares e tecnicistas de análise de políticas. No cenário internacional, foram formuladas diversas abordagens e metodologias que consideravam como relevante o contexto em que as políticas eram formuladas e implementadas, bem como a percepção da análise das políticas de um ponto de vista crítico e o processo político numa perspectiva dialética.

A análise de políticas públicas tem sido tema de diversas pesquisas no Brasil, a exemplo dos estudos de Hochman (2007), que, de um ponto de vista histórico, discute a agenda internacional e políticas nacionais, no que se refere a erradicação da malária e varíola no Brasil; de Menicucci (2007), que realiza uma investigação sobre a análise da política de assistência à saúde, analisando a constituição do contexto político e organizacional da saúde a partir dos anos 1960; de Lima, Machado e Gerassi (2015), que fazem uma análise da política de saúde a partir da perspectiva do neoinstitucionalismo; de Viana, Lima e Oliveira (2002), que

discutem a política de saúde a partir da descentralização e do federalismo brasileiro; dentre outros.

Lima, Machado e Gerassi (2011) defendem que a análise de políticas públicas se configura como uma subárea de pesquisa, cujos os estudos são motivados pela reflexão sobre a ação do Estado ou dos governos e bastante influenciados pela produção acadêmica do campo das Ciências Sociais, particularmente, da Ciência Política. Ou como diz Cortes e Lima (2012, p. 35), *a classificação de áreas do conhecimento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) considera as políticas públicas como uma subárea da ciência política.*

Outros autores discutem a análise de políticas públicas como uma perspectiva metodológica. Sampaio e Araújo (2006, p. 337) realizaram um estudo no campo da prevenção à Aids, desenvolvendo a concepção teórica sobre a análise de políticas enquanto uma metodologia de estudo. Para eles, *a análise de política é uma técnica de estudo que permite formar uma opinião a respeito de determinada política pública.*

Deve-se considerar na análise a multiplicidade de fatores que conforma a política em questão, tais como os sujeitos ou atores, que são tanto os agentes que implementam as políticas quanto seu o público-alvo; o contexto, o conteúdo e o processo. Flexor e Leite (2006) apresentam em estudo, de forma sucinta e sistematizada, alguns aspectos teórico-metodológicos referentes à análise de políticas públicas. Para Araújo e Rodrigues (2017), o objeto de estudo da análise de políticas públicas são as decisões políticas e os programas de ação dos governos. As autoras dizem que

[...] as políticas públicas, enquanto objeto de estudo, configuram, em primeiro lugar, processos complexos e multidimensionais que se desenvolvem em múltiplos níveis de ação e de decisão — local, regional, nacional e transnacional. Em segundo lugar, envolvem diferentes atores — governantes, legisladores, eleitores, administração pública, grupos de interesse, públicos-alvo e organismos transnacionais —, que agem em quadros institucionais e em contextos geográficos e políticos específicos, visando a resolução de problemas públicos, mas também a distribuição de poder e de recursos.

Com base nessa definição, penso que definir os rumos de uma política pública envolve disputa travada no campo político e social, não só de interesses, mas

também de poderes, os mais diversos, sobretudo os localizados no aparelho do Estado.

Especificamente, a análise de políticas públicas de saúde vem se consolidando, no Brasil, pelo uso de diferentes abordagens metodológicas. As políticas públicas de saúde se estruturam em rede para delinear os caminhos que serão percorridos pelos gestores, trabalhadores e usuários dos serviços desde o planejamento à execução dos serviços. Nesse cenário estão inseridos aqueles diversos sujeitos, que defendem os mais diferentes interesses e com variados níveis de poder político, cultural, social, econômico e simbólico, estes de fundamental importância na formulação de estratégias de ação e negociações ou barganhas para a efetivação de direitos coletivos e individuais, sobretudo, de acesso.

Nesse sentido, a análise de políticas públicas é utilizada nesse trabalho como uma perspectiva metodológica que possibilita compreender a reorganização de redes de atenção à saúde. Tal forma de busca de compreensão da realidade exige que se considere as seguintes categorias: atores, conteúdo, processo e contexto. Ainda que as políticas públicas envolvam diversos atores o estudo limitou-se a aproximar-se apenas de gestores e gerentes, entendendo estes da forma como apresenta Campos (1992): *uma figura que coordena, que administra o autogoverno, compatibilizando-o às diretrizes do planejamento superior que negocia com as outras instâncias do Estado, e da sociedade, e que procura legitimar o trabalho da equipe local [...]*, e gestores como aqueles que possuem uma maior responsabilidade de articulação e condução da política de saúde, sendo responsável por gerir os recursos financeiros relativos à política.

Considero o conteúdo da política como sendo especificamente a reorganização em rede e seu processo de efetivação no contexto de governança neoliberal. Para retomar a compreensão do processo de efetivação da reorganização da saúde em rede foram consideradas a construção de agenda, a formulação e implementação da proposta de organização de redes de saúde.

O estudo visa refletir sobre a política pública de saúde considerando as categorias discutidas no capítulo dois do trabalho: governança, redes de atenção à saúde e regionalização no Ceará, esta última sendo considerada por entender que não é possível discutir rede de saúde sem falar de região de saúde. Trata-se de estudo realizado na Primeira Região de Saúde do Estado, no qual buscou-se uma

aproximação à realidade vivenciada pelos gestores e gerentes municipais e regionais de saúde, visando a compreensão do fenômeno governança e reorganização da política de saúde em redes.

Na busca de desvelar a realidade e por tratar de políticas públicas em que a opinião dos sujeitos é fundamental, escolhi fazer um estudo de base eminentemente qualitativa, sendo composto de pesquisas bibliográfica (obviamente, não há como se produzir conhecimento se não partindo do que há produzido sobre o assunto e, nesse sentido, foi realizada uma extensa leitura de textos científicos e livros, dos clássicos aos mais contemporâneos); documental e produção de dados *in loco, vis-à-vis*. A pesquisa bibliográfica me possibilitou construir ideias sobre o tema, de modo especial no que se refere a rede de atenção à saúde, regionalização da saúde, governança e análise de políticas, tendo como acervo livros, capítulos de livros, periódicos científicos impressos e/ou em mídia eletrônica, esses consultados, primordialmente, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

No que diz respeito à pesquisa documental, utilizei documentos dos órgãos governamentais, dentre eles, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/ Organização Mundial da Saúde (OMS): Declaração de Alma-Ata 1978, Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas; do Ministério da Saúde (MS): Lei 8.080/90, Portaria GM/MS nº 95/01, Plano Diretor de Regionalização – PDR/2006, Portaria GM/MS nº 4.279/2010, Decreto 7.508/11, Portaria nº 3.124/12, Portaria nº 2.436/12; e da Secretaria de Saúde do Estado: Plano Estadual de Saúde do Ceará de 2016-2019 e, principalmente, de Atas de reuniões (período 2012-2017) das Comissões Intergestores Regionais da Primeira Região de Saúde do Ceará – CRES Fortaleza.

Relativamente à produção de dados, as técnicas utilizadas foram a observação simples e a entrevista guiada por roteiro semiestruturado, quase todas gravadas com a permissão dos interlocutores. As entrevistas foram realizadas no espaço institucional que os sujeitos indicaram, onde acharam ser-lhes mais conveniente, pois o estudo primou pela comodidade do convidado da pesquisa. Nesse sentido, houve entrevista realizada na Universidade Estadual do Ceará (UECE) no Campus do Itapery, mas também nas secretarias dos municípios pesquisados, na SESA e nas Coordenarias Regionais de Saúde. O convite foi feito para que participassem da pesquisa de modo espontâneo, sendo-lhe assegurando, inclusive, a

possibilidade de desistir a qualquer tempo em que desejar, conforme consta nas questões éticas expressas neste estudo.

A escolha por esta modalidade de entrevista justifica-se pelo fato de possibilitar a combinação de perguntas fechadas e abertas em que eu, na qualidade de entrevistadora, pude abordar o tema proposto sem direcionar para as respostas preestabelecidas. Minayo (2014) assegura que a fala pode ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, transmitir as representações de determinados grupos com suas condições históricas, socioeconômicas e culturais, o que faz da entrevista um instrumento privilegiado de produção de informações. Com efeito, a escolha pela entrevista semiestruturada permitiu que os entrevistados tivessem maior liberdade de opinião e reflexão a respeito das questões apresentadas. A gravação me possibilitou um contato maior com o conteúdo subjetivo de suas falas sem o risco de perdas de informações importantes, que no ato da transcrição me fizeram rememorar os momentos *in loco* e perceber novas nuances – ainda que eu reconheça que a presença do gravador possa ter inibido algum sujeito, foi um risco que tive de correr.

Sendo a observação simples, do tipo não participante, ainda que eu estivesse presente em algumas reuniões, parte essencial do trabalho de campo da pesquisa social, ela me facilitou o contato com a realidade dos sujeitos, no sentido de permitir uma maior aproximação aos sujeitos e apreensão de uma diversidade de situações e fatos que subsidiaram a captação das informações possíveis de obter-se apenas pela aproximação à realidade dos gestores, sujeitos do estudo.

Oliveira (2006) chama a atenção para três maneiras de apreensão dos fenômenos sociais no exercício da pesquisa e da produção do conhecimento, que se referem diretamente ao olhar, ouvir e escrever. Enquanto no olhar e no ouvir *disciplinados pela disciplina*, ou seja, treinado pela apropriação do conhecimento acadêmico, *realiza-se nossa percepção, será no escrever que nosso pensamento exercitar-se-á de forma mais cabal [...]* (OLIVEIRA, 2006, p.18). O olhar e o ouvir possuem significação específica para um cientista social, tanto um quanto o outro *não podem ser tomados como faculdades totalmente independentes no exercício da investigação [...]* (OLIVEIRA, 2006, p. 21). Assim, concordando com ele, lancei-me à pesquisa, considerando o valor da entrevista tanto quanto o da observação simples.

A pesquisa exploratória iniciou-se em maio de 2016 quando visitei a SESA, principalmente a Coordenadoria Regional de Saúde (CORES); 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES); Sala da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Sala de Reunião da CORAC, Auditório Waldir Arcoverde e outros espaços da instituição. Realizei conversas informais com a coordenadora dessa 1ª CRES, com o coordenador (à época) da CORES e com a coordenadora da CIB. Essa nos passou informações valiosas a respeito da organização do processo de descentralização e regionalização da saúde no Ceará e da modelagem da rede de atenção à saúde.

Na fase exploratória da pesquisa assisti três reuniões da CIB. Todavia, meu objetivo era especificamente os municípios da 1ª Região de Saúde, mais fácil de observar num espaço onde estão representados apenas os municípios estudados. Daí a dedicação às reuniões de CIR. O conhecimento das datas e locais onde aconteceriam as reuniões das comissões se deram através do contato com as secretárias executivas das mesmas, pessoas sempre prontas a repassar informações.

A CIR foi o espaço de produção de dados por excelência, onde pude participar como ouvinte, observadora ou pesquisadora de 10 reuniões da CIR (três no ano de 2016 e sete ao longo de 2017) que durante o período da pesquisa, do segundo semestre de 2016 a novembro de 2017, aconteceram na SESA (Auditório Waldir Arcoverde, Sala de Reunião da CORAC, Auditório do SESAU) e algumas vezes em outros municípios.

A pesquisa empírica também foi desenvolvida nos municípios da 1ª Região de Saúde, considerando como *loco* específico para o diálogo as secretarias regionais, municipais e estadual de saúde, onde os secretários foram mais facilmente encontrados, algumas vezes, onde ocorreram as reuniões das Comissões Intergestores. Assim, as entrevistas e observações se deram nas SMS dos municípios, na SESA e nas Cores do município de Fortaleza, especificamente. A pesquisa exploratória que ocorreu no primeiro semestre de 2016 me levou a conhecer a estrutura da SESA e um pouco de seu funcionamento.

As observações e conversas informais que se deram, em sua maioria, nas Secretarias Estadual e Municipais de Saúde e nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES), foram anotadas em diário de campo, instrumento auxiliar fundamental no registro de informações, as quais sempre estiveram à disposição dos sujeitos para apreciação, podendo eles aprovar, reprovar, acrescentar ou propor

modificações nas anotações. Tais observações foram realizadas durante todo o percurso no campo (*being there*), de modo especial nos momentos em que participei de oito das reuniões das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Intergestores Regional (CIR), tendo maior ênfase nas reuniões de CIR, bem como durante toda a pesquisa exploratória.

Os sujeitos selecionados como informantes foram os gestores municipais e regionais de saúde, técnicos da gestão envolvidos com a atenção primária à saúde. Foram entrevistados os secretários de saúde dos municípios de Aquiraz, Eusébio, Itaitinga e Fortaleza, bem como os coordenadores regionais de saúde das seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) de Fortaleza e uma coordenadora regional da Atenção Primária à Saúde (APS) de um dos municípios do interior do Estado.

Assim, para uma amostragem representativa, que me permitisse desenvolver a contento o estudo, o único critério de inclusão de sujeitos foi a ocupação de cargos como gestor e coordenador da saúde da 1ª Região de Saúde do Ceará – CRES Fortaleza. Foram entrevistados ainda alguns informantes-chave, pessoas que em algum momento do período de desenvolvimento da pesquisa estiveram ocupando um cargo de gestão, ainda que não tenha sido secretário ou coordenador de saúde. Assim foram incluídos no estudo mais quatro sujeitos pelo cargo estratégico que ocupam ou ocupavam na política de saúde do Estado, totalizando 15 interlocutores.

Por ocasião da entrevista, a interação entre pesquisador e pesquisado se deu na busca de *uma comunicação 'não violenta'* (BOURDIEU, 2011, p. 695), pois é necessário que o pesquisador tenha consciência de sua posição hierárquica e da intrusão que realiza na vida do pesquisado no momento da entrevista. Algumas vezes os gestores pareciam sentir-se pressionados pelas questões dirigidas a eles. Assim, considerando as *duas propriedades [intrusão e hierarquia] inerentes à relação de entrevista, esforçamo-nos para fazer tudo para dominar os efeitos [...] para reduzir ao máximo a violência simbólica que se pode exercer através dele.* (BOURDIEU, 2011, p. 695).

Durante a produção de dados no caminhar pelos cenários da pesquisa pude perceber, concordando com Demo (2008), que o objeto de minha pesquisa era da mesma natureza que o sujeito, a pesquisadora. Minha presença o influenciava tanto quanto ele a mim, por isso foi necessário algum tempo, dias e mesmo meses

para a criação de um ambiente de confiança para que alguns gestores me concedessem entrevista.

Com alguns sujeitos eu não consegui estabelecer uma relação de confiança forte o suficiente que possibilitasse o diálogo. E essa foi uma das dificuldades vivenciadas na pesquisa. Teve caso específico de não empatia entre gestor e pesquisadora, e por mais que eu considerasse aquela intrusão discutida por Bourdieu (2011) e procurasse ser amistosa, com esse sujeito não logrei êxito. Mesmo sem as informações dessa pessoa que ocupa um cargo estratégico no Estado e seria informante-chave na pesquisa, não houve prejuízos nos resultados pela ausência de sua participação direta.

Outras dificuldades relativas à produção de dados pelo diálogo se deram também, pude perceber, por medo de algum gestor em relatar algo que supostamente o prejudicasse, ainda que eu tivesse deixado claro o compromisso com o sigilo de suas identidades.

A visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais envolvidos numa pesquisa estão implicadas em todo o processo de construção do conhecimento, da concepção do objeto ao resultado da pesquisa. Essa identidade é justificada pelo fato do objeto de estudo da pesquisa social ser sempre histórico (MINAYO, 2014). Como o estudo trouxe a valorização da fala dos sujeitos, busquei demonstrar que, a despeito das diferenças entre “idiomas culturais” (OLIVEIRA, 2006, p. 23) entre o universo do pesquisador e o do informante, há a possibilidade de diálogo na busca da construção do conhecimento. Sem embargo, reconheço as dificuldades que o campo apresentou, afinal, são subjetividades em contato, relações humanas em desenvolvimento.

Essa interação aponta para a perspectiva hermenêutica pesquisador e pesquisado, indicando a necessidade do cuidado, pois, no ato de ouvir, o pesquisador *exerce um poder extraordinário sobre o informante* (o inverso também é verdade) (OLIVEIRA, 2006, p. 23), que a meu ver necessita ser controlado. Desse modo, procurei aliviar a tensão das perguntas sempre que possível.

O campo empírico permitiu a aproximação do pesquisador à realidade a qual busca desvendar. Foi o momento em que se estabeleceu uma maior interação entre pesquisador e pesquisado, possibilitando a construção de um conhecimento empírico relevante para o conjunto das ciências sociais (MINAYO 2004), por isso tive

bastante cuidado ao delimitar os espaços em que gostaria de investigar o fenômeno social que estava propondo.

Para delimitar o campo da pesquisa me apropriei da ideia de Santos (2010, p.74) sobre o *conhecimento* [ser] *tanto mais rigoroso quanto mais restrito é o objeto sobre o que incide*. Nesse sentido, escolhi lançar o olhar para a realidade da reestruturação da rede de atenção à saúde da Primeira Região de Saúde do Estado do Ceará, (Região de Fortaleza), que pertence à primeira Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), responsável pelos municípios de Aquiraz, Eusébio, Fortaleza e Itaitinga. A delimitação de uma área menos extensa possibilitou um maior aprofundamento das questões levantadas a respeito da política de saúde.

Outro elemento de suma importância para a pesquisa foi as atas das reuniões (transcritas pela secretária da CIR), analisadas a partir do que se destacou em termos de negociações e pactuações em conformidade com a construção e estruturação da discussão de redes de saúde. As atas me foram enviadas via endereço eletrônico pela secretária da CIR, que tem como território ocupacional a SESA. De semelhante forma a secretária da CIB enviou-me suas atas.

O momento da análise na pesquisa qualitativa é compreendido como um diálogo entre as interpretações dos sujeitos, considerando a situação social em que se inserem (DESLANDES; ASSIS, 2002). Nesse sentido, no esforço de produzir uma análise crítica da realidade – num processo de idas e vindas (campo e gabinete) de afirmação e negação, da antítese à síntese, as informações produzidas a partir dos diálogos e observações, bem como de minhas impressões captadas a partir da participação nas reuniões CIR – parti do referencial analítico hermenêutico fundamentado no pensamento de Gadamer (2002), segundo o qual, a hermenêutica é a verdadeira arte da compreensão, entendendo que as análises consideram primeiro a interpretação dos sujeitos, depois a reinterpretação da pesquisadora. A perspectiva aqui adotada é a mesma orientada pelos ensinamentos de Geertz na antropologia hermenêutica quando diz que *somente um “nativo” faz a interpretação em primeira mão [...]* (GEERTZ, 2014, p. 11). Considero esta, a possibilidade de uma compreensão e interpretação mais aproximada da realidade dos sujeitos entrevistados.

Realizar pesquisa qualitativa requer do pesquisador um cuidado redobrado quanto às questões éticas, pois estará tratando com subjetividades, sendo necessária uma postura que considere o pesquisado como sujeito e não como objeto de estudo.

Assim, ter ética na pesquisa supõe, por parte do pesquisador, *uma constante atividade auto reflexiva, bem como a elaboração da problemática do outro, não mais como “objeto”, mas como parceiro intelectual no exame do fenômeno que se quer conhecer* (SCHMIDT, 2008, p.47).

Face ao argumento da autora, nesta pesquisa segui os passos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que orienta os projetos de pesquisas envolvendo seres humanos. *A presente Resolução [...] visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado* (BRASIL, 2012b).

Todos os sujeitos participantes do estudo comprovaram o seu voluntarismo em participar da mesma através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado em duas vias, ficando uma comigo, pesquisadora, e outra com o interlocutor do estudo. Ao convidá-los para participar dessa investigação foram informados sobre o objetivo da pesquisa, meu compromisso enquanto pesquisadora com o sigilo de suas identidades, sua liberdade de participação, sendo-lhes assegurado o direito de desistir de participar do estudo a qualquer tempo. Ressalto que o projeto desse estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará e aprovado sob o parecer número 2.041.741, em 02/05/2017.

Sendo a SESA o principal local de observação, por ser lá que se realizam, na maioria das vezes, as reuniões dos colegiados gestores CIB e CIR e por ser a coordenadora dos processos de organização da saúde no Estado, apresento sua estrutura organizacional no Quadro 4, dada pelo Decreto Nº 31.531, de 14 de julho de 2014.

Quadro 4 – Organização da SESA

(continua)

Direção superior	Secretário da Saúde
	Secretário Adjunto da Saúde
Gerência superior	Secretaria Executiva
Órgãos de assessoramento	Assessoria de Desenvolvimento Institucional
	Assessoria Jurídica
	Assessoria de Comunicação e Informação
	Ouvidoria

*Órgãos de execução programática		Obs.: estes órgãos estão listados em quadro à parte por serem em grande número.
Órgãos de execução instrumenta I	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde	Núcleo de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
		Núcleo de Desenvolvimento Humano
		Núcleo de Direitos e Vantagens
		Núcleo de Cadastro, Pagamento e Benefícios
		Núcleo de Valorização, Negociação e Educação em Saúde
	Coordenadoria Administrativo-Financeira	Núcleo de Planejamento de Compras
		Núcleo de Economia da Saúde
		Núcleo de Execução e Controle Orçamentário
		Núcleo de Contabilidade e Execução Financeira
		Núcleo de Obras e Manutenção
Unidade de Gerenciamento de Projetos		
Órgão colegiado		Conselho Estadual de Saúde
Entidade vinculada		Escola de Saúde Pública

***Órgãos de execução programática**

Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde	Núcleo de Atenção Primária
	Núcleo de Atenção Especializada
	Núcleo de Atenção de Urgência e Emergência
	Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente
	Núcleo de Atenção à Saúde Bucal
	Núcleo de Atenção à Saúde Mental
Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher	
Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde	Núcleo de Vigilância Epidemiológica
	Núcleo de Vigilância Sanitária
	Núcleo de Vigilância Ambiental
	Núcleo de Controle de Vetores
	Núcleo de Informação e Análise em Saúde
	Núcleo de Imunização
Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	Núcleo de Informação e Controle de Serviços de Saúde
	Núcleo de Auditoria e Gestão do SUS
	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
	Central de Regulação
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica	Núcleo de Medicamentos de Caráter Excepcional
	Núcleo de Fitoterápicos

(conclusão)

	Núcleo de Medicamentos Essenciais e Estratégicos
Coordenadoria das Regionais de Saúde	1ª Coordenadoria Regional de Saúde – Fortaleza
	2ª Coordenadoria Regional de Saúde – Caucaia
	3ª Coordenadoria Regional de Saúde – Maracanaú
	4ª Coordenadoria Regional de Saúde – Baturité
	5ª Coordenadoria Regional de Saúde – Canindé
	6ª Coordenadoria Regional de Saúde – Itapipoca
	7ª Coordenadoria Regional de Saúde – Aracati
	8ª Coordenadoria Regional de Saúde – Quixadá
	9ª Coordenadoria Regional de Saúde – Russas
	10ª Coordenadoria Regional de Saúde - Limoeiro do Norte
	11ª Coordenadoria Regional de Saúde – Sobral
	12ª Coordenadoria Regional de Saúde – Acaraú
	13ª Coordenadoria Regional de Saúde – Tianguá
	14ª Coordenadoria Regional de Saúde – Tauá
	15ª Coordenadoria Regional de Saúde – Crateús
	16ª Coordenadoria Regional de Saúde - Camocim
	17ª Coordenadoria Regional de Saúde – Icó
	18ª Coordenadoria Regional de Saúde – Iguatu
	19ª Coordenadoria Regional de Saúde - Brejo Santo
	20ª Coordenadoria Regional de Saúde – Crato
	21ª Coordenadoria Regional de Saúde - Juazeiro do Norte
	22ª Coordenadoria Regional de Saúde – Cascavel
Superintendência de Apoio à Gestão da Rede de Unidades de Saúde ⁵	
Obs.: optei por não elencar aqui todas as unidades desse órgão por serem muitos e desnecessário.	

Fonte: CEARÁ (2014b)

3.3 MUNICÍPIOS DA PRIMEIRA REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ

O Estado brasileiro configura-se como uma unidade federativa extensa e complexa, da qual fazem partes 26 Estados, um Distrito Federal e 5.570 municípios. Cada um com uma realidade específica. As regiões, formadas por vários municípios e configurando-se como espaços de vida e convivência, com um significado mais amplo que território geográfico, são formadas por uma complexidade de relações

⁵ A Superintendência de Apoio à Gestão da Rede de Unidades de Saúde (SRU) é um órgão que se situa dentro da Sesa e é responsável pela gestão da rede de unidades hospitalares.

sociais, culturais, ambientais, identitárias etc. Uma região, como um conjunto de realidades locais, possui uma dinâmica própria com seus arranjos e modos de integração.

A organização do Brasil em federação tem se tornado relevante para a política de saúde, sobretudo, a partir da Constituição de 1988, quando instituiu o sistema de saúde brasileiro como sendo único, público e universal, orientando-se pela descentralização político-administrativa, com comando único em cada esfera de governo.

O Decreto 7.508/11 estabelece a organização do SUS em Regiões de Saúde, as quais são instituídas pelo Estado em articulação com os seus respectivos municípios, representando um espaço de gestão compartilhada da rede de ações e serviços de saúde.

A região de saúde tem ganhado notoriedade pela necessidade de integrar o que a descentralização não conseguiu ou mesmo fragmentou do ponto de vista técnico, operativo e organizacional (SANTOS, 2014). Há uma necessidade de integração dos serviços de saúde. *[É] inconcebível um sistema único que se fraciona em 5.570 sistemas municipais e 27 sistemas estaduais; sem contar com a centralização das políticas de saúde nas mãos do governo federal e com a imensa fragmentação dos diversos programas federais, que muitas vezes não respondem as necessidades de saúde de determinadas regiões (SANTOS, 2014, p 440).*

A região de saúde tem uma importância singular para a organização dos serviços e cumprimento dos princípios do SUS, uma vez que ela é, como diz um entrevistado: *[...] na verdade, as regionais [regiões de saúde], elas são a correia transmissora das políticas (IC2).* Ou como refere Santos (2014), ela é

[...] o espaço de promoção de equidade entre os entes federativos ao solidarizarem-se uns em relação aos outros para efetivamente garantir igualdade ao reconhecer e atuar solidariamente em nome das desigualdades municipais. Mas essa solidariedade deve estar prevista no contrato, assumida de maneira documental, com segurança jurídica e de forma sistêmica e hierárquica no tocante à complexidade e oportunidade do serviço (SANTOS, 2014, p 3).

Assim, a Região de Saúde, configura-se como espaço territorial, formado por um conjunto de municípios integrados e interdependentes, que têm como objetivo político a pactuação na busca de soluções para problemas comuns da saúde, sendo delimitada pela malha viária, proximidades dos municípios, deslocamento da

população aos serviços de saúde, capacidade máxima dos serviços de saúde existente nos municípios e disposição política para pactuação (CEARÁ, 2014).

No Decreto 7.508/11, em seu art. 2º, consta a definição de Região de Saúde como sendo o

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

O Estado do Ceará está localizado na região Nordeste do Brasil, limitando-se a Norte com o Oceano Atlântico; ao Sul com o Estado de Pernambuco; a Leste com os Estados do Rio Grande do Norte e Paraíba e a Oeste com o Estado do Piauí. Sua população é de 8.452.381 habitantes, estimada para 2017 em 9.020.460 habitantes e uma densidade demográfica de 56,76 hab./km² (CEARÁ, IPECE, 2007).

O campo empírico do estudo é a 1ª Região de Saúde do Ceará, que possui uma população total de 2.606,663 habitantes distribuídos nos quatro municípios que a compõem e que são apresentados seguindo a ordem alfabética de seus nomes. O primeiro município apresentado é Aquiraz seguido por Eusébio. O terceiro é Fortaleza, a capital do Estado, por conseguinte, o maior deles em população. Por fim o município de Itaitinga com menor número de habitantes, conforme expresso no quadro 2.

A regionalização da saúde no Ceará, desde o final de 2014, é constituída por 22 regiões de saúde e cinco macrorregiões. Uma Macrorregião de Saúde constitui um sistema com resolubilidade nos três níveis de atenção para uma população residente em um território geograficamente definido no PDR e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, sendo responsável por serviços especializados de alto custo e complexidade. As cinco macrorregiões de saúde são identificadas como Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe. Assim se estrutura o Sistema Estadual de Saúde em termos de regionalização no Ceará (CEARÁ, 2014a). Abaixo a ilustração na Tabela 1 das macrorregiões com suas respectivas populações e seu percentual em relação ao total do Estado do Ceará.

Tabela 1 – Macrorregiões de Saúde e a população de abrangência (IBGE, 2013)

Macrorregião de saúde	População	%
Fortaleza	4.560.149	51,9
Sobral	1.606.608	18,3
Cariri	1.448.475	16,5
Sertão Central	631.037	7,2
Litoral Leste/Jaguaribe	532.306	6,1
População do Estado:	8.778.575	100,0

Fonte: Revisão do Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde – PDR do Estado do Ceará – 2014b.

O Ceará possui 184 municípios, o que se supõe 184 sistemas municipais de saúde, distribuídos nas suas respectivas regiões de saúde, conforme observa-se abaixo no mapa dos municípios cearenses com sua divisão em cinco macrorregiões de saúde.

LEGENDA – Macrorregiões de Saúde

Macrorregião de Fortaleza

Macrorregião de Sobral

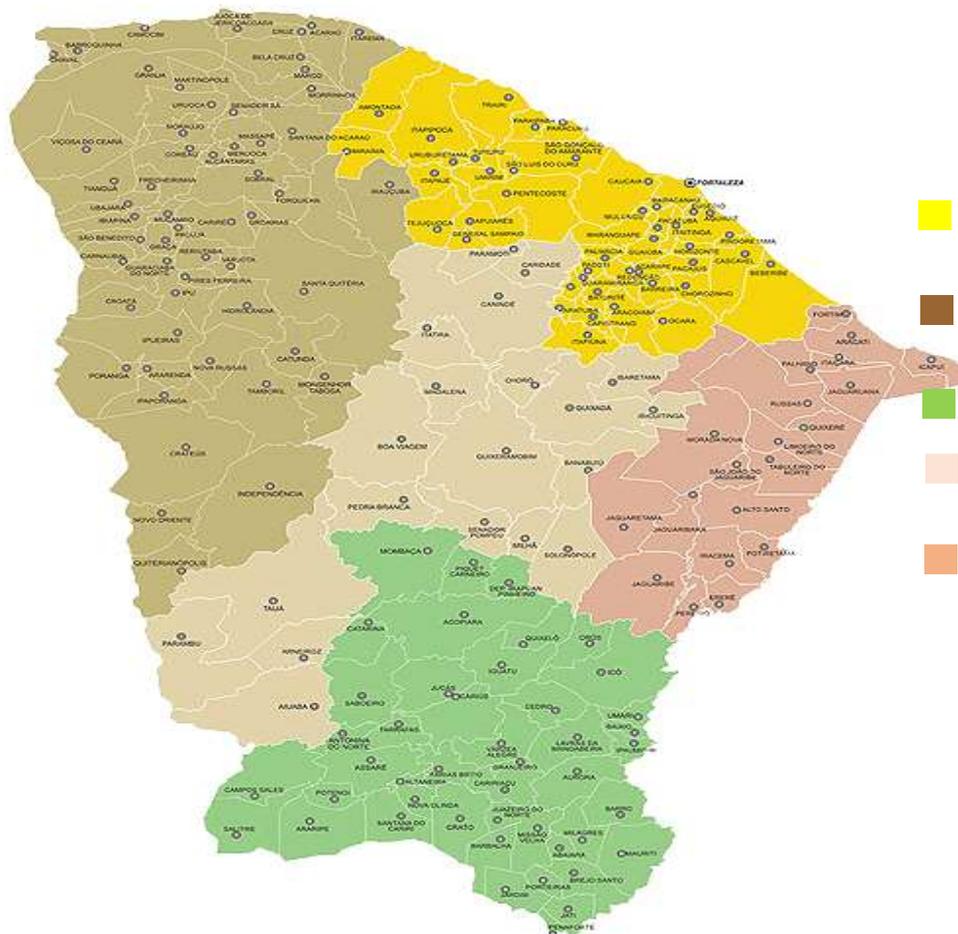
Macrorregião de Cariri

Macrorregião do Sertão Central

Macrorregião do Litoral Leste /Jaguaribe

Mapa 1 - Mapa do Ceará

MAPA DO CEARÁ (MACRORREGIÕES)



Fonte: Revisão do Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde – PDR do Estado do Ceará – 2014

Até o início de 2014 a Macrorregião de Fortaleza era composta por dez Regiões de Saúde, que agregava os seguintes municípios, pertencentes às respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES): Fortaleza (1ª Região), Caucaia (2ª Região), Maracanaú (3ª Região), Baturité (4ª Região), Canindé (5ª Região), Itapipoca (6ª Região), Aracati (7ª Região), Russas (9ª Região), Limoeiro do Norte (10ª Região) e Cascavel (22ª Região). Com a criação da quinta macrorregião – Litoral Leste/Jaguaribe – os municípios das regiões de Aracati, Limoeiro do Norte e Russas passam a integrá-la, deixando de pertencer, assim, à Macrorregião de Fortaleza, do mesmo modo, a região de Canindé passou a pertencer à do Sertão

Central. Desse modo, os municípios que estão sob a responsabilidade da Macro de Fortaleza são os das regiões: 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 6ª e 22ª (CEARÁ, 2014).

De acordo com publicação da SESA, cada região possui um órgão de representação da Secretaria Estadual da Saúde denominada Coordenadoria Regional de Saúde (CRES). Ainda pelo que consta na referida publicação, apenas a região de Cascavel, criada pela Resolução n.º 10/2005 do CESAU, não se enquadra nesses termos, ficando técnico-administrativamente a cargo da CRES de Fortaleza (CEARÁ, 2014). Na verdade, Cascavel encontra-se nesta situação porque o município não assumiu a regionalização tal como os demais. No entanto, está sob a responsabilidade de Fortaleza apenas administrativamente, pois toda sua política de saúde é independente, tem sua própria epidemiologia e organização regional (Diário de campo – pesquisa exploratória).

A CRES é organizada tendo como componentes: um orientador regional de saúde (responsável pela CRES), um assistente técnico e um auxiliar técnico administrativo financeiro (assessores do orientador regional) e uma equipe técnica de apoio, e tem como funções coordenar o Sistema de Saúde Estadual em âmbito regional, alimentar o sistema de informação estadual, analisar e retroalimentar os municípios, mantendo contato direto com a SESA e programar suas ações, considerando as necessidades das populações nas regiões, obedecendo à flexibilidade necessária para que os municípios se adequem às diversidades locais existentes. (CEARÁ, 2014).

Quadro 5 – Composição da Região de Saúde e a população de abrangência

Região	Município Sede e Polo		Municípios adscritos	
Fortaleza	Fortaleza	2.551.805	Aquiraz	76.186
			Eusébio	49.455
			Itaitinga	37.705
Total habitantes 1ª Região				2.715.151

Fonte: Revisão do Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde – PDR do Estado do Ceará – 2014b

3.3.1 Elementos constitutivos da saúde dos municípios da pesquisa

I) AQUIRAZ

Aquiraz possui uma área territorial de 481,596 km² (IBGE, 2010); uma população de 72.628 habitantes, estimada para 2017 em 79.128 habitantes e densidade demográfica de 150,50 hab./km². Está limitado ao norte pelo Oceano Atlântico, Fortaleza e Eusébio; ao sul, por Horizonte, Cascavel e Pindoretama; ao leste pelo Oceano Atlântico e ao oeste pelos municípios de Eusébio, Itaitinga e Horizonte (IPECE, 2016).

Prefeitura municipal de Aquiraz é administrativamente formada pelo Gabinete do Prefeito; Secretaria de Administração e Planejamento; Secretaria de Saúde; Secretaria de Turismo; Secretaria do Trabalho e Assistência Social; Controladoria Geral; Secretaria de Meio Ambiente, Urbanismo, Desenvolvimento Agrário e Recursos Hídricos; Secretaria de Finanças; Secretaria de Esporte, Juventude e Lazer; Secretaria de Cultura; Secretaria de Educação e Secretaria de Infraestrutura. Além das Secretarias e Controladoria possui ainda Assessoria de Relações Políticas e Institucionais e Comissão de Licitação.

A População extremamente pobre do município totaliza 7.869, o que equivale o percentual de 10,83 da população municipal. O número é ainda maior quando se volta o olhar para as áreas rurais: 15,58% (864 em números absolutos) da população. Esse número da população extremamente pobre é relevante, ainda que seja menor que a população do Estado nessas condições que é de 1.502.924, representando um percentual de 17,78 (IPECE, 2016).

Com relação ao Abastecimento de Água, a partir dos dados de 2015, observa-se que o percentual da taxa de cobertura d'água urbana, 98,80%, maior que a do Estado que é de 92,06% (IPECE, 2016). Se as condições de cobertura de abastecimento de água o município está um pouco melhor que o Estado, quando se trata de cobertura urbana de esgoto é exatamente o contrário, pois sua taxa é de 49,57 % para 38,24% do Estado. Quanto à energia elétrica e lixo coletado o município tem 19.493 domicílios favorecidos, o que equivale a 99,10% e 14.800, sendo 75,24%, respectivamente (IPECE, 2016).

No que diz respeito à regionalização da saúde, Aquiraz faz parte da Região de planejamento da Grande Fortaleza, tal qual os demais municípios pesquisados.

Possui um quantitativo total de 38 unidades públicas de saúde e nenhuma privada. Com relação ao tipo de estabelecimentos de saúde, dispõe de 55 unidades conforme consta na tabela 2, das quais, 30 são unidades básicas de saúde, 3 são postos de saúde (tal como consta no DataSUS – CNES, não havendo explicação da diferença para unidade básica), o que pode ser um indicativo de valorização da atenção básica, tem apenas 10 centros de especialidades. Possui ainda uma unidade de saúde indígena, equipamento importante, visto existir comunidades reconhecidamente indígenas no município (povo Jenipapo-Kanindé).

Quadro 6 – Unidades de saúde ligadas ao SUS, por tipo de prestador – 2015/Aquiraz

Tipo de Prestador	Unidades de saúde ligadas ao SUS	
	Quantidade	%
Pública	45	97,82
Privada	1	2,18
Total	46	100

Fonte: CNES/DATASUS – julho de 2018.

No que diz respeito a unidades de saúde que atendem a população, observa-se que o município detém quase 100% de instituições públicas, tendo apenas uma, privada que presta atendimento pelo SUS.

Tabela 2 – Tipos de estabelecimentos de saúde por município da 1ª Região de Saúde do Ceará/Aquiraz

DESCRIÇÃO	(continua)
	QUAN T.
Posto de Saúde	3
Centro de Saúde /unidade Básica	30
Policlínica	1
Hospital geral	1
Consultório Isolado	1
Clínica /centro de especialidade	10

(conclusão)

Unidade Móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	1
Farmácia	3
Central de Gestão em Saúde	1
Centro de Atenção psicossocial	2
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	1
Polo academia da Saúde	1
TOTAL	55

Fonte: DATASUS – CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – julho de 2018.

Quadro 7 – Profissionais de saúde, ligados ao (SUS) – 2015/Aquiraz

Discriminação	Profissionais de saúde ligados ao SUS	
	Município	Estado*
Total	576	67.093
Médicos	156	12.239
Dentistas	43	2.986
Enfermeiros	71	7.609
Técnico/auxiliar de enfermagem	32/97	-
Agentes comunitários de saúde (ACS)	117	15.467
Auxiliar em saúde bucal	34	-

Fontes: Fonte: (BRASIL, 2018) CNES – junho de 2018.

*Perfil básico dos municípios – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) – 2016

Com relação ao número de profissionais de saúde ligados ao SUS, o município de Aquiraz possui o maior quantitativo na categoria Médica, indicando uma atenção centrada na figura do médico, uma vez que esse profissional supera em quantidade até mesmo os ACS (117) que tem uma cobertura de populacional de 100%.

Essa oferta de serviços médicos é avaliada de modo bastante positivo pelo Secretário de Saúde que reconhece não enfrentar dificuldades, como seus vizinhos, em razão do Programa Mais Médicos que tem incrementado o atendimento. Todavia há que se problematizar que esses profissionais ficam no município por tempo limitado, conforme afirma o entrevistado

[...] haja vista não serem do quadro efetivo de trabalhadores municipais e sim bolsistas de programa federal, sendo para estes profissionais vantajoso o desenvolvimento de atividades profissionais ligadas ao Programa pois, além de ter uma remuneração generosa, vale pontuação curricular para a seleção das residências médicas (GM - 1).

Mesmo tendo suas limitações, os programas de bolsas têm incrementado o acesso aos serviços de saúde, de modo especial na atenção básica. Todavia, a política de saúde do país e tais programas estão ameaçados pelo congelamento de recursos para as políticas sociais e outras medidas de austeridade do governo federal.

Quadro 8 – Principais Indicadores de Saúde – 2015/Aquiraz

Discriminação	Principais Indicadores de Saúde	
	Município	Estado
Médicos/1.000/hab.	1,58	1,37
Dentistas/1.000/hab.	0,48	0,34
Leitos/1.000/hab.	1,20	2,18
Unidades de saúde/1.000 hab.	0,49	0,43
Taxa de internação por AVC (40 anos ou mais)/10.000 hab.	24,27	28,87
Nascidos vivos	1.244	129.578
Óbitos	6	1.584
Taxa de mortalidade infantil/1.000 nascidos vivos	4,82	12,22

Fonte: Perfil básico dos municípios – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) – 2016

Com relação aos principais indicadores de saúde, Aquiraz apresenta, em relação ao Estado, os melhores indicadores: maior número de médicos, de dentistas e de unidades de saúde/1.000 hab., além de uma taxa de mortalidade infantil/1.000 nascidos vivos de 4,82 ao passo que o Estado tem uma taxa de 12,22.

Para 2018, o portal do Ministério da Saúde apresenta o seguinte quadro de cobertura populacional pelas equipes de saúde da família e saúde bucal, conforme o quadro 10.

Quadro 9 – Cobertura de Atenção Básica e Saúde Bucal – 2018/Aquiraz

2018	Pop.	Nº eSF	Estim.		Cob. Pop. eSF	Nº eSB	Estim.		Cob. Pop. Estimada eSB
			Pop. eSF	Cob. eSF			Pop. eSB	Cob. eSB	
Abr.	79.128	28	79.128	100%		22	75.900	95,92%	

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica/DAB – julho de 2018.

O quadro 10 apresenta em 2018, uma cobertura de 100% da população atendida pela Equipe de Saúde da Família e um percentual de cobertura da saúde bucal estimada em 95,92%. Esses dados expressam a importância da atenção básica no município.

II) EUSÉBIO

Em divisão territorial datada de 1 de julho de 1960, o distrito de Eusébio permanece no município de Aquiraz. Assim permanecendo em divisão territorial datada 18 de agosto de 1988. Elevado à categoria de município com a denominação de Eusébio pela Lei Estadual n.º 11.333, de 19 de junho de 1987, sendo desmembrado de Aquiraz. Sede no antigo distrito de Eusébio. Constituído do distrito sede. Instalado em 01 de janeiro de 1989. Em divisão territorial datada de 1991, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2014 (IBGE, s/d).

A Prefeitura municipal de Eusébio é composta administrativamente pelos órgãos listados: Gabinete do Prefeito; Autarquia de Meio Ambiente e Controle Urbano; Procuradoria Geral do Município; Autarquia Municipal de Trânsito; Secretaria de Cultura e Turismo; Secretaria de Desenvolvimento Social; Secretaria de Educação; Secretaria de Saúde; Secretaria de Finanças e Planejamento; Secretaria de Obras; Secretaria de Segurança Pública e Cidadania;

Eusébio tem uma área territorial de 79,005 km² (IBGE, 2010); uma população de 46.033 habitantes, estimada para 2017 em 52.667 habitantes e densidade demográfica de 582,66 hab./km². Faz limite ao norte com Fortaleza, ao sul, com o município de Aquiraz, ao leste com também com Aquiraz e a oeste com Fortaleza e Itaitinga (IPECE, 2016).

No que diz respeito ao saneamento básico, pode-se caracterizar o município, com dados referentes ao ano de 2015, da seguinte forma: a) quanto ao abastecimento de água: a cobertura d'água com ligações reais é de 16.470 e de 13.872 com ligações ativas, sendo o percentual da taxa de cobertura d'água urbana (96,69%) maior que a do Estado que é de 92,06% e b) quanto ao esgotamento Sanitário: a cobertura urbana de esgoto, é de apenas 1.720 ligações ativas (13,70%), um percentual muito inferior ao estadual, que é de 38,24%.

Quanto à energia elétrica e lixo coletado, dados de 2010, o município possui 12.627 domicílios particulares favorecidos com energia elétrica, uma taxa de 99,34% e 11.955 domicílios particulares favorecidos com coleta lixo, o equivalente a 94,05%. Se se compara esses serviços entre os níveis municipal e estadual, observa-se que a cobertura de energia elétrica estadual é de 98,94% e a de lixo coletado é de 75,34%. Tanto a cobertura de energia elétrica quanto a de lixo coletado por parte do Estado são inferiores às municipais, sendo pior o desempenho da coleta de lixo (IPECE, 2016).

Quando se observa a quantidade de unidades de saúde do SUS por tipo de prestador, vê-se que a maioria é pública, apenas uma é privada. O que torna o município um privilegiado em termos de atenção pública à saúde da população. Ainda que tenha um grande número (26) de clínicas de especialidades, conta com 16 centros de saúde da atenção básica e uma cobertura de atenção primária de 100%. De modo geral, observa-se que dentre os municípios pesquisados, Eusébio tem uma melhor atenção à saúde da população.

Quadro 10 – Unidades de saúde ligadas ao SUS, por tipo de prestador – 2015/Eusébio

Tipo de Prestador	Unidades de saúde ligadas ao SUS	
	Quantidade	%
Pública	32	96,97
Privada	1	3,03
Total	33	100

Fonte: CNES/DATASUS – julho de 2018.

As unidades de saúde que prestam atendimento pelo SUS no município, em sua maioria, são instituições públicas. Apenas uma é privada. O que pode indicar

uma valorização da responsabilidade com a saúde assumida pelo poder público no município.

Tabela 3 – Tipos de estabelecimentos de saúde por município da 1ª Região de Saúde do Ceará/Eusébio

DESCRIÇÃO	QUANT.
Centro de Saúde/Unidade Básica	17
Hospital geral	1
Consultório isolado	17
Clínica/centro de especialidade	29
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	1
Unidade Móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	2
Unidade de vigilância em saúde	1
Hospital/dia – isolado	2
Central de gestão em saúde	1
Centro de Atenção Psicossocial	2
Pronto Atendimento	1
Polo Academia da Saúde	1
Central de Regulação Médica das Urgências	1
TOTAL	76

Fonte: CNES/DATASUS — Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – julho de 2018.

Através de pesquisa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) encontrei que Eusébio conta com um total de 576 profissionais de saúde, entre os níveis médio e superior, dos quais 209 são médicos, categoria que supera todas as outras em número, indicando a tradicional forma da saúde funcionar em torno da figura do médico. Somando os demais profissionais de nível superior indicados no quadro 12 totaliza 150, o quantitativo é muito inferior ao número de médicos. Até mesmo o quantitativo de ACS, categoria fundamental na Estratégia Saúde da Família, é muito reduzido, apenas 49.

**Quadro 11 – Profissionais de saúde, ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS)
– 2015/Eusébio**

Discriminação	Profissionais de saúde do SUS	
	Município	Estado*
Total	576	22.834
Médicos	209	12.239
Dentistas	49	2.986
Enfermeiros	101	7.609
Técnico/auxiliar de enfermagem	59/78	-
Agentes comunitários de saúde	49	15.467
Auxiliar em saúde bucal	31	-

Fontes: Fonte: CNES – junho de 2018.

*Perfil básico dos municípios – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) – 2016

Quadro 12 – Principais Indicadores de Saúde – 2015/Eusébio

Discriminação	Principais Indicadores de Saúde	
	Município	Estado
Médicos/1.000/hab.	3,36	1,37
Dentistas/1.000/hab.	0,57	0,34
Leitos/1.000/hab.	1,76	2,18
Unidades de saúde/1.000 hab.	0,57	0,43
Taxa de internação por AVC (40 anos ou mais)/10.000 hab.	30,36	28,87
Nascidos vivos	1.259	129.578
Óbitos	6	1.584
Taxa de mortalidade infantil/1.000 nascidos vivos	4,77	12,22

Fonte: Perfil básico dos municípios – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) – 2016.

O quadro dos principais indicadores de saúde (dados de 2015) mostram que Eusébio apresenta, em relação ao Estado, alguns indicadores melhores, por exemplo possui um maior quantitativo de médicos, da ordem de 3,36 médicos/1.000/hab., enquanto o Estado tem apenas 1,37.

Quadro 13 – Cobertura de Atenção Básica e Saúde Bucal/Eusébio

2018	Pop.	Nº eSF	Estim. Pop. Cob. eSF	Cob. Pop. Estimada eSF	Nº eSB	Estim. Pop. Cob. eSB	Cob. Pop. Estimada eSB
Abr.	52.667	18	52.667	100%	16	52.667	100%

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica/DAB – julho de 2018.

Com relação à cobertura da atenção básica e da saúde bucal, o município de Eusébio apresenta uma posição positiva, uma vez que a estimativa da população coberta por equipes tanto de saúde da família quanto de saúde bucal é da ordem de 100%, segundo dados do Departamento de Atenção Básica/DAB, em julho de 2018.

III) FORTLEZA

Fortaleza foi elevada à categoria de município com essa denominação através da Resolução Régia de 09-03-1725. Uma divisão territorial de 1960, constituiu o município de 5 distritos: Fortaleza, Antônio Bezerra, Messejana, Mondubim e Parangaba. A mais recente reforma administrativa do município foi realizada em 1º de janeiro de 1997, em que a cidade foi dividida em seis regiões administrativas: as Secretarias Executivas Regionais (SERs), através da Lei nº 8.000. Em 2010 a Lei Complementar 0077 criou a Secretaria Executiva Regional Centro (IBGE, s/d). Na primeira gestão do Prefeito Roberto Cláudio (2013) essas Secretarias deixam de ter o termo Executivas em seu nome e passa a se chamar apenas Secretaria Regional.

Município sede da 1ª Região de Saúde, Fortaleza possui uma área territorial de 314,930 km² (IBGE, 2010); uma população de 2.452.185 habitantes, estimada para 2017 em 2.627.482 habitantes e densidade demográfica de 7.786,44 hab./km². Está limitada ao norte pelo Oceano Atlântico e Caucaia; ao sul, por Maracanaú, Pacatuba, Itaitinga e Eusébio; ao leste, pelos municípios de Eusébio e Aquiraz e pelo Oceano Atlântico; a oeste, por Caucaia e Maracanaú (IPECE, 2016).

Atualmente, a Prefeitura municipal de Fortaleza apresenta administrativamente a seguinte estrutura: Administração Direta; Gabinete do Prefeito; Gabinete do Vice-Prefeito; Secretaria Municipal de Governo; Procuradoria Geral do Município; Secretaria de Finanças; Secretaria de Conservação e Serviços Públicos;

Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão; Secretaria de Urbanismo e Meio Ambiente; Secretaria de Infraestrutura; Secretaria Desenvolvimento Social; Direitos Humanos e Combate à Fome; Secretaria de Cultura; Secretaria de Controladoria, Ouvidoria e Transparência; Secretaria de Educação; Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria de Habitação; Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Trabalho; Secretaria de Turismo; Secretaria de Segurança Cidadã; Secretaria de Esporte; Secretaria de Planejamento de Fortaleza; Secretarias Regionais – SR I, SR II, SR III, SR IV, SR V, SR VI e Secretaria Regional do Centro, de acordo com a Lei Complementar Nº 0137, de 08 de janeiro de 2013 – DOM Nº 14.952 (FORTALEZA, 2013)

Localizada no litoral norte do Estado do Ceará, Fortaleza possui uma população de 2.452.185 habitantes, segundo o senso do IBGE/2010. A População extremamente pobre do município totaliza 133.992, o que equivale ao percentual de 5,46% da população do município. Ainda que esse percentual seja inferior ao do Estado do Ceará, que é de 17,78%, é um índice muito alto. São muitas pessoas vivendo sem acesso a condições básicas de vida (IPECE, 2016).

Com relação ao Abastecimento de Água, a partir dos dados de 2015, observa-se que o percentual da taxa de cobertura d'água urbana, 99,72%, um pouco maior que a do Estado que é de 92,06% (IPECE, 2016). As condições de cobertura de abastecimento de água do município são apenas um pouco melhores que as do Estado, já em se tratando da cobertura urbana de esgoto é consideravelmente melhor, pois tem uma taxa de 57,72% enquanto o Estado tem somente 38,24%. Quanto à energia elétrica e lixo coletado o município tem quase a totalidade de domicílios favorecidos com energia elétrica, 99,43% e de domicílios com lixo coletado um pouco menos, 95,22% (IPECE, 2016).

De acordo com o IPECE (2016), Fortaleza possui um quantitativo total de 286 unidades de saúde, das quais, 194 são públicas e 92, privadas. Quanto ao tipo de estabelecimentos de saúde, a capital do Estado do Ceará possui um grande número de unidades privadas de saúde ligadas ao SUS, 90 para 194 públicas.

Quadro 14 – Unidades de saúde ligadas ao SUS, por tipo de prestador – 2015/**Fortaleza**

Tipo de Prestador	Unidades de saúde ligadas ao SUS	
	Quantidade	%
Pública	253	72,70
Privada	95	27,30
Total	348	100

Fonte: CNES/DATASUS – julho de 2018

Fortaleza possui um maior quantitativo de unidades públicas de saúde se comparado com as entidades privadas que prestam atendimento à população pelo SUS. Todavia, o número de instituições privadas que recebem recursos do SUS ainda é bastante elevado na capital. Principalmente se se considera determinados serviços especializados que são ofertados apenas, ou em sua maioria, pela iniciativa privada. A exemplo dos tratamentos oncológicos e terapias renais substitutivas.

Tabela 4 – Tipos de estabelecimentos de saúde da 1ª Região de Saúde do Ceará/Fortaleza

(continua)

DESCRIÇÃO	QUANT
Centro de Saúde/Unidade Básica	112
Policlínica	8
Hospital Geral	40
Hospital Especializado	47
Pronto Socorro Especializado	6
Consultório isolado	3697
Clínica/centro de especialidade	1647
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT isolado)	90
Unidade Móvel terrestre	5
Unidade Móvel de Nível pré-hospitalar na Área de Urgência	32
Farmácia	2

(conclusão)

Unidade de Vigilância em Saúde	6
Cooperativa ou Empresa de Cessão de Trabalhadores na Saúde	25
Hospital/dia – isolado	9
Laboratório Central de Saúde Pública LACEN	1
Central de Gestão em saúde	9
Centro de Atenção Hemoterapia e ou hematológica	2
Centro de Atenção Psicossocial	17
Unidade de Atenção Saúde Indígena	2
Pronto Atendimento	13
Telessaúde	2
Central de Regulação Médica das Urgências	1
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (<i>home care</i>)	70
Central de regulação do acesso	2
Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estadual	3
Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde	1
Total	5849

Fonte: DATASUS – CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – julho de 2018).

Observando os estabelecimentos de saúde do município expressos na tabela 4, constata-se que dos 5.849 existentes apenas 122 são da atenção básica e a maioria são da atenção especializada. Isso pode indicar uma fragilidade na promoção da saúde no nível básico de atenção em razão de uma valorização das especialidades. Por outro lado, a quantidade de serviços instalados não significa que uma atenção se sobressai a outras. Outros elementos são necessários nessa reflexão, como a contratação de pessoal, realização de concursos públicos para provimento de cargos, de modo que haja o equipamento, mas também o desenvolvimento das ações nos serviços.

E mais, ainda que não seja suficiente para comparar os municípios entre si, pelo fato da capital ser sede de macro, o número de hospitais instalados na capital é 87, enquanto o existente nos demais municípios (Eusébio, Itaitinga e Aquiraz) é apenas um cada. Isso pode corroborar a reflexão de Arretche e Marques (2007)

quando dizem que a participação municipal nos serviços hospitalares era reduzida, em razão dos serviços hospitalares serem financiados por serviços prestados, baseado nos procedimentos. Para os autores, a causa da disparidade está em que os municípios que já possuem certa capacidade instalada concentram os recursos, ao passo que os demais ficam prejudicados, gerando, assim, desigualdades.

A pesquisa realizada no CNES/2018, mostrou que Fortaleza tem um quantitativo total de 20.407 trabalhadores da saúde no SUS, tanto de nível médio quanto superior. Desses, 12.109 são de nível superior, sendo, 8.985 médicos, 2.459, enfermeiros e 665 dentistas. O maior número de médicos indica o modelo médico-centrado da saúde cearense. O quantitativo de ACS é um pouco inferior ao de enfermeiro, com 2.313 profissionais, ainda assim possui uma baixa cobertura no município, apenas 53% (CNES/2018).

**Quadro 15 – Profissionais de saúde, ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS)
– 2015/Fortaleza**

Discriminação	Profissionais de saúde ligados ao SUS	
	Município	Estado*
Total válido	20.407	22.834
Médicos	8.985	12.239
Dentistas	665	2.986
Enfermeiros	2.459	7.609
Técnico/auxiliar de enfermagem	2.862/3.057	-
Agentes comunitários de saúde	2.313	15.467
Auxiliar em saúde bucal	66	-

Fonte: CNES – junho de 2018. *Perfil básico dos municípios – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) – 2016

Quadro 16 – Principais Indicadores de Saúde – 2015/Fortaleza

Discriminação	Principais Indicadores de Saúde	
	Município	Estado
Médicos/1.000/hab.	1,94	1,37
Dentistas/1.000/hab.	0,26	0,34
Leitos/1.000/hab.	3,34	2,18
Unidades de saúde/1.000 hab.	0,11	0,43
Taxa de internação por AVC (40 anos ou mais)/10.000 hab.	34,55	28,87
Nascidos vivos	39,394	129.578
Óbitos	459	1.584
Taxa de mortalidade infantil/1.000 nascidos vivos	11,65	12,22

Fonte: Perfil básico dos municípios – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) – 2016

Por ser sede de macro no quesito saúde, Fortaleza comporta-se de modo diferente dos demais municípios estudados. É uma metrópole que apresenta os principais indicadores de saúde, de acordo com dados de 2016, um pouco melhor que os outros três municípios, principalmente, quanto ao número de médicos por mil habitantes. Bem como apresenta uma taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos um pouco melhor que a estadual. A quantidade de leitos por mil habitantes do município também é melhor que a do Estado. No entanto, o percentual de dentistas por mil habitantes e unidades de saúde por mil habitantes é muito menor que os percentuais estaduais, fazendo com que a capital se situe numa situação desfavorável à saúde de seus munícipes.

A rede de serviços de saúde da capital distribui unidades de atenção básica à saúde por todo seu território, concentrando-se em áreas de risco, mas também contém muitos hospitais, sobretudo de pequeno porte, secundários de emergências, como os Frotinhas e Gonzaguinhas. Observa-se que a rede de especialidades é muito mais ampla que a de atenção primária.

Nesse sentido, quando se observa o quadro abaixo, vê-se que a cobertura estimada de equipes de Saúde da Família não chega a 50%. Na verdade, no início de 2013, quando Roberto Cláudio assumiu a gestão do município, havia uma cobertura

da população usuária pelas equipes de Saúde da Família da ordem de 33,02%, passando a 50,93%, em janeiro de 2018, e caindo para 46,72, em abril desse mesmo ano. Se considerarmos que as pessoas buscam diretamente os serviços de emergências Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais e se se considera que parte da população possui planos de saúde, é possível dizer que a cobertura é insuficiente, mas não muito baixa.

Se o olhar se volta para a saúde bucal, o quadro é mais dramático, pois até 2013 havia apenas 219 equipes de saúde bucal tipo I implantadas, permanecendo esse quantitativo sem alteração até 2016, período da reeleição do prefeito. Em 2018 o número de equipes de saúde bucal chega a 259, com uma cobertura estimada de 34,01%, conforme expressa o quadro 18 (DAB/2018).

Quadro 17 – Cobertura de Atenção Básica e Saúde Bucal/Fortaleza

2018	Pop.	Nº eSF	Estim. Pop. Cob. eSF	Cob. Pop. Estimada eSF	Nº eSB	Estim. Pop. Cob. eSB	Cob. Pop. Estimada eSB
Abr.	2.627.482	356	1.227.683	46,72%	259	893.550	34,01%

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica/DAB – julho de 2018.

(IV) ITAITINGA

Em divisão territorial datada de 1 de julho de 1995, o município foi constituído do distrito sede, permanecendo nessa divisão territorial datada de 2005. As alterações toponímicas distritais ocorridas foram: de Cajazeiras para Pedreiras alterado, pelo decreto estadual nº 448, de 20/12/1938. Pedreiras para Itapó alterado, pelo decreto-lei estadual nº 1114, de 30/12/1943. Itapó para Itaitinga alterado, pela lei estadual nº 11927, de 27/03/1992 (IBGE, s/d). Seus limites geográficos estão indicados ao norte: Eusébio, Fortaleza e Maracanaú; ao sul: Guaiuba e Horizonte; ao leste Horizonte, Aquiraz e Eusébio; ao oeste: Pacatuba e Guaiuba (IPECE, 2016).

Atualmente Itaitinga é administrado pelos seguintes órgãos: Gabinete do Prefeito; Procuradoria Geral do Município; Secretaria Municipal de Administração; Secretaria Municipal de Agricultura, Pecuária e Pesca; Secretaria Municipal de Cultura e Turismo; Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria Municipal de Finanças;

Secretaria Municipal de Educação; Secretaria Municipal de Infraestrutura; Secretaria Municipal de Juventude e Esporte; Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Econômico; Secretaria Municipal de Meio Ambiente; Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social.

O município tem uma área territorial de 151,633 km² (IBGE, 2010); com população de 35.817 habitantes, estimada para 2017 em 39.310 habitantes e densidade demográfica de 236,51 hab/km². Sua População extremamente pobre é de 4.525 pessoas, o que equivale o percentual de 12,63% da população municipal, maior que o percentual do Estado para o mesmo tipo de área, 11,44%. A concentração da população extremamente pobre do município se dá na área urbana, 4.442, contra 83 pessoas extremamente pobres vivendo nas áreas rurais (IPECE, 2016).

Com relação ao Abastecimento de Água, os dados também de 2015, mostram que o percentual da taxa de cobertura d'água urbana, 97,46 % é maior que a do Estado que é de 92,06%. Se as condições de cobertura de abastecimento de água o município é melhor que as do Estado, quando se trata de cobertura urbana de esgoto observa-se o inverso, pois a taxa municipal é de 2,40 % para 38,24% do Estado. Quanto aos serviços de energia elétrica e lixo coletado o município tem 9.201 domicílios favorecidos com energia elétrica (98,97%) e 8.753 com lixo coletado (94,15%) (IPECE, 2016).

O Quadro 19 apresenta os dados colhidos pelo DATASUS/CNES em 2018 quanto às unidades de saúde ligadas ao SUS, por tipo de prestador. Itaitinga tem um total de 25 unidades públicas de saúde e apenas uma privada. Quanto ao tipo de estabelecimentos de saúde, possui de 26 unidades, das quais, a maior parte (20) são unidades básicas de saúde e centro de apoio à Saúde da Família, o que poderia indicar uma valorização da atenção básica. Todavia, esse elemento não é suficientemente determinante, pois, o incentivo e o baixo custo de manutenção devem ser considerados. Há também um hospital geral, duas clínicas/centros de especialidade, duas unidades de apoio diagnose e terapia (SADT isolado), uma Central de Gestão em Saúde e um Centro de Atenção psicossocial.

Quadro 18 – Unidades de saúde ligadas ao SUS, por tipo de prestador – 2018/Itaitinga

Tipo de Prestador	Unidades de saúde ligadas ao SUS	
	Quantidade	%
Pública	25	95,15
Privada	1	4,85
Total	26	100

Fonte: CNES/DATASUS – julho de 2018

Tabela 5 – Tipos de estabelecimentos de saúde por município da 1ª Região de Saúde do Ceará/Itaitinga

DESCRIÇÃO	QUANT.
Centro de Saúde /unidade básica	19
Hospital geral	1
Clínica/centro de especialidade	2
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	2
Central de Gestão em Saúde	1
Centro de Atenção psicossocial	1
Centro de apoio a Saúde da Família	1
TOTAL	27

Fonte: DATASUS – CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – julho de 2018.

A pesquisa do CNES de junho de 2018, apresentou, conforme exposto no quadro 20, um quantitativo total de 384 trabalhadores de nível médio e superior da saúde em Itaitinga. 78 desses trabalhadores são médicos, 70, são enfermeiros e 28, dentistas. O elevado número de médicos indica uma supervalorização do médico na saúde cearense. Nesse município o quantitativo de ACS é de 84, número maior que o de quaisquer outras categorias trabalhadoras do SUS e que, apenas em Itaitinga, supera o número de médicos dentre os municípios estudados.

**Quadro 19 – Profissionais de saúde, ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS)
– 2015/Itaitinga**

Discriminação	Profissionais de saúde ligados ao SUS	
	Município	Estado*
Total	384	67.093
Médicos	78	12.239
Dentistas	28	2.986
Enfermeiros	70	7.609
Técnico/auxiliar de enfermagem	58/45	-
Agentes comunitários de saúde	84	15.467
Auxiliar em saúde bucal	21	-

Fontes: Fonte: CNES – junho de 2018.

*Perfil básico dos municípios – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) – 2016

Os principais indicadores de saúde, expressos no quadro 21, mostraram que Itaitinga tem melhor posição que o Estado quanto ao percentual de médicos por mil habitantes, da ordem de 1,94% para 1,37%. Indicador que pode favorecer o município em razão de sua proximidade com a capital. De semelhante forma a taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos de Itaitinga apresenta um quadro um pouco melhor que a estadual (de 11,65% do município para 12,22% do Estado). A quantidade de leitos por mil habitantes do município também é melhor que a do Estado. No entanto, o percentual de dentistas por mil habitantes e unidades de saúde por mil habitantes é muito menor que os percentuais estaduais. No geral, dentre os quatro municípios pesquisados, este tem se apresentado como o menos desenvolvido socioeconomicamente.

Quadro 20 – Principais Indicadores de Saúde – 2015/Itaitinga

Discriminação	Principais Indicadores de Saúde	
	Município	Estado
Médicos/1.000/hab.	1,94	1,37
Dentistas/1.000/hab.	0,26	0,34
Leitos/1.000/hab.	3,34	2,18
Unidades de saúde/1.000 hab.	0,11	0,43
Taxa de internação por AVC (40 anos ou mais)/10.000 hab.	34,55	28,87
Nascidos vivos	39.394	129.578
Óbitos	459	1.584
Taxa de mortalidade infantil/1.000 nascidos vivos	11,65	12,22

Fonte: Perfil básico dos municípios – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) – 2016

Com relação à cobertura populacional da atenção básica e da saúde bucal o quadro 22 mostra que a população de Itaitinga coberta pelas equipes de Saúde da Família é da ordem de 87,76% e pelas equipes de Saúde Bucal, é de 78,99%. Uma cobertura que pode melhorar, mas é muito boa, se comparada a capital do Estado do Ceará.

Quadro 21 – Cobertura de Atenção Básica e Saúde Bucal/Itaitinga

2018	Pop.	Nº eS F	Estim.		Cob. Pop. Estimada eSF	Nº eSB	Estim.		Cob. Pop. Estimada eSB
			Pop.	Cob.			Pop.	Cob.	
Abr.	39.310	10	34.500		87,76%	9	31.050		78,99%

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica/DAB – julho de 2018.

Os dados de Itaitinga identificam o município como um município pequeno e com pouca arrecadação tributária, o que o coloca na condição de município mais pobre dentre os pesquisados, como se observa na fala de um gestor entrevistado: *nós somos um município pobre [...], a arrecadação é pequena, não tem muita indústria, não tem muita empresa, a gente tem pouca arrecadação, pouca mesmo!* (GM-3).

Ainda que o município se encontre nessas condições, tem conseguido manter o acesso da população aos serviços de saúde da atenção básica com um percentual positivo, bem acima dos 50%. Conta com apenas um hospital geral com poucas especialidades, sendo necessária pactuações com outras regiões. O programa QualificaAPSUS veio ser um incremento no fortalecimento da atenção básica, como se verifica na fala do entrevistado: [...] *com a vinda do Qualifica, por exemplo eu consegui fazer melhorias em algumas unidades, coisa que não teria conseguido se não fosse pelo programa vir pra cá.* (GM-3).

Os quatro municípios que fazem parte da pesquisa caracterizam-se de formas diferentes quanto ao seu perfil socioeconômico. O que pode ser observado nos valores de seus Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁶.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM)⁷, Aquiraz ocupa a 8ª posição no ranking dos municípios cearenses (48,91) e IDH de 0,641, com uma posição no ranking dos municípios cearenses da ordem 33º. Eusébio, aparece como o município melhor desenvolvido, pois ocupa a 2ª posição dos municípios cearenses no IDM (65,63). Seu IDH é de 0,701, ocupando a 4ª posição. Fortaleza apresenta um IDM de 68,23 e IDH de 0,754, ocupando a posição número 1 no ranking dos municípios cearenses. Por fim, tem-se Itaitinga com um IDM de 40,33, ocupando a posição de número 26 no ranking e IDH de 0,626, sendo o 58º nesse índice (IPECE, 2016).

Observa-se que dos quatro municípios, Itaitinga apresenta-se com o pior IDH, o menos desenvolvido ou o mais pobre, o que se confirma quando se observa a pobreza da população. Enquanto Aquiraz tem a segunda população mais pobre dentre os quatro, em termos absolutos, Itaitinga tem a mais pobre, em termos percentuais com 12,63% de sua população (4.525) extremamente pobre (com rendimento domiciliar per capita mensal de até R\$ 70,00). Na área urbana esse percentual é de 12,49% (4.4) e na rural, 32,94%. Fortaleza por ser a capital do Estado e concentrar o maior número de pessoas, possui o quantitativo de pessoas pobres mais elevado. No entanto, em termos percentuais, é o município que possui menos pessoas

⁶ O IDH é um índice que é atualizado anualmente e permite que se conheçam as condições de vida de populações. Este índice varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, melhor a classificação do local (município, região, Estado ou país) no IDH, significando que melhores serão as condições de vida da população em questão. Ao inverso, os locais com piores condições de vida da população têm o índice muito próximo de 0 (zero).

⁷ O IDM dos municípios em questão foi elaborado em 2012 e a referência do IDH é o ano de 2010,

extremamente pobres: 5,46% (133.992). Eusébio, apresenta um percentual bem melhor que Aquiraz e Itaitinga, ainda que pior em relação à Fortaleza, como pode-se perceber no Quadro 23 (IPECE, 2016).

Quadro 22 – População extremamente pobre: (com rendimento domiciliar per capita mensal de até R\$ 70,00) - 2010

População extremamente pobre								
	Aquiraz	%	Eusébio	%	Fortaleza	%	Itaitinga	%
Total	7.869	10,83	3.793	8,24	133.992	5,46	4.525	12,63
Urbana	7.005	10,44	3.793	8,24	133.992	5,46	4.442	12,49
Rural	864	15,58	–	–	–	–	83	32,94

Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), 2016.

Fazendo uma análise comparativa entre os municípios estudados, quanto ao quantitativo de profissionais de nível superior que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF), observa-se que o número de médico excede em muito o das outras duas categorias que estão indicadas no quadro, o que sugere que o cuidado se dá em um sistema médico-centrado, onde a taxa dessa categoria profissional é de 2,2 para 1,1 de enfermeiro no mesmo município (Fortaleza) por exemplo. Eusébio tem apresentado o melhor quadro em todos os sentidos. Nesse quesito, mostra ser o mais bem servido de profissionais da medicina e da enfermagem com um percentual de médicos de 2,6%, superando a capital, enquanto os outros dois municípios da pesquisa mal superam o 1%. A capital supera o município de Eusébio apenas com relação ao percentual de dentistas.

Tabela 6 – Número de profissionais de saúde (por 1.000 hab.), municípios da Região de Saúde Fortaleza – Ceará. 2015

(continua)

Município	Médico		Dentista		Enfermeiro	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
Aquiraz	95	1,2	27	0,3	63	0,8
Eusébio	135	2,6	24	0,5	65	1,3
Fortaleza	5.723	2,2	1.780	0,7	2.817	1,1
Itaitinga	41	1,1	14	0,4	36	0,9

RS Fortaleza	5.994	2,2	1.845	0,7	2.981	1,1
McR	7.069	1,5	2.392	0,5	4.108	0,9
Fortaleza						
Ceará	10.071	1,1	3.960	0,4	7.469	0,8

Fonte: Caderno de Informação em Saúde – Região de Saúde Fortaleza/2016

Com relação à cobertura da Atenção Primária os municípios classificam-se da seguinte forma: Aquiraz e Eusébio possuem 28 e 18 Equipes de Saúde da Família (EqSF), respectivamente, um número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de 108 e 49. Itaitinga também tem um ótimo número de ACS, 68 e 10 EqSF. Fortaleza tem o um número bem pequeno de ACS e número, 2.410 e 411 respectivamente, conforme a tabela 7.

Tabela 7 – Cobertura da Atenção Primária, municípios da Região de Saúde Fortaleza – Ceará, maio de 2018

Município	ACS	EqSF	EqSB	NASF
	Implantados	Implantadas	Implantadas	Implantados
Aquiraz	108	28	(MOD II) 2	0
Eusébio	49	18	(MOD II) 3	0
Fortaleza	2.185	355	(MOD I) 260	25
Itaitinga	68	10	1	0
RS	2.410	411	266	25
Fortaleza				
Ceará	14.814	2.429	(MOD I) 139 (MOD II) 244	(MOD I) 34 (MOD II) 1

Fonte: Departamento de Atenção Básica/DATASUS – Ministério da Saúde (2018).

Fazendo uma análise dos números de NASF implantados pelos municípios, vê-se que somente Fortaleza possui esses núcleos, do tipo I, implantados. Todavia, apenas 25 deles, numa proporção de cobertura insuficiente se se considera que há no município 355 Equipes de Saúde da Família (EqSF), sendo que para uma cobertura de todas as EqSF, cada equipe de NASF ficaria responsável por 13,4 EqSF. De acordo com o artigo 3º da Portaria 3.124/12, *II - Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes*

de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) (Brasil, 2012).

Uma outra situação de fragilidade na cobertura diz respeito à saúde bucal na capital do Estado, pois existem apenas 260 equipes de saúde bucal implantadas para 355 de EqSF, quando a orientação é que seja pelo menos uma equipe de saúde bucal para uma equipe de saúde da Família, uma defasagem de pelo menos 95 equipes. Nos demais municípios a situação é igualmente crítica, já que Aquiraz, Eusébio e Itaitinga possuem respectivamente 2, 3, e 1 equipe de saúde bucal implantada.

No que diz respeito ao número de unidades de saúde (UAPS, CAPS, CEO, Policlínica, UPA, Hospital), a capital do Estado possui a maior concentração de hospitais, não só de modo absoluto, mas em termos proporcionais. A presença de hospitais talvez explique, em parte, a insuficiência da Atenção Primária.

Quadro 23 – Número de unidades de saúde (UAPS, CAPS, CEO, Policlínica, UPA, Hospital), municípios da 1ª Região de Saúde Fortaleza – Ceará, 2015

Município	UAPS	CAPS	CEO	Policlínica	UPA	Hospital
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Aquiraz	30	2	1	1	-	1
Eusébio	17	2	1	-	1	1
Fortaleza	112	17	6	9	12	94*
Itaitinga	19	1	1	-	-	1
RS Fortaleza	178	22	9	10	13	97

Fontes: Departamento de Atenção Básica/DATASUS – Ministério da Saúde (2018);

Caderno de Informação em Saúde – Região de Saúde Fortaleza/2016. *Públicos e privados

Considerando o indicador CAPS/100 mil habitantes, que foi criado para refletir a evolução da implantação da rede substitutiva de base comunitária ao longo dos anos, e a taxa de cobertura com resposta efetiva à população ser: a) CAPS I para 50.000 habitantes, b) CAPS III e ad III para 150.000 habitantes e CAPS II, CAPSi e CAPSad para 100.000 habitantes, observei que a cobertura de CAPS dos municípios pesquisados é insuficiente para responder a demanda que se apresenta. Assim, os municípios de Aquiraz e Eusébio possui cada um apenas dois CAPS e Itaitinga,

apenas um. A situação de Fortaleza é ainda pior. A capital do Estado conta com apenas 15 (quinze) CAPS para toda a população fortalezense.

De modo geral, no que diz respeito à saúde mental, no país, a cobertura está muito aquém das necessidades da população brasileira, apresentando um déficit importante, como expresso nas páginas eletrônicas do Ministério da Saúde.

O Brasil conta hoje com uma cobertura deficitária nesta modalidade assistencial. Somando leitos em hospitais psiquiátricos especializados e aqueles em hospitais gerais, temos cerca de 0,11 leito por 1.000 habitantes, quando o preconizado pelo próprio Ministério seria de 0,45 por 1.000 habitantes. Este índice está bem abaixo da média de cobertura dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo reconhecidos impactos negativos quando o índice fica abaixo de 0,30 por 1.000 habitantes. O Ministério está buscando corrigir este déficit (BRASIL, 2017).

Mesmo reconhecendo a necessidade de melhorar a acolhida às pessoas com transtornos mentais, penso que o incentivo não deve ser aos hospitais especializados e sim aos serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos. O que se observa no discurso do governo, no entanto, é uma valorização e incentivo ao modelo asilar de cuidado, quando diz que *a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos* (BRASIL, 2017).

4 ANÁLISE

4.1 REFORMA DO ESTADO E GOVERNANÇA DA SAÚDE NO CEARÁ

As discussões sobre governança ocupam os espaços institucionais e os discursos dos governos com a entrada dos anos 1990 e as novas propostas de gerenciamento e reforma do Estado que envolvem parcerias público e privado e se dão em conexão com o debate internacional de redução do Estado em termos sociais, ideias apoiadas e incentivadas por organismos multilaterais como o Banco Mundial (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, s/d).

A governança é entendida como a capacidade financeira e administrativa de governar, de conduzir a política pública, o que envolve exercício de poder e relações entre diversos sujeitos e contextos institucionais. Ela está ancorada nas ideias de administrar o modelo político brasileiro a partir de reformas do Estado que, de acordo com Abu-El-Haj (2013), passou por três momentos distintos em toda sua história, conforme expresso nas discussões do item 2.4 desta tese, sendo a primeira, a reforma do Estado interventor, cujo modelo administrativo era o racional-legal, a segunda, reforma do Estado empresarial, orquestrada no Brasil durante o regime militar (1964-1985) e chamada de reforma empresarial do Estado e por fim, a do Estado regulador que segue os moldes do gerenciamento público (administração gerencial).

Como economista, Bresser Pereira pensa a reforma do Estado, sobretudo, em termos econômicos e denomina sua proposta de reforma social-liberal, argumentando, inclusive, sua diferença com a perspectiva neoliberal, que prevê a retirada total do Estado de cena. Ele afirma que a experiência social-liberal tem por objetivos *aumentar a governança do Estado, [e] dar ao Estado meios financeiros e administrativos para que ele possa intervir efetivamente sempre que o mercado não tiver condições de estimular a capacidade competitiva das empresas nacionais e de coordenar adequadamente a economia* (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 6).

A justificativa apontada por Bresser Pereira para a reforma do Estado foi a globalização que *reduziu a autonomia dos estados de formular e implementar políticas* (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 5). Contudo, é necessário que se deixe claro que essa redução só se realizou para os países periféricos. Desse modo, esses dois fenômenos

– profunda crise do Estado dos anos 1980 e globalização da economia – exigiam a redefinição das funções do Estado.

Ao considerar aqueles três momentos pelos quais passa a reforma do Estado (interventor/racional-legal, Estado empresarial e Estado regulador/gerenciamento público), vê-se que cada um tem sua peculiaridade. O primeiro modelo de reforma administrativa do Estado brasileiro, em que a administração burocrática surge e convive com a patrimonialista, não teve espaço no governo dos coronéis cearenses. O segundo tipo de reforma, nominado por Abu-El-Haj (2013) de reforma do Estado empresarial foi orquestrado no Brasil sob o regime militar e combinou a crise do regime autoritário com a derrocada do modelo nacional-desenvolvimentista.

O regime ditatorial potencializou os problemas da administração pública, desde o descontrole financeiro à *fragmentação excessiva das empresas públicas, com a perda de foco de atuação governamental* (ABRUCIO, 2007, p. 68). Nesse período, algumas decisões iniciadas no terceiro quartel da década de 1980 foram fundamentais na reconfiguração do Estado brasileiro. Três dessas decisões são apresentadas por Abrucio: a) democratização do Estado brasileiro, rompendo com mais de vinte anos de ditadura militar; b) descentralização política e administrativa do Estado brasileiro; c) reforma do serviço civil com a valorização do *princípio da seleção meritocrática e universal, consubstanciada pelo concurso público* quando foi criada, em 1986, a Escola Nacional de Administração Pública (Enap), vinculada ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, para capacitar a alta burocracia⁸ (ABRUCIO, 2007, p. 69).

No Ceará, aqueles problemas da administração pública só terão influências mais diretas na administração do Estado com o projeto de “mudanças” disparado pelos empresários cearenses e efetivado com a eleição de Tasso Jereissati a governador do Estado, em 1986. Assim, no Ceará, a reforma do Estado teve início com a ocupação do executivo estadual por Tasso Jereissati, num momento em que o Brasil vivia a terceira fase de reforma administrativa: a do Estado regulador. Como refere Abu-El-Haj (1999, p. 19), *um grupo de jovens empresários derrotou uma das*

⁸ Os objetivos da Enap eram: 1. fortalecer a formação e o desenvolvimento de agentes públicos, adequados às necessidades das instituições governamentais; 2. produzir, fomentar e disseminar conhecimentos e pesquisas aplicados à gestão pública; 3. atuar como polo de inovação e experimentação na gestão de políticas públicas; 4. atuar como espaço de articulação e conexão entre instituições nacionais e internacionais e agentes públicos (<https://www.enap.gov.br/index.php/pt/a-enap>).

mais tradicionais oligarquias do Nordeste deslanchando uma transformação audaciosa nas instituições públicas do Ceará.

Até o início do século XX, o poder político cearense concentrava-se no interior do Estado, com o poder das oligarquias atrasadas e empobrecidas pela pouca produtividade de suas terras (BARBOSA, 2017). Essas decadentes oligarquias mantinham o poder a todo custo de violências e assim, elegiam prefeitos e deputados garantindo o poder do Estado em suas mãos. Com uma mudança do centro da economia do interior do Estado para a capital nesse período favorecida pela construção da estrada de ferro de Baturité iniciada em 29 de junho de 1871 (CORTEZ, 2013), Fortaleza tornou-se o grande centro coletor e exportador da produção agrícola, principalmente do algodão e aquele cenário de poder toma outra forma (BARBOSA, 2017); (OLIVERA; NOBRE, 2011). Observe-se o que refere Barbosa (2017, p. 183):

Estas transformações econômicas fizeram surgir uma burguesia urbana com interesses na indústria e principalmente nos serviços, que passou a ter profundas contradições com as oligarquias que sempre estiveram no poder no Ceará.

Todavia, levou mais de 80 anos para que o núcleo orgânico que orquestrou a derrocada das oligarquias cearenses iniciasse a construção de outro *lôcus* de poder girando em torno do Centro Industrial Cearense (CIC). A eleição de um empresário modificou, em parte, a história de atraso econômico do Estado, ainda que não tenha rompido em definitivo com o conservadorismo, com o clientelismo e com a centralização do poder. Sem oposição e com o decisivo apoio do então governador do Ceará, Gonzaga Mota, o ex-presidente do CIC é eleito governador do Estado do Ceará sob o slogan “governo das mudanças.

Aqui pode-se evocar a ideia gramsciana de revolução passiva (ainda que não tenha havido uma ideia de revolução) na medida em que a proposta do governo *das mudanças* mais conserva do que muda, variando em função das forças políticas em confronto (PAIM, 2008), (BARBOSA, 2017), (OLIVERA; NOBRE, 2011).

De modo mais geral e, especificamente, no tocante à política de saúde, o Ceará apresenta, nesse período, três características da reforma do Estado regulador que seguiu os moldes do gerenciamento público: 1) a diminuição da máquina estatal 2) a descentralização – a *descentralização, com transferência de serviços para os municípios, tornou-se prioritário a partir de 1987* (BARBOSA, 2017, p. 194); e 3) a focalização das ações de saúde – as ações de saúde eram dirigidas às populações

miseráveis e de maior risco como crianças, sendo a estratégia para enfrentamento da mortalidade infantil a reidratação oral, mascarando, assim, um problema real de carências socioeconômicas.

Os dados da Secretaria da Administração do Estado do Ceará revelam uma expansão do número total de funcionários públicos estaduais, que foi em torno de 43% entre 1983 a 1987. Mas, se houve uma expansão do funcionalismo público nesse período, não se pode dizer o mesmo de 1987 a 1993, quando as mudanças rumo à modernização da máquina estatal expressaram também uma redução violenta do quadro de funcionários públicos no Governo Jereissati. De acordo com os dados apresentados por Barbosa (2017, p.194) *em 1987, existiam 22.343 funcionários, já em 1993 este número cai para 15.324, [...] o investimento em novos serviços de saúde foi bastante diminuído.*

Já na entrada dos anos 1990, essa redução do funcionalismo público demonstra como o *Governo das Mudanças* do Ceará se lança numa empreitada rumo as *mudanças* prometidas na campanha eleitoral, como refere um entrevistado: *na verdade, ele [Tasso] não acreditava muito no serviço público (IC-2)*. De fato, esse governador buscava gerenciar o Estado como uma empresa, o que levou alguns estudiosos a denominar esse período da história do Ceará como *Ceará dos empresários* (SAMPAIO et al, 2001).

A reforma do Estado no Ceará, de fato, passou por aqueles três momentos (diminuição da máquina estatal, descentralização, focalização das ações de saúde), mas sempre em conexão com o que vinha sendo discutido e implementado na esfera nacional nos anos 1990 e a partir das novas exigências do grande capital de se reestruturar para enfrentar o novo ciclo de crise aprofundado nos anos 1980, dentre outros fatores, pela crise do petróleo dos anos 1970 e a crise do Estado de bem-estar social nos países de capitalismo central. De fato, o Ceará foi o laboratório experimental do neoliberalismo, sofreu influências das relações políticas dos novos empresários e dos empresários paulistas.

Se no Brasil, a reforma do Estado nos moldes do modelo gerencialista se dá na segunda metade dos anos 1990, com a eleição de Fernando Henrique Cardoso (FHC) para a Presidência da República, no Estado do Ceará ela se inicia com o primeiro mandato de Tasso Jereissati, num momento de grande crise econômica,

perseguindo a modernização do serviço público e a consolidação do ajuste fiscal do Estado indicado por Abu-El-Haj (1999, p. 22; 23).

Em 1987, o déficit orçamentário [do Estado] absorvia 44,3% das receitas corrente líquidas [RCL], equivalente a US\$ 303,1 milhões.
Em 1991, os gastos com pessoal diminuíram para 65,73% e, em seguida, para 45,29% da RCL, permitindo uma expansão significativa da poupança bruta de investimentos.

No mesmo período do segundo mandato de Tasso (1995-1998), Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi eleito em 1994, sob o projeto político denominado por Bresser Pereira (1998, p. 6) de *pacto democrático-reformista de 1994*. Esse projeto propõe um Estado social-liberal que aos poucos vai reduzindo sua responsabilidade de ofertar diretamente serviços de educação, saúde e assistência social repassando-os para organizações não governamentais. Ainda que na realidade não tenha acontecido conforme a proposta, pois houve uma certa ampliação do ensino básico e da atenção primária à saúde tanto no Brasil como no Ceará. Foi precisamente aí que surgiu o programa Agentes de Saúde (PAS) no Ceará, com todas as dificuldades que os programas de emergência enfrentam nesse Estado. Já a assistência social, de fato, não era prioridade do governo estadual, tampouco do federal, uma vez que em lugar de investir nessa área FHC criou o Programa Comunidade Solidária⁹.

O Estado do Ceará acompanha o ritmo ou até se antecipa ao cenário nacional no que diz respeito a um dos elementos da nova administração pública: a descentralização política e administrativa das políticas sociais. Observa-se que a descentralização foi uma inovação em termos de organização do Estado brasileiro, num contexto de transição democrática e de crise econômica, importante para o surgimento da democracia no Brasil. Todavia, ela não se configurou em um projeto estratégico de intervenção econômica e social do Estado visando seu desenvolvimento. Na verdade, ela esteve muito mais ligada a projetos de enxugamento do Estado e de suas funções e de estabilização macroeconômica em sintonia com a perspectiva neoliberal (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010), rumos que o governador do Ceará da época segue a passos miúdos.

⁹ O Programa Comunidade Solidária foi instituído pelo Decreto n. 1.366, de 12 de janeiro de 1995, para o enfrentamento da fome e da miséria. Até dezembro de 2002, o Programa esteve vinculado diretamente à Casa Civil da Presidência da República e foi presidido pela então primeira-dama do país, Ruth Cardoso (PERES, 2005)

O processo de descentralização político-administrativo da capital cearense iniciou-se de forma tensa com o poder executivo estadual, pois para a prefeitura de Fortaleza foi eleita Maria Luiza do Partido dos Trabalhadores (PT) situado em campo político-ideológico oposto ao do governador do Estado que, no período de sua primeira eleição, era o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Ainda que, como refere Barbosa (2017, 185), ambos, governador e prefeita, tivessem *como ponto comum a descentralização administrativa com fortificação do poder municipal tanto em relação à Fortaleza quanto no interior do Estado*.

Seguindo o processo de descentralização, a Prefeitura de Fortaleza, em 1987 assinou o termo de adesão ao convenio de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Convenio firmado entre as instâncias estadual e federal. Sem embargo, esse processo iniciou-se com muita dificuldade em Fortaleza em razão de um desgaste político e isolamento do município.

Com as eleições municipais de 1988 e a vitória de Ciro Gomes ao executivo de Fortaleza houve um alinhamento político entre governos estadual e municipal, facilitando, assim, o processo de municipalização. O fortalecimento político da capital fez com que ela passasse a ser vista como a primeira capital do país a municipalizar suas ações e serviços de saúde.

Tanto o processo de municipalização quanto a descentralização estiveram estreitamente vinculadas à centralização do poder. O que mais se observa é a desconcentração de ações e serviços e não descentralização de poder propriamente dito. Sendo o poder claramente centrado no nível federal, o exemplo mais claro na política de saúde é o fato do Ministério da Saúde concentrar o poder de deliberar para Estados e municípios as ações e serviços.

Madel Luz, discutindo a descentralização do Estado brasileiro apresenta uma hipótese de que historicamente se confundiu descentralização com desconcentração e o propósito dessa confusão foi minimizar possíveis perdas de poder político do nível central do governo. A autora fala do caráter concentrador de poder do nível central, em que *as políticas públicas, sobretudo as sociais, são um exemplo da permanência secular destas características: unitárias, verticais e instáveis* (LUZ, 2000, p. 296).

Assim, no caso específico da saúde, não foram asseguradas as condições necessárias para a implantação de um projeto de descentralização que atendesse às

diretrizes da política nacional de saúde: garantia do acesso universal às ações e serviços, atenção integral de acordo com as necessidades e demandas da população.

Se aquelas condições não foram asseguradas no nível nacional, menos ainda no estadual. No Estado do Ceará, como apontado acima, o processo de descentralização dá-se *pari passu* às experiências administrativas, políticas e econômicas do governo estadual da época, sintonizado com o cenário nacional. Na segunda metade da década de 1980, Tasso Jereissati se elege sob o lema *Projeto das Mudanças* referindo uma suposta ruptura com o modelo de governo dos coronéis, pois cria um coronelismo a seu próprio modo. Seria a ruptura com um tipo de governança para passar a uma nova ideia, ou, novamente situando Gramsci (1978, p. 213) e seu conceito de revolução passiva, uma outra ideia que inova conservando. Ou seja, uma continuidade de mando, concentração de poder sob nova direção.

Na verdade, o Governo das Mudanças, como afirma Nobre (2011, p. 94), *se distinguiria de seus antecessores por imprimir uma nova forma de gerir a máquina burocrática estatal. [...] se propôs a fazê-lo pela montagem de um Estado eficiente, continuada nas suas gestões seguintes.*

Em 1995, Tasso se reelege governador. Em termos de governança, esse momento pode ser identificado com o gerencialismo do Estado que valoriza o privado em detrimento do público, sintonizando os novos tempos com o projeto neoliberal. Essa foi uma gestão cujo plano de governo de 1995 a 1998, nominado *Plano de Desenvolvimento Sustentável*, foi elaborado sob a premissa de crescimento econômico com desenvolvimento social. Reeleito para mais um mandato (1999-2002), ele monta as estratégias gerenciais de organizar e controlar a máquina pública, aprofundando as características da reforma do Estado empreendida no período anterior, sobretudo no que diz respeito à privatização da coisa pública.

A partir daí, inicia-se uma corrida rumo a efetivação das propostas do *Projeto das Mudanças* no Ceará, sincronizado com o que estava correndo no cenário nacional, sobretudo quando se percebe o enxugamento do setor público com a redução do quadro de funcionários e as privatizações, a exemplo da Companhia de Eletricidade do Ceará (COELCE), Atual ENEL, privatizada em 1998; das Telecomunicações do Ceará S.A (Teleceará), empresa do sistema Telebrás, pertencente ao Estado do Ceará. Em 1998 foi vendida e incorporada a Tele Norte

Leste recebeu o nome de Telemar até 2007 quando passou a chamar-se Oi e da venda do Banco do Estado do Ceará S/A (BEC) concretizada em 2005.

Destarte, quando se volta o olhar para a descentralização no Ceará percebe-se sua clara identificação com o projeto neoliberal. A governança do Estado sob a perspectiva neoliberal explica o sucesso do Estado no governo Jereissati quanto à descentralização, já que essa coaduna com os interesses daquela perspectiva. Na verdade, esclarece um entrevistado,

[...] a descentralização, com transferência de serviços para os municípios, tornou-se prioritária a partir de 1987. O Ceará foi o Estado do Brasil que mais rapidamente e amplamente municipalizou a saúde (BARBOSA, 2017, p. 194).

A prioridade na descentralização está em sintonia com a proposta que busca a superação da crise do capital via efetivação das recomendações da Agenda de Washington, sobretudo aquelas referentes à reforma administrativa do Estado. É no período de estruturação do novo projeto socioeconômico do capital (neoliberalismo), de 1990 ao início dos anos 2000, que se inicia uma organização dos mecanismos de indução e regulação da regionalização do SUS ao lado da descentralização e da municipalização.

O Ceará, todavia, se antecipou às normatizações federais e iniciou seu processo de regionalização organizando o sistema de saúde em microrregiões em 1998. Para tanto, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) contratou a consultoria de Eugenio Vilaça Mendes, que apoiado na ideia de redes de saúde propõe a implantação dos sistemas microrregionais e sistemas integrados de serviços de saúde (MENDES, 1999), além de contar com o apoio financeiro do DFID e com apoio logístico da Escola Estadual de Saúde Pública, conforme indicado na introdução do trabalho.

As novas diretrizes para o estímulo do planejamento, da gestão intergovernamental (União, Estados e Municípios) e a configuração de redes de atenção à saúde estão presente nos mecanismos normativos, precisamente na NOB-1996 e NOAS, sendo as discussões sobre a regionalização e as redes de atenção à saúde aprofundadas no Pacto pela Saúde, em 2006. Assim, a regionalização, juntamente com a descentralização foi o passo inicial para a construção de regiões de saúde, visando a organização efetiva das redes de atenção à saúde.

O Ceará tem demonstrado seu pioneirismo na organização da saúde em alguns momentos de sua história. Um exemplo é o fato de que, em 2001, quando o Ministério da Saúde lança a NOAS como o instrumento normativo para organização da regionalização, o Estado já caminhava rumo à organização desse processo, como referido acima. Observe-se o que relata um dos entrevistados:

[...] esse processo de regionalização, ele veio de [19]98, caminhou... todo um processo em [19]98, ele tava já planejado e quando em 2001 o Ministério da Saúde começa a discutir, ele sai. [...] da NOB 96 que tinha uma ênfase na municipalização, embora que nós trabalhamos todo esse processo de organização de região de saúde sem um amparo normativo do Ministério, porque foi antes. O processo normativo do Ministério [veio depois] e aqui nós, a partir desse processo em [19]98, mesmo antes de [19]98 nós já estávamos trabalhando o foco da regionalização (IC-1).

A regionalização da saúde apresenta uma centralidade no Sistema Único de Saúde, sendo orientada pela Constituição Federal de 1988 para organizar uma rede de atenção à saúde regionalizada e hierarquizada. No Ceará, o processo de regionalização da saúde foi coordenado pela Secretaria de Saúde do Estado (SESA) que seguiu as orientações do documento aprovado em 1998 pelo Conselho Estadual de Saúde (CESAU) denominado *Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará*. A participação do CESAU, aliás, se deu em vários momentos, segundo relata um entrevistado.

[...]. Este modelo, ele pra se estruturar, o Estado teve de ter diretrizes pra organização de ações e serviços de saúde e essas diretrizes, elas foram amplamente discutidas com o COSEMS, com a Escola de Saúde Pública sob a condução da SESA, mais isso foi enviado pro CESAU pra que o CESAU pudesse, na verdade, decidir, por se tratar de diretrizes políticas elas tinham de ser aprovadas pelo CESAU pra eles participarem [...] desse processo que vem sendo acompanhado pelo CESAU desde o processo de municipalização aonde eles entraram com a responsabilidade de estruturar os conselhos municipais no processo de municipalização, eles já tinham clareza do que tava sendo trabalhado. E eles aprovaram esse instrumento que se chama Diretrizes de Organização de Ações e Serviços no Estado do Ceará, que ainda está vigente (IC-1).

O sistema de saúde no Ceará estava sendo organizado de modo regionalizado e hierarquizado em três níveis de complexidade de atenção (básica, de média e de alta complexidade) e em formas específicas de territorialização (macro e microrregiões de saúde). À época, anos 1990, a SESA realizou um estudo sobre as condições de oferta de serviços de saúde dos municípios considerando os meios de acesso da população a esses serviços. Conforme expressa um entrevistado: e *neste*

momento o Estado do Ceará desenhou as suas regiões de saúde a partir de um grande estudo de como se dava o acesso [...] da população a serviços de saúde (IC-1). Então, a regionalização ficou inicialmente organizada assim:

[...]. A alta complexidade, num primeiro momento, ela ficou concentrada nesses três municípios, onde [foram pensadas] as regiões de saúde de Fortaleza, de Juazeiro do Norte, de Sobral. Elas passaram a ter responsabilidade pela alta complexidade. As demais, elas ficaram com responsabilidade só de um atendimento em atenção especializada que a gente considerava que todas as pessoas deveriam ter acesso nas regiões de saúde (IC-1).

O desafio da regionalização era a construção da suficiência da atenção secundária nos municípios sob a coordenação do Estado. Isso porque a atenção primária à saúde (APS) estava sendo organizada desde o Programa Agentes de Saúde (PAS) e o Programa Saúde da Família (PSF) no final dos anos 1980. Aqui, a APS já era entendida como responsabilidade dos municípios. Como afirma Marques e Arretche (2002, p. 12) *[...] ocorreu municipalização da provisão da atenção básica, mas não ocorreu descentralização nem da provisão nem da gestão dos serviços hospitalares*. Restava construir um consenso sobre de quem seria a responsabilidade da atenção especializada, como se observa no relato de um entrevistado.

[...] e essa necessidade da população visualizada como necessidade de ter parcerias pra ampliação desse acesso, ele não se dá no âmbito da organização de ações primárias de saúde, é na especializada. Por que? Porque a atenção primária de saúde, ela já é vista como uma das responsabilidades para organização do sistema local. Então, aqui ela é atendida plenamente na organização do sistema local. O que se observou que a organização do sistema local não dava conta era do acesso à especialidade, às especialidades para garantir a integralidade do cuidado (IC-1)

Em termos de regionalização aqueles três municípios apresentados na fala do entrevistado foram denominados de macrorregiões de saúde. Todavia, a regionalização do Ceará atualmente encontra-se estruturada de modo mais complexo, contando com cinco macrorregiões e vinte e duas regiões de saúde, como expresso no tópico 3.2 desse estudo, nominado “Caracterização dos municípios da Primeira Região de Saúde do Ceará”.

No Ceará o processo de descentralização e regionalização antecipa-se às normativas do Ministério da Saúde, catalisado tanto pela primeira eleição de Tasso a governador do Estado, (1986), juntamente com a nomeação de Carlile Lavor à

secretaria estadual de saúde (1987), como pela experiência piloto de regionalização (1998) do município de Baturité, conforme expresso na introdução desta pesquisa.

Na primeira gestão de Tasso, com a mudança no comando político cearense (certa ruptura com o clientelismo político) houve também mudanças significativas na política de saúde. A governança da saúde no Ceará passou, nesse contexto, pelas mãos de quatro secretários estaduais (Carlile Lavor (1987-1988); Marco Penaforte (1988-1990); César Forti (1990-1991) e Ana Maria Cavalcante (1992-1994), considerados sanitaristas e inclinados a construção de uma proposta de sistema de saúde universal. Como afirma Abu-El-Haj (1999, p. 78), [...] *um rompimento com o clientelismo foi assegurado por uma mudança significativa na condução da política de saúde, objetivando principalmente a universalização do atendimento e a expansão dos serviços públicos no âmbito municipal.*

Sem embargo, os sanitaristas assumem a gestão da saúde no Estado do Ceará numa aliança pitoresca com o grupo empresarial que comandava a direção política do Estado numa clara defesa da economia de mercado. Apesar da particularidade dessa aliança, os secretários sanitaristas conseguiram elevar o Ceará a condição de líder em número de municípios com gestão local de saúde (ABU-EL-HAJ, 1999).

Dentre as mudanças políticas estaduais, a segunda vitória de Tasso nas eleições para governo do Estado trouxe como elemento importante o protagonismo do Estado na condução da saúde cearense, quando as normativas federais faziam com que a esfera estadual ficasse um tanto esquecida em função da valorização dos municípios no processo de municipalização e posterior descentralização.

O fator decisivo para o fortalecimento da esfera estadual na saúde foi o compromisso dos secretários sanitaristas que estiveram à frente do processo de municipalização e reorganização da saúde no Ceará na passagem dos anos 1980 para os 1990, os quais imprimiram mudanças consideráveis na saúde pública cearense, cada um a seu modo. Lavor inovou ao criar o comando único da saúde enfrentando a fragmentação exacerbada que havia nessa política e avançou com a proposta e implantação do Programa Agentes de Saúde (PAS).

Penaforte teve como destaque em sua gestão a forma agressiva de municipalização da gestão da saúde. Dentre os secretários que estiveram à frente da municipalização da saúde, foi o que mais levou municípios a assumir gestão local de

saúde. Assim, a média de municipalização levada a efeito em suas administrações foi a seguinte: Marco Penaforte (2,37); César Forti (1,5); Lúcio Alcântara (1) e Ana Maria Cavalcante (1,68) (ABU-EL-HAJ, 1999).

O feito de destaque de Forti foi a formação dos Conselhos Municipais de Saúde no Ceará. [...] *a grande realização atribuída à gestão de César Forti foi o apoio incondicional ao controle social do SUS através dos Conselhos Municipais de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde do Ceará (Cesau)* (ABU-EL-HAJ, 1999, p. 44).

Ana Maria Cavalcante, segunda secretária de saúde do governo Ciro, *foi beneficiada por um quadro institucional de saúde pública favorável*, como diz Abu-El-Haj (1999, p. 53). Isso porque com a vitória de Ciro Gomes para prefeito de Fortaleza, em 1988, houve uma unificação entre Estado e Prefeitura, uma vez que o governador apoiava e preparava Ciro para ser seu sucessor na gestão estadual. Assim, *a administração de Ciro Gomes à frente da prefeitura foi curta, pouco mais de um ano. Saiu para ser candidato ao governo do Estado [...]* (BARBOSA, 2017, p. 191).

Retomando a discussão “dos feitos” dos secretários na organização da saúde do Ceará rumo ao SUS, Ana Maria Cavalcante teve como desafio a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Feito que só pode ser concretizado com a realização do projeto político sanitário no Ceará: desde a contestação do domínio clientelista, passando pela criação do PAS, pela municipalização e pela consolidação dos Conselhos Municipais de Saúde. Conforme refere Abu-El-Haj (1999, p. 63), a estadualização e a municipalização da saúde, bem como a consolidação dos conselhos se realizaram com relativa facilidade. Todavia, *etapas mais complexas da inversão do modelo de atenção exigiam uma extensão institucional mais abrangente do que o Estado do Ceará possuía.*

A implantação do PSF se deu para substituir a atenção à saúde que tinha por base a atenção hospitalar. A proposta era tirar o foco da atenção da doença para a promoção da saúde, valorizando a participação da comunidade. Nesse sentido, o PSF lança um novo olhar para a saúde, em que a família é centro do cuidado e da atenção, superando o olhar para apenas o indivíduo ou a doença. A nova forma de atenção à saúde vai até o sujeito demandante (a partir da ação dos ACS) agindo preventivamente sobre a doença em contraposição à atenção centrada no hospital, em que a população procura por atendimento quando tem uma doença instalada.

Assim, ao se pensar a governança da saúde no Ceará observa-se que ela está sintonizada claramente com a reforma do Estado que se dava naquele contexto no cenário nacional, sendo que a governança da saúde segue, alinhada a perspectiva neoliberal, dando ênfase à descentralização.

Desse modo, a governança na saúde encontra-se identificada com aquele projeto implantado no país por Fernando Henrique Cardoso, porém radicalizado em seus aspectos gerenciais e econômicos, a exemplo do que o Ministério da Saúde vem buscando instituir com a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS)¹⁰, que requer dos gestores locais a identificação de ações e serviços que possam ser disponibilizados ou pactuados com outros municípios vizinhos numa tentativa de racionalização de recursos. Como relata um dos entrevistados: *a rigor, pode-se dizer que é também seleção de demandas para serem priorizadas devido à escassez de recursos (GM-2)*. Segundo o discurso oficial do governo,

[...] a PGASS se coloca como instrumento de fortalecimento da governança regional, na medida em que se propõe a sistematizar os pactos entre os gestores das três esferas de governo, privilegiando este espaço como locus de negociação e estruturação da rede de atenção à saúde, integrando os serviços e os recursos disponíveis (BRASIL, 2016, p. 3).

A Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), é parte integrante do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e foi pensada em um momento no qual os municípios precisaram se reorganizar para adequar o financiamento na saúde. O COAP foi preconizado pelo Decreto 7.508/2011 e indicou uma possibilidade jurídico-legal de uma gestão cooperada do sistema de saúde para fortalecer o sanitarismo federalista brasileiro (GOYA, 2017). De acordo a autora, a adesão ao COAP pelos municípios cearenses foi de 100% de suas Regiões (GOYA, 2017, p. 1236). Informação confirmada por um dos entrevistados. O COAP é definido pelo Ministério da Saúde como

[...] um acordo entre os gestores dos municípios de uma mesma região de saúde, do Estado e da União, definindo-se de forma colaborativa as responsabilidades e os recursos financeiros de cada signatário para a organização e a integração das ações e serviços em uma Região de Saúde, garantindo a integralidade da assistência aos usuários. Além disso, são

¹⁰ A PGASS consiste em um processo de negociação e pactuação entre os gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, partindo da realidade municipal (BRASIL, 2016).

pactuados indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários ao cumprimento do acordo (BRASIL, 2014).

O ano de 2012 foi um ano de muitas discussões do COAP para adesão dos municípios nas Regiões de Saúde. Também aparece nas Atas de reunião da CIR como um dos principais pontos de pautas discutidos no período. Nessas reuniões foi observado a maior frequência de gestores municipais. Fato semelhante ocorreu com a PGASS, que substituiu o COAP, como será visto adiante. Em 2017 houve várias reuniões extraordinárias da CIR para tratar especificamente da PGASS. Discuto esse ponto mais adiante.

4.2 COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL COMO MECANISMO DE GOVERNANÇA DA SAÚDE NO CEARÁ

Ao buscar responder ao objetivo geral do estudo, que é *analisar a atuação da Comissão Intergestores Regional (CIR) na governança do processo de reestruturação das Redes de Atenção à Saúde*, retomo a discussão de governança, observando que ela tem ocupado cada vez mais os debates políticos e acadêmicos, principalmente quando se considera a cadeia global de relações entre mercados, poderes e governos. Assim, a governança configura-se como um marco para as sociedades democráticas na contemporaneidade como uma forma de assegurar uma maior coesão e interação entre o Estado e a sociedade.

Se se considera o contexto dos anos 1970 nos países de capitalismo central, observa-se que os governos enfrentam alguns dos elementos constitutivos da chamada crise do capitalismo após a derrota dos *anos dourados* (HARVEY, 1994), tais como crescente desequilíbrio fiscal, desordem das contas públicas e inflação acelerada. Tal cenário levou a revisão do papel do Estado Nacional forte, protetor e centralizado. Nesse contexto, surge nesses países um modelo econômico de cariz neoliberal produzindo agendas governamentais sintonizada com a perspectiva de maximização do mercado e minimização do Estado.

No Brasil, essas e outras questões são postas ao governo um pouco mais tarde, no final da década de 1980, coincidindo com o momento de redemocratização do Estado após vinte e um ano de governos militares. A revisão do papel do Estado brasileiro se deu com a Reforma Administrativa de FHC referida anteriormente, que

sintonizou o país com a perspectiva mundial, ou seja, governança antenada com a globalização e de supervalorização do privado em detrimento do público.

Tendo em mente o processo de municipalização e de descentralização política e administrativa discutido em capítulos anteriores, observa-se o quanto a governança local no Brasil tem tido considerável importância, sobretudo porque fortalece a perspectiva de reforma gerencial do Estado. Como diz Scatena e Tanaka (2001, p. 50), *a descentralização emerge como uma estratégia - de ordem gerencial - de reestruturação do Estado.*

Em estudo comparado das políticas locais do Brasil e Angola e discutindo governança e desenvolvimento local, Massuanganhe e Corralo (2014) dizem que o Brasil

[...] possui uma Constituição que empodera imensamente os municípios, que sintetiza, pela espacialidade estatal, a dimensão do poder local. Por isso, é possível discorrer sobre um verdadeiro poder municipal, desfrutado consoante o plexo de autonomias dos municípios brasileiros: política, auto-organizatória, administrativa, legislativa e financeira. Isso faz com que cada célula municipal disponha de condições de impulsionar o seu desenvolvimento, de forma autônoma (MASSUANGANHE; CORRALO, 2014, p. 21).

Ainda que haja dificuldades e desafios a serem superados, a descentralização apresenta uma maior autonomia do governo municipal e regional se comparado aos períodos de governança anteriores. Nesse sentido, a municipalização e a descentralização foram dois processos relevantes na mudança de governança no país desde fins dos anos 1980, precisamente com a publicação das normativas do Ministério da Saúde nas duas décadas seguintes.

Conectada com a orientação do nível central (MS), considerando a governança local a partir da descentralização das ações e serviços de saúde, a análise aqui realizada pretendeu compreender como se dá a governança da CIR na reestruturação da rede de saúde, considerando na análise os dados produzidos a partir da observação realizada nas reuniões da CIR, algumas vezes também em reuniões da CIB, da leitura e análise das Atas de reuniões da CIR, a partir de 2012, de cada visita institucional registrados em diário de campo, e dos relatos dos entrevistados. A leitura da Atas é importante porque nelas *constam a história das regiões, ficando registrado tudo o que foi decidido, resolvido, e abordado em reuniões* (ATA CIR-1ª CRES-CE, 20/05/2014).

É necessário registrar que o processo de organização da saúde no Ceará, apesar de seu pioneirismo, surge em um contexto em que estava iniciando-se no cenário nacional, no Brasil pós-constituente, a descentralização política e administrativa. Dessa forma, a governança regional da saúde apresenta-se estritamente ligada ao processo de descentralização, sendo essa profundamente influenciada pelo fortalecimento dos gestores locais de saúde.

Antes da instituição do SUS e do processo de descentralização tal como o conhecemos hoje, a descentralização se dava a partir da união para Estados e dos Estados para os municípios com a criação do SUDS, em 1987. Com a NOB/93, que definem as competências de cada esfera de governo, os estados têm suas funções enfraquecidas, reaparecendo com a NOB/96. Com a NOAS, os estados voltam a ter um papel importante, o de promotor da regionalização e da articulação regional, de solidariedade e responsabilidades compartilhadas.

Assim, no contexto histórico político-social dos anos 1990 ganha visibilidade as esferas subnacionais, estados e os municípios, com maior valorização dos municípios via municipalização das políticas sociais, que contou com um forte movimento da organização dos secretários municipais de saúde. Esse movimento foi potencializado pela organização e criação do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, em maio de 1989, seguidos pelo processo de regionalização, como afirma um entrevistado.

A municipalização de ações de serviços de saúde [...] vem acompanhada da organização dos gestores municipais, [...] foi através desse colegiado – COSEMS – desse processo de organização deles que foi possível viabilizar o processo de planejamento e programação para a organização desse sistema. Quer dizer, nesse processo de planejamento e de programação só foi possível em função do apoio dos secretários municipais, do envolvimento dos secretários municipais nesse processo. Então, foram dois grandes movimentos: o movimento de organização dos secretários municipais e o movimento de municipalização de ações e serviço de saúde. O processo de descentralização de rede estadual para os municípios também motivou que a Secretaria Estadual da Saúde começasse a rever a sua estrutura organizacional (IC-1).

Observa-se pelo relato que houve toda uma mobilização de gestores para organizar a descentralização da saúde, sua estruturação em espaços locais, nos municípios. De acordo com a informante, esses gestores, que eram secretários de saúde estaduais e municipais pressionaram a esfera federal e conseguiram criar uma

comissão com representação de gestores de todos os níveis do governo para discutir, negociar e pactuar ações e serviços de saúde nos Estados.

As CIRs têm tido um papel fundamental na governança regional, pois, ao constituírem-se instâncias de cogestão no espaço regional, criam um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o estado preenchendo um “vazio” na governança regional (SANTOS; GIOVANELLA, 2014, p. 624).

No Ceará, na reunião do dia 09 de maio de 2014 a Comissão Intergestores Bipartite (CIB-Ce) aprovou o Regimento Interno das CIR-Ce sob a Resolução nº 122/2014 que a define como

Instâncias colegiadas de articulação interfederativa do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculadas às Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado para efeitos administrativos e operacionais, constituindo foros permanentes de negociação e pactuação entre gestores estaduais e municipais para a operacionalização das políticas públicas de saúde no âmbito regional, observando a legislação vigente que rege o Sistema, em consonância com as diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite (CEARÁ, 2014) (grifos meus).

A frase, *observando a legislação vigente que rege o Sistema* apresenta todo o poder institucional do SUS em âmbito nacional, uma vez que é ao Ministério da Saúde que cabe *estabelecer, [...] formular, avaliar, elaborar normas [...]* (BRASIL,1990) para ações e serviços que Estados e municípios devem, respectivamente, coordenar e executar, o que demonstra a relação de poder existente entre os entes federados. E mais, nessa mesma definição encontra-se presente a governança estadual da saúde representada pelas diretrizes da CIB que a CIR deve seguir em suas reuniões de pactuação.

Conforme essa definição de CIR, vê-se que os entrevistados entendem a CIR como um espaço de negociação entre gestores muito importante para a governança da saúde, principalmente se se considera a diversidade regional dentro de um mesmo Estado, como se observa na fala a de um interlocutor.

A CIR tem uma importância muito grande. Você vê, Sônia, o Estado do Ceará, ele é muito rico em... Ele é muito diverso [...]. Nós temos aqui desde a primeira regional que é aqui Fortaleza, que é objeto do teu trabalho, é uma regional que, na verdade, ela trabalha com um grande município e sua região metropolitana, ne? [...] são regionais com grandes conglomerados urbanos. Uma megalópole, hoje Fortaleza, que tem 1/3 da população do Estado (IC-2).

Então a principal coisa que eu identifico da CIR é a tolerância entre os entes federados que compõem uma estrutura gestora paritária, em que estão assentados [...] os municípios e o Estado. (IC-2).

De acordo como o Regimento Interno, o objetivo da CIR é *pactuar a gestão compartilhada do SUS em seus aspectos operacionais, financeiros e administrativos, [...] assim como a organização e funcionamento das redes de atenção à saúde, visando garantir a integralidade da atenção e a continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito regional* (CEARÁ, 2014).

O artigo 3º expressa que as CIR serão instituídas pelo Estado em suas Regiões de saúde, articulado aos municípios e considerando as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite. Sua estrutura organizacional compreende: 1) Plenário, composto por membros do colegiado; 2) Câmaras Técnicas, que podem ser de caráter permanente ou provisório. Têm o papel de realizar estudos necessários para subsidiar as discussões e pactuações de interesse do SUS na Região de Saúde. São compostas por gestores e técnicos das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde. As Câmaras Técnicas são instituídas nas áreas de regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão, planejamento e financiamento, assistência farmacêutica, vigilância à saúde, educação permanente em saúde, atenção básica, política e rede de atenção à saúde e outras; e 3) Secretaria Executiva, que é a instância de apoio administrativo da CIR (CEARÁ, 2014).

Sua composição compreende três representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), o – Coordenador Regional, o assessor técnico e o assistente técnico; os gestores, titulares e suplentes representantes dos municípios de uma região (CEARÁ, 2014). Assim, a CIR é formada por representantes do Estado e pelos secretários de saúde dos municípios de determinada região de saúde e representa um espaço potente para governança regional. Mesmo que os representantes legais sejam os secretários de saúde, há casos em que se vê apenas representantes dos secretários nas reuniões, assessores técnicos, nesse caso não têm poder de voto, mas tão somente de escuta e repasse ao secretário. Somente em três das reuniões de todo o ano de 2016 houve a presença de secretários municipais de saúde, já em 2017 a maioria dos secretários esteve presente em muitas das reuniões. Retomo essa discussão adiante.

Não raras vezes presenciei assessores técnicos ligando para o secretário para perguntar sua posição sobre determinado assunto que estava sendo votado

naquele momento em que ele estava ausente da reunião. Embora não tenha visto essa informação em nenhum documento, uma participante da reunião da CIR me informou que alguns assessores podem ter o poder de voto se o secretário o determinar por portaria. Não percebi nenhum caso assim na CIR-1ª Cres.

Conforme expresso no capítulo três, a pesquisa foi desenvolvida na 1ª Região de Saúde do Ceará, especificamente com os secretários municipais de saúde de Aquiraz, Eusébio, Itaitinga e Fortaleza. Ressalte-se que as reuniões da 22ª Região de Saúde acontecem juntamente com as da 1ª Região de Saúde, situação já explicada naquele capítulo. Esse fato levou a coordenadora brincar chamando-as de “Região 122”). O 2º parágrafo do Artigo 3º do Regimento Interno da CIR informa que a *Comissão Intergestores Regional da 22ª Região com sede em Cascavel funcionará sob a jurisdição da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde, em Fortaleza até que seja criada a 22ª Coordenadoria Regional da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará* (CEARRÁ. 2014).

Na reunião da CIR de 15 de março de 2016, surge um esclarecimento de como se processou a incorporação administrativa da 22ª Região de Saúde à 1ª. Na época, o Presidente da Comissão e Coordenador da 1ª CRES explicou, conforme consta em Ata, que

A 22ª Regional de Saúde foi criada há 6 (seis) anos, aprovada em CIB e em CESAU e devido a vários fatores, ficou sendo prorrogada o funcionamento da regional no município de Cascavel e desde então ficou funcionando juntamente com a 1ª RS, composta pelos municípios de Fortaleza, Aquiraz, Eusébio Itaitinga. Falou da grande estrutura da regional, muito embora com problemas graves e da diferença absurda epidemiológica e demográfica dos 3 (três) municípios menores em relação ao município de Fortaleza e que podem perfeitamente serem associados a 22ª Região de Saúde. [...]. Explicou que quando a 22ª Região de Saúde foi criada, o município sede seria Cascavel pelo fácil acesso dos municípios, mas devido a distância de Cascavel para Fortaleza, e tendo em vista que alguns servidores serão transferidos para 22ª Regional de Saúde e pensando no melhor acesso para os municípios e para os servidores, foi cogitado a ideia da 22ª Região de Saúde funcionar no município de Horizonte (ATA, 15/03/2016).

A 22ª Região de Saúde não ficou administrativamente sob a responsabilidade de Horizonte devido a vários fatores não explicitados. Assim, ficou decidido que essa Cres seria administrada em conjunto com a 1ª Cres, sendo reponsabilidade da Cres Fortaleza.

Em reunião da CIR, de 2016, seu presidente falou da estrutura física do prédio da 1ª CRES, onde aconteciam as reuniões, pois estava bastante

comprometida, com risco de desabamento. Foi, então, proposto a mudança para o prédio da SESA, como está registrado em ata:

Sem nenhuma condição de continuar o funcionamento [...] propôs que a 1ª Região de Saúde funcione na SESA como um escritório para dialogar com Fortaleza e posteriormente passe a funcionar como uma macrorregião para subsidiar todas as regiões que formam a Macro Fortaleza (ATA, 15/03/2016).

Assim, a primeira reunião do ano de 2016 (03 de fevereiro) foi a última a ser realizada no endereço da Avenida Olavo Bilac, nº. 1200, Presidente Kennedy. A segunda reunião do ano (15 de março), foi realizada no novo endereço, atual prédio da SESA, mais precisamente na sala da Coordenadoria de Auditoria e Controle (CORAC), que se localiza na Avenida Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema, Fortaleza – CE.

As reuniões da CIR-1ª Cres são realizadas mensalmente, podendo acontecer de forma extraordinária mais de uma vez no mês, a depender da necessidade de discutir determinados assuntos, geralmente acontecem pela manhã.

Em 2016 e 2017, período em que participei de quase todas as reuniões, a maioria ocorreu pela manhã, com raríssimas exceções se deu no período da tarde, tendo sido sempre pactuada com o colegiado que só concordava em casos extraordinários, preferindo o horário da manhã.

A atual presidente da CIR, Ana Girão, é a coordenadora da Cres da 1ª Região de Saúde e está sempre presente para coordenar as reuniões. Assumiu a direção da CIR em 2016, substituindo Policarpo Barbosa. Nesse ano, as reuniões foram realizadas somente até agosto.

Os membros da CIR que devem estar presentes nas reuniões são preferencialmente os titulares, secretários municipais de saúde, ainda que seja desejável que os suplentes também estejam. Todavia, o que observei tanto nas reuniões quanto nos registros das Atas é que na maioria das reuniões quem está presente são os suplentes. Outro fato observado com relação à falta nas reuniões dos representantes titulares dos municípios da CIR-1ª Cres foi que a questão de ter ou não quórum para aprovar certas deliberações. Algumas vezes tinha quórum só da 1ª Região outras vezes só da 22ª, impedindo que determinados assuntos fossem votados por insuficiência de membros presentes. Algumas vezes a reunião foi desmobilizada e não aconteceu por falta de quórum.

Essa é uma observação importante porque o Regimento diz em seu artigo 8º que o *quórum mínimo para início das reuniões será de metade mais 1 (um) do total de membros efetivos da Comissão, e terá tolerância de 30 minutos para a sua formação, a partir do horário marcado para o seu início*. Muitas vezes ficava-se esperando quase uma hora para iniciar a reunião na intenção de chegar mais membros, o que nem sempre acontecia, causando, algumas vezes, prejuízos aos trabalhos do dia.

Questionei porque esse absentéismo, se esse é um espaço de pactuação e fortalecimento da gestão na região? E pude observar que existem relações de poder em disputa nesse espaço. Um entrevistado respondeu que nem todas as pautas são de interesse de seu município, nesse caso, ele não comparece às reuniões da CIR. Isso porque não sente que os interesses de seu município estarão ali representados.

Às vezes, os gestores não vão [para as reuniões da CIR] por não haver pautas que sejam importantes [para eles]. Eu próprio não vou muito para CIR nem CIB, já fui muito no passado, hoje eu não vou mais, primeiro porque eu já sei quais são as pautas que vão, que vão ocorrer lá e eu sei o que é que me interessa e o que é que não me interessa. O que interessa não a mim, à pessoa do secretário [mas ao município]. Eu só vou àquilo que interessa, se não for do interesse do meu Município eu não vou (GM-2).

À primeira vista parece que são considerados apenas os interesses de cada um? Mas, de fato, observa-se a existência de uma regionalização cooperativa em que os gestores se apoiam mutuamente, muitas vezes, ultrapassando o campo do instituído e organizando uma rede solidária de apoio.

Considerando que o estudo trata de análise de política, especificamente, no que diz respeito à governança, há a necessidade de considerar a discussão de poder nos processos que envolvem tomadas de decisões e execução de tarefas a partir da participação dos gestores nas reuniões da CIR. Assim, recorri a alguns teóricos para compreender o poder institucionalizado no Estado, espaço de onde parte meu objeto de estudo.

Em se tratando, especificamente, do colegiado CIR-Ce, instância de articulação dos gestores municipais do Ceará, os sujeitos com quem tive contato são, sobretudo, os gestores e técnicos da atenção básica e especializada no nível de gestão da política de saúde representando os poderes de suas respectivas instituições.

As observações realizadas nas reuniões me aproximaram da compreensão da atuação dos atores que ali se encontram para dirigir a política de saúde pública no Estado a partir de seus municípios. Observei ainda que nas reuniões estavam sempre presente os suplentes, como dito acima, aqueles assessores técnicos, mas nem sempre, os titulares da CIR-1ª Cres, secretários de saúde. Na Ata da reunião de 20 de maio de 2014, a presidente da CIR já chamava a atenção para importância da participação dos titulares.

[a presidente da Comissão Intergestores Regional] dar boas-vindas a todos e em seguida repassa os informes da pauta lendo o novo Regimento Interno da CIR, aprovado na CIB Estadual de 09/05/2014, onde a mesma detalha cada capítulo, chamando a atenção para alguns artigos: Capítulo III – Funcionamento das reuniões da CIR, da importância do cumprimento do horário como também da representatividade do gestor municipal e ainda chama a atenção para o Gestor se fazer sempre presente e vir sempre acompanhado de um técnico que faça parte da equipe, ressalta a quantidade mínima de representantes secretário ou suplente para cada município, sendo necessário a presença de 2 representantes da 1ª região para que a reunião possa acontecer conforme o artigo 8º Inciso II do regimento, onde ressalta que a insuficiência de quórum na reunião suspende imediatamente as deliberações que serão realizadas por consenso (Grifos meus) (ATA CIR-1ª CRES-CE 20/05/2014).

O que se observa é que a questão do absenteísmo dos titulares não é recente e também não foi superada. Assim, em 2016 foram apenas três reuniões com presença de titulares, enquanto que os suplentes estiveram em todas, em 2017 todas as reuniões contaram com a presença de titulares, embora não estivessem todos presentes em todas as reuniões. A presença dos titulares foi massiva nas reuniões extraordinárias de 2017 para apresentação e discussão da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), na qual eram pactuados e firmados compromissos para organizar o acesso da população aos serviços de saúde. Como era algo novo que estava sendo discutido e indicado pela SESA como prioridade para a alocação de recursos, todos precisavam se inteirar e raramente um titular faltou a essas reuniões. Outro fato curioso é a ausência total da secretária de saúde de Fortaleza em todas as reuniões, quem sempre estava presente era uma representante, assessora, nem sempre era a mesma pessoa. Quanto à essa questão uma das representantes falou da dificuldade de ir às reuniões e estar inteirada do que foi discutido anteriormente porque estava presente apenas esporadicamente, não conseguindo acompanhar os processos de discussão.

A CIR realiza um trabalho de desenvolvimento da política de saúde em conjunto com os municípios através de reuniões mensais para discutir pautas previamente estabelecidas pelos secretários municipais e coordenadoria da CIR e elaborada pela CRES. A periodicidade é confirmada com a afirmação de um entrevistado do nível central: *a CIR, ela se reúne regularmente, mensalmente, isso por um longo período de tempo [...] todos os municípios e o Estado. Então, elas se assentam por região, nas 22 regiões de saúde do Estado do Ceará e também fazem esse trabalho* (IC2).

No parágrafo 3º do Artigo 9º do Regimento Interno da CIR, consta que suas reuniões poderão ser realizadas em qualquer dos municípios da região, sendo acordado previamente e nas reuniões ouvi repetidamente a coordenadora dizer de seu interesse em realiza-las em cada um dos municípios membros da CIR-1ª Cres. Todavia, as Atas de reunião de 2014 e 2015 registram que todas as reuniões da CIR-1ª Cres foram realizadas em Fortaleza. Em 2016, uma reunião foi realizada em Aquiraz, município pertencente à 1ª Região e uma em Pindoretama, município da 22ª Região de Saúde. Em 2017, apenas uma reunião foi realizada em outro município (Eusébio), as demais foram em Fortaleza. Pelo que observei, os motivos pelos quais as reuniões se concentram na capital do Estado é por ser mais central para os representantes de todos os municípios se deslocarem e os secretários aproveitam que estão na SESA para resolver outros problemas do município.

Pude perceber também que as reuniões se configuram como um espaço importante de discussões de temas relevante para o SUS, bem como a significação das reuniões para os gestores municipais de saúde quanto à descentralização e regionalização, pois discutem temas e situações específicas de cada um deles. Os entrevistados também deixam claro em suas falas essa importância. Todavia, alguns gestores, por ocasião da entrevista, apresentaram descontentamento com esse colegiado de gestão, deixando entender que esse não é um espaço de harmonia senão de disputa, embate e descontentamento. Tais entendimentos, podem se observar na fala de dois entrevistados:

A rigor essas instâncias do SUS [CIB e CIR], todas elas são muito importantes porque elas são, de certa forma, como uma arena onde os atores participam discutindo sobre os problemas daquela região, né? [...]. As Comissões Intergestores, todas elas são de vital importância. Elas aproximam os municípios, fazem dialogar com esses atores no sentido de solucionar os problemas da saúde naquele âmbito territorial (GM-2).

Com relação à participação da Comissão, o que tem hoje que a gente faz é o município que inicia e tenta se resolver, nunca vai na CIR pra CIR aprovar pra depois a gente começar. Quando elas vão aprovar é porque a gente já fez. Não tem esse apoio de começar, de estruturar não. A gente já faz e vai só pra eles oficializarem uma coisa que já está sendo feita [...] (GM-4).

Quando um gestor diz que *já faz* o que o nível central determina, antes mesmo de receber o comando, é porque, de algum modo esses sujeitos executam os serviços baseado numa competência ou numa vontade que é própria do gestor local. De algum modo, esse gestor exerce seu poder, ainda que limitado pelas condições objetivas de apoio e recursos escassos de toda ordem. No espaço de discussão democrática que é a reunião da CIR-1ª Cres, circula uma diversidade de poderes. Na CIR, instância de governança regional, e espaço de pactuação e cooperação para o fortalecimento da região de saúde, é também onde se dão as relações de conflito entre os gestores do sistema de saúde. Assim, é tanto lócus de negociação como de conflitos, onde os tensionamentos se dão em razão da variedade de interesses ali representados, bem como pela diferença do nível de poderes.

A governança envolve relações de poder, sendo, portanto, tensionada o tempo todo pela interação entre os sujeitos envolvidos na política de saúde na defesa de seus interesses na organização Estado. Como refere Testa (1992, p. 117), o conceito de organização abrange dois aspectos: *o institucional e o agrupamento de pessoas com interesses comuns, os atores sociais primários. É nas organizações nesse duplo sentido que está situado o poder da sociedade*. Afinal, o corpo da política de saúde estatal é formado por, dentre outras instituições, secretarias, comissões intergestores e conselhos de saúde, espaços com forte presença e declarada disputa de poder.

De acordo com Bourdieu (2014, p. 85), o Estado é [...] *um conjunto de recursos específicos que autorizam seus detentores a dizer o que é certo para o mundo social em conjunto, a enunciar o oficial e a pronunciar palavras que são, na verdade, ordens, porque têm atrás de si a força do oficial*.

A CIR, enquanto instituição, pertence ao aparelho do Estado, sendo esse detentor de um poder político que se exerce sobre um povo de determinado território, o que mostra que uma das premissas do Estado é o poder político. O poder é exercido por pessoas, que no âmbito do Estado é representado pelos seus agentes, no caso

da CIR-1ª CRES-Ce, pelos secretários municipais e seus suplentes, e o poder técnico, coordenador e técnicos da SESA.

Assim, a ênfase da análise aqui empreendida recai não sobre o Estado, mas sobre o poder que se localiza no aparelho do Estado tal como entendido por Weber (2011) *todo o poder se encontra no Estado*, mas também como discutido por Foucault, para quem o poder é relacional. De modo que está na relação Estado X sociedade civil.

Diferente de Weber, Foucault não acredita que todo o poder se limite ao aparelho do Estado, ainda que reconheça que *desde o século XVI uma nova forma política de poder se desenvolveu de modo contínuo. Esta nova estrutura política, como todos sabem, é o Estado* (FOUCAULT, 1995, p. 236).

Ele faz uma analogia do Estado com as instituições cristãs, dizendo que aquele integrou, numa nova forma política, uma tecnologia de poder bem antiga: a tecnologia do poder pastoral. *De certa forma, podemos considerar o Estado como a matriz moderna da individualização ou uma nova forma do poder pastoral* (FOUCAULT, 1995, p. 237). De modo que o poder pastoral é *uma forma de poder que não cuida apenas da comunidade como um todo, mas de cada indivíduo em particular, durante toda sua vida*. Esse poder implica *um saber da consciência e a capacidade de dirigi-la*.

Esse consentimento leva em consideração um elemento fundamental para o exercício do poder: a liberdade, uma vez que o poder é relacional e *só se exerce sobre "sujeitos livres", enquanto "livres" – entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade onde [...] diversos modos de comportamento podem acontecer* (FOUCAULT, 1995, p. 244).

Interessou-me também conhecer a relação de poder que se estabelece entre os representantes estaduais e municipais da CIR-1ª Cres-Ce e como isso influencia a governança das redes de atenção à saúde. Pude perceber nas interações sociais nas reuniões da CIR uma espécie de centralização do poder na secretaria estadual de saúde.

Nesse sentido, os gestores, na medida em que detém certo poder de organizar a demanda de saúde de seu município, estão também submetidos aos ditames do nível central, às definições de uma determinada ótica, na perspectiva do cumpra-se. Desse modo, chegar a acordos, a pactuações sobre como operacionalizar

uma política que foi decidida em outra instância mostra que os secretários de saúde desempenham a função de cumprir procedimentos estabelecidos desde o nível central.

Alguns autores como Fleury et al (2010) destacam a importância da gestão local da saúde, afirmando que os municípios têm grande influência na definição das políticas regionais de saúde através dos canais de governança – as comissões intergestores – e afirmam que esses municípios passam a fazer parte do arcabouço do SUS para pactuar e negociar estratégias de governança e prioridades entre os três níveis de governo, bem como fortalecer a gestão regional da saúde. Mas, o que se percebe é que o Ministério da Saúde segue sendo o grande protagonista da organização do SUS como detentor do poder regulatório com suas normas e portarias, ou seja, a esfera nacional é a grande centralizadora do poder, restando às instâncias federativas subnacionais a governança que se poderia chamar de operacional, uma vez que os secretários de saúde não decidem sobre a política, mas apenas fazem acordo sobre procedimentos que já vêm determinado desde o nível central para operacionaliza-los nos municípios.

Assim, a agenda dos secretários de saúde não é uma agenda decisória que define o SUS. Seus poderes estão limitados a pactuar, fazer acordo sobre procedimentos, sobre como dar encaminhamento a decisões políticas que foram determinadas em instâncias superiores, seja pela política econômica, seja por políticas governamentais.

4.3 ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE NO CEARÁ

Para a reflexão sobre a organização da rede de atenção à saúde a partir da análise de políticas públicas tomei como base as ideias de Viana e Baptista (2008) e Viana (1996) quanto ao ciclo da política, sendo que esta utiliza a classificação de fases das políticas elaboradas por Hoppe, Van de Graaf e Van Dijk (1985) em: *construção da agenda, elaboração do projeto, adoção do projeto, implementação, avaliação e reajuste cidadãos* (VIANA, 1996, p. 13).

Viana (1996, p. 13) diz que esses autores compreendem a formação de políticas como *um processo contínuo de reflexão para dentro e ação para fora, sendo uma espécie de diálogo entre intenções e ações*. A autora segue argumentando que

as fases de formulação e implementação de um projeto são superimportantes na formação das políticas. Para ela, a formulação *ocorre em um espaço político de trocas e indeterminações, conflitos e poder, enquanto [a implementação] se define em um espaço administrativo, concebido como um processo racionalizado de procedimentos e rotinas* (VIANA, 1996, p. 13).

Nesta pesquisa, além da construção da agenda, sigo esses dois passos indicados pelos referidos autores: formulação e implementação da proposta. São os mesmos passos indicados por Viana e Baptista (2008). Inicialmente, me propus saber, a partir das reflexões de Viana (1996), porque alguns problemas são colocados na agenda do governo e outros não. Meu questionamento foi: por que a preocupação na política pública de saúde com a construção de redes de atenção ocupa a agenda do governo? [...] A agenda é definida Viana (1996, p. 7) *como o espaço de constituição da lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção do governo e dos cidadãos.*

Uma das possíveis respostas àquela pergunta é que construir uma política de saúde que fosse universal com garantia da integralidade e acessada por todos os cidadãos brasileiros, independentemente de quaisquer critérios seletivos: renda, classe social, credo etc, em um país tão grande quanto populoso, com enormes disparidades regionais e profundas desigualdades sociais, só seria possível se organizada em rede, sendo necessário muitos anos para que se efetivasse como um sistema, que, aliás, tem enfrentado desafios de diversas naturezas, sobretudo econômica.

Para pensar a política de saúde organizada em rede, é necessário entender que, no Brasil, ela está diretamente relacionada ao formato do Estado. De tal forma que no período ditatorial (1964-1985) esse Estado apresenta-se de modo centralizador e voltado a interesses particularistas. A política de saúde, nesse contexto, era centralizada e burocratizada pela máquina estatal. O modelo implantado era de privilegiamento do produtor privado com ênfase na prática médica curativa, individual e especializada, articulando o Estado aos interesses do capital internacional através das parceiras com a indústria farmacêutica e a de equipamento hospitalar, período de incentivo ao crescimento do número de hospitais no país.

A distensão política ou abertura democrática, no final dos anos 1970, representou a possibilidade de construção de ideias coletivas com a participação do povo. Na VIII Conferência Nacional de Saúde a proposta de construção de um sistema

de saúde para o povo brasileiro chama a atenção do governo, desperta o interesse da sociedade. E a Assembleia Nacional Constituinte tornou-se uma janela de oportunidade para inseri-lo na arena de disputa onde em alguma medida, os interesses dos cidadãos puderam ser contemplados. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a organização de redes de atenção à saúde entra na agenda governamental rumo a construção de uma política pública. O problema da saúde é priorizado pelas autoridades governamentais em virtude de pressão do movimento social, acadêmicos e outros em favor da organização de um sistema de saúde para o povo brasileiro em uma conjuntura de redemocratização favorável à organização de movimentos de pressão popular (VIANA; BAPTISTA 2008).

Conforme Viana (1996), o reconhecimento de um problema se dá por alguns fatores, dentre eles *indicadores, eventos, crises, símbolos e processo de feedback do trabalho burocrático e da elaboração do orçamento*, todavia, por si sós esses fatores não são capazes de fazer entrar um problema na agenda governamental. São necessários outros condicionantes, como a *factibilidade técnica do assunto; sua aceitação pelos grupos de especialistas e pelo público; e a força de consenso que mobiliza* (VIANA, 1996, p. 9).

Tendo presente esses elementos, observa-se que na passagem dos anos 1980 para os 1990 as protoformas das redes de atenção à saúde são formuladas, sobretudo, depois da publicação da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/80), das NOB's e da NOAS. Tais documentos vão estruturando a rede regionalizada de saúde no país, organizando os níveis de atenção e trazendo para a ordem do dia a discussão de descentralização e regionalização da saúde, bem como a responsabilização dos entes federados.

Pensar a regionalização a partir de critérios e conteúdo que responda à necessidade de saúde da população brasileira é um dos maiores desafios do SUS. Isso porque uma condição *sine qua non* da regionalização é o conceito de homogeneidade ou semelhança. Nesse sentido, o território (vivo) de uma região (homogênea) apresenta, em seus atributos relevantes, características bem próximas, parecidas, bem como certa interdependência e interação dos sujeitos. Nesse sentido, o Ceará organizou sua regionalização considerando tais semelhanças, como se observa no relato abaixo.

Todas essas variáveis, elas foram avaliadas: contingente populacional, barreira geográfica, limite entre municípios [...], sistemas de apoio, tanto de transporte como de comunicação e ainda a questão do sentimento de pertença. Porque se você pega o município de Quixelô, ele tem um sentimento em relação a Iguatu muito diferente do que o município de Senador Pompeu em relação a Iguatu, em função de que há um fluxo natural das pessoas que residem em Quixelô na busca da educação, na busca do comércio, na busca do lazer nesse território do Iguatu (DIÁRIO DE CAMPO, 20/05/2016).

Dessa forma, é importante considerar que um atributo das regiões é a constante transformação e, sua possibilidade de alargamento em razão dos contatos humanos, culturais. Ou se se quiser, atuação em rede de relações humanas. Prova disso são as grandes regiões de saúde do Ceará que inicialmente eram três e atualmente são cinco.

Após a entrada do problema na agenda, o passo seguinte é a formulação da política de saúde em rede que segue com a organização da regionalização e da atenção básica à saúde e com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), moldado a partir do Programa Agentes de Saúde (PAS). Ressalte-se que o PSF foi organizado com o único propósito de estender a cobertura para as populações carentes de modo focalista, seguindo as orientações do Banco Mundial, quando, na verdade, deveria prover atenção básica em saúde para toda a população conforme o princípio da universalidade. Nesse sentido, está sempre presente a disputa de interesses entre os cidadãos e o governo, grupos de interesses divergentes na formatação de uma política.

A implementação da proposta de redes de atenção à saúde, terceiro passo indicado por Viana (1996), encontra-se orientada desde o Pacto pela Saúde de 2006 quando os gestores do SUS dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) pactuaram as responsabilidades pela gestão do Sistema e de saúde.

No que se refere à regionalização, o Pacto traz impresso que [...] o *Plano Diretor de Regionalização (PDR) deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde [...]*. Observa-se nesse documento a íntima relação entre a regionalização e a organização da rede de saúde (BRASIL, 2006). Seguindo o processo de implementação da rede de saúde, encontra-se no Decreto 7.508/11 que o pressuposto da região de saúde é a organização da rede de atenção à saúde.

Desde o processo de municipalização e descentralização política e administrativa do Brasil observa-se a construção da política de saúde com a

necessidade de se organizar em rede para responder às necessidades de saúde da população.

No Ceará, a política de saúde entra como problema na agenda do governo antes mesmo de ser expressão no cenário nacional. Nesse Estado, os atores do Movimento da Reforma Sanitária eram bastante expressivos. Embora, caiba a expressão “O Ceará partiu na frente”, essa agenda tem se dado muito mais por interesses político-partidários do que por pressão da população. O interesse do governador (eleito na segunda metade dos anos 1980 e reeleito em seguida) era inserir o Estado na dinâmica das (transformações econômicas) *mudanças*, rompendo com antiga forma de fazer política, a dos coronéis (COSTILLA; NOBRE, 2011).

A principal ação do governo na saúde foi priorizar a atenção à saúde da criança. Problemática que vinha sofrendo pressão por parte dos organismos multilaterais como o Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Na verdade, a saúde infantil nos países pobres foi problematizada desde 1978 na Conferência de Alma Ata. Já no início da década de 1980 o Ministério da Saúde brasileiro elegeu algumas ações de cuidado com a infância como prioritárias, dentre elas: imunização, reidratação oral, amamentação, acompanhamento de pré-natal etc (BARBOSA, 2017). Seguindo esse rumo, o governador do Ceará criou, em julho de 1987, o Programa Viva Criança (PVC) com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil. Nesse mesmo ano lançou o Programa Agentes de Saúde (PAS), fundamental no desenvolvimento das ações do PVC.

O PAS e o PVC, em 1987, foram os precursores das discussões que implementariam as novas diretrizes políticas da saúde no Estado, momento em que a Reforma Sanitária Brasileira estava em plena efervescência. A partir desse momento foram pensados elementos que estruturariam a saúde e a construção de redes de atenção à saúde no Ceará: municipalização, descentralização, construção de regiões de saúde etc, num período em que o Estado estava igualmente estruturando sua política econômica rumo à adequação ao modelo de governança neoliberal.

Quanto à formulação e implementação da proposta, penso que se dão em momentos muito específicos. Por exemplo a Constituição Federal já define que se deve organizar a saúde em rede regionalizada e hierarquizada. Indicado esse primeiro momento, passa-se à formulação da proposta de organização da saúde em rede. Os instrumentos normativos do Ministério da Saúde indicam os rumos jurídico-legais em

que devem ser estruturados os serviços de saúde. Assim, partiu-se da ideia de uma rede de saúde construída a partir da atenção básica como porta de entrada prioritária do sistema de saúde. No entanto, essa sempre foi uma dificuldade em razão da valorização da cultura hospitalocêntrica.

O que se pode observar é que na formulação e implementação da política de saúde, lá nos anos 1990, estavam-se pensando em uma saúde estruturada em formato de pirâmide, em que a atenção básica estaria na base, sendo seguida pela atenção de nível secundário e terciário, respectivamente. E a justificativa para isso era a expansão da cobertura e a democratização do acesso aos serviços de saúde de forma universal.

A despeito dessa ideia de implementação da política de saúde com a valorização da atenção básica como prioritária e do avanço que houve nessa área com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) seguida pela Estratégia Saúde da Família (ESF), a rede básica de serviços de saúde não conseguiu estruturar-se como a “porta de entrada” prioritária do sistema de saúde. Como afirma Cecílio (1997, p.471), [...] *a “porta de entrada” principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios.*

No momento da implantação do PSF, é possível que a *porta de entrada* fossem as urgências e emergências dos grandes hospitais nos municípios de grande porte, mas nos municípios menores, não. Isso, em razão da cobertura de atenção primária que era de 100% ou quase isso. Essa cobertura elevada pode ser, inclusive, justificada pelo fato dos municípios pequenos não ofertarem serviços hospitalares em escala similar a das grandes cidades.

Em 2010, a Portaria Ministerial 4.279, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, enfatiza a importância da atenção básica como porta prioritária do sistema de saúde. Todavia, ela não se estabeleceu como tal, causando certa fragmentação na atenção. Além da não constituição e efetivação da atenção básica como prioritária no sistema de atenção à saúde, outros elementos ocasionam a fragmentação e dificultam o acesso dos usuários, tais como ausência de comunicação entre os serviços dos diversos níveis de atenção e a valorização das urgências e emergências como porta prioritária de acesso aos serviços.

Com base nessa problemática, fragmentação e dificuldade de acesso, é que busquei compreender a reorganização da rede de atenção à saúde que tem o formato pirâmide perdendo sua importância e em seu lugar sendo proposto uma reorganização com uma relação mais horizontalizada com cada um dos serviços cumprindo seu papel em articulação com os demais.

Esse novo modo valoriza outro ponto da reorganização de redes de saúde, decorrente das estruturas de serviços, que se poderia chamar de rede rizomática (DELEUZE; GUATTARI, 2011) ao considerar que de um serviço pode irradiar contatos, relações e diálogos, seja através de encaminhamentos, referências e contrarreferências ou orientações, na busca de resolução para os problemas de saúde da população. Uma rede que considera em sua estruturação as relações entre seres humanos que ocupam lugares sociais os mais diversos, além de afetos, interesses e necessidades. O maior exemplo das conexões dessa rede rizomática foi encontrado em um dos municípios pesquisado, onde a gestora da unidade de saúde realiza contato pessoalmente com outras instâncias da saúde, ultrapassando o campo do instituído, para dar celeridade a casos de fila virtual de espera e viabilizar acessos que não poderiam esperar.

4.4 REGIONALIZAÇÃO E REESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: PRIMEIRA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE -CEARÁ

No Estado do Ceará a política de saúde tem passado ao longo dos anos por momentos de reestruturação em contextos específicos de governança. A tentativa de constituição de uma rede de saúde vem de longa data. Em 1964 a Secretaria de Saúde do Estado viveu um longo período de descrédito ocasionado por alguns fatores, dentre os quais destaco uma política governamental que privilegiava a medicina curativa via compra de serviços pela previdência social; uma valorização do investimento dos recursos em hospitais em detrimento dos postos de saúde, ou seja, da atenção básica; clientelismo político na contratação de trabalhadores para o setor público; e clientelismo também na indicação da direção da Secretaria de Saúde do Estado (BARBOSA, 2017).

A partir de 1966, com a criação do INPS, os hospitais despontaram como o serviço de saúde mais importante aos olhos dos dominantes, em cambio, os centros

de saúde, que ficavam a cargo da gestão da Secretaria de Saúde do Estado, eram totalmente sucateados. De acordo com Barbosa (2017), a situação mais emblemática desse desmonte é o fechamento do Centro de Saúde Barca Pellon, na gestão do governador César Cals, criado em 1933 e considerado o primeiro centro de saúde do Ceará e do Nordeste.

Somente na segunda metade dos anos 1970, a Secretaria de Saúde do Estado adquire importância com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Foi a partir daí, com o aumento da rede básica de saúde no interior do Estado e com um incremento de investimento do governo federal, que a Secretaria passou a gerir esses Centros (BARBOSA, 2017).

Em um período de profundas incertezas política e econômica para o País, contexto de governança ditatorial – em que se deu a segunda reforma do Estado, a empresarial – foi criada a Fundação de Saúde do Estado do Ceará (FUSEC) sob a valorização das ações curativas e hospitalares em detrimento das ações preventivas e ambulatoriais. *A FUSEC surgiu como um instrumento poderoso de centralização administrativa das ações hospitalares do Estado* (BARBOSA, 2017, p. 153).

A FUSEC foi a responsável direta por parte da expansão dos hospitais na capital do Estado, inclusive, com a criação de quatro deles nas periferias da cidade (Messejana, Conjunto Prefeito José Walter, Maranguape e Barra do Ceará), os chamados “Gonzaguinhas”, nomes atribuídos em alusão ao então governador Gonzaga Mota (BARBOSA, 2017).

Em 1986, com a eleição de Tasso Jereissati a governador do Estado do Ceará e a indicação de Carlile Lavor para a Secretaria de Saúde do Estado (SESA) e à superintendência da FUSEC, tendo em vista a política de municipalização e a necessidade de unificação do sistema de saúde sob a direção única da SESA, a FUSEC foi gradativamente sendo extinta devido, também, as muitas irregularidades e má administração (BARBOSA, 2017).

Ainda nesse período vai se formando o embrião do que seria o papel da APS na estruturação das redes de atenção à saúde, pois no ano seguinte, 1987, foram criados os programas de emergências e frentes de trabalho para enfrentar a alarmante questão social, ainda que tais frentes tenham ficado nas mãos de chefes políticos locais, favorecendo o clientelismo e a troca de votos. No cenário nacional, era o momento em que se estava discutindo as Ações Integrada em Saúde (AIS).

Os programas de emergências surgiram em razão de uma das secas periódicas que atingiu todo o Estado do Ceará, uma das piores, como afirma um dos entrevistados.

[...] aí veio uma seca daquelas piores que o Ceará já viveu e os trabalhadores da seca foram convocados, foi a sugestão para o governador de serem também agentes de saúde, principalmente mulheres, chefes de família que tinham alguma vocação, as lideranças, eram as rezadeiras, faziam parto, eram parteiras leigas. Então, o programa cresceu rápido [anos depois] quando Ciro assumiu o governo do Estado eu fui ser secretária de saúde do Estado do Ceará, precisamente em 1992, enfrentando uma perigosíssima guerra, a cólera, que começou no município de Quixadá e os agentes de saúde foram fantásticos para que a gente vencesse a cólera, fazendo com que os idosos, principalmente, recebessem hidratação oral, que nessa época havia o soro oral da Pastoral da Criança e do Unicef, que era feito com açúcar, sal e água (GM-4).

Foi nesse cenário que surgiu o antecedente do Programa Saúde da Família (PSF), o Programa Agentes de Saúde (PAS). O então Secretário Estadual de Saúde resolveu contratar aquelas mulheres para desenvolver ações básicas de saúde em suas comunidades. Era uma forma de enfrentar a fome na seca propondo algum tipo de trabalho. Na verdade,

oficialmente o trabalho com os agentes de saúde originou-se em 1987, quando teve início uma experiência com agentes de saúde como parte do Programa de Emergência, criado em decorrência da seca, o que ocorreu entre junho de 1987 e junho de 1988. Para dar início ao programa em seu caráter emergencial, foram selecionadas seis mil mulheres do sertão cearense (ÁVILA, 2011, p. 350).

A política de saúde passa a se reorganizar em torno da atenção básica, tendo o PAS como referência. A transição do Programa Agente de Saúde para o Programa Saúde da Família se deu em 1989, com o início do processo de descentralização e com a responsabilização dos municípios pela gestão local da saúde. A partir do início de 1990 são contratados mais profissionais para atuarem na atenção básica, sobretudo e em maior medida, médicos e enfermeiros. Um entrevistado relata o surgimento do PSF tendo origem no PAS, conforme se observa.

[...] no dia 27/28 de dezembro de 1993 houve uma reunião histórica na sede do Ministério da Saúde, entre o Natal e o Réveillon, em que nós vimos as experiências exitosas da cidade de Niterói, que tinha um médico de família e a enfermeira, nós ouvimos algumas experiências de Goiás e também do Hospital Nossa Senhora da Conceição, do Rio Grande do Sul, que era uma experiência com médicos de família. Então, quando isso, nessa reunião o Ceará contou sua experiência com agente comunitário em todo o Estado [...].

Então, o que acontece é que esse programa tava reconhecido no Brasil inteiro. Então, dessa reunião saiu uma decisão de estruturar um programa de... principalmente nas periferias das cidades e na zona rural, mas que depois se estendeu pra todo o Brasil, que foi o PSF, Programa Saúde da Família: um médico, uma enfermeira e de 5 a 10 agentes de saúde. Nessa época ainda não havia a figura do dentista. Eu era secretária de saúde, [O Ceará, um dos primeiros Estados a implantar esse programa, alguns secretários foram contra porque eles diziam que o governo federal ia ajudar só no começo, em parte, eles tiveram razão, e os municípios iam ter de arcar com as responsabilidades financeiras, mas mesmo assim o programa foi adiante e tal maneira que ele rapidamente se espalhou na plantaçoão, nessa altura a gente já tinha o SUS implantado, a municipalização da saúde, o Fundo Municipal de Saúde e o Plano Municipal de Saúde porque se o município não tivesse essa condição eles não recebiam recursos fundo a fundo (GM-4).

O período de construção e desenvolvimento daquelas ideias (valorização de pessoas vítimas da desigualdade social e da seca para atuarem na atenção básica como agentes de saúde) na saúde relaciona-se visceralmente à questão social, consequência do desenvolvimento econômico do momento. A governança do Ceará passava pela necessidade de mudar a cara do Estado que entra nos anos 1990 com o firme propósito de construir uma imagem positiva de sua condição social e econômica. O governador Tasso Jereissati assume tendo como uma das prioridades de seu governo reduzir a mortalidade infantil e cria o PAS exatamente com esse objetivo. Logra êxito e utiliza o resultado como marketing político. O sucesso do Programa Viva a Criança (PVC), criado com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil, foi tal que o Estado passou a ser reconhecido internacionalmente por esse feito. *O relatório de 1992 do UNICEF, sobre a situação mundial da infância, destacou a performance do Ceará, colocando-o entre os lugares do mundo onde se conseguiu uma queda significativa na mortalidade infantil* (BARBOSA, 2017, p. 212).

Nos anos 1990, o SUS apresenta-se em pleno processo de construção e desenvolvimento passando por avanços e retrocessos em razão do embate das forças políticas e ideológicas posta no cenário nacional (disputa entre o projeto da Reforma Sanitária e o do mercado privatista). Após ser inscrito na Constituição Federal de 1988, vai se configurando nas leis infraconstitucionais e portarias específicas (LOS, NOB etc).

No início dessa década, precisamente em 1991, é implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a partir dele começa a se organizar o processo de implantação do Programa Saúde da Família (PSF), institucionalizado em 1994 pelo Ministério da Saúde, significando a organização da atenção básica para

fortalecer os princípios do SUS, sobretudo o de acesso. Ainda que surja como um programa, o PSF foi pensado como uma estratégia para reorganização da rede de atenção básica e conseqüentemente todo o sistema de saúde. Assim, o PSF surge em 1994, a partir da formação das primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando os ACS e ampliando sua atuação: as equipes deveriam ter de quatro a seis ACS, dependendo do tamanho da população sob sua responsabilidade.

Observa-se, assim, a importância do papel da atenção básica na reestruturação das redes de atenção à saúde. Quando questionado sobre a relação RAS e APS em seu município, os gestores foram unânimes em afirmar que ela é fundamental, o mais importante nível de atenção à saúde e que a APS tem uma função fundamental de diálogo com outros níveis de atenção.

Compreendo que todos os níveis de atenção à saúde são igualmente importantes para que se consiga formatar as redes de atenção à saúde com os pontos (unidades básicas de saúde, ambulatórios especializados, residências/moradias dos sujeitos e tantos outros) estabelecendo relações, diálogos. Tais níveis devem-se diferenciar apenas pela especificidade do cuidado e densidades tecnológicas que os caracterizam, sendo que todos eles devem buscar o cuidado integral da saúde. Um dos entrevistados diz que a APS é o alicerce do sistema de saúde, outros a colocam no mesmo grau de importância conforme se observa em suas falas.

A atenção primária, ela é a ordenadora do cuidado, né. Então, [...] quando a gente pensa em estruturar as redes de atenção, se a gente não tiver a atenção primária com uma boa cobertura de PSF, né, de equipe, se a gente não tiver a atenção primária que faça essa vinculação, então realmente a gente não consegue estruturar as redes. Ela é quem coordena o cuidado, ela é essencial, ela é o alicerce (GR-4).

Por mais que a gente tenha muitos desafios, eu acho que o primeiro avanço é se olhar para atenção primária e reconhecer ela como a estruturante de toda a rede [...] (GR-6).

As maiores demandas são resolvidas, aliás, devem ser resolvidas, né, na atenção primária. Como a maioria deve passar por lá, é ela que demanda para outros níveis, né? Ela tem o papel principal dentro da rede (GR-2).

De modo geral, os entrevistados concordaram que a rede de saúde deve ser ordenada a partir da atenção básica, tal como é consenso no meio acadêmico e profissional desde a Declaração de Alma Ata.

As políticas públicas de saúde se estruturam em rede para delinear os caminhos que serão percorridos pelos gestores, trabalhadores e usuários dos serviços

desde o planejamento à execução dos serviços. Nesse cenário estão inseridos aqueles diversos sujeitos, que defendem os mais diferentes interesses e com variados níveis de poder político, cultural, social, econômico e simbólico, estes de fundamental importância na formulação de estratégias de ação e negociações ou barganhas para a efetivação de direitos coletivos e individuais, sobretudo, de acesso.

Se se considera o contexto atual de reorganização das redes de atenção à saúde na região onde foi desenvolvida a pesquisa, Primeira Região de Saúde do Ceará, observa-se que ela tem se dado a partir da reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) e de dois movimentos, sendo um na capital do Estado e outro nos demais municípios estudados.

Em Fortaleza, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) buscou reorganizar sua rede de saúde a partir da contratação de uma consultoria do Eugênio Villaça, consultor da OPAS, MS e CONASS, para assessorar os gestores que repassariam aos profissionais as orientações para operacionalizar a proposta, no período de 2013 a 2016, seguindo o modelo proposto nos documentos da OMS e do MS.

A proposta da Consultoria era organizar a rede de atenção à saúde em Fortaleza a partir de campos específicos ou pontos de atenção como atenção primária, atenção hospitalar, urgência e emergência, saúde mental etc. para cada campo desse foi formado um núcleo de trabalho. A ideia da SMS era fazer com que houvesse uma comunicação entre os pontos de atenção à saúde. Como se observa na fala de um entrevistado.

A proposta era fazer uma costura entre esses pontos da rede que o Dr. Eugênio tava trabalhando porque dentro da modificação que ele trouxe envolvia mudança em cada ponto desses. Então, pra que a rede, de fato, funcionasse da forma como ele trazia a proposta, todos os pontos de atenção precisariam tá trabalhando ou modificando sua organização pra atender seu objetivo, né, que ele tava propondo (IC-5).

A ideia de reorganização da RAS em Fortaleza esteve muito mais relacionada a um evento de promoção da gestão, político-partidária do que mesmo um compromisso de reestruturar a saúde no município. Conforme observa-se no relato de um entrevistado.

Assim, eu senti muito forte o aspecto da política, da propaganda de uma gestão, de uma política, ao trazer a consultoria do Eugênio Vilaça. Sempre a fala da secretária da saúde, a Dra. Socorro era de que o Ceará, Fortaleza estava sendo bem reconhecida porque tinha trazido o Dr. Eugênio Vilaça para

implementar a rede em Fortaleza. Então, assim, a própria consultoria do Dr. Eugenio Vilaça virou um marketing para a campanha política do prefeito, né. Então, assim, não era só uma intenção de melhorar a saúde de Fortaleza, mas também eu senti uma intenção de se autovalorizar com a vinda de um consultor, né, renomado como o Dr. Eugenio Vilaça (IC-5).

Ainda que o maior peso nas decisões governamentais locais seja dado a questões que tragam retorno eleitoral para uma gestão, o resultado da agenda governamental, em sociedades democráticas, deve, por princípio, atender aos interesses da população. A reorganização de redes de saúde na capital do Estado não melhorou, de fato, o acesso, a integralidade e o diálogo entre os vários serviços de saúde como era esperado. O relato de uma informante chave esclarece.

[...] a unidade, ela tem por obrigação [...] atender a população dentro das suas necessidades mais comuns. Então, assim, se o mal-estar, se a agudização, se o adoecimento, ele acontece, da população, ela deveria recorrer a unidade de saúde pra saber o que tá acontecendo com ela, certo? Então, como a unidade de saúde está mais próximo da população, ela deveria ser a porta de entrada para, pelo menos, saber o que tava acontecendo diante daquele mal-estar ou diante daquela necessidade relatada. A partir daí, dessa porta de entrada das agudizações ou dos problemas agudos, da emergência é que a unidade de saúde poderia orientar se a resolutividade estaria na própria unidade de saúde ou se seria encaminhada para outro ponto de atenção, por exemplo para as UPA's ou para os hospitais. Para isso, é importante também registrar que havia uma proposta de relação direta com o SAMU, que não aconteceu (IC-5).

O plano dessa Consultoria envolvia três aspectos: estrutura, processo e resultado. Quanto à estrutura um entrevistado, informante-chave (IC-3) que participou diretamente na coordenação do processo de reorganização da rede de atenção à saúde em Fortaleza com essa Consultoria, refere que foram feitas melhorias na infraestrutura de 80 Unidade da Atenção Primária à Saúde (UAPS). Outro entrevistado também apresenta dados de melhorias na infraestrutura das unidades, segundo ele, *em alguns postos foram criados até subestações elétricas porque como foram colocados muitos aparelhos ao longo do tempo, não foi feito nenhum tipo de redimensionamento elétrico* (GR-1). E mais, foram construídas mais 20 UAPS. Entretanto, a construção das novas unidades não foi acompanhada de contratação de pessoal para fazê-las funcionar a contento. Observe a fala de um entrevistado.

Foram construídas mais 20 unidades em Fortaleza, só aqui na Regional X foram 2. Em 20 anos de gestão, somados os 8 anos da Luiziane mais os 12 anos do Juracir, só foram inauguradas duas. Acho que foram inaugurados 20 postos, você vê a diferença.
[Com implantação de equipe, com contratação de pessoal?]

Não. Aí veio o problema. Não foi, não foi aumentado o número de equipes, foram só remanejados (Grifos meus) (GR-1).

UAPS foram inauguradas e entraram em funcionamento com insuficiência de recursos humanos. Os profissionais que foram compor essas novas unidades foram remanejados ou deslocado de unidades existentes para ofertar minimamente um atendimento, o que não cobriu a demanda das novas e ainda desfalcou as antigas UAPS. Áreas da nova unidade passaram a ser agregadas a áreas da unidade existente, incrementando sobremodo a demanda aos profissionais.

Em determinado momento houve uma reestruturação de equipes através de contratação de profissionais das mais diversas formas, que não o concurso público, a exemplo do RPA e da terceirização, bem como pelo incremento de médicos cubanos e brasileiros, por contrato por tempo determinado, dos programas do governo federal Mais Médicos e PROVAB. Contudo, ainda assim, não foi suficiente para garantir uma efetiva ampliação do acesso que elevasse a cobertura da atenção básica de 35% a um percentil superior a 50%.

Esse que poderia ter sido apresentado pelos entrevistados como um avanço, na verdade, revelou-se como um problema. Em vez de ampliar acesso, restringe, na medida em que a unidade de saúde deixa de contar com os trabalhadores que foram deslocados para outras.

No que se refere à reestruturação da rede de saúde, segundo os entrevistados, alguns elementos organizativos e operacionais foram criados para *implantar a rede de atenção à saúde em Fortaleza (IC-3)*, conforme a orientação da referida consultoria: a) *diretrizes clínicas*, que é feita por especialistas, baseado em evidências para possibilitar que os profissionais das UAPS classifiquem o risco da condição apresentada pelo usuário; b) *classificação e estratificação de risco*, que é a caracterização do diagnóstico em baixo, médio ou alto risco. Como a ideia da Consultoria era trabalhar sobre as doenças e as condições crônicas, um entrevistado explica a diferença entre classificação e estratificação: [...] *a gente classifica eventos agudos e estratifica condição crônica. [...] você trabalha estratificação da condição crônica e classificação do evento agudo (IC-3)*; c) *ponto de atenção*, que é definido por um entrevistado como sendo [...] *aonde é... presta algum tipo de serviço para o usuário, de atendimento. Então, eu tenho a unidade de atenção primária como ponto de atenção, eu tenho a policlínica como outro ponto de atenção, o hospital outro ponto de atenção. (IC-3)*; d) *protocolos clínicos*; e) *linha de cuidado*; f) *parametrização de*

agenda; g) bloco de horas; h) procedimentos operacionais padrões (POP), que é tipo passo a passo o que você deve fazer quando vai fazer vacina A ou B, como descartar o lixo, como receber... tudo [...] (IC-3).

Na Atenção Primária estão sendo trabalhados os macroprocessos de organização no território para implantação do modelo de atenção às condições agudas e crônicas e as RAS prioritárias, são eles:

Na atenção primária, a proposta passava pela reorganização de macroprocessos para implantação do modelo de atenção às condições agudas e crônicas e as RAS prioritárias, desenvolvendo as seguintes ações:

Territorialização, cadastramento e classificação de risco das famílias, classificação de risco para urgências e emergências, estratificação das condições crônicas, organização da atenção às condições agudas, organização da atenção às condições crônicas, elaboração das diretrizes clínicas e protocolos, elaboração dos procedimentos operacionais padrão, parametrização e programação das ações, gestão da clínica, e planos de cuidados (FORTALEZA, 2014, p. 36).

Os macroprocessos (gerenciais) podem ser observados na figura 1.

Figura 1 – Macroprocesso: atenção primária à saúde



Fonte: COPAS/SMS (2013).

E o resultado esperado da Consultoria era, ao reorganizar a APS, produzir um sistema de saúde integrado, funcionando com todos os pontos de atenção se comunicando, tanto internos no município quanto externos em diálogo como os serviços de saúde estadual e mesmo os privados. O que se efetivou parcialmente, quando se vê a referência e o contato direto do Núcleo de Atendimento ao Cliente da Atenção Primária à Saúde (NAC/APS) em articulação com serviços especializados, a exemplo da unidade de diabetes e hipertensos do Hospital das Clínicas.

Todavia, até mesmo o diálogo com os serviços da própria rede municipal é permeado por dificuldades. A nova gestão que assumiu a SMS-Fortaleza, em 2017, que não estava mais sob a orientação da Consultoria de Eugênio Vilaça, definiu a organização de encontros/reuniões mensais de diretores de hospitais com participação dos gestores da APS para diminuir a distância. Uma prática que até o fechamento das entrevistas estava apenas nos planos da gestão sem, de fato, se efetivar na prática. Dois dos participantes da pesquisa relatam sobre a intensão da nova equipe gestora:

Já falei isso no colegiado gestor [...]o coordenador dos hospitais disse que ia levar a gente, coordenadores regionais, para as reuniões para a gente tentar a criar esse vínculo e tentar colocar nos novos gestores de hospitais essa mentalidade que nós precisamos pensar como redes jamais como pontos isolados (GR-1).

Nessa gestão agora, está sendo feito um mapeamento realmente de todos os pontos de atenção, todos os níveis de atenção que nós temos pra que eles realmente se organizem em redes. Por exemplo, a rede hospitalar do município, Fortaleza tem 10 hospitais municipais (GR-4).

Aquela reorganização em rede se dá parcialmente porque, embora haja serviços que mantêm o diálogo, nem todas as UAPS de Fortaleza contam com esse apoio, exceto quando se trata da regulação. Na verdade, um sistema de comunicação entre os serviços ou mesmo um diálogo mais sistêmico, que caracterize uma rede com todos os seus pontos em conexão ainda precisa avançar para que essa rede se efetive como tal. Pois, a comunicação entre os profissionais da APS com outros pontos da rede é fundamental para assegurar a função de coordenadora do cuidado da APS, para que ela possa, de fato, garantir a atenção às necessidades da população e a continuidade do cuidado. (SCOREL, *et al* 2007)

A reorganização em rede pode ser observada tanto em relação a questões operacionais e de gestão quanto às voltadas aos processos de trabalho. Nesse quesito, destacam-se a dimensão do agir e subjetividade profissional em contato com a dos usuários que formam uma realidade de sujeitos que se encontram, se afetam e se reproduzem sócio-historicamente num formato de rede rizomática (FRANCO, 2006), que, ainda que apresente esse formato, traz em si muitos desafios, sendo um deles a comunicação, apontada pelos entrevistados.

Eu acho que um dos maiores problemas dentro do sistema é a falta de comunicação (GR-2).

Então, hoje o grande desafio é a integração dessas redes, elas têm de se comunicarem, é um processo de comunicação (ilegível) [...] (GR-4).

A gestão da saúde, no segundo mandato do prefeito Roberto Claudio, não continuou sob a orientação da Consultoria. Quanto à continuidade do desenvolvimento das ações de saúde sob aquela orientação, alguns entrevistados responderam que mesmo o prefeito tendo sido reeleito, essa é uma nova gestão que assume a SMS e não sabiam como ia ficar a orientação dos serviços, uma vez que, mudou toda a gestão da Secretaria de Saúde. *Agora a gente não tem mais a consultoria. Na verdade, a consultoria, ela teve um tempo determinado e, ela acabou ainda em [2016] em agosto do ano passado* (GR-4). Um outro entrevistado diz:

Eles não renovaram [a consultoria], não continuam. Já tem outros projetos, que, assim, a gente tá, praticamente passou esses seis meses [de janeiro a agosto de 21017] e essa nova equipe da Secretaria de Saúde ainda tá tomando pé. O prefeito pediu duas coisas importantes à secretária: [uma delas é] ela não deixar faltar medicamentos e eu acho que isso aí era a maior reclamação da população. Isso está sendo controlado com a criação de uma lista, que na verdade já existia, mas o monitoramento dela, dos 84 itens prioritários, que um posto de saúde não pode faltar... o remédio para hipertensão, para diabetes, um antibiótico, um anti-inflamatório, um analgésico, remédio para verme (GR-1).

Com relação a essa nova prioridade do prefeito foram criadas centrais de distribuição de medicamentos nos terminais de ônibus da cidade, além do que já contempla a farmácia das UAPS, não sendo uma substituição às farmácias das unidades, mas um lugar a mais, segundo os entrevistados, para facilitar a vida da população. Veja o que dizem esses entrevistados:

Agora, dia 16 (16 de agosto de 2017), vai ser lançado uma primeira central de distribuição de medicamentos nos terminais, a primeira vai ser no Antônio Bezerra [...] e vai envolver 10 postos de saúde. Medicamento da atenção primária, esses 84 também. É uma opção a mais para o paciente caso não tenha no posto, que não é para faltar, mas o paciente, de repente ele tá saindo do posto de saúde e tá indo para pegar no terminal, ele tem uma possibilidade de pegar aquele remédio ali, é só uma coisa mais. Não é para ser uma forma das pessoas verem como um lugar para tirar remédio, não (GR-1).

[...] então a central de medicamentos, as pessoas, hoje, elas falam, umas tem a compreensão de que é como se fosse farmácia dentro dos terminais, não é. Só que para as pessoas saberem que não é, a gente tem que ir até elas e explicar o porquê (GR-4).

Nesse sentido, ofertar medicamentos (numa sociedade que supervaloriza o médico e a medicação) acaba sendo mais importante que promover a saúde, pois não se observa espaço na agenda dos profissionais da atenção primária para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Isso em razão de uma reorganização da agenda das equipes de saúde da família que destina 50% de sua carga horária ao atendimento da demanda espontânea e os outros 50% à demanda programada (LASSOSS, RELATÓRIO/IC/ UECE – 2017-2018), não sendo observado tempo na agenda para aquelas ações.

O Relatório IC/UECE – 2017-2018 da pesquisa Modelos de Atenção à Saúde: antigas questões, novos desafios, apresenta na fala de uma participante da pesquisa que diante das mudanças impressas por aquela Consultoria na Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, não existe mais educação, promoção e prevenção em saúde e que poucos programas conseguiram se manter. Para os trabalhadores, não há uma preocupação, nesse novo direcionamento da APS, em desenvolver atividades de promoção e prevenção da saúde. O que se destaca é o atendimento, sobretudo médico.

Outro fato observado na gestão da saúde do município de Fortaleza, foi a disputa de poder tensionado pelas alianças político-partidárias, uma vez que a mesma pessoa que está à frente da gestão do município (Roberto Claudio) passa por uma reeleição e passa a desenvolver projetos diferentes, não seguindo as diretrizes de sua proposta da gestão anterior.

Fica claramente posto aqui as relações de poder que se estabelecem no campo da política, pois quando a SMS passa a uma nova gestão administrativa, ainda que sob o comando do mesmo prefeito, percebe-se o desalinho com a proposta anterior e uma reconfiguração dos rumos da política municipal de saúde a partir da distribuição de cargos.

A nova Coordenadora de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde, Dra. Ana Maria Cavalcante traz consigo ideias diferentes do que estava sendo proposto quando daquela Consultoria. Propõe, em lugar do fortalecimento da atenção básica, uma valorização do nível secundário, como se observa na fala de um gestor participante da pesquisa quando indagado sobre o modelo centrado na atenção básica continuar vigente em Fortaleza.

[A] Doutora Ana Maria já foi secretária de saúde do Estado, do município, então, assim, ela... por ela ser professora de faculdade tal e tal, da Unichristo, ela tem essa expertise da Escola de Saúde Pública e assim, ela tem algumas ideias para colocar em prática. Eu vou até te colocar uma que é a CEAD, (Centro de Especialidades de Hipertensão e Diabetes). Ela quer criar não só uma policlínica como nós vamos conseguir uma policlínica em todas regionais, vamos dizer, pelas questões financeiras, é de colocar em postos de saúde o serviço baseado naquilo que a gente já tem, por exemplo, eu posso ter num posto de saúde um médico da saúde da família, mas com especialização em cardiologia ou então, com especialização em endocrinologia (GR-1).

A valorização das especialidades em detrimento das ações da APS parece descaracterizar a proposta inicial da Estratégia de Saúde da Família e a valorização do médico generalista proposto nos fundamentos da atenção primária e do Programa Saúde da Família, em seu início.

Em Fortaleza, a reorganização das Redes de Atenção à Saúde, sob a orientação da referida Consultoria, deu-se a partir de grupos técnicos (GT's) que consideravam os serviços dos vários níveis e os elementos de composição das RAS tais como Atenção Primária, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, Regulação, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica, Sistemas de Informação à Saúde. Porém, o foco prioritário foi a qualificação da APS.

A valorização do nível secundário que se observa na fala da Coordenadora de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde da SMS-Fortaleza (*Ela quer criar não só uma policlínica como nós vamos conseguir uma policlínica em todas regionais* (GR-1)) entra em contradição com a proposta daquela consultoria em Fortaleza que punha a APS no centro de comunicação da rede de saúde.

Para além da contradição observada na gestão da saúde em Fortaleza, a proposta da consultoria em Fortaleza cometeu equívocos ao buscar reestruturar os serviços e organizar demandas desconsiderando um elemento central no processo de organização de serviços e do cuidado em saúde: o trabalhador. É possível que essa

tenha sido uma das razões para que a proposta não tenha sido aceita de bom grado pelo trabalhador como se pode observar no Relatório IC/UECE – 2017-2018, (2018). Nele consta que a relação estabelecida entre a gestão e os profissionais de saúde é de distanciamento e que a gestão assume uma postura centralizadora e verticalizada, com pouco diálogo com os profissionais.

Nesse sentido, a reestruturação da atenção primária foi posta para as UAPS de forma verticalizada, sem diálogo com os trabalhadores. Sem questionar se a cidade tinha ou não condições de implementá-la. Foi apenas uma tentativa de transpor uma experiência que deu certo em determinada realidade sem considerar as diferenças regionais, culturais e específicas de cada localidade. Sobre isso um gestor se posiciona afirmando: [...] *eu tenho uma crítica também à consultoria, que quando você trabalha com território você tem de ver a realidade local e a consultoria não viu isso. Dentro do que ela tinha um modelo que deu certo em Minas Gerais e aí ela é transplantada sem ver a realidade local* (GR-4). Um entrevistado, informante chave, se referiu a esse processo dizendo o seguinte:

Então, assim, o que eu percebo é que a proposta chegou, não se discutiu se Fortaleza tinha ou não condições de implementá-la e aí foi se implementando de forma realmente hierarquizada, né, de cima pra baixo, onde os profissionais não tinham espaço de discussão nem de escolha. Eu me deparei várias vezes tendo grandes discussões com os profissionais porque eles diziam que não iam fazer o que a gente tava pedindo e nós não tínhamos nenhuma opção a não ser, de certa forma, obriga-los (IC-5).

Pelo relato acima percebe-se que as relações dos proponentes da reestruturação das RAS com os executores das ações de saúde longe de serem amistosas, eram conflituosas. Não houve adesão dos trabalhadores à proposta tanto pela falta de diálogo quanto pelos equívocos da Consultoria relacionados aos processos de trabalho. Houve, inclusive perseguição a profissionais, segundo denuncia um participante da pesquisa.

Porque assim, era pedido o nome dos profissionais que não estavam colaborando com a implementação das redes. Então, havia uma pressão muito forte diante desses profissionais, né, que não estavam contribuindo, colaborando com nosso trabalho. Então várias vezes nós tivemos que acionar o próprio chefe de distrito e a chefe da atenção básica pra nos ajudar nesse processo, né, de convencimento dos profissionais que a proposta era essa. Então, foi muito difícil porque não teve processos de negociação nem de conversa, foi algo realmente imposto de cima pra baixo onde os profissionais tinham que acatar. Mesmo a contragosto eles tinham que fazer. [...] muitos coordenadores não se sentiam capazes de exigir, de impor ou de até brigar com os profissionais para que as propostas fossem impostas (IC-5).

Um dos pontos da Consultoria mais questionado pelos trabalhadores foi a parametrização da agenda, ou seja, o controle do tempo dos trabalhadores de saúde. Segundo um entrevistado a parametrização *seria já uma previsão de disponibilidade de tempo para os profissionais atender aquela demanda que o território apresentava* (IC-5). Foi então solicitado que se contabilizasse o número de pessoas em situação ou com doenças crônicas para se saber qual a necessidade de tempo do profissional para tais atendimentos. Como a proposta se baseava no atendimento às doenças e condições crônicas e como não havia estrutura física suficiente para atender igualmente a todas as doenças, algumas foram priorizadas, aquelas que não poderiam deixar de ser atendidas. O leque de prioridades listava cinco tipos de doenças ou condições: hipertensão, diabetes, prevenção, gestante e criança.

Várias questões foram impostas aos trabalhadores: 1) redução da carga horaria de trabalho de 40 para 32 horas semanais; 2) mudança no horário de trabalho, de 8 às 17 para de 7 às 19 horas, dividindo os horários das equipes para seis horas corridas, eliminando as tradicionais rodas de gestão, momentos de reunião das equipes; 3) eliminação também das atividades de promoção da saúde; 4) redução extrema das visitas domiciliares, impactando sobremodo nas atividades de visita e acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde.

Havia a necessidade de ter profissionais disponíveis na unidade de saúde sem o aumento da equipe, pois não houve um incremento no quantitativo de pessoal para o novo horário, pelo contrário, houve redução, uma vez que, a carga horária de trabalho foi reduzida para 32 horas; 5) divisão do tempo entre demanda espontânea e demanda programada a partir da agenda parametrizada.

Os profissionais questionavam, reclamavam da forma autoritária e sem diálogo em que estava se processando a reorganização das RAS, mas acabaram aderiram às imposições, ainda que dissessem que perderam a liberdade e autonomia para desenvolver seu trabalho de atendimento à população. Observe o que dizem esses entrevistados:

[...] além da gente impor, eu digo a gente enquanto consultoria, enquanto Secretaria, impor um novo horário de trabalho, impor uma divisão entre demanda espontânea e demanda programada a gente também estava impondo uma forma parametrizada de atender às necessidades da população [...]. Até a própria agenda, ne, o número de atendimento, quem vai atender, a consultoria estava determinando. Isso criou um grande mal-estar com os profissionais, principalmente os médicos que não aceitavam como referência

de atendimento o Manchester, por exemplo, quando se dizia que um a consulta deveria durar de 15 minutos e eles achavam isso um absurdo porque quem deveria determinar quanto tempo gastar com o paciente seria o profissional. (IC-5).

Então, eu acho que esse, essa foi a grande falha da consultoria [...] de não envolver os profissionais [...] (GR-4).

Os relatos revelam o desconforto dos trabalhadores causados pela proposta de reestruturação da RAS em Fortaleza e a forte presença de relações de poder. Observamos que há uma dupla perspectiva do que foi a Consultoria: 1) o que dizem os gestores mais comprometidos com a gestão e que ocupam um cargo na Prefeitura e 2) os que não se encontram mais na gestão, que eu denominei de Informantes-Chave (IC), pessoas que vivenciaram a experiência da Consultoria a partir de determinado lugar privilegiado, seja como gestor regional ou como tutor, sendo este cargo criado exclusivamente para desenvolver ações determinadas pela Consultoria.

Os trabalhadores são os sujeitos que operacionalizam e viabilizam o cuidado em saúde. São, por princípio, juntamente com os usuários, a mola mestra dos serviços, sem os quais não haveria o cuidado. Nesse sentido, Lima em um estudo sobre planejamento em saúde, realizado na cidade de Fortaleza, discute que é essencial que os sujeitos que operacionalizam as ações da política de saúde *sejam incluídos na construção e implantação /implementação dos processos referentes à atenção à saúde, entre eles a propositura para o modelo de atenção do município* (LIMA, 2016, p. 60).

O Relatório IC/UECE – 2017-2018 da pesquisa *Modelos de Atenção à Saúde: antigas questões, novos desafios*, da qual participo como pesquisadora, possibilitou observar que havia uma insatisfação dos trabalhadores com os processos de trabalho em desenvolvimento na APS. Eles alegavam que tais processos se davam de maneira impositiva sem diálogo entre o nível central e o serviço. Situação confirmada também na pesquisa de Lima (2016) que situa em seu estudo sobre planejamento na saúde a reorganização APS em Fortaleza.

Com relação a reestruturação da rede de saúde nos demais municípios pesquisados, identifiquei que seu processo se deu noutra perspectiva. Em 2014 o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) propôs a Planificação da Atenção Primária à Saúde com o Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – QualificaAPSUS, cujo objetivo é capacitar os profissionais da atenção primária. No

Ceará foi, inclusive, desenvolvida uma experiência inicial no município de Tauá. A SESA avaliou positivamente os resultados da iniciativa e resolveu replicar a experiência para outros municípios do Estado.

Tanto a experiência de Fortaleza quanto a dos demais municípios estudados apresentam a reestruturação da rede de saúde como algo novo, pois quando se referem ao QualificaAPSUS, os gestores referem que ele é uma estratégia para implementação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como se essa fosse inexistente na política de saúde. Na verdade, a rede de saúde é uma ideia em construção desde a impressão do direito à saúde na Constituição Federal de 1988.

Em diálogo com técnico da SESA, responsável pelo desenvolvimento do Projeto QualificaAPSUS Ceará na 1ª Região de Saúde do Estado, ele me deu algumas informações sobre esta proposta. Referiu que o Projeto tem como objetivo:

- Apoiar os municípios no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) para que as equipes possam:
- Cumprir os atributos da Atenção Primária à Saúde;
- Cumprir as funções de responsabilização da APS pela saúde da população adscrita, de comunicação nas redes de atenção à saúde e de resolução de grande parte dos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade;
- Assumir a coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde às condições crônicas;
- Participar da Rede de Atenção às Urgências (IC-6).

Quando questionado sobre a importância do QualificaAPSUS para a reestruturação da rede de saúde, o mesmo entrevistado afirma que o Projeto é importante porque

Para que a APS seja efetivamente ordenadora das RAS e tenha a capacidade de resolver até 85% das demandas básicas da saúde da população ela deve cumprir [...] as funções de responsabilização, de coordenação dos fluxos e contra fluxos dos cidadãos e resolução dos problemas de saúde da população. Para tanto há necessidade de implementar na APS os micro e macroprocessos, que incluem entre outras questões, intervenção na estrutura, nos macro e microprocessos básicos, macroprocessos de atenção aos eventos agudos; macroprocessos de atenção às condições crônicas [...] (IC-6).

Observa-se semelhanças em alguns termos do Projeto com o processo que ocorreu em Fortaleza, o que demonstra que o QualificaAPSUS tem por base o que está posto nos documentos do Ministério da Saúde quanto à reorganização da RAS, já que o Ministério segue as orientações de seu consultor para esse assunto,

Eugênio Vilaça, responsável também pela consultoria em Fortaleza. Todavia, há que se destacar uma diferença crucial entre a proposta do QualificaAPSUS e da Consultoria em Fortaleza. Aqui, os trabalhadores ficaram de fora do processo, enquanto nos municípios em que foram desenvolvidos o QualificaAPSUS o processo era voltado especificamente para a qualificação profissional.

Nos momentos em que estive presente nas oficinas de capacitação pude perceber um número expressivo de trabalhadores, tanto de nível superior como médio, observei, sobretudo, a presença massiva de Agentes Comunitários de Saúde. Os trabalhadores me pareceram bastante participativos, sobretudo quando relatavam ou trocavam suas experiências.

Ao perguntar sobre a recepção do Programa pelos profissionais obtive a seguinte resposta:

De maneira geral o Qualifica APSUS vem sendo bem recebido pelos profissionais que compõem a atenção primária. Com a ajuda do programa eles estão percebendo a importância do fortalecimento da APS nos municípios em que trabalham e passaram a acreditar que esse fortalecimento é possível através de estratégias de reorganização e padronização dos processos de trabalho que são abordadas durante as oficinas regionais e municipais. Outro aspecto importante para a boa aceitação do QualificaAPSUS é o fato do programa preconizar a participação de profissionais das mais variadas categorias (médicos, enfermeiros, vigias, serviços gerais etc.). Isso vem fazendo com que alguns trabalhadores que antes não se consideravam integrantes da AP como motoristas, vigias e serviços gerais sintam-se realmente parte da equipe, e que suas ações efetivamente contribuem para o sucesso do programa (IC-6).

Embora seja apresentada uma imagem positiva da participação dos trabalhadores não me foi possível verificar sob que circunstâncias se deu essa participação. Como foi a sensibilização e negociação para tirar os profissionais por um dia inteiro ou dois de seus campos de trabalho. O que me foi informado foi que não se ausentaria toda a equipe, mas apenas parte dela e que nem todos os trabalhadores participariam, mas que a equipe participante funcionaria como reprodutores das informações, o que a meu ver não tem o mesmo alcance de quem participa diretamente.

De acordo com os técnicos da SESA que acompanham o Projeto Qualifica APSUS, seu desenvolvimento teve alguns avanços, os quais eles apontam abaixo.

São vários os avanços que já podem ser percebidos nas unidades de saúde que participam do Qualifica APSUS. Maior integração e união das equipes da APS, melhor interlocução com os gestores municipais, destacando a importância da APS o que resultou entre outras coisas, em melhorias nas estruturas físicas de algumas unidades e na compra de equipamentos. Houve também avanços na qualidade do serviço de saúde prestados à população usuária da APS. A qualificação dos profissionais e estruturação dos processos de trabalhos nas unidades têm como resultados direto uma melhor organização e agilidade nos atendimentos realizados. Além disso os processos de territorialização, estratificação de risco das condições crônicas, programação de agendas, implantação da classificação de risco e atendimento de eventos agudos, implantação de POPs entre outros que foram abordados nas oficinas, com certeza contribuirão a médio e longo prazo para um atendimento de maior qualidade à população (IC-6).

Mas também apontam desafios, dentre eles,

[...]. Questões como escassez de recursos nos municípios, rotatividade de profissionais nas unidades, mudanças de gestão, dificuldade da população em compreender e aceitar alguns processos propostos pelo projeto são exemplos de alguns dos desafios que o Qualifica APSUS vem enfrentando. No entanto, o maior desafio talvez seja mudar o paradigma estabelecido que enxerga a APS como algo simples, que presta um conjunto de serviços de baixa complexidade. Para que a APS efetivamente se torne reordenadora do SUS e organizadora das Redes de Atenção à Saúde há de se romper com essa visão simplificadora dos cuidados primários, bem como aprofundar a compreensão da natureza complexa da demanda nesse nível de atenção, e isso é um dos maiores desafios que o projeto Qualifica APSUS tem que enfrentar (IC-6).

Com relação aos processos que o Projeto propõe melhorar, a questão da estrutura física é uma das melhor avaliadas pelos gestores em razão da escassez de recursos que o município vivencia.

Ah, eu achei maravilhoso [a proposta do QualificaAPSUS]. Eu queria que viesse todo ano. É de 3 em 3 anos [...]. Porque assim, nós somos um município pobre, a arrecadação é pequena, não tem muita indústria, não tem muita empresa, a gente tem pouca arrecadação, pouca mesmo. A gente vive mais assim, a contrapartida do município é muito maior, apesar de ter arrecadação pouca, o município tem uma contrapartida muito maior do que o Ministério da Saúde repassa pra gente, anda no fio da navalha, fazendo o que pode. Mas, com a vinda do Qualifica, por exemplo uma pintura do posto que eu tava querendo a um tempão, que era uma tinta que num era aquela tinta a óleo, aquela tinta mais simples, de menor custo, eu consegui que o pessoal da infraestrutura se mexesse, viesse dar uma pintura, entendeu? (GM-3)

De acordo com o Plano Estadual de Saúde (2016-2019), no item Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, está definido o 2º Objetivo: *Qualificar a Atenção Primária à Saúde no âmbito das redes de atenção*, cuja meta é *expandir o Projeto*

Qualifica APSUS para 100% dos municípios do Estado, de 6 municípios em 2015 para 184 até 2019; sendo o indicador apresentado para essa meta o Percentual de municípios qualificados por meio do Projeto Qualifica APSUS (CEARÁ, 2016), conforme expresso no quadro 25.

Quadro 24 – Objetivo 2 do Qualifica APSUS

Objetivo 2 – Qualificar a Atenção Primária à Saúde no âmbito das redes de atenção.	
Meta	Indicador
Expandir o Projeto Qualifica APSUS para 100% dos municípios do Estado, de 6 municípios em 2015 para 184 até 2019.	Percentual de municípios qualificados por meio do Projeto Qualifica APSUS.
Certificar 50% dos municípios do Estado com selo de Qualidade até 2019.	Percentual de municípios certificados com Selo de Qualidade.
Reduzir em 4% as internações por causas sensíveis à Atenção Primária, de 18,9 em 2014 para 18,1 até 2019.	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária.

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Ceará (2016-2019)

Assim, observa-se que é dada uma grande importância ao projeto QualificaAPSUS por impulsionar a partir da qualificação da atenção primária a reorganização da rede de atenção à saúde.

Ao abordar os gestores sobre a organização da APS na reestruturação da RAS no seu município obtivemos respostas as mais diversas, sobretudo quando se compara o município de Fortaleza com os demais. Os entrevistados expressam, sobretudo, os avanços que alcançaram. Dentre os mais expressivos estão os relatados a seguir:

Os avanços, eu acredito que é essa questão da estratificação de risco, eu acho que foi um dos maiores avanços e a reforma dos postos de saúde, da ambiência, porque nós tínhamos realmente um ambiente muito ruim de trabalho (GR-1).

[Com a] entrada dos profissionais em 2006, teve toda uma mudança no município de Fortaleza que foi com a entrada do Programa Saúde da Família, que não tinha, né, no formato do Programa com todas as suas diretrizes, com todas as suas especificidades do Programa Saúde da Família. Nesse período foi um grande avanço, mas nesse momento não se conversava, não se falava em rede, né. Era muito o PSF, era muito cada unidade de saúde dentro do seu mundo, lógico, dentro de sua especificidade sem conversar muito com as outras. E com toda a mudança da mentalidade que nós temos dentro de um

sistema, [...] a gente tem todo um projeto agora, que está avançando sim, mas é muito difícil (GR-2).

Eu acho que a gente tem um avanço muito grande, por exemplo: a implantação do prontuário eletrônico em todas as unidades primárias de atenção à saúde. Então hoje, eu posso ter acesso ao prontuário eletrônico de um usuário em qualquer ponto de atenção primária. Então, isso já é um avanço, eu acho, muito bom. A gente precisa que esse prontuário agora seja interligado também com atenção secundária pra quando encaminhado [usuário] para o especialista precisa que a gente também tenha lá o histórico dele todo na unidade de saúde, na unidade básica de saúde (GR-3).

Eu acho que o principal avanço foi a implementação das redes. Apesar de algumas fragilidades quando o município saiu daquele modelo de pirâmide, né, pra ir pro modelo de atenção primária sendo a coordenadora do cuidado e daí ela disparar vários processos, ela sendo o centro da rede e aí, fazendo essa articulação com as outras redes de atenção, eu acho que o formato dela já foi um avanço assim, das pessoas começarem a compreender como se trabalhar em rede, né (GR-4).

[Avanço] A primeira coisa é a questão do fortalecimento do investimento na estruturação. Assim, atualmente, a maioria dos municípios receberam né, através de estarem dando projetos para reestruturação da sua unidade básica de saúde padronizada pelo Ministério, dessas unidades básicas de saúde. Então, o grande avanço né, dentro da atenção básica foi a questão do investimento pra reestruturação mesmo, física das unidades (GM-1).

[Como] avanço é com relação ao comprometimento profissional (GM-3).

Pode-se perceber pelas falas que os avanços apontados pelos gestores são variados, dentre eles figuram a organização dos serviços em rede, a reestruturação física dos equipamentos e a instituição do prontuário eletrônico, naqueles municípios que possuem (Fortaleza em toda rede de APS, Aquiraz e Eusébio em processo iniciado). São elementos específicos que favorecem o bom desempenho das atividades realizadas cotidianamente nos serviços e que podem impactar na reorganização da RAS.

Quanto aos desafios, são apresentados como algo que dificulta a gestão e o desenvolvimento das ações em saúde, os processos de trabalho, principalmente a ausência de concursos públicos, as formas de contratação, terceirização e indicações políticas para cargos de trabalho que fragilizam a política de saúde e a questão do financiamento/recursos financeiros. Mas, os entrevistados referiram também, dentre outros,

O desafio é mais com relação ao financeiro e a forma de contratação do profissional (GM-3).

E os desafios são muitos. Eu acho que é, o desafio é você ter a questão da responsabilização daquele território, né. São as equipes, elas realmente terem o conhecimento e o compromisso de que aquela pessoa que está sendo cuidada ali naquela porta de entrada [...] então a atenção primária tem que acompanhar essa família ou esse indivíduo a cada ponto da rede porque ela é quem coordena esse cuidado [...]. Então, o desafio é a gente fazer essa rede funcionar (GR-4).

Ainda é um desafio que toda a população entenda a importância da atenção primária, o que ela representa dentro da regionalização (GR-5).

Mas também são oportunidades de avaliação do que está sendo valorizado na APS, sendo necessário considerar os desafios para que se avance na organização da saúde no Estado. Assim, outros elementos apresentados pelos entrevistados são a responsabilização dos profissionais pelo território, a compreensão da população sobre a atenção primária e o financiamento da saúde para alguns municípios que ainda sobrevive com poucos recursos.

Quando indagados sobre a existência de integração entre os pontos de atenção do sistema, os gestores responderam que não se pode dizer que não há, mas também não se pode afirmar que há uma excelente integração, como pode-se observar em suas falas.

Ainda muito deficiente, né, a gente sabe que tem integração tem, posso dizer que é 100%? Posso dizer que é satisfatória? Não. Mas também não posso dizer que não existe. Por exemplo, nós temos pacientes que chega na atenção básica e precisa da rede de saúde mental, daquela área e não só daquele serviço de atenção psicossocial... É o grande [desafio] é a gente realmente, olhar esse trabalho de integralidade, de um tá completando o outro (GM-2).

Eu penso vem crescendo essa integração, essa ideia de porta de entrada e níveis de atenção crescente de acordo com a complexidade, mas ainda há muitas dificuldades deles dialogarem. Há um desafio de diálogos entre redes. Não se tem ainda aqui no Ceará nem nos municípios, concretizado o sistema de referência e contra referência. Nem dentro do próprio município você consegue, imagine fora quando você manda paciente para um outro município, um município de referência, são raras as instituições que dão respostas (GM-1).

[Integração] Eu acho que tem, acho que tem alguma. É, assim, há integração, sendo que esta questão da referência e contra referência, eu acredito, eu não sei, mas eu duvido que um dia seja o que a gente espera, acaba que cada um quer dar solução do seu serviço e fazer o que lhe cabe e transferir logo o problema, dá graças a Deus quando fulaninha já foi para o outro serviço. O que faz ali, também não tá muito preocupado em dar resposta sobre o que tá fazendo (GM-3).

Conforme se observa há uma fragilidade na comunicação entre os pontos de atenção da rede de saúde, tanto entre os serviços de um mesmo municípios como

entre os de um município com outros. Como refere um entrevistado, cada serviço quer resolver sua demanda e se livrar (*cada um quer dar solução do seu serviço e fazer o que lhe cabe e transferir logo o problema?*). É como se o compromisso se extinguisse ali no atendimento imediato, não havendo uma responsabilização pela continuidade até o desfecho da situação de saúde por todos os envolvidos.

Com relação à forma como se dão os fluxos e a comunicação entre os serviços na rede, os entrevistados, de modo geral, referiram que não há muita comunicação entre esses pontos. Para eles existe uma rede, mas que não é articulada. Há uma enorme dificuldade de diálogo entre os serviços. Os fluxos se dão com o diálogo mínimo necessário. O diálogo é feito, sobretudo, através da central de regulação, se a necessidade de saúde se dá entre os níveis de atenção primário e especializado.

Dentre os serviços do próprio município há uma dificuldade de diálogo enorme. Por exemplo, na capital as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) acabam executando os mesmos serviços que a atenção básica, mas por ausência de diálogo uma não sabe o que a outra realiza, muitas vezes com o mesmo indivíduo, ocasionando sobreposições de ações.

Algumas respostas me pareceram um tanto vazias, difícil de detectar o real sentido para a população. Ou noutra direção, o que se vê é que os fluxos seguem o caminho do que está elencado nos protocolos, como se lê no relato de um gestor.

Pronto, é através das guias, ne, de referência e contrarreferência. E assim, até da determinação de um protocolo. De um fluxo de atendimento, ne, de um protocolo clínico, vamos dizer assim, ne. Pra questão de como é que isso vai funcionar, o paciente chega assim, por exemplo, a gestante, ne, ela tá em grau mais complicado, então ela já é referenciada por um serviço especializado, ne, e de lá ela tem de ter a contrarreferência para voltar e ser acompanhada pelo seu PSF (GM-2).

Dizer que a usuário do serviço *tem de ter a contrarreferência* não significa efetivamente que ele tem. Na maioria, dos casos, segundo os relatos dos entrevistados, não há retorno da atenção especializada para a atenção básica. Os casos encaminhados pela UAPS para os níveis especializados não são devidamente retornados, nem mesmo em casos especiais. Na melhor das hipóteses, o profissional das especialidades orienta que o indivíduo retorne ao seu médico da UAPS. Nesse sentido, se verifica uma distância entre o que é preconizado nas legislações e orientações normativas e a realidade cotidiana dos sérvios de saúde.

Quando indagados sobre o papel dos gestores na governança da RAS, me deparei com respostas as mais diversas, como se observa nos relatos.

[...]. Eu acho que o gestor, ele tem que, primeiro ser uma pessoa motivada. Tem que acreditar nas redes de atenção
Ele tem que acreditar na equipe que está sob a gestão dele. [...] E aí é dominó, ele tem que fomentar essas redes, ele tem que mostrar para as pessoas que é possível essas redes se integrarem né. É... de divulgar, de executar [...]. Eu acho que a melhor avaliação de um gestor não é aquela que é avaliado por, pela sua equipe, é aquela avaliada pelo usuário, que às vezes você tá fazendo, você acha que tá fazendo a melhor coisa possível, você traz nomes renomados, você traz pessoas que têm um alto conhecimento teórico, mas lá na ponta, aquele usuário, ele tá reclamando de alguma coisa, você pode pegar aquela reclamação e trazer, refazer. Esse é o papel do gestor na governança da saúde (GM-1).

Fundamental. O papel dele é fundamental na governança. [...]. Ele deve, realmente, tomar o papel principal. Minimamente, organizar o serviço, casar com o recurso que ele recebe que esse é o desafio maior, é fazer cada vez mais com cada vez menos. Se ele conseguir trazer pra si o controle dos gastos que ele tem e não o profissional determinar quem deve ir pra não sei onde, e que deve passar tantos medicamentos. Muitas das vezes, o profissional bota pro paciente vinte encaminhamentos, pra se livrar, e sabe que não vai conseguir. Depois encarece, tem muitos exames desnecessários. Rever isso é do gestor (GR-1).

A gente tem gestores em diferentes níveis, né? Dentro das próprias redes. No meu caso, específico, gerenciar exatamente os nossos pontos de atenção, que a gente tem dentro da nossa própria regional. Então a gente tem de fazer o diagnóstico do perfil da nossa população, quais são as nossas principais demandas (GR-3).

Mediar, né, tentar procurar solucionar, da melhor maneira possível, no dia a dia, é buscar junto ao Ministério da Saúde, as redes, um apoio para os demais problemas, que a gente pode estar melhorando no nosso serviço, tá colhendo o pessoal do Qualifica que tá tentando e tá cumprindo as especificações. Dar esse suporte para que isso aconteça. Acho que é isso, buscar qualidade, integrar com os outros serviços, garantir que os serviços que estão sendo prestados para população cheguem com qualidade (GM-3).

A compreensão dos gestores de seu papel diz respeito, sobretudo, à organização dos serviços. Mesmo tendo respostas as mais variadas, eles têm muito em comum, sobretudo, o fato de querer melhor administrar seus serviços para a comunidade, quando se referem a qualidade dos serviços e aos recursos.

4.5 A CIR NA REESTRUTURAÇÃO DAS RAS

Em todas as reuniões da CIR da Primeira Região de Saúde das quais participei foi possível observar que se trata de acompanhar o desenvolvimento da saúde no Ceará em redes. Observei que os gestores e equipe técnica da SESA

sempre estão se referindo a redes quando falam de pactuações, aprovações de serviços, estruturas ou ações de saúde. Assim, quando se discute a aprovação de um credenciamento ou habilitação de um serviço é de organização de rede que se trata.

Nesse sentido, fiz uma análise das falas dos entrevistados e dos documentos, (Atas de reuniões da CIR desde 2012 até 2017), relacionando ao que diz a literatura que referenciei a pesquisa. Ressalto que estive presente em algumas reuniões em 2016, mas, de forma mais precisa, em 2017, ano em que participei como ouvinte pesquisadora de quase todas as reuniões, excluídas as extraordinárias para tratar de pactuação da PGASS que não me foi permitida participação.

A seguir apresento os quadros de pautas das reuniões da CIR, cujos principais assuntos tratados estão expressos de acordo com cada ano seguidos das análises e discussões trianguladas com as entrevistas e literatura. Para a análise considerei apenas as pautas relativas aos municípios da 1ª Cres – Fortaleza, não entrando em discussão os pontos relacionados à 22ª Cres – Cascavel, uma vez que o estudo priorizou os municípios da Região de Saúde de Fortaleza. Assim, os pontos de pauta que se encontram tachados nos quadros foram desconsiderados, pois são assuntos referentes aos municípios da 22ª Região de Saúde.

Quadro 25 – Pautas de reuniões da 1ª CIR de 2012

(continua)

Data	Pontos das pautas das reuniões
19/01/2012	1. Proposta de Implantação do NASF – Chorozinho ; 2. Alteração na composição do NASF – Pacajus ; 3. Aprovação das Pré-propostas do Programa de Requalificação das UBS – componentes ampliação dos municípios de Chorozinho, Fortaleza, Ocara e Pacajus; 4. Pactuação da Reforma do Centro de Parto Normal de Cascavel ou Horizonte ; 5. Rede de Urgência e Emergência – Pactuação de Leitos de Retaguarda – incluir em Eusébio e Horizonte e excluir em Aquiraz.
31/01/2012	1. Validar ou não a proposta do Ministério da Saúde
28/02/2012	1. Alteração na composição do NASF – Pacajus ; 2. Planos de Ação da Vigilância Sanitária - Aquiraz, Fortaleza e Itaitinga /Chorozinho, Horizonte e Pacajus; 3. Projeto de ampliação do Laboratório Central de Saúde Pública do município de Fortaleza; 4. Cirurgias Eletivas – Componentes II e III; 5. PMAQ – Desenvolvimento e Avaliação Externa
15/03/2012	1. Aprovação das alterações do Plano da Rede Cegonha de Eusébio; 2. Alteração de PPI da Clínica Itagem – Itapipoca ; 3. Inclusão de profissional farmacêutico na equipe do NASF - Itaitinga; 4. Cirurgias Eletivas – Componentes I, II e III – Recursos 2012.
28/03/2012 Extraordinária	1. Aprovação das alterações do Plano da Rede Cegonha de Eusébio/Cascavel; 2. Alteração de PPI da Clínica Itagem – Itapipoca/Fortaleza; 3. Inclusão de profissional farmacêutico na equipe do NASF – Itaitinga; 4. Cirurgias Eletivas – componentes I, II e III – Recursos 2012.
19/04/2012	1. Pactuação de Cirurgias Eletivas – Componente I, II e III – Ocara, Itaitinga e Horizonte; 2. Qualificação de Equipe de Saúde Bucal de Telhas – Aquiraz; 3. Aprovação do Serviço de Atenção Domiciliar – Cascavel, Horizonte e Eusébio.
04/05/2012 Extraordinária	22ª Cres Cascavel
15/05/2012	1. Rede de Atenção Psicossocial; 2. Implantação de CAPS I – Pacajus ; 3. Alteração de PPI Ambulatorial – Pacajus .
17/05/2012 Extraordinária	1. Rede de Atenção Psicossocial; 2. Metas e Indicadores - COAP; 3. Alteração de PPI Ambulatorial – Jaguaruana
28/05/2012	1. Discussão dos anexos da 2ª fase e introdução da 3ª fase do COAP; 2. Quadro com Responsabilidades Organizativas COAP; 3. Operacionalização do Consórcio Público de Cascavel ; 4. Solicitação de qualificação de teto máximo de ACS (90 ACS) – Itaitinga; 5. Solicitação de qualificação de teto máximo de ESF (15 ESF) – Itaitinga; 6. Solicitação de implantação da ESF Sede II (funcionando a quase 1 ano) – Itaitinga
06/06/2012 Extraordinária	Não ocorreu por falta de quórum.
21/06/2012	22ª Cres Cascavel
03/07/2012	1. Pactuação das Cirurgias Eletivas 7ª Etapa do Projeto Vida Nova; 2. Ajuste de pactuação do COAP; 3. Proposta de alteração da PPI Ambulatorial – Pacajus ; 4. Credenciamento de agentes comunitários de saúde – Ocara .
19/07/2012	1. Inclusão do município de Beberibe no CEREST / Horizonte ; 2. Qualificação de 04 Equipes de Saúde da Família - Aquiraz; 3. Funcionamento da Unidade Móvel Odontológica - Aquiraz; 4. Situação da

(conclusão)

	Emergência do Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças de Cascavel – Pindoretama; 5. Proposta de Celebração de Convênio com os municípios da região para fornecimento de medicamentos fitoterápicos – Horizonte; 6. Alteração de Modalidade em ESB – Eusébio
20/09/2012	1. Solicitação de Credenciamento das Clínicas de Cirurgia e Clínica Médica junto ao MAPP – Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças / Cascavel; 2. Credenciamento da Unidade Móvel Odontológica / Cascavel, Horizonte e Ocara; 3. Mudança da Composição da Equipe do NASF / Ocara; 4. Funcionamento da Policlínica / Pacajus; 4. Experiência na Digitalização do Território de Saúde / Eusébio; 5. Adesão do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
16/10/2012 Extraordinária	22ª Cres-Cascavel
06/11/2012	1. Pactuação de Cirurgias Eletivas – Portaria N° 1340 de 29 de junho de 2012/Projeto Federal; 2. Solicitação de Reprogramação de Recursos Cirurgias Eletivas – Projeto Estadual para Campanha de Biópsia de Próstata, referente ao exercício de 2011; 3. Solicitação de alteração da PPI Ambulatorial e Hospitalar da 4ª CRES/BATURITÉ; 4. Solicitação da mudança de endereço da sede do PSF/SB Zé Maria e do PSF/SB Batoque/AQUIRAZ; o ponto extra pauta: Pactuação dos Indicadores do Pacto pela Saúde/SISPACTO – 1ª Região de Saúde/ Fortaleza; Adesão do CEO/Eusébio à Rede de Pessoa com Deficiência;
28/11/2012	1. Cirurgias Eletivas – Portaria N° 1340 de 29 de junho de 2012/Projeto Federal; 2. Recursos da 8ª Etapa – Projeto Estadual; 3. Proposta do desenho da Rede de Pessoa com Deficiência; pontos de extra pauta: Execução do Projeto Olhar Brasil na 1ª Região de Saúde de Fortaleza
21/12/2012	22ª Cres-Cascavel

Fonte: 1ª Cres – Atas de reuniões de 2013

* As informações sobretaxadas-não foram consideradas por não pertencer à 1ª Cres e sim à segunda.

Dos pontos de pauta das reuniões destaquei aqueles que mais diretamente se relacionam à temática da rede de saúde e da regionalização. Contudo, chamou a atenção o quanto apareceu a discussão sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) a partir das reuniões de 2012.

Quando discutem pontos de pauta como *Rede de Urgência Emergência – pactuação de leitos de retaguarda, incluir no município X e excluir do município Y* e da *Aprovação das pré-propostas do programa de Requalificação das UBS* (Ata de 19/01/2012) é de organização de redes que se fala. Assim, pelas Atas de 2012 observa-se que foram discutidas questões relativas a organização da rede de saúde. Em outra reunião observa-se a discussão de pontos como *Aprovação das alterações do Plano da Rede Cegonha – município A; alteração da PPI da Clínica em município B* etc. (Ata 15/03/2012). São sempre questões que se referem diretamente a governança da CIR na organização da rede.

Sobre o papel da CIR na reestruturação das RAS, os entrevistados responderam afirmando sua importância para o desenvolvimento e avanço da política de saúde, um espaço sem o qual o SUS não teria avançado tanto. Tal importância se expressa também nas atas de reunião que mostram o quanto de temática de interesse dos municípios são discutidos ali. Os entrevistados falam da relação entre os entes federados, destacando ser um avanço na reconstrução democrática do país, conforme vê-se na fala do entrevistado.

Então a principal coisa que eu identifico da CIR é a tolerância entre os entes federados que compõem uma estrutura, uma estrutura gestora paritária, em que estão assentados o mesmo número de lugares os municípios e o Estado. E aí você [tem] um embate, muitas vezes tenso, mas extremamente produtivo, é você tomar decisões para o sistema no Estado do Ceará (IC-2).

Nesse ano foram realizadas dezoito (18) reuniões da CIR, sendo que o único mês em que não houve nenhuma foi agosto. A primeira realizou-se no dia 19 de janeiro e segunda no dia 31 do mesmo mês, ambas foram reuniões ordinárias e em conjunto 1ª e 22ª Cres. Outros meses em que houve duas reuniões foram março e julho, sendo uma ordinária e uma extraordinária em cada mês. Em maio realizaram-se quatro reuniões, sendo uma ordinária e uma extraordinária envolvendo apenas a 1ª Cres, uma extraordinária envolvendo as duas Cres e uma extraordinária só da 22ª.

Na análise das Atas de reuniões, observa-se que, ainda que as pautas sejam diversificadas, há uma concentração da discussão em torno da atenção especializada/hospitalar, como exemplo: *Rede de Urgência e Emergência – Pactuação de Leitos de Retaguarda; Cirurgias Eletivas; Aprovação das alterações do Plano da Rede Cegonha de Eusébio; Rede de Atenção Psicossocial; Pactuação das Cirurgias Eletivas; Pactuação de Cirurgias Eletivas; Solicitação de Reprogramação de Recursos Cirurgias Eletivas – Projeto Estadual para Campanha de Biópsia de Próstata, referente ao exercício de 2011*. Mas, também houve várias pautas discutindo atenção primária à saúde, ainda que em menor medida.

No quadro 26 – “Pautas de reuniões da 1ª CIR de 2012”, observa-se que os principais pontos da 1ª Cres discutidos foram: *pactuação de Leitos de Retaguarda para a Rede de Urgência e Emergência; aprovação das pré-propostas do Programa de Requalificação das UBS; aprovação das alterações do Plano da Rede Cegonha de um dos municípios estudados; projeto de ampliação do Laboratório Central de Saúde Pública do município de Fortaleza; aprovação das alterações do Plano da Rede*

Cegonha de um dos municípios da 1ª Região de Saúde; *discussão dos anexos da 2ª fase e introdução da 3ª fase do COAP; quadro com responsabilidades organizativas COAP; Rede de Atenção Psicossocial; adesão do CEO/Eusébio à Rede de Pessoa com Deficiência.*

As reuniões dos dias 17 e 28 de maio de 2016 são as primeiras a trazerem a discussão do COAP, sendo continuada nas pautas de 2013 com destacada importância. Um dos entrevistados se refere ao COAP como uma ferramenta para a regionalização numa relação de parceria e integração entre os três entes federados (o Estado, os municípios e a União), ainda que não tenha tido êxito, conforme pode-se observar em sua fala:

[...]. O Contrato Organizativo de Ação Pública, então, o Coap é uma tentativa de radicalizar isso [a regionalização], em que os três entes federados, o Estado, os municípios e a União celebrariam um convênio, um contrato assumindo um compromisso com a saúde daquela população. Então, a ideia do Coap é uma ideia extraordinária, embora, por questões outras não tenha vingado (IC-2).

A reunião em caráter extraordinário que ocorreria no dia 06/06/2012 não se realizou em razão de não ter formado quórum, situação discutida no item “Comissão Intergestores Regional – análise do seu Regimento Interno”. Por isso não entrou no quadro de pautas de reuniões da CIR de 2012.

Quando se olha para o ano de 2013, vê-se que foram realizadas quinze (15) reuniões da CIR, sendo que no mês de outubro não houve nenhuma, duas foram especificamente da 22ª Cres e uma extraordinária em conjunto das duas Regiões, conforme o quadro 27.

Quadro 26 – Pautas de reuniões da CIR de 2013

(continua)

Data	Pontos das pautas das reuniões
15/01/2013	1. Desenho da 1ª CRES – Regionalização ; 2. <i>Apresentação da Equipe Técnica da 1ª CRES</i> ; 3. Consórcio Público de Saúde da 22ª RS / CASCATEL ; 4. <i>Dengue</i> ; 5. <i>Planejamento: Construção do COAP 1ª RS / FORTALEZA</i> ; 6. Resgate Histórico da Construção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.
06/02/2013	1. COAP; 2. Redes Assistenciais.
18/02/2013	1. <i>Plano de Contingência da Dengue</i> ; 2. Apresentação da Programação Científica da Clínica de Diálise de Cascavel na 22ª RS/CASCATEL ; 3.

(continuação)

	Implantação de 01 ESF/ESB – Irmã Marta Moura/Cascavel; 4. Serviço de Audiologia, audiometria Tonal e Vocal e Impedanciometria; 5. Alteração de endereço das ESF Sítio Prata/Camurim II (Tijucussu) e ESF Jacarecoara I (Barra Nova)/Cascavel; 6. Acordo de pactuação entre os municípios Eusébio e Itaitinga, para credenciamento do CAPS AD/ Eusébio; 7. Rede Psicossocial.
14/03/2013	1. Alteração da PPI/ambulatorial de Aracati; 2. Campanha Biópsia de Próstata.
29/04/2013	22ª Cres CASCAVEL
29/04/2013	1. Aprovação da Rede Psicossocial 1ª RS/Fortaleza; 2. Aprovação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência 1ª RS/Fortaleza; 3. Adesão do CEO de Aquiraz à Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.
11/07/2013	22ª Cres CASCAVEL
09/05/2013	1. Alteração de 04 ESB MOD II para MOD I / HORIZONTE; 2. Solicitação de Crédito Retroativo competência fev/2013 / AQUIRAZ; 3. Solicitação de Alteração de endereço do SAE / CASCAVEL; 4. Proposta de Contratualização do Centro de Excelência Dra. Neiva / PAGAJUS; 5. Apresentação PMAQ.
13/06/2013	1. Pactuação de Complementação conforme Portaria N° 1.340/2012 – Cirurgias Eletivas; 2. Proposta para Formação de Fóruns da Rede Cegonha; 3. Eleição para Vice-Presidente da 1ª Região de Saúde; 4. Credenciamento do NASF / Eusébio; 5. Solicitação de crédito retroativo das ESF Laís da Silva e Cristo Redentor, referente à competência abril/2013/Itaitinga.
11/07/2013	1) Adesão do Projeto Olhar Brasil dos municípios da 1ª RS/Fortaleza; 2) Alteração da data do Fórum da Rede Cegonha de 31/07/2013 para o dia 01/08/2013. Pautas Extras: 1) Curso de Especialização de Redes de Atenção à Saúde promovido pela FIOCRUZ; Alteração da data do Fórum da Rede Cegonha de 31/07/2013 para o dia 01/08/2013.
08/08/2013	1. Pactuação de Cuidado à Pessoa com deficiência – 1ª e 22ª Região de Saúde; 2. Pactuação para a realização de cirurgias eletivas Traumatológicas – TOM da 1ª e 22ª RS; 3. Cancelamento das cirurgias eletivas pelo Hospital polo de Cascavel – Projeto Federal, conforme portaria n° 1.340 de 29/06/13; 4. PPI ambulatorial de consultas de nefrologia para o centro de Nefrologia/Itaipoca; 5. Solicitação de crédito retroativo do NASF, referente ao mês de Abril/13/Beberibe; 6. Solicitação de mudança de modalidade do CAPSad para CAPSad III/Cascavel; 7. Projeto de sustentabilidade Socioambiental/Cascavel; 8. Adesão PMAQ / Eusébio, Cascavel, Chorozinho e Ocara; 9. Credenciamento para implantação de 03(três) ESF/ESB –

(conclusão)

	Horizonte; 10. Credenciamento de 03 NASF/Horizonte; 11. Credenciamento de ACS/Horizonte; 12. Projeto Melhor em Casa/Itaitinga; 13. Projetos de Emenda Parlamentar / Aquiraz, Itaitinga e Horizonte; 14. Alteração de PPI ambulatorial/Ocara; 15. Implantação CAPS I/Chorozinho; 16. Credenciamento de ACS/Chorozinho; e os informes: PSE — Chorozinho; Indicadores de vacinação; Curso de Aperfeiçoamento do projeto de Qualificação de Gestores; Formação da Comissão Regional de Humanização Perinatal; II Fórum da Rede Cegonha da 1ª e 22ª RS
26/09/2013	1. Implantação de 01 equipe de NASF — Modalidade II/Pindoretama; 2. Apresentação do projeto de Atenção Domiciliar (SAD)/Aquiraz, Fortaleza e Beberibe; 3. Justificativa do endereço do Centro de Saúde/Beberibe; 4. Adesão do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência/Itaitinga ; 5. Adesão do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS); 6. Pactuação do COAP / 1ª e 22ª Região de Saúde; 7. Plano de trabalho do incentivo ao apoio e funcionamento da CIR / RS-Fortaleza.
12/11/2013	22ª Cres CASCAVEL
28/11/2013	1. Pactuação de Cirurgias Eletivas – Projeto Vida Nova – 9ª Etapa; 2. Projeto NUTEP/Fortaleza; 3. Minuta do COAP — 22ª RS/Cascavel e COAP – 1ª RS/Fortaleza.
06/12/2013	1. Projeto da Central da Rede de Frio (construção, aquisição de equipamento/material permanente e aquisição de unidade móvel); 2. Projeto Saúde do Homem; 3. Qualificação de 01 ESF/ESB Seis Carnaúbas / Ocara; 4. Cirurgias Eletivas Componente II e III.

Fonte: 1ª Cres – Atas de reuniões de 2013

Na primeira reunião do ano foi discutido como seria o desenho da 1ª Cres em termos de regionalização. A coordenadora da 1ª Cres inicia sua apresentação sobre o processo de regionalização, apresentando como foram elaborados o desenho e a criação das regionais, os municípios que compõem cada região de saúde, ressaltando todo os processos, como por exemplo dos consórcios públicos e convênios, citando também a Policlínica regional (ATA, 15/01/2013). Era o momento para discutir a reorganização da saúde nas regiões.

Outro ponto importante discutido nessa reunião foi a Construção do COAP 1ª RS-Fortaleza, que é considerado um instrumento norteador no planejamento regional. De acordo como o artigo 33 do Decreto 7.508/11, o COAP trata do acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde (BRASIL, 2011). Ele é um instrumento de caráter plurilateral, com

responsabilidades, competências e acordos sanitários entre os entes federados, definidos em planejamento integrado das ações e serviços de saúde, nas Regiões de Saúde (RS) (GOYA et al, 2017, p.1236).

Conforme análise de Goya et al (2017), em razão de 2012 ter sido um ano eleitoral, o calendário de implantação do COAP no Ceará foi potencializado. Os gestores teriam menos de um ano para finalizar todo o processo de contratos entre os municípios. Acrescenta-se à dificuldade de tempo a mudança de gestão nos municípios. Na Ata consta que o COAP da 1ª Cres-CE tinha, nessa data, apenas a primeira parte pronta, referente ao mapa da saúde. A capital apresenta outras dificuldades: *Fortaleza coloca a dificuldade de estipular prazos agora, por questões de não cumprimento dos mesmos, citando como exemplo dentro do município de Fortaleza, a dificuldade de repasse de informações para o novo gestor, diz que o município se encontra no processo de revisão de PPI (ATA, 15/01/2013).* Quanto à adesão ao COAP, um dos entrevistados afirmou que [...] *os municípios do Ceará [...] todos aderiram, 100% (IC-2).*

O que se observa é que a reorganização dos serviços passa também pela redefinição dos recursos. Assim, um dos temas que mais conseguiu atrair gestores para as reuniões da CIR foi o COAP. Um dos entrevistados destaca sua importância para a organização da saúde: [...]. *O Coap é uma tentativa de radicalizar [a regionalização] (IC-2)* porque os gestores das três esferas de governo assumem um compromisso com a saúde da população.

A Ata de 06/02/2013 retoma a discussão do desafio do cumprimento dos prazos na construção do COAP e a Cres coloca-se à disposição dos municípios para assessorá-los nessa questão. Ainda que tenham sido expressos dois pontos de pauta: 1. COAP; 2. Redes Assistenciais, apenas o COAP ganha a atenção dos gestores nas discussões. O COAP vai ser retomado nas reuniões dos dias 26/09/2013 com a pactuação do COAP da 1ª Cres e 28/11/2013 com a apresentação da Minuta do COAP da 1ª Cres.

Desse modo, observa-se que a discussão em torno do COAP foi bem expressiva nas reuniões da CIR no ano de 2013. Algo semelhante aconteceu em 2017, quando da discussão da PGASS (Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde). Falaremos dela adiante.

Nas reuniões de 2014, as pautas giraram fundamentalmente em torno de discussões de implantação das equipes tanto de saúde da família quanto de saúde bucal (ESF/ESB) e do COAP, o que denota um avanço nas pactuações referentes ao nível de atenção primária. Nesse ano houve apenas oito reuniões da 1ª Cres, todas de caráter ordinário, sendo duas em conjunto com a 22ª.

Quadro 27 – Pautas de reuniões da CIR de 2014

(continua)

Data	Pontos das pautas das reuniões
07/02/2014	1. Implantação da ESF/ESB do Cajueiro do ministro/Aquiraz ; 2. <i>Aprovação do plano de prevenção/tratamento da obesidade (Rede de Atenção à Doenças Crônicas)/Fortaleza</i> ; 3. <i>Pactuação dos fóruns da Rede Cegonha/2014.</i>
20/03/2014	1) Implantação da ESF / Santo Antonio / Eusébio ; 2) <i>Apresentação do Plano de Contingência da Dengue/Aquiraz, Fortaleza, Itaitinga</i> ; 3) Atualização do COAP 1ª Região de Saúde e Portaria nº 3.388 de 30 de dezembro de 2013, que trata da habilitação de laboratórios tipos I e II.
15/04/2014	1- <i>Alteração da PPI de referência/Pactuar procedimentos para o IPC / Aquiraz</i> ; 2- <i>Aprovação da adequação dos Planos da Vigilância Sanitária 2014 / Aquiraz, Eusébio, Fortaleza, Itaitinga</i> ; 3- Indicação do objeto de Emendas Parlamentares / Horizonte ; 4- <i>Pactuação do Monitoramento da Rede Cegonha.</i>
29/04/2014	1- Aprovação do COAP “1” da 1ª Região de Saúde.
20/05/2014	1 - <i>Homologação do Termo de Compromisso do PSE (Programa de Saúde na Escola) 2014</i> ; 2- <i>Aprovação do Plano de Vigilância Sanitária/Itaitinga</i> ; 3- <i>Credenciamento do CEO Municipal – Nascente Regional 4 / Fortaleza.</i>
17/07/2014	22ª Cres CASCABEL
14/08/2014	1)- <i>Qualificação de Incentivos de 01 Equipe da Estratégia de Saúde da Família - Sede II/Aquiraz</i> ; 2)- Alteração de Programação de Atendimento de Média Complexidade de Informação Ambulatorial - SIA/SUS / Crateús ; 3)- Alteração de Programação de Atendimento Ambulatorial SIA/SUS - Baixo / 17ª CRES/Leó ; 4)- <i>Aprovação para Pactuação de Cirurgias Eletivas- Projeto Vida Nova- 10ª Etapa para os municípios que compõem a 1ª e 22ª Região de Saúde</i> ; 5)- <i>Aprovar a Revisão do Plano de Ação Regional - 2014/2015 da Rede Cegonha para os municípios que compõem a 1ª e 22ª Região de Saúde.</i> 5)- Alteração de Programação de atendimento de Média Complexidade de Informação Ambulatorial - SIA/SUS / Aracati.
11/09/2014	1)- Alteração de Programação de Atendimento de Média Complexidade de Informação Ambulatorial - SIA/SUS / Boa Viagem / Canindó ; 2)- Alteração de Programação de Atendimento de Média Complexidade de Informação

(conclusão)

	Ambulatorial – SIA/SUS / Itaíçaba / Aracati ; 3) – Alteração de Programação de Atendimento Ambulatorial SIA/SUS – Pinderotama; 4) – Alteração de Programação de Atendimento de Média Complexidade de Informação Ambulatorial – SIA/SUS / Horizonte.
03/11/2014	22ª Cres CASCAVEL
27/11/2014	22ª Cres CASCAVEL
17/12/2014	1- Implantação do componente Graduação CEO no Curso de Odontologia da UFC

Fonte: 1ª Cres – Atas de reuniões de 2014

Se em 2012 foi predominante a discussão em torno de questões da atenção especializada, em 2014, as reuniões da CIR privilegiaram a discussão da atenção básica. Assim, pode-se observar como a CIR tem abordado as questões relativas à atenção primária, valorizando-a, ainda que apareça outros pontos de pauta relacionados à atenção especializada, como rede Cegonha, cirurgias eletivas.

Outro elemento que se observa nos quadros de reuniões é que as discussões sobre PPI são uma constante. As pactuações sempre têm como ponto fundamental o financiamento da saúde. E nas reuniões de 2014 também aparecem as questões relacionadas ao financiamento, ano em que foi aprovado o COAP da 1ª Região de Saúde.

Ao lançar o olhar para 2015, observa-se que nesse ano houve nove reuniões ordinárias, todas em conjunto entre as 1ª e 22ª regiões, sendo a primeira realizada no mês de abril e não havendo nenhuma extraordinária.

Quadro 28 – Pautas de reuniões da CIR de 2015

(continua)

Data	Pontos das pautas das reuniões
14/04/2015	1.1 - Credenciamento de 01 (uma) ESF para Novo Iguape/Aquiraz; 1.2- Credenciamento de 100 Equipes de Saúde Bucal – 70 Modalidade I e 30 Modalidade II/SMS Fortaleza; 1.3 Mudança de Modalidade SB “I” para SB “II” – PSF SEDE “4”/Beberibe; 1.4: Credenciamento de 01 (uma) ESB – Mangabeira/Pacajus; Credenciamento de 01 (uma) ESF – Base/Pacajus; Extra Pauta : Alteração da Categoria do NASF / Chorozinho; 1.5 – Aprovação para expedir resolução para Grade de Referência Regionalizada e hierarquizada por especialidades – RUE da 1ª e 22ª RS / Fortaleza e Cascavel
21/05/2015	Item 1: Nota informativa nº 6/2015 / CIEV/DEVIT/SVS/MS- Evento de saúde pública (ESP) relacionado a casos de síndrome exantemática em estados da Região Nordeste do Brasil em 2015; Item 2: Plano de Contingência para Enfrentamento da Dengue/2015; Item 3: Plano de Ação da Vigilância Sanitária; Item 4: Plano municipal de Saúde e Ata do Funcionamento do Conselho; Item

(continuação)

	<p>5: Situação do FECOP – Relatório de desempenho; Item 6: Escolha do Vice-Presidente da CIR; Item 7: 5ª Mão Amiga; Item 8: Apresentação do Novo Modelo de Gestão em Saúde do Município de Pacajus; Item 8: Dando continuidade as pactuações: Adesão do Centro de especialidades odontológicas – Messejana – CEO Messejana Tipo II à Rede de Cuidados/Fortaleza; Item 9: Alteração de PPI ambulatorial SIA/SUS/MAC; Item 9 [10]: Credenciamento de 01 (uma) ESF/Pacajús; e de 01 (uma) ESB – Posto de Saúde Bairro Parque Dom Pedro/Itaitinga: Solicitação aprovada sem nenhuma ressalva. Item 10: Campanha Nacional de Hanseníase, Tracoma e Geo – helmintíases.</p>
25/06/2015	<p>do Item 1: Avaliação das Visitas de Monitoramento do Sarampo do MS e OPAS aos municípios da 1ª e 22ª Região de Saúde; Item 2: Portaria Interministerial nº 01, de 02 de Janeiro de 2014; Item 3: Solicitação de credenciamento/habilitação na Estratégia Saúde da Família; e mudança de PPI: 3.1: Qualificação de 01 (uma) Equipe de Saúde Bucal – Modalidade I – Santo Antônio – sede/Eusébio; 3.2: Alteração de PPI / SIA/ SUS/ Consultas médicas – Guaraciaba do Norte/Tianguá; 3.3 Alteração de PPI/SIA/SUS – Ipaumirim/17ª CRES – Icó; Item 4: Congresso CONASEMS; Item 5: Eleição dos novos Vice-presidentes da CIR – 1ª e 22ª Região de Saúde; Item 4 : Pendências;</p>
27/07/2015	<p>1º Item: Portaria Interministerial nº 01, de 02 de Janeiro de 2014 – Adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do SUS; Item 2: Ações de Monitoramento do Sarampo – Socorro Moisés; Item 5- Municípios pendentes com o Plano de Ação da Vigilância Sanitária: Aquiraz, Chorozinho, Horizonte, Ocara e Pindoretama; Municípios pendentes com o Plano de Contingência da Dengue: Horizonte e Pindoretama; Aracati; 6.1 - Projeto de Habilitação no Programa de Atenção ao Portador de Glaucoma / Instituto de Olhos do Ceará LTDA – IOCE – Processo nº P452576/2015 / Fortaleza; . 6.2: Credenciamento de 01 Equipe da Estratégia Saúde Da Família na comunidade de Araçás/Aquiraz;</p>
20/08/2015	<p>1º Item: Cirurgias Eletivas 11ª Etapa – Projeto Vida Nova e Projeto Federal – 1ª e 22ª Região de Saúde/Fortaleza e Cascavel; Item 2: Resultado Parcial da Campanha de Vacinação; Item 3: Credenciamento de: ESF/ESB/ACS – Comunidade de Palmeiras/Beberibe.</p>
24/09/2015	<p>Item 1: Cirurgias Eletivas 11ª Etapa – Projeto Vida Nova e Projeto Federal – 1ª e 22ª Região de Saúde/Fortaleza e Cascavel; Item 2: Alteração de PPI de atendimento Ambulatorial de referência do município de Orós-CE/17ª Região de Saúde – Icó; Alteração da PPI Ambulatorial e hospitalar de referência do município de São Bendito /13ª Região de Saúde – Tianguá</p>
14/10/2015	<p>1º Item: Apresentação do Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças/Cascavel – Primeiro Semestre de 2015; 2º Item: Cirurgias Eletivas 11ª Etapa- Projeto Vida Nova; Item 3 – Cirurgias Eletivas Projeto Federal – 22ª Região de Saúde/Cascavel – Aprovação da Tabela de procedimentos Cirúrgicos com aumento de 100% da Tabela SUS; Item – 4: Alteração de PPI hospitalar e referência do município de Beberibe: solicitação aprovada, sem nenhuma ressalva, o processo será encaminhando à 7ª CRES/Aracati para análise e parecer.</p>
24/11/2015	<p>1º Item: Situação do tratamento antirrábico humano nos municípios da 1ª e 22ª Região de Saúde; 2º Item: Credenciamento de 02 (duas) ESF – UBSs – Moita Redonda e Águas Belas/Cascavel, em seguida solicitou aprovação. A solicitação foi aprovada pela comissão sem nenhuma ressalva. 3º Item:</p>

(conclusão)

	Credenciamento do Centro de Parto Normal – CPN i – Tipo I – vinculado ao Hospital Nossa Senhora das Graças/Cascavel; 4º Item: Alteração da PPI, Ambulatorial da Policlínica Dra. Márcia Moreira de Moneses – PACAJUS – CPSRCAS/Cascavel; 5º Item: Credenciamento de 02 (duas) Equipes NASF Modalidade – 01/Credenciamento e Implantação de 04 ESF Modalidade – sendo 01 na Aldeia Park, 01 em Banguê III, 01 em Croatá III 01 – Croatá IV-Planalto/Credenciamento de 03 (três) Equipes de Saúde Bucal nas localidades de Aldeia Park, Itaipaba e Coaçu/Projeto de Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, EMAD 01 e Equipe de Apoio EMAP / SMS PACAJUS; 6º Item: Situação epidemiológica da Hanseníase e Tuberculose nos municípios da 1ª e 22ª Região de Saúde;
17/12/2015	1º Item: Apresentação dos Indicadores da Vigilância em Saúde; 2º Item: Alteração de PPI MAC Hospitalar e Ambulatorial do município de Icapuí/7ª Região de Saúde/Aracati; 3º item: Alterações de PPI hospitalar e referência de Partos dos municípios que compõem a 22ª Região de Saúde. (Boberibe, Cascavel, Chorozinho, Horizonte, Ocara, Pacajus e Pindoretama); 4º Item: Solicitação para prorrogação para execução dos procedimentos cirúrgicos eletivos - Projeto Vida Nova – 11ª Etapa e Projeto Federal/1ª e 22ª Região de Saúde.

Fonte: 1ª Cres – Atas de reuniões de 2015

Quando se observa a discussão de pontos de pauta como o *Credenciamento de 01 (uma) ESF ou Credenciamento de 100 Equipes de Saúde Bucal* (CIR, 14/04/2015), vê-se que é de construção ou reorganização de redes de atenção à saúde que se fala. Esse fato revelou que a CIR tem um papel fundamental na governança da rede de saúde.

As pactuações demonstram essa importância da CIR e a necessidade de os gestores dialogarem, discutirem e chegarem a um consenso sobre determinadas questões, já que as decisões são tomadas a partir das votações que se dão por consenso, como por exemplo o *Credenciamento [...] de 01 (uma) ESB – Posto de Saúde Bairro Parque Dom Pedro/Itaitinga, aprovada sem nenhuma ressalva* (CIR, 21/05/2015), significa que todos os presentes concordaram ou pelo menos a maioria. Nesse sentido, vê-se que a CIR representa um espaço potente para governança regional.

Das reuniões que ocorreram em 2016, estive presente algumas vezes, mas, muito mais para fazer contado com os representantes dos municípios. Efetivamente como observadora, participei apenas da última, no dia 22 de novembro. Todas as reuniões desse ano, bem como as de 2015, aconteceram em conjunto, 1ª Cres com 22ª, tendo sido a primeira realizada em fevereiro. Não houve nenhuma

reunião extraordinária. As pautas privilegiaram a discussão do Programa Qualifica APSUS-Ceará.

Quadro 29 – Pautas de reuniões da CIR de 2016

(continua)

Data	Pontos das pautas das reuniões
03/02/2016	<p><i>1º Item: Apresentação da Cobertura Vacinal 2015 dos municípios da 1ª e 22ª Região de Saúde; 2º Item: Consolidado das planilhas de informação diária do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia; 3º Item: Sistema de Informação em Saúde; 4º Item: Alteração de programação de atendimento de média complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) dos municípios da 22ª região de saúde; 5º Item: Informes e-SUS. 6º Item: Decisões/Pactos: Credenciamento de 01 (uma) ESF e 01 (uma) ESB, na comunidade Caponga Funda – Pindoretama e Credenciamento de 01 (uma) equipe de ACS – Pindoretama.</i></p>
15/03/2016	<p><i>1º Item: Termo de Cooperação Técnica do Projeto de Qualificação APSUS; 2º Item: Plano de Oncologia; 3º Item: Cirurgias Eletivas 12ª Etapa / 1ª e 22ª RS – Resolução 10/2016 / CIB; 4º Item: Autorizador do Sistema UNISUS WEB; 5º Item: Emenda Parlamentar – Informe do município de Aquiraz; 6º Item: Pactuação do Contrato de Programa Diretrizes e Critérios no Contexto das Redes de Atenção à Saúde – CEO e POLICLINICA / CPSRCAS/ Cascavel; 7º Item Alteração da PPI dos Partos para os municípios da 22ª Região de Saúde/Cascavel; . 8º Item: EXTRA-PAUTA – Clínica de Diálise de Cascavel; 9º Item: Alteração do PDR da 1ª e 22ª Região de Saúde.</i></p>
12/05/2016	<p><i>1º Item: Qualifica APSUS-Ceará; 2º Item: Eleição para Vice-presidente da 1ª Região de Saúde/Fortaleza; 3º Item: Cirurgias Eletivas – 11ª e 12ª Etapa; 4º Item: Utilização dos serviços da Policlínica Dra. Márcia Moreira Menezes de janeiro à março/2016; 4º Item; Fórum Regional dos Conselheiros Municipais de Saúde; 5º Item: Portaria 405-MS de 15 de Março de 2016 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia; 6º Item: Portaria nº 47, de 3 de maio de 2016 - Define os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para fins de manutenção do repasse de recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Bloco de</i></p>

(continuação)

	<i>Vigilância em Saúde; 6º Item: Alteração de PPI da Policlínica Municipal de Cascavel.</i>
16/06/2016	<i>1º Item – Extra Pauta- Informe: Cobertura Vacinal da Campanha Nacional de Vacinação Contra Influenza/2016; 2º Item: Pactuação das configurações municipais do Qualifica APSUS; 3º Item: Planilha de Alteração de PPI dos Partos/Cascavel; 4º Item: Acreditação da Policlínica Regional Dra. Márcia Maria Moneses – Pacajus; 5º Item: Apresentação do PAINEL de Monitoramento de Indicadores estratégicos de Vigilância em Saúde do Ceará - Manual instrutivo; 6º Item: Exames da Clínica de Diálise da SMS de Cascavel; 7º Item: 1º Forum dos Conselheiros Municipais de Saúde; . 7º Item: PACTUAÇÕES.</i>
17/08/2016	<i>Item 01: Apresentação dos Cadernos de Informação em Saúde; Item 02: SIPNI; [Item 03 não aparece na Ata] Item 04: Qualifica AP SUS; Item 05: PACTUAÇÕES: 5.1- Cadastamento da Clínica Dr. José Nilson S/C Ltda, no Programa de Atenção ao Portador de Glaucoma / SMS Fortaleza; 5.2- Alteração de Programação de Atendimento de Atenção Básica e Médica Complexidade e Sistema de Informações Ambulatorial (SIA-SUS) do município de Reritiba/Sobral – 11ª Região de Saúde; 5.3- Credenciamento de 01 ESF Modalidade II – Baixa Grande do Tapuí/Aquiraz; 5.3 - Credenciamento de 01 ESF Modalidade II e 01 ESB Modalidade I – Lagoa do Bispo/Aquiraz; 5.3- Credenciamento de 01 ESF Modalidade II – Baixa Grande do Tapuí/Aquiraz; 5.3 - Credenciamento de 01 ESF Modalidade II e 01 ESB Modalidade I – Lagoa do Bispo/Aquiraz [...]; 5.5- Correção da Modalidade II para Modalidade I da Saúde Bucal do PSF da Forquilha/Beberibe; Item 06: Planilha de Alteração de procedimentos não mais ofertados pela Policlínica Municipal de Cascavel; Item 07: Exames da Clínica de Diálise de Cascavel.</i>
22/11/2016	<i>1º Item: Avaliação da I Oficina do Qualifica AP SUS; 2º Item: Termo Aditivo dos Contratos Organizativos da Ação Pública (COAP); 3º Item: Campanha de Hanseníase, Tracoma e Geo-helminthoses; 3º Item: Definição / Metas do SISPACTO - 2016 (Apresentação). Pactuações Municipais e Pactuação Regional – SISPACTO/2016, dos municípios: Aquiraz, Eusébio, Fortaleza e Itaitinga/1ª Região de Saúde [...]; 4º Item: PACTUAÇÕES: 4.1: Aprovação dos Planos de Ação da Vigilância Sanitária 2016 dos municípios da 1ª e 22ª Região de Saúde por ad referendum o do município de Fortaleza/1ª Região de Saúde; 4.2: Alteração de Programação de Atendimento de Médica Complexidade do Sistema de Informações Hospitalares (SIA-SUS) do município de Pindoretama / 22ª Região de Saúde; 4.3: Alteração de Programação de Atendimento de Médica Complexidade do Sistema de Informações Hospitalares (SIA-SUS) do município de Ocara / 22ª Região de Saúde; 4.4: Alteração de PPI do município de Pacatuba / 3ª CRES / Maracanaú; 4.5- Alteração de Programação de Consultas Médicas em Atenção Especializadas do Sistema de Informações</i>

(conclusão)

	<p><i>Hospitalares (SIA-SUS) do município de Beberibe/22ª Região de Saúde; Item 5: HABILITAÇÕES: 5.1: Habilitação do ICC como Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM [...]); Item 6: Atualização dos dados do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências dos municípios de: Aquiraz, Eusébio, Fortaleza e Itaitinga/ 1ª Região de Saúde.</i></p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: 1ª Cres – Atas de reuniões de 2016

Na reunião do dia 15/03/2016 foi discutido o Termo de Cooperação Técnica do Projeto de Qualificação APSUS, em que uma das técnicas da SESA responsável pelo seu desenvolvimento fez uma explanação dizendo que o Projeto teve início em janeiro de 2016 com as oficinas. Informou da necessidade de discutir com a gestão a adesão dos municípios ao Projeto e as configurações definidas por cada município. Assim, foi sugerido

[...] aos municípios que definissem nesse primeiro momento quanto a adesão ao projeto e na próxima CIR fosse apresentado a definição das configurações de cada município, com as Unidades de Saúde que participarão do projeto, a Unidade Laboratório, o percentual de profissionais que participarão das oficinas regionais e a indicação dos tutores (ATA, 15/03/2016).

Ressalte-se que o Qualificação APSUS é tido como uma estratégia para a reorganização da Rede de Atenção à Saúde no Estado. Discorro sobre esse Programa páginas adiante quando me refiro à reorganização da rede de saúde. Ainda nessa reunião um dos gestores da SESA, Coordenador da Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde (COPAS), apresentou com detalhes

[...] a Estratégia do Qualifica APSUS, informou que o CONASS pretende expandir a estratégia para o País para que os avanços sejam além da efetivação dos macros e micros processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde e dos processos de pactuações dos municípios ao projeto. Outro gestor ratificou que o propósito desse primeiro momento seria dar conhecimento do projeto a todos os municípios da 1ª e 22ª Região de Saúde e na oportunidade solicitou que os municípios definissem a adesão ao projeto do Qualifica AP SUS. Abriu a plenária para discussão (ATA, 15/03/2016).

O Coordenador da COPAS falou também do processo de planificação de Fortaleza, dizendo que o CONASS não continuaria a chamar esse processo de Planificação da Atenção Primária e sim de Planificação do Sistema de Saúde porque compreende todas as Redes de Atenção à Saúde. Ele ressaltou ainda *que o município*

de Fortaleza é um referencial como modelo de planificação devido a sua complexidade tecnológica, epidemiológica e demográfica. A coordenadora desse processo em Fortaleza, destacou sua importância dizendo que

[...] para entender a lógica do processo, exemplificou a linha de cuidado de Hipertensão e Diabetes, onde os pacientes passam por um processo de estratificação de risco que a partir de diretrizes clínicas qualifica o paciente em baixo, médio e alto risco, para então serem programadas as consultas especializadas, o medicamento e, se necessário, a realização de exames, tendo como base a diretriz clínica, enfatizando uma forma de organizar a rede de assistência à saúde. Informou ainda que o município de Fortaleza já dispõe de três linhas de diretrizes clínicas em **hipertensão, diabetes e materno infantil**, disponível no site da SMS Fortaleza para todos os municípios. Ilustrou falando das linhas de cuidado prioritária e conduta terapêutica de escolha e ainda realçou que o município de Fortaleza já possui todos os POP's (Procedimentos Operacionais Padrão) de uma unidade de saúde, de cada setor, e disponibilizou o aplicativo para os municípios que se interessarem (ATA, 15/03/2016).

Na reunião de 12/05/2016, no 1º Item: *Qualifica APSUS-Ceará*, foi explicado que na última reunião da Câmara técnica da SESA, surgiram algumas dúvidas e foi solicitado que o assunto fosse apresentado e discutido em CIR para maiores esclarecimentos. A técnica da SESA responsável pelo Qualifica APSUS-Ceará

[...] lembrou que na CIR de março de 2016, ficou pactuado 100% da adesão dos municípios ao projeto e ficou acordado que estaria reunindo os coordenadores da Atenção Básica dos municípios e Secretários de Saúde para discutir sobre o projeto e tentar fechar as configurações de cada município. Explicou que foi enviado para cada município um ofício e uma planilha para ajudar no preenchimento, para ser discutido entre os secretários de saúde, prefeito e coordenadores da Atenção Básica, solicitando que cada município apresentasse a configuração definida pelo gestor, mas ninguém apresentou as configurações na oficina estadual, todos falaram de suas dificuldades e dúvidas e solicitaram a CRES que no momento da CIR também fosse tratado sobre o assunto [...] (ATA, 12/05/2016).

Observa-se que em 2016 as discussões e pactuações giravam em torno do programa de qualificação da atenção primária no SUS porque foi um momento em que se estava reorganizando a rede de atenção primária no Ceará a partir de uma proposta do CONASS. Foi o ano todo de discussões, organização e planejamento do Qualifica APSUS-Ceará.

Para a análise das atas de 2017, bem como para as demais, foram consideradas apenas aquelas que dizem respeito às reuniões da 1ª Região de Saúde, conforme dito anteriormente, mesmo que as reuniões tenham sido realizadas em

conjunto com a 22ª. Assim, de 2017, foram consideradas as reuniões dos dias 15/02, 15/03, 25/04, 11/05, 23/05, 19/06, 19/07 e 30/10, sendo que participei como ouvinte, observadora e pesquisadora de quase todas, com exceção da de 11 de maio de 2017.

Quadro 30 – Pautas de reuniões da CIR de 2017

(continua)

Data	Pontos das pautas das reuniões
15/02/2017	1º Item: Eleição para Vice-presidente da 1ª e 22ª Região de Saúde/ Fortaleza e Cascavel; 2º Item: Apresentação do CD – Portifólio 1ª CRES; 3º Item: Cessão dos Servidores do Ministério da Saúde e SESA nos municípios da 1ª e 22ª Região de Saúde; 4º Item: Plano municipal de saúde para o quadriênio 2017-2021; 5º Item: Plano de Ação da Vigilância Sanitária e Plano de Ação para o Enfrentamento da Dengue; 6º Item: Atas do CMS – Reunião mensal.
15/03/2017	1º Item: Apresentação do CEO e Policlínica / Cascavel; o 2º Item: Análise Situacional das Arboviroses - Dengue Chikungunya e Zika na 1ª e 22ª Regiões de Saúde; 3º Item: SISPACTO; 4º Item – Projeto Qualifica AP-SUS Ceará: - Qualificando a Atenção Primária à Saúde no Estado; 5º Item: Pactuações: 5.1: Renovação da habilitação do Hospital Geral de Fortaleza – HGF, localizado no município de Fortaleza/CE como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON com Serviço de Hematologia, por cumprir os requisitos exigidos na Portaria GM/MS nº 140, de 27/02/2014; 5.2: Renovação da habilitação do Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC, localizado no município de Fortaleza/CE como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON com Serviço de Hematologia, por cumprir os requisitos exigidos na Portaria GM/MS nº 140, de 27/02/2014; [...].
25/04/2017	1º Item: Apresentação do Centro de Excelência Médica Dra. Neiva/Projeto: Implantação do Serviço de Oftalmologia no município de Pacajus; 2º Item: APROVAÇÃO DO SISPACTO/2017 para 1ª e 22ª Região de Saúde; 3º Item: Apresentação do Projeto de Pesquisa de Tese do [Doutorado] Mestrado em Saúde Coletiva da UECE: Com a finalidade de obter o título de [Doutora]Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceara - UECE, Sônia Lima; 4º Item: PACTUAÇÕES: 4.1: Alteração da PPI dos exames Citopatológicos Cervico-vaginal/Microflora (220 lâminas/mês) para o Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará/Jijoca de Jericoacoara /12ª CRES –Acará; 4.2: Alteração da PPI de Atendimento de Atenção Básica e Média Complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)/Aquiraz /1ª Região de Saúde – Fortaleza 4.3: Alteração da PPI de Atendimento de Consultas Médicas do Sistema de Informações Ambulatoriais

(continuação)

	<i>(SIA/SUS)/Beberibe; 4.4: Renovação da habilitação do Hospital Cura D'ars, localizado no município de Fortaleza/CE como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON, por cumprir os requisitos exigidos na Portaria GM/MS nº 140, de 27/02/2014; 4.5: Formalizar a Resolução nº 008-2017/1ª RS/Fortaleza e 002/2017/22ª RS/Cascavel – que Aprova a adesão dos municípios da 1ª e 22ª Região de Saúde a Estratégia do Qualifica APSUS do Estado do Cear/2017; 5º Item: Implantação do Sistema de Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde - PGASS;</i>
11/05/2017	<i>Discussão da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, na qual serão pactuados e firmados compromissos para organizar o acesso da população aos serviços de saúde.</i>
23/05/2017	<i>1º Item: Pactuação da 13ª Etapa das Cirurgias Eletivas; 2 Item: EXTRA PAUTA: Renovação do Hospital Geral de Fortaleza – HGF, CNPJ: 07.954.571/0014-29, CNES: 2497654, localizado no município de Fortaleza, como Serviço de Referência na Atenção à Saúde em Gestação de Alto Risco, Tipo 2 conforme Ofício Nº. 367/2017 do Hospital Geral de Fortaleza / CORAC constante no processo nº. 3510639/2017.</i>
19/06/2017	<i>1º Item: Pactuação da PGASS - Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde.</i>
19/07/2017	<i>Item 1: Aprovação do SISPACTO 2017 para a 1ª e 22ª Região de Saúde; Item 3: Apresentação da Ouvidoria Regional: A reunião teve continuidade com a apresentação da técnica responsável pela Ouvidoria da 1ª CRES; Item 4: Prestação de Contas do Qualifica AP SUS; Item 5: Apresentação do Programa GEO UBS; Item 6: PACTUAÇÕES/DELIBERAÇÕES: 6.1 Oferta de pactuação de referência do município de Pacajus, para os procedimentos Consulta em Nefrologia e Exames Oftalmológicos, [...]; 6.2: SISPACTO Regional/ 2017 da 1ª e 22ª Regiões de Saúde, Aprovado pela comissão; 6.3: Alteração da PPI de Atendimento (SIA-SUS) – Estudo de Emissões Otocústicas Evocadas Transitoriais e produto de Distorção (EOA) da Policlínica Regional Drª Márcia Moreira de Moneses / Pacajus/ CPSRCAS/ Cascavel e municípios consorciados, aprovado; 6.4: Credenciamento de (01) ESB – Modalidade I, vinculada a Unidade Básica de Saúde Irmã Marta Moura / Cascavel, aprovado; 6.5: Credenciamento de (01) ESF – modalidade II, para a Unidade Básica de Saúde de Piáu / Aquiraz, Aprovado; 6.6: Credenciamento de (01) ESB – Modalidade I, para a Unidade Básica de Saúde de Piáu / Aquiraz: Aprovado; 6.7: Atualização do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha Fortaleza/ Cascavel com a inclusão de 02 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo), do Hospital Distrital Gonzaga Mota Barra do Ceará, CNES 2651351, bem como, a qualificação dos referidos leitos: Aprovado pela comissão</i>

(conclusão)

30/10/2017	<p><i>1º Item: Avaliação da I Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde; 2º Item: Pactuações: 2.1- Alterações de Programação SIA/SUS/MAC do município de Aracati com exames Citopatológicos Cervico-vaginal/Microflora para o Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará/SMS/Fortaleza – 1ª Região de Saúde; 2.2 - Aprovação do Plano de Ação da Vigilância Sanitária / 2017 dos municípios que compõem a 1ª Região de Saúde/Fortaleza: Aquiraz, Eusébio, Fortaleza e Itaitinga. Aprovados pela comissão sem nenhuma ressalva. 2.3- Implantação de (01) um CAPS AD na Regional Centro visto que a Regional II está sem CAPS; .4 - Mudança de prestador para os Laudos dos Exames Citopatológicos/Eusébio – (Aguardando documentação 2.5- Extra Pauta: Alteração de Pogramação SIA/SUS/MAC do município de Pindoretama com exames Citopatológicos Cervico-vaginal/Microflora, retirando do Centro de Prevenção do Cancer Ginecológico Arnaldo Moraes 250 procedimentos e pactuando 251 com a Clínica Cearense de Ginecologia; Item 3: Planilha de Informação de Entomologia Diária – 5º Ciclo; Item 4: Monitoramento do Prêmio “ Todos contra o mosquito” - 1ª e 22ª Região de Saúde; . Item 4: Extra Pauta: Medicamento para paciente com Doença Renal Crônica e Outros. – DRC</i></p>
------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: 1ª Cres – Atas de reuniões de 2017

A CIR é o espaço onde se debate a prestação de serviços, a responsabilidades dos municípios, os indicadores. Nas reuniões em que estive presente pude observar que sempre havia a apresentação, por uma técnica da SESA, de um quadro compilado dos indicadores dos municípios da região, sendo que a coordenadora da 1ª Cres sempre cobrava a alimentação dos dados e a melhoria dos indicadores por parte dos secretários. Toda a discussão do processo de organização da rede de saúde, de protocolos de fluxo e de pactuação de serviços entre os municípios da região se dão na CIR, que tem um papel muito importante, segundo os entrevistados.

[É para] onde é levado qualquer determinação, mudança, as ações, as pactuações das ações de saúde. Tem um papel bem importante, em toda e qualquer [política setorial da saúde], não só nas RAS, mas dentro de toda e qualquer ação de saúde, né, porque aí tanto perpassa pelas ações municipais, as pactuações, a governança municipal como a governança também estadual (GM-2).

Um dos pontos de pauta que mais apareceu em 2017 refere-se a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), tendo havido diversas reuniões extraordinárias, com cada uma das regiões de saúde (1ª e 22ª) separadamente, para tratar do assunto. Mesmo que já constasse como um dos

anexos do documento que orienta os gestores na elaboração do COAP, eles não sabiam bem do que se tratava, até a reunião do dia 25/04/2017, quando foi iniciada a discussão da implantação do Sistema de PGASS. A presidente da CIR *informou que esse seria o item mais importante da reunião visto ser uma ótima oportunidade para repassar para todos ao mesmo tempo as informações gerais sobre a PGASS e de como ter acesso ao sistema*. Ela fez uma apresentação do que seria a PGASS e em seguida um técnico da Cres fez uma testagem do sistema nos computadores utilizando a internet e um link cedido pelo Ministério da Saúde.

A PGASS consta no anexo II da parte II do COAP, que se refere, especificamente, ao planejamento em saúde e tem como referência a Programação Pactuada e Integrada (PPI). A PPI era um elemento transitório até que se chegasse a organizar a PGASS. De acordo com o documento do Ministério da Saúde, *Guia para a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública, o processo da PGASS é obrigatório para todos os estados, regiões, municípios e Distrito Federal, bem como a utilização dos seus instrumentos padronizados* (BRASIL, 2014). Nesse documento consta que

O Anexo II deve ser utilizado para o registro da PGASS. No entanto, **enquanto o processo de construção da PGASS não for finalizado, para efeito do COAP, serão considerados conteúdo da PGASS, as programações vigentes dos signatários [...]**. Cabe frisar que a elaboração da PGASS deve ocorrer nas Regiões de Saúde, como atribuição das CIR, sendo necessária a harmonização dos compromissos e metas regionais no âmbito do Estado, em um processo coordenado pelas SES e pactuado nas CIB. Assim, **a PGASS desenvolvida no âmbito das Regiões e integrada em âmbito estadual, contribui para a conformação e organização da rede de atenção à saúde** (Brasil, 2014, p. 33).

Pelo documento observa-se a importância da CIR na discussão e pactuação da PGAS, sendo uma de suas atribuições elaborar a PGASS que deve ocorrer nas regiões de saúde. É um processo que deve ser coordenado pela SESA e pactuado na CIB, contribuindo para que se organize a rede de atenção à saúde.

Uma técnica da SESA ficou responsável por acompanhar os trabalhos com a PGASS junto aos municípios. De fato, a PGASS deve ser realizada, simultaneamente, em todas as regiões de saúde da Unidade da Federação. Como é um processo que iniciou sua implantação recentemente, em 2017, não há muito registro e discussão sobre essa Programação.

Ter participado das reuniões foi fundamental para que eu entendesse a dinâmica desse colegiado, que é muito importante para o desenvolvimento e acompanhamento da política de saúde, mas, às vezes, pouco apropriado pelos gestores. A maior assiduidade às reuniões foi no momento de discussão da PGASS pelo fato de envolver os recursos para a saúde. No decorrer do ano, o que se observa é que quase não se vê gestores, secretários, nas reuniões e sim seus representantes que nem sempre têm direito a decisão nas discussões e negociação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a organização da política de saúde a partir da Constituição Federal de 1988, o Ceará teve um desenvolvimento peculiar, apresentando mudanças significativas na condução dessa política. Nesse Estado, a governança da saúde pretendeu melhorar os indicadores de mortalidade infantil, apresentando positivamente o Ceará para o cenário internacional. Assim, o Estado modificou seu quadro de mortalidade na primeira infância a partir de intervenções com o aleitamento materno e o soro para reidratação oral.

A segunda metade dos anos 1980 e a década seguinte, foi o período que coincide com o modelo de governança estruturado por Tasso Jereissati, alinhado à perspectiva de reforma do Estado sintonizada, em seu segundo mandato, com o neoliberalismo, dando ênfase à descentralização política e administrativa da máquina pública. De modo que, no que diz respeito à saúde, o Estado do Ceará despontou como o coordenador dessa política, tendo um papel central na condução da descentralização.

A partir de sua experiência piloto de Baturité, o Ceará deu início e consolidou a regionalização, antecedendo e colaborando com a elaboração da NOAS/2001, que por sua vez foi a base para todo o país. As definições de região e regionalização foram repetidas e ampliadas no Pacto pela Saúde em um novo ciclo político.

O fortalecimento da esfera estadual da saúde no Ceará se deu, principalmente, pela composição dos secretários que assumiram a tarefa de organizar a saúde no Estado, bem como a equipe de funcionários que se mantivera estável por todo o período, pois mesmo mudando os secretários não havia grandes discontinuidades com substituição de profissionais.

De visão sanitarista, os quatro primeiros secretários de saúde que se lançaram à tarefa de municipalização e reorganização da saúde entre os anos 1980 e 1990, juntamente com os trabalhadores, tanto da SESA quanto das várias secretarias municipais de saúde e dos diversos serviços setoriais (destaque para os agentes de saúde), trouxeram mudanças consideráveis na saúde pública cearense, dentre as quais se destacam a agressiva e acelerada municipalização da gestão da saúde; a criação do comando único; a implantação do Programa Agentes de Saúde (PAS); a

valorização do controle social, através da formação dos Conselhos Municipais de Saúde; e por fim, mas não menos importante, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) que coroa esse processo, mas não finaliza, uma vez que a (re)organização da política de saúde permanece em processo, o comprova a necessidade de reorganizar a rede de atenção à saúde em pauta.

Nas décadas de 1980 e 1990 o Ceará foi palco de mudanças significativas na saúde, principalmente com a criação do Programa Agentes de Saúde e do Programa Saúde da Família, bem como da remodelagem de gestão do sistema com a organização dos serviços em bases municipal, tornando-se o pioneiro na questão da regionalização.

Esse Estado foi também um dos primeiros Estados a aderir ao Pacto pela Saúde em 2006 e teve a totalidade de seus municípios aderindo ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Desse modo, observa-se que o Ceará tem uma tradição de seguir na frente quanto às experiências exitosas, todavia, permanece com inúmeras dificuldades do sistema.

Vale lembrar que aqui, a regionalização do sistema de saúde se deu a partir da organização dos três níveis de atenção: atenção básica, secundária e terciária, sendo que a organização das ações e serviços especializados foram o mote, dentre outros fatores, para a organização da divisão regional. Tal divisão deu-se inicialmente em três macrorregiões de saúde e atualmente encontra-se dividida em cinco, quais sejam: Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe. Assim, no Ceará, a rede regionalizada e hierarquizada da qual fala a Constituição Federal de 1988, está sendo organizada em cinco macrorregiões e vinte e duas regiões de saúde.

Tratar, neste estudo, da reorganização da rede de atenção à saúde na Primeira Região de Saúde do Ceará, exigiu que se tecesse considerações sobre o processo de municipalização, descentralização e regionalização, bem como sobre o processo de governança da saúde.

O estudo mostrou que a descentralização apresentou avanços pela importância que teve na expansão da cobertura dos serviços de saúde e indução no investimento no financiamento público em saúde de Estados e municípios, mas também, apresentou limites, uma vez que não conseguiu resolver as grandes desigualdades de acesso e a fragmentação do cuidado.

Como fragilidade da descentralização observei que os sistemas de governança locais têm capacidades financeiras, administrativas e operacionais de serviços de saúde diversas, impactando na oferta de serviços. Os municípios possuem características as mais variadas, sobretudo, socioeconômicas. Os de pequeno porte, por exemplo, jamais poderiam ofertar todos os serviços, até mesmo por questões de economia de escala. Por terem uma arrecadação baixa, não conseguiria ofertar à população os serviços de saúde de maior complexidade.

Nos dois extremos estão os municípios de Itaitinga, o mais pobre e Fortaleza, que se configura como um município polo, é capaz de agregar em torno de si uma gama de oferta de serviço em todos os níveis. Mas, ainda assim, insuficiente para atender sua população e as referências dos outros municípios.

Mais além das fragilidades do SUS estão suas potencialidades, a exemplo do fortalecimento da esfera municipal na condução dos serviços de saúde; a pactuação política entre União, Estados e municípios, superando a centralização político-administrativa; a retomada da regionalização como eixo central da política de saúde, em que atualiza os instrumentos de planejamento expressos na NOAS/2001; a criação dos mecanismos de pactuação e decisão intergovernamental como a CIB-Regional (Colegiados de Gestão Regional – CGR, no Pacto pela Saúde), valorizando e fortalecendo a governança regional da saúde.

A partir do CGR, a instituição de comissões intergovernamentais em saúde (CIT e CIB) e a própria instituição, em 1996, da CIB-Regional, denominada Comissão Intergestores Regional (CIR) no Decreto 7.508/11, configura-se como uma potencialidade do SUS. São canais fundamentais para a gestão da saúde pública, uma vez que são instâncias de pactuação das decisões governamentais. Sendo também referências no processo de regionalização e de reorganização da rede de atenção à saúde.

Foi essa importância que me levou a eleger como lócus da pesquisa a CIR da 1ª Região de Saúde do Ceará. Onde, via observações e anotações em diário de campo, partiram as principais inquietações sobre a organização das redes de saúde.

Nas reuniões da CIR, observei momentos de discussões e pactuações em que cada gestor se interessa apenas por aquilo que pode impactar seu município, não havendo uma preocupação mais geral com a organização da política de saúde. Assim, foi perceptível o quanto os representantes titulares do colegiado faltam às reuniões,

estando presentes apenas naquelas que tratam de pautas que lhes dizem respeito mais diretamente. O melhor exemplo disso foi a assiduidade dos gestores às reuniões de discussão da PGASS pelo fato de envolver os recursos para a saúde de seus municípios. Observação relevante foi a de que nas reuniões, ao longo do ano de 2017, quase não se viu gestores, titulares do colegiado nas reuniões e sim seus substitutos, suplentes, que não têm voz de decisão nas discussões e negociações.

Sem a pretensão de esgotar as discussões que envolvem a reorganização da rede de atenção à saúde no Ceará e mais especificamente, na sua 1ª Região de Saúde, busquei conhecer com esse estudo como o assunto entra na agenda governamental e é planejado e executado tanto na capital do Estado quanto nos demais municípios que integram a região (Aquiraz, Eusébio e Itaitinga).

Aquiraz, Eusébio e Itaitinga diferenciam-se da capital do Estado em sua forma de reorganizar a rede de atenção à saúde. Eles vivenciaram a experiência do projeto Qualifica APSUS, proposto pelo CONASS em 2014, cujo objetivo era capacitar os profissionais da atenção primária. Uma parte considerável de seus profissionais da atenção primária participaram das oficinas de qualificação.

Assim, esses três municípios seguiram o formato de oficinas de qualificação da atenção primária com participação direta dos trabalhadores para reorganizar fluxos e demandas a partir da APS, através daquele projeto. Em nenhum momento os participantes da pesquisa representantes de Aquiraz, Eusébio e Itaitinga, relataram uma reorganização da rede que discutisse a questão dos serviços especializados, embora aparecesse claramente nas reuniões da CIR às pactuações referentes às policlínicas e aos CEO's.

Em Fortaleza, a contratação de uma consultoria pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), entre 2013 a 2016, buscou reorganizar a rede de atenção à saúde seguindo o modelo proposto nos documentos da OMS e do Ministério da Saúde. A proposta era reorganizar a rede de saúde a partir de metodologia que incluía tanto atividades teóricas como práticas dentro das UAPS contando com a assessoria de tutores às equipes locais na implantação dos processos voltados para o modelo de atenção às condições agudas e crônicas.

Os processos de reorganização e implementação das Redes Temáticas de Atenção envolvia a Rede Cegonha (Materno-Infantil), Rede de Atenção às Condições Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Atenção às Urgências e

Emergências e também o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, além da assistência farmacêutica.

Apesar de se registrarem avanços no quadro da reorganização da saúde na capital, como a instituição do prontuário eletrônico e do ponto eletrônico biométrico para os profissionais, das reformas físicas que foram realizadas em oitenta UAPS e a construção de mais vinte delas, ainda se verifica inúmeras dificuldades, a exemplo do acesso a especialidades em saúde e uma insuficiência na comunicação entre os serviços.

Assim, o resultado esperado dessa consultoria à SMS era um sistema de saúde integrado em que os pontos de atenção se comunicassem tanto internamente, no próprio município como com os pontos externos. Entretanto, a comunicação foi um dos elementos que os entrevistados mais relataram fragilidade. Inclusive, observou-se fragilidade na comunicação do nível central com os serviços, imposição e distanciamento do poder decisório da execução, dos trabalhadores. Isso mostra que não se pode mudar práticas arraigadas num curto espaço de quatro anos sem a participação direta dos trabalhadores, desconsiderando o diálogo com as equipes.

Um ponto de grande diferença entre os municípios que utilizaram como metodologia de reorganização da rede de saúde o Qualifica APSUS e a capital do Estado que vivenciou a reorganização dos processos de trabalho sob consultoria, foi a efetiva participação dos trabalhadores no processo, tendo como efeito profissionais mais envolvidos no processo de qualificação da APS. Em Fortaleza não houve participação dos trabalhadores na reorganização da rede. Essa foi a maior queixa dos trabalhadores e a razão de sua resistência em aplicar no cotidiano do trabalho suas orientações, pois não se sentiam partícipes do processo.

Nos relatos ficou claro que apenas os coordenadores de UAPS participavam dos módulos de formação. Os trabalhadores, de modo geral, ficaram no limbo, sendo-lhe apenas exigido desenvolver suas atividades a partir das orientações da consultoria repassadas pelos coordenadores e tutores contratados para dar um suporte na implantação da proposta.

Por serem de dimensões menores, os outros três municípios conseguem ter um diálogo com sua rede interna com mais tranquilidade. Todavia, tem muita dificuldade de acessar o município polo quando suas necessidades extrapolam a capacidade de oferta do município.

Os gestores de Aquiraz, Eusébio e Itaitinga apoiam-se mutuamente quanto à resposta às necessidades de saúde da população. Foi visível a relação de solidariedade e amistosidade entre os secretários de saúde dos três municípios.

Observei entre Aquiraz e Itaitinga uma relação de solidariedade importante para a resolução de necessidades de saúde da população para além dos consórcios formais preconizados na legislação do SUS. Mas, pode ser que a rede solidária de apoio formada entre esses dois municípios se dê em razão de eles possuírem a mesma pessoa como assessora política para assuntos da gestão.

No que diz respeito à condução da reorganização da rede de saúde e da regionalização, observei que o Estado exerce fortemente seu papel de coordenador através da SESA, conduzindo e acompanhando o projeto do Qualifica APSUS, embora não se faça presente no processo que ocorreu na capital, essa apareceu de modo muito autônomo.

Nas reuniões da CIR, das quais participei, pude perceber também o papel da 1ª CRES como instância condutora da reestruturação das RAS e da regionalização da saúde nos municípios. As principais discussões giravam em torno da regulação, programação, pactuação e planejamento regionais: alteração de PPI, assinatura do COAP, e mais recentemente, deliberações sobre a PGASS.

Alguns autores (Fleury et al, 2010) apresentaram, em suas discussões teóricas, os gestores municipais como sujeitos que têm grande influência na definição das políticas regionais de saúde através dos canais de governança (CIB/CIR) ao pactuarem e negociarem estratégias e prioridades entre Estado e municípios, além de fortalecerem a gestão regional da saúde. Na mesma direção, refletem que a CIR tem um papel fundamental na governança regional, porque, como instâncias de cogestão regional, criam um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o Estado valorizando a governança regional.

No entanto, a pesquisa empírica apresentou algo divergente desse entendimento. A CIR aparece como uma arena de disputa de poder, mas bastante limitado. Apesar da importância das instâncias de controle social como os conselhos e as conferências de saúde, e das instâncias colegiadas de gestão (CIB/CIR), o Ministério da Saúde é o protagonista da organização da política de saúde, o detentor do poder regulatório com suas leis e portarias. O poder decisório de estados e municípios fica limitado às normativas do poder central.

As normativas são fundamentais para a construção de um sistema nacional de saúde com comando único, porém, o que se questiona é de que modo se realiza um equilíbrio entre a normatização geral e a autonomia dos gestores municipais na organização dos serviços tendo em vista as especificidades dos municípios.

No tocante às relações de poder estabelecidas entre os gestores estaduais e municipais, percebi nas interações sociais entre os presentes nas reuniões, uma certa centralização do poder na SESA. Porém, a existência da CIR leva a relativizar esse poder quando os secretários se posicionam nas discussões de assuntos relevante ao seu município e nas pactuações de seu interesse.

Considerando o elemento da comunicação entre a poder central e os serviços, os representantes dos quatro municípios estudados relataram distanciamento, entendendo que apenas devem cumprir o que foi decidido e deliberado desde o nível central. O que se observa é que há uma centralidade do poder na definição da política por parte do Estado e pouca autonomia dos municípios, sobretudo os pequenos, em redirecionar as decisões.

Nesse sentido, os gestores detêm apenas o poder de organizar a saúde de seu município, nas decisões estão submetidos aos ditames do nível central (SESA), devendo cumprir as determinações. O que se apreendeu dessa relação foi que os secretários de saúde cumprem procedimentos estabelecidos pelo nível central em que eles não tiveram nenhuma participação decisória, acarretando o que se poderia chamar de governança procedimental. Nessa relação de poder, os secretários estão limitados a pactuações e acordos sobre o que foi decidido pelas instâncias centrais, não havendo por parte dos secretários nenhuma autonomia no sentido de definir políticas e implementar propostas que não estejam em acordo com o que já está previamente determinado desde o Ministério da Saúde.

Cada vez mais é desafiador discutir governança e políticas sociais, sobretudo num cenário como o que o Brasil vivencia atualmente, tão adverso e eivado de retrocesso, ataque aos direitos sociais e desmonte das políticas sociais, fruto do embate dos movimentos sociais na arena política.

As considerações elaboradas nesse estudo não têm a pretensão de esgotar o tema ou dizer verdades. Possivelmente há nele equívocos e representa apenas um recorte temporal de uma realidade capturada a partir de uma visão com suas limitações. Outras miradas e considerações devem ser realizadas pelos olhares

inquietos de pesquisadores e estudiosos na busca de reconstrução da realidade visando a proposição de políticas sociais e/ou melhoria das existentes.

Espero que as discussões postas aqui sejam provocações para novas indagações e inquietações. Certamente, lacunas serão encontradas nessa pesquisa, tais como o financiamento regional e o controle social e sua interface com as instâncias gestoras. Nesse ponto, observa-se que o atual modelo de governança fica a cargo exclusivamente dos atores governamentais sem a participação efetiva dos representantes da sociedade civil e dos conselhos, o que traz prejuízo para a política de saúde. Assim, recomendo novos estudos para que se chegue a outras descobertas, a novas nuances que aprofunde a temática.

As discussões sobre a gestão da saúde pública precisam ocupar e se fazer presente de modo enfático, cada vez mais, no espaço acadêmico, da comunidade e das instituições planejadoras e executoras das políticas setoriais, tendo em vista o risco e as ameaças sob os quais se encontra o sistema de saúde público brasileiro.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola, **Dicionário de Filosofia**. Bossi, Alfredo; BENEDITTI, Ivone Castilho (Trad.), 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ABU-EL-HAJ, Jawdat. Entre a governança administrativa e a governabilidade política: uma perspectiva histórica das reformas administrativas no Brasil. **Revista Gestão e Controle Tribunal de Contas do Estado de Rondônia**, Rondônia, v. 2, 2013. Disponível em: <<http://ojs.tce.ro.gov.br/ojs/index.php/TCE-RO/article/view/1/3>>. Acesso em: 01 mar. 2016.

_____. **A mobilização do capital social no Brasil**: o caso da Reforma sanitária no Ceará. São Paulo: Anablume, 1999.

ALMEIDA, Patty Fidellis de. Atención primária de salud en un sistema universal: el caso de Brasil. In: Giovanella, Lúgia (Org.). **Atención primaria de salud en Suramérica**. Rio de Janeiro: Isags: Unasur, 2015.

ARAÚJO, Luísa; RODRIGUES, Maria de Lurdes. Modelos de análise das políticas públicas. **Sociologia, problemas e práticas**, n. 83, p. 11-35, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n83/n83a01.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

ARRETCHE, Marta T.S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 40, jun. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v14n40/1712>>. Acesso em: 12 out. 2016.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva; MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta Teresa da Silva; MARQUES, Eduardo (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ASSIS, Emerson et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Revista Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, 2009, pp. 17-21.

ÁVILA, Maria Marlene Marques. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a37.pdf>>. Acesso em 12 out. 2017.

BARBOSA, José Policarpo de Araújo. **Saúde e poder**: uma história das instituições de saúde pública do Estado de Ceará. Fortaleza: RDS, 2017.

BAUMAN, Entrevista, Redes Sociales: un nuevo paradigma en el horizonte sociológico. **Revista Angolana de Sociologia – RAS**, v. 2, 2010. Disponível em: <<https://ras.revues.org/361>>. Acesso em 12 out. 2016

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007

BEVIR, Mark. Governança democrática: uma genealogia. **Revista de Sociologia e Política**. Curitiba, v. 19, n. 39, p. 103-114, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v19n39/a08v19n39.pdf>>. Acesso em 02 abr. 2017.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PAQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política I**. VARRIALE, C Carmen et al (Trad.), Brasília: UNB, 1998.

_____. **Estado, governo e sociedade: para uma teoria geral da política**. NOGUEIRA, Marco Aurélio. (Trad.), Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BORGES, André. Governança e política educacional: a agenda recente do Banco Mundial. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 18, n. 52, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n52/18069.pdf>>. Acesso em 10 abr. 2017.

BÖRZEL, Tanja A. **¿Qué tienen de especial los policy networks?** Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea. 1997. Disponível em: <<http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/policynet.pdf>>. Acesso em 17 abr. 2017.

BOSCARIOL, Renan Amabile. Região e regionalização no Brasil: uma análise segundo os resultados do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) In: MARGUTI, Bárbara Oliveira organizadores; COSTA, Marco Aurélio; PINTO, Carlos Vinícius da Silva. **Territórios em números: insumos para políticas públicas a partir da análise do IDHM e do IVS de municípios e Unidades da Federação brasileira**, livro 1, Brasília: IPEA, INCT, 2017. 245 p.

_____. **Sobre o Estado: cursos no Collège de France (1989-92)**. Edição estabelecida por Patrick Champagne et al; tradução Rosa Freire d'Aguiar, São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

BOURDIEU, Pierre. **Sobre o Estado: cursos no Collège de France (1989-92)**. Edição estabelecida por Patrick Champagne et al; tradução Rosa Freire d'Aguiar, São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____. Compreender. In: _____. (Coord.) **A miséria do mundo**. AZEVEDO, Mateus S. Soares et al. (Trad.) 8 ed. Petrópolis – Rio de Janeiro: Vozes, 2011. p. 693-732.

_____. Introdução a uma sociologia reflexiva. In: _____. **O poder simbólico**. Tomaz, Fernando. (Trad.) 9 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. p. 17-58.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS)** junho de 2018. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

_____. **Cobertura do Programa Saúde da Família.** Departamento de Atenção Básica/DATASUS, Brasília: 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 09 jul. 2018.

_____. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 21 nov. 2017.

_____. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.** 2017. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drgas>>. Acesso em 06 ago. 2018.

_____. **Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).** 2015a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/15/PGASS-Programa---o-Geral-das-A---es-e-Servi--os-de-Sa--de.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

_____. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015b.

_____. **Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), As Regiões de Planejamento do Estado do Ceará.** 2015. Disponível em: <https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2014/02/TD_111.pdf> . Acesso em: 20 ago. 2018.

_____. **Guia para a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública:** construindo o COAP passo a passo. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_coap_construindo_paso.pdf> Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias** de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Município -Fortaleza/Ce Competência: Janeiro de 2013 a Dezembro de 2017. Departamento de Atenção Básica – DAB. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 09 jul. 2018

_____. **Portaria nº 2.436/12.** Política Nacional de Atenção Básica. 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

_____. **Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

_____. Curso de autoaprendizado – **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Universidade de Brasília (UnB), 2012c.

_____. **Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012d**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília: 2011a.

_____. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde/ CONASS. Brasília: 2011b. 291 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=21>. Acesso em: 21 jun. 2015.

_____. **Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011**. Brasília: 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm>. Acesso em: 21 nov. 2016.

_____. **Portaria GM/MS nº 4.279/2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 21 maio 2015.

_____. **IBGE (2010)**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=230625&search=ceara|itaitinga|infograficos:-historico>> Acesso em: 01 out. 2016.

_____. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientação para sua implementação no SUS. 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol3RegionSolidariaCop.pdf>. Acesso em: 27 maio 2015.

_____. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Pacto pela saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Plano Diretor de Regionalização** – PDR/2006. Reorganização das Ações e Serviços de Saúde. Microrregião de saúde. 2006c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_2006_ce.pdf>. Acesso em: 27/05/2014.

_____. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2016.

_____. **Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** NOAS/SUS 01/2002. In: Legislação estruturante do SUS. Para entender a gestão do SUS. CONASS 2011, v. 13, p. 168-212. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 20 maio 2016.

_____. **Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** NOAS/SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.** Resolução CNS 196/1996. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>>. Acesso em 12 jun. 2015.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS/1996.**

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS/1993.**

_____. **IX Conferência Nacional de Saúde,** Brasília: 1993. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 21 out. 2016.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Constituição Federal do Brasil.** Brasília: 1988.

_____. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde,** 1986. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesaude/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf>. Acesso em: 12 maio 2016.

_____. **Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm>. Acesso em: 17 jan. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. et al. (Orgs.), **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Política de saúde no Brasil. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais,** Brasília: CFESS/ABEPPS, 2009.

_____. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** Brasília. 3ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter Kevin (org.). **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial.** 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001, p. 237-270.

_____. Governança: a Reforma Administrativa. In: _____. **A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/papers/1996/95.AdmPublicaBurocraticaAGerencial.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

_____. Uma reforma gerencial da Administração Pública no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Ano 49, n.1, jan./mar 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JÚNIOR, Nilton. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, 2016, pp. 2655-2663. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2655.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. Majer, Roneide Venâncio (Trad.), São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CEARÁ. **Planificação da Atenção Primária**. 2016a. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/projeto-qualificaapsus-ceara/planificacao-da-atencao-primaria>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

_____. **Plano Estadual de Saúde do Ceará de 2016-2019**. Ceará, 2016b. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/a-secretaria/estrutura-organizacional>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. **Criada a 5ª macrorregião de saúde Litoral Leste/Jaguaribe**. 2014a. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/46436-criada-a-5o-macrorregiao-de-saude-litoral-leste-jaguaribe->>. 2014. Acesso em: 15 ago. 2014.

_____. **Revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR)**. 2014b.

_____. **Ceará em Mapas**: informações georreferenciadas e espacializadas para os 184 municípios cearenses. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). 2007. Disponível em: <<http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11.htm>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Mais saúde para você**. Disponível em: <http://geolivres.saude.ce.gov.br/egroupware/sitemgr/sitemgr-site/?page_name=microrregioes>. 2014. Acesso em: 27 jun. 2014.

_____. **O modo de fazer saúde no Estado do Ceará**. Fortaleza-Ceará, 2002a.

_____. **Sistemas microrregionais de serviços de saúde: uma estratégia de regionalização do SUS – Ceará.** Fortaleza-Ceará, 2002b.

_____. Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA) **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**, vol. 1. 2001.

_____. **Secretaria da Saúde abre inscrições do Projeto QualificaAPSUS Ceará para os municípios do Estado.** Projeto QualificaAPSUS Ceará. Ceará. s/d.

_____. **Sistemas microrregionais de serviços básicos de saúde: a experiência de implantação da Microrregião de Saúde de Baturité-Ce.** Fortaleza-Ceará, 2000.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set. 1997.

CHASE-DUNN, Christopher, LERRO, Bruce. Democratização da Governança Global: perspectivas históricas mundiais. **Docê Sociologias**, Porto Alegre, ano 15, no 32, p. 52-93, jan.-abr. 2013.

COLUCCI, Cláudia. Tamanho do SUS precisa ser revisto. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 de maio. 2016. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-dosus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml>. Acesso em: 25 jun. 2016.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. p. 1614-1619, 2009.

CORTES, Soraya Vargas; LIMA, Luciana Leite. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. **Lua Nova**, São Paulo, v. 87, p. 33-62, 2012, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n87/03.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

CORTEZ, Ana Isabel Ribeiro Parente. A Construção da Estrada de Ferro de Baturité: alteração da paisagem e a produção de outras fronteiras no Ceará (1870-1926). In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 27., 2013. Natal, **Anais...** Natal: ANPUHI, 2013.

COSTILLA, Lucio Fernando Oliver; NOBRE, Maria Cristina de Queiroz. **Dominação e hegemonia burguesa transnacionalização do capital: o Ceará na “Era Tasso” (1987/2002).** Fortaleza: EdUECE, 2011.

DAHL, Robert Alan. **Polyarchy: participation and opposition.** PACIORNIK, Celso Mauro (Trad.), São Paulo: Edusp, 2012.

DELEUZE, Gilles; Guattari, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.** OLIVEIRA, Ana Lúcia de; GUERRA NETO, Aurélio; COSTA Célia Pinto (Trads.). 2 ed. São Paulo: Ed 34, 2011.

DESLANDE, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves de. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças In: MINAYO, Maria

Cecília de Sousa; DESLANDES, Suely Ferreira (Orgs.) Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DEMO, Pedro. **Pesquisa participante**: saber pensar e intervir juntos. Brasília: Liber Livro, 2 ed. 2008.

DINIZ, Eli. Governabilidade, Democracia e Reforma do Estado: Os Desafios da Construção de uma Nova Ordem no Brasil dos Anos 90. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 385-415, 1995.

_____. Governabilidade, *governance* e reforma do Estado: considerações sobre o novo paradigma. **Revista do Serviço Público**, Ano 47, v. 120, n. 2, maio-ago. 1996.

_____. Crise, governabilidade e Reforma do Estado: em busca de um novo paradigma. In: GERSCHMAN, Silvia; VIANNA, Maria Lucia Werneck (Orgs.) **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista Saúde Pública**, v.45, n.1, 2011, p.204.

ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; SENNA, Mônica de Castro Maia. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 21, n. 2, 2007. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt/>>./ Acesso em: 03 nov. 2018.

FAORO, Raymundo. **Os donos do poder**: formação do patronato político brasileiro. 5 ed. São Paulo: Globo, 2012.

FERNANDES, Forestan. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Guanabara, 1974.

FLEURY, Sonia. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, Editora FIOCRUZ, 2014.

FLEURY, Sonia et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Rev Panam de Salud Pública**, v. 28, n. 6, 2010, pp. 446–55.

FLEURY Sônia; OUVENEY, Assis Mafort. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1 jan. 2008, pp. 17-27. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. [s.l.]: Forense Universitária, 1995.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC–IMS/UERJ– ABRASCO, 2006.

FREITAS, Ruskin. Regiões metropolitanas: uma abordagem conceitual. **Revista Humanae**, Recife, v. 1, n. 3, p.44-53, 2009.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2014.

GIOVANELLA, Lígia. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, (Supl. 1), p.1081-1096, 2011.

_____. [Entrevista publicada em 19 de setembro de 2015]. **Regiões e Redes: caminhos da universalização da saúde no Brasil**. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/tag/ligia-giovanella/>>. Acesso em: 25 set. 2016.

_____. **Atención primaria de salud en Sudamérica**. Rio de Janeiro: Isags: Unasur, 2015.

GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GOMES, Romeu et al. A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. 2015. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, 2015, pp. 2431-2439. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2431.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2017.

GONÇALVES, Alcindo. **O conceito de governança**. In: CONGRESSO NACIONAL DO CONSELHO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO, 15., 2005. Fortaleza, **Anais eletrônicos**. Fortaleza: Conpedi, 2005. Disponível em: <<http://docslide.com.br/documents/conceito-governanca.html>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

GOULART, Flávio A. de Andrade. Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6, n. 2, 2001, pp. 292-318. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/630/63060203/>>. Acesso em: 03 abr. 2017.

GOYA, Neusa et al. Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, pp.1235-1244, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n4/1235-1244/pt>>. Acesso em: 03 fev. 2018.

GRAMSCI, Antonio. **Obras escolhidas**. São Paulo: Martins Fontes, 1978,

GRUPPI, Luciano. **Tudo começou com Maquiavel**: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci. 8. ed. São Paulo: LePM, 1987.

_____. **O conceito de hegemonia em Gramsci**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

HABERMAS, Jürgen. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: L&PM, 1987.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. **The three versions of neo-institutionalism**. Political Science and the three New Institutionalisms". [S.l.]: Political Studies. 1996.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1994.

HOBSBAWM, Eric. **Era dos extremos**: o breve século XX. SANTARITA, Marcos (Trad.). São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOCHMAN, Gilberto. Agenda internacional e políticas nacionais: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, 2010, pp. 2307-2316. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2015.

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, 2011, pp.867-874.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001, pp. 269-291. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2016.

LIMA, Luciana Dias de; et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/30.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2015.

LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira; GERASSI, Camila Duarte. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS, Ruben Araujo; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: ENSP-FAPERJ, 2011.

LIMA, Luciana Dias de; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; SCATENA, João Henrique Gurtler; Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. **Novos Caminhos**, n.8. 2010. Disponível em: <www.regiaoeredes.com.br>. Acesso em: 01 jan. 2018.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MACHADO, Cristiani Vieira et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, 2014, pp. 642-650. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0642.pdf>. Acesso em: 01 set. 2015.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out 2014.

MAINARDES, Jefferson; FERREIRA, Márcia dos Santos; TELLO, César. Análise de políticas: fundamentos e principais debates teórico- metodológicos. In: BALL, Stephen; MAINARDES, Jefferson (Orgs.). **Políticas Educacionais: questões e dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011.

MARQUES, Eduardo. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. **BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, n. 43, 1997.

MARTELETO, Regina Maria. Informação, rede e redes sociais: fundamentos e transversalidades. **Informação & Informação**, [S.l.], v. 12, n. 1, esp, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1785/1521>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

_____. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Informação & Informação**, Brasília, v. 30, n. 1, jan./abr. 2001.

MARTELETO, Regina Maria; SILVA, Antonio Braz de Oliveira e. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Informação & Informação**, Brasília, v. 33, n. 3, p.41-49, set./dez. 2004,

MARTINS, Paulo Henrique. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, jul, 2008.

MASSUANGANHE, Israel Jacob; CORRALO, Giovani da Silva. Governança democrática e desenvolvimento local: uma perspectiva comparada das políticas locais do Brasil e Angola. **Justiça do Direito**, v. 28, n. 1, jan./jun. 2014.

MATTOS, Ruben Araujo de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

MARX, Karl. **A questão judaica**. São Paulo: Centauro, 2005.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OMS, 2011.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010,. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em 21 ago. 2017.

_____. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1517>. Acesso em 21 ago. 2017.

_____. **Sistemas integrados de serviços de saúde: a reforma microeconômica dos sistemas de serviços de saúde no Brasil**, Belo Horizonte: [s.n.], 1999.

_____. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: _____. (Org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MESQUITA, Rosélia Maria Soares. **Consensos de Comissão Intergestores Bipartite para a organização do Sistema Microrregional de Saúde**. 2011. 58 fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2011.

MILLS, Charles Wright. BORGES, Maria Luiza. **Sobre o artesanato intelectual e outros ensaios**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. Hermenêutica dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, Maria Cecília de Sousa; DESLANDES, Suely Ferreira (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

MIRANDA, Alcides Silva de. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde**, 2003, 240 fl. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de PósGraduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/doutorado/TeseAlcides.pdf>> . Acesso em: 22 maio 2018.

MORAES, Antonio Carlos Robert. Vidal de La Blache e a Geografia Humana. In: _____. **Geografia: pequena história crítica**. 21 ed. São Paulo: Annablume, 2007.

_____. O desdobramento da proposta lablachiana. In: _____. **Geografia: pequena história crítica**. 21 ed. São Paulo: Annablume, 2007.

MORAES, Marcia Oliveira. O conceito de rede na filosofia mestiça. **Revista Informare**, v. 6, n. 1, p. 12-20, 2000.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R.; VIACAVA, F. As condições de saúde dos brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000). In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 153-192.

NORONHA, José Carvalho de. et el. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, et al (Orgs.), **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, R. C. de. O trabalho do antropólogo: olhar ouvir e escrever. In: _____. **O trabalho do antropólogo**. Brasília: Paralelo 15, São Paulo: UNESP, 2006.

O POVO, Jornal. **Confira lista com todos os postos de saúde de Fortaleza**. Disponível em:

<<http://www.opovo.com.br/app/fortaleza/2015/07/23/noticiafortaleza,3473653/confira-lista-com-todos-os-postos-de-saude-de-fortaleza.shtml>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. 2008. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf>. Acesso em: 01 set. 2016.

_____. **Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários**.

Declaração de Alma-Ata – Saúde Para Todos no Ano 2000. Alma-Ata, Casaquistão, URSS, 1978. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/05-promocao-saude/Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em: 10 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011.

_____. **Metodologia para análises funcionais da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde no Brasil**. Brasília: OPAS, 2003.

PAIM, Jairnilson et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Série Saúde no Brasil, v.1, 2001. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/The%20Brazilian_Celia%20Almeida_2011.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2017.

PAIM, Jairnilson da Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilsogn Silva; TEIXEIRA Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12 (Sup), p. 1819 -1829, 2007.

PERES, Thais Helena de Alcântara. Comunidade Solidária: A proposta de um outro modelo para as políticas sociais. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v. 5. n. 1, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/37>>. Acesso em: 03 abr.2017.

PONTES, Ricardo José Soares et al. **Modelo de Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará**. s/d. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/033.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2015.

QUEROL, Ricardo de. Entrevista a Zygmunt Bauman: “**As redes sociais são uma armadilha**”. El País – Cultura. [Publicada em 09 de janeiro de 2016]. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/brasil/2015/12/30/cultura/1451504427_675885.html>. Acesso em: 25 jul. 2016.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE Maria Salete Bessa; FRANCO Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma Geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira; PEIXOTO, Maria Passos Barcela. **Metodologia para análises funcionais da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde no Brasil**. Brasília: OPAS, 2003. Disponível em: <[file:///C:/Users/Soninha/Downloads/projeto-de-desenvolvimento-de-sistemas-e-servicos-de-saude-serie-tecnica-n-07-\[443-090212-SES-MT\].pd](file:///C:/Users/Soninha/Downloads/projeto-de-desenvolvimento-de-sistemas-e-servicos-de-saude-serie-tecnica-n-07-[443-090212-SES-MT].pd)>. Acesso em: 12 jul.2015.

RIBEIRO, José Mendes; ALCOFORADO, Flávio. Mecanismos de governança e o desenho institucional da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.1, n. 5, 2016, pp. 1339-1349. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1339.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2017.

SAMPAIO, Juliana; ARAÚJO JR José Luis. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 3, pp. 335-346, jul./set. 2006, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n3/31905.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2017.

SAMPAIO, José Jackson Coelho et al. Periodização histórica do Ceará: instrumento de apoio à análise das políticas de saúde. **Revista Humanidades e Ciências sociais da UECE**. Fortaleza, v. 2, 2001.

SANTANA, M. R.C. Redes Técnicas: os avatares geográficos da cidade mediada eletronicamente. In: **Reflexões e Construções Geográficas Contemporâneas**. Salvador: Copyright, 2004.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Lígia. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, jan.-mar. 2016, pp. 48-63. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00048.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Ver. Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf>. Acesso em: 01 abri. 2017.

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

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Maria Helena de Castro. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil PósConstituinte. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 335-376, 1997.

_____. **Governabilidade, governança e capacidade governativa**: algumas notas. Brasília: MARE/ENAP, 1996.

SANTOS, Roberto Figueira. A regionalização assistencial no aperfeiçoamento das ações integradas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n.3 p. 273-278, jul./set., 1986,

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. Aspectos éticos nas pesquisas qualitativas. In: GUERRIERO, Iara Coelho Zito; SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; ZICKER, Fabio (Org.). **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAK, Yoshimi Oswaldo. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SILVA, Carlos Alberto da; FIALHO, Joaquim; SARAGOÇA, José. Análise de redes sociais e Sociologia da ação. Pressupostos teórico-metodológicos. **Revista Angolana de Sociologia**, v. 2, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://ras.revues.org/361?lang=en#article-361>>. Acesso em: 18 jan. 2017

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n. 2, p.45-455, 2001.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726. p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select.action=&co_obra=14609>. Acesso em: 20 jul. 2016.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18(Suplemento), p.153-162, 2002.

Ugá, Maria Alicia Dominguez. Ajuste Estrutural, Governabilidade e Democracia. In: GERSCHMAN, Silvia; VIANNA, Maria Lucia Werneck (Orgs.). **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **Relatório IC/UECE – 2017-2018 - Pesquisa Modelos de Atenção à Saúde: antigas questões, novos desafios**. Fortaleza: 2018.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf> Acesso em: 30 ago. 2016.

_____. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. (Orgs.) **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a07.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. (Orgs.) **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011

VIANA, Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/16.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2016.

VIANA, Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7 n. 3, p. 493-507, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13027.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2018

VIANA, Ana Luiza. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n. 2, mar.abr. 1996. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8095/6917>>. Acesso em: 05 jan. 2018

_____. **Abordagens metodológicas em políticas públicas**, Rio de Janeiro v. 30, n. 2, p. 5-43, mar./abr. 1996,

VIANNA, Pedro Jorge Ramos; HOLANDA, Marcos Costa; ROSA Antônio Lisboa Teles da. **A regionalização do Estado do Ceará: uma proposta de reformulação**. Fortaleza, 2005. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/15081433-A-regionalizacao-do-estado-do-ceara-uma-proposta-de-reformulacao.html>>. Acesso em: 09 fev. 2018.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**. BARBOSA, Regis; BARBOSA, Karem Elsab (Trad.). 4 ed. Brasília: Universidade de Brasília, 2012.

_____. **Ciência e Política: duas Vocações**. São Paulo: Cultrix, 1996.

WORLD BANK. **Governance and Development**. Washington, D.C, 1992. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/604951468739447676/pdf/multi-page.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: GOVERNANÇA NA SAÚDE E A REESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA 1ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ. Este estudo tem como objetivo geral: analisar a atuação da Comissão Intergestores Regional (CIR) na governança do processo de reestruturação das Redes de Atenção à Saúde na Primeira Região de Saúde do Ceará. E específicos: caracterizar as redes locais de saúde dos sistemas municipais da Primeira Região de Saúde do Ceará; identificar as contribuições da Comissão Intergestores Regional (CIRs) da 1ª CRES na governança regional para a estruturação da RAS na Primeira Região de Saúde do Ceará. O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa respondendo a uma entrevista, que será gravada, conforme sua autorização. Salientamos que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo. Esclarecemos que a sua identidade não será revelada e que sua participação não trará nenhum prejuízo na sua qualidade de vida. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou encontros científicos, sem revelar sua identidade. Os dados retornarão para o local da pesquisa e poderão contribuir para a melhoria dos serviços prestados à população. A participação na pesquisa envolve risco mínimo, uma vez que não prevê nenhum procedimento invasivo. O possível risco está relacionado à exposição e discussão de suas opiniões e conhecimentos. Se necessário, o (a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Maria Sônia Lima Nogueira, pelos telefones (85) 999275616 ou 986233606, e-mail: soninhaliman@gmail.com e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, para esclarecimentos sobre questões éticas, no endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1.700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, fone 3101.9890, email: cepuece.br. Horário de funcionamento: de segunda à sexta, de 8:00 às 12:00 e de 13:00 às 17:00.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para arquivo do pesquisador.

Tendo sido informado (a) sobre a pesquisa “GOVERNANÇA NA SAÚDE E A REESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA 1ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ”.

Nome: _____

Assinatura: _____

Local/data _____

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

Data _____ Município _____

Entrevistado (codinome) _____

Gestor () Gerente ()

1. IDENTIFICAÇÃO

Sexo _____ Idade _____ Escolaridade _____

Formação profissional _____ Função atual: _____

Tempo de serviço nessa função _____

Possui vínculo com o município? _____ Qual? Estatutário (); Carteira assinada ();

Temporário (); () Outros _____

2. ENTREVISTA

1. Qual o seu entendimento sobre a proposta de reestruturação da política de saúde a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS)?
2. Você acha que existe integração dos pontos de atenção do sistema de saúde? Se sim, quais os mecanismos de integração? Comente.
3. O município utiliza diretrizes clínicas para linhas de cuidados? Se sim, qual (quais)? Comente.
4. Como acontecem as conexões, os fluxos e a comunicação nas redes de atenção à saúde?
5. De que forma a reorganização em redes influencia no acesso aos serviços de saúde?
6. Qual o papel dos gestores nesse cenário?
7. Na sua opinião, qual o papel das Comissões Intergestores Regionais (CIR) no processo de reestruturação das RAS?
8. Quais estratégias a CIR utiliza para o fortalecimento da APS no município?
9. Quais as mudanças observadas em seu município após a reorganização da APS?
10. Há algo mais que queira acrescentar?