

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES/IAM
Pós-Doutorado em Saúde Pública

Antônio Augusto Vieira de Aragão

**A UTILIZAÇÃO DO MÉTODO DELPHI AJUSTADO PARA AVALIAR AS AÇÕES DE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA III MACRORREGIONAL DE SAÚDE EM PERNAMBUCO**

RECIFE

2021

ANTÔNIO AUGUSTO VIEIRA DE ARAGÃO

**A UTILIZAÇÃO DO MÉTODO DELPHI AJUSTADO PARA AVALIAR AS AÇÕES
DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA III MACRORREGIONAL DE SAÚDE EM
PERNAMBUCO**

Relatório em formato de Monografia apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do Certificado de conclusão do Estágio de Pós-doutorado em Saúde Pública.

Área de Concentração/Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde (Políticas, funções gestoras, sistemas de saúde e suas organizações).

Docente-supervisor: Prof. Dr. José Luiz do Amaral Correia de Araújo Júnior

RECIFE

2021

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

A659u Aragão, Antônio Augusto Vieira de.

A utilização do método Delphi ajustado para avaliar as ações de vigilância sanitária na III macrorregional de saúde em Pernambuco/ Antônio Augusto Vieira de Aragão. – Recife: [s. n.], 2021.
119 p.

Relatório (Pós-Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.

Orientador: José Luiz do A. Correia de Araújo Júnior.

1. Vigilância sanitária - organização & administração. 2. Gestão em saúde. 3. Avaliação em saúde. 4. Saúde pública. 5. Política de saúde. I. Araújo Júnior., José Luiz do A. Correia de. II. Título.

CDU 614.3

ANTÔNIO AUGUSTO VIEIRA DE ARAGÃO

**A UTILIZAÇÃO DO MÉTODO DELPHI AJUSTADO PARA AVALIAR AS AÇÕES
DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA III MACRORREGIONAL DE SAÚDE EM
PERNAMBUCO**

Relatório em formato de Monografia apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do Certificado de conclusão do Estágio de Pós-doutorado em Saúde Pública.

Área de Concentração/Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde (Políticas, funções gestoras, sistemas de saúde e suas organizações).

Apresentado em: _____

DOCENTE-SUPERVISOR

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Correia de Araújo Júnior
Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Aggeu Magalhães - IAM/Fiocruz

Dedico este Trabalho a minha família, por mostrar que, sempre juntos, podemos alcançar os nossos sonhos com amor, admiração, cumplicidade e determinação.

AGRADECIMENTOS

Ao meu supervisor do Estágio de Pós-doutorado Professor Doutor José Luiz Correia do Amaral de Araújo Júnior, por ter me dado o privilégio e a honra de ter sido seu aluno nos cursos de Mestrado, Doutorado e Pós-doutorado, e também, por tornar possível a concretização deste trabalho, acima de tudo um docente com letras maiúsculas, um líder, um homem de especial caráter, um grande profissional, bem como, ter me direcionado para uma visão macro em Saúde Pública.

Ao Professor Doutor Henrique Fernandes Câmara Neto, por ter tido a satisfação de ser seu discente no Curso de Mestrado, e por ter contribuído, com ótimas sugestões nesse Estágio de Pós-doutorado, bem como, no capítulo de um dos nossos três livros sobre a Gestão em Saúde Pública.

Aos profissionais que compõem a Secretaria Acadêmica (Seac), do IAM, pelo excelente nível profissional, disposição em continuamente colaborar, e dar apoio. Dentre todos, preciso destacar Glauco, Rivaldete e Semente, que sempre foram bastante prestativos.

Às funcionárias da biblioteca do IAM, Márcia e Mégine pelo apoio que me proporcionaram e pelo alto nível profissional.

Às minhas eternas e inseparáveis amigas de fé, vida e certezas, Ana Paula e Fabrícia, pelo elo e apoio incondicional, pela construção de uma relação de respeito, admiração e cumplicidades, que sempre juntas, e ao meu lado, compartilham dificuldades, alegrias e satisfações, dando asas aos meus sonhos, inspirando-me forças, e com determinação, proporcionando, para que mais essa nossa conquista fosse alcançada de forma plena.

E, finalmente a todos os *experts* que concordaram em participar desta pesquisa, pela consideração em disponibilizar um tempo de suas agendas, às vezes bem dinâmicas.

“A Ciência une os povos, e cria uma linguagem universal”

Ilya Prigogine

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”.

Albert Einstein

“Experiência não é o que acontece com um homem; é o que um homem faz com o que lhe acontece”.

Aldous Huxley

ARAGÃO, Antônio Augusto Vieira de. **A utilização do Método Delphi Ajustado para avaliar as ações de Vigilância Sanitária na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco.** 2021. Relatório em formato de Monografia (Estágio de Pós-doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.

RESUMO

Mesmo sendo a Vigilância Sanitária (Visa), um tema de alta relevância no âmbito da saúde pública, para a promoção e proteção à saúde, no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se que ainda são esparsas as pesquisas e publicações sobre o tema, principalmente em relação à construção teórica e política que configurou o campo, tal qual se apresenta hoje no Brasil. Portanto, é necessário evidenciar, o trabalho que vem sendo desenvolvido a nível nacional em Visa nos últimos anos, que tornou o Brasil, referência em regulação sanitária e econômica na América Latina, pois, sua atuação engloba produtos e serviços de saúde que representam 25% do Produto Interno Bruto (PIB) do país, demonstrando com isso, sua importância no cenário nacional. Este estudo tem como objetivo avaliar o modelo vigente de gestão Visa quanto às ações em municípios da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco (PE) no período de 2015 a 2018, relacionada à análise da Governança Regional em Comissões Intergestores Regionais (CIRs). Tratou-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, aplicou-se o Método *Delphi* de forma ajustada, com 18 especialistas (juízes), em três momentos. Inicialmente, com a construção de um Modelo Lógico, com a Proposta da Imagem-objetivo, posteriormente avaliou-se o Grau de Implantação da Visa. Usou-se análise documental, e 12 entrevistas semiestruturadas com atores-chave (*experts*), e observação em reuniões CIRs. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do IAM/Fiocruz, e seguiu todos os preceitos éticos e legais. Os resultados mostram que a Visa na esfera municipal está classificada em nível Crítico. E, que a Governança Regional direcionada a Visa, é conflitiva. Não existem etapas para fortalecer e operacionalizar a Visa. As CIRs apresentam-se com pouca resolutividade, caracterizadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão. Conclui-se que, há um vácuo na governança regional, consolidando a irrelevância das iniciativas elaboradas para o fortalecimento da Visa. E, que a aplicação do Método Delphi ajustado se revelou coerente com a complexidade do objeto, diante da escassez de modelos específicos para esse propósito, alicerçado em novas relações institucionais na regionalização do SUS, principalmente diante de uma população desfavorecida e vulnerabilizada, num cenário político-econômico adverso, no interior do semiárido nordestino.

Palavras-chave: Vigilância sanitária. Gestão em Saúde. Avaliação em saúde. Saúde pública. Política de Saúde.

ARAGÃO, Antônio Augusto Vieira de. **The use of the Adjusted Delphi Method to evaluate the actions of Health Surveillance in the III Macro-Regional Health Program in Pernambuco.** 2021. Report in Monograph format (Postdoctoral Internship in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.

ABSTRACT

Even though Health Surveillance (Visa) is a highly relevant topic in the context of public health, for the promotion and protection of health, in the consolidation process of the Unified Health System (SUS), it is observed that research is still sparse. and publications on the subject, mainly in relation to the theoretical and political construction that shaped the field, as it is presented today in Brazil. Therefore, it is necessary to highlight the work that has been developed at national level in Visa in recent years, which has made Brazil a reference in health and economic regulation in Latin America, as its performance encompasses health products and services that represent 25% of the country's Gross National Product (PIB), thus demonstrating its importance in the national scenario. This study has objective evaluate the current Visa management model regarding the actions in municipalities of the III Macro-regional Health in Pernambuco (PE) in the period from 2015 to 2018, related to the analysis of Regional Governance in Regional Inter-Management Commissions (CIRs). It was a case study, with a qualitative approach, the Delphi Method was applied in an adjusted way, with 18 experts (judges), in three moments. Initially, with the construction of a Logical Model, with the Objective-Image Proposal, later the Visa Implementation Degree was evaluated. Documentary analysis and 12 semi-structured interviews with key actors (experts) and observation in CIR meetings were used. This research was submitted to the Ethics Committee of IAM/Fiocruz, and followed all ethical and legal precepts. The results show that Visa at the municipal level is classified at the Critical level. And that Regional Governance directed at Visa is conflicting. There are no steps to strengthen and operationalize Visa. The CIRs have little resolution, characterized by the presence of institutional actors without decision-making power. It is concluded that there is a vacuum in regional governance, consolidating the irrelevance of the initiatives designed to strengthen Visa. And, that the application of the Adjusted Delphi Method proved to be consistent with the complexity of the object, given the scarcity of specific models for this purpose, based on new institutional relationships in the regionalization of the SUS, especially in view of a disadvantaged population and made vulnerable, in an adverse political-economic scenario, in the interior of the semi-arid northeast.

Key words: Health Surveillance. Health Management. Health Policy. Health Evaluation. Public Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Apevisa – Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária
CAAEE – Comissão de Apresentação para Apreciação
CEP – Centro de Ética em Pesquisa
CF – Constituição Federal
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestora Tripartite
CMV – Coordenador Municipal de Visa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Especialidades de Saúde
Cosems – Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado
CRR – Coordenador Regional de Regulação
CT – Câmara Técnica
Dec. - Decreto
DOU – Diário Oficial da União
DP – Desvio Padrão
EC – Emenda Constitucional
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
Geres – Gerência Regional de Saúde
GI – Grau de Implantação
GMS – Gestor Municipal de Saúde
GRG – Gerente Regional de Geres
IAM – Instituto Aggeu Magalhães
M - Média
ML – Modelo Lógico
MS – Ministério da Saúde
NE – Região Nordeste
PDI – Plano Diretor de Investimento
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PDVISA – Plano Diretor Estadual e Municipal de Visa

PE – Estado de Pernambuco

PIB – Produto Interno Bruto

Port. - Portaria

PPI – Programação Pactuada Integrada

RAG – Relatório Anual de Gestão

Resol. - Resolução

RH – Recursos Humanos

SEAC – Secretaria Acadêmica do IAM-Fiocruz

SES-PE – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Sevisa PE – Sistema de Informação da Apevisa

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SRV – Supervisor Regional de Visa

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Visa – Vigilância Sanitária

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	As quatro Macrorregiões de Saúde do Estado de Pernambuco	34
Quadro 1 -	Jurisdição da III Macrorregional de Saúde de Pernambuco	35
Quadro 2 -	Perfil, codificação e quantitativo dos(as) entrevistados(as)	36
Quadro 3 -	Marco Legal. Disposição das Fontes Documentais	37
Quadro 4 -	Registros em Diário de Campo através de observação não participante dos eventos	37
Figura 2 -	Modelo Lógico das ações e práticas da Vigilância Sanitária	40
Quadro 5 -	Matriz para Análise da Dimensão Política de descentralização e Governança nas CIRs relacionada à Vigilância Sanitária	42
Quadro 6 -	Síntese das perguntas e condensação de significados	43
Quadro 7 -	Matriz <i>Delphi</i> de Concordância com Proposta de Imagem-objetivo para avaliação das ações e práticas de Visa em Nível Macrorregional	45
Quadro 8 -	Atividades empreendidas na III Macrorregional de Saúde quanto à dinâmica da Governança Regional e aos tópicos de significância em relação à Visa nas CIRs	84
Quadro 9 -	Atividades desempenhadas da III Macrorregional de Saúde no que diz respeito às relações interfederativas e aos pontos importantes com foco para a Visa	86
Quadro 10-	Atividades executadas da III Macrorregional de Saúde em relação à Alocação de Recursos e aos tópicos de importância para desenvolvimento das ações e práticas de Visa.	89
Quadro 11-	Operacionalização dos Sistemas de Logística para consolidação da regulação sanitária e das ações e práticas específicas de Visa na III Macrorregional de Saúde.	90

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 PRESSUPOSTOS	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Geral	19
3.2 Específicos	19
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
4.1 A Vigilância Sanitária	20
4.1.1 A História da Visa e seus Aspectos	20
4.1.2 A Constituição da Visa	20
4.1.3 A sua Definição.....	21
4.1.4 Os seus Fundamentos	21
4.1.5 Conceitos Básicos	23
<i>4.1.5.1 Uma Reflexão sobre Regulação em Saúde.....</i>	<i>23</i>
<i>4.1.5.2 Outros Enfoques sobre Visa</i>	<i>24</i>
4.1.6 O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.....	25
<i>4.1.6.1 Principais Unidades Componentes do Sistema</i>	<i>25</i>
<i>4.1.6.2 A Coordenação Federativa na Construção do SNVS e o Pacto de Gestão</i>	<i>25</i>
4.1.7 O processo de Descentralização e a Gestão da Visa	26
4.2 A Avaliação em Saúde	27
4.2.1 A relevância da avaliação em saúde	27
4.3 A Governança	29
4.3.1 A origem	29
4.3.2 A Governança Regional e a seus mecanismos	30
4.4 A Comissão Intergestores Regional	30
4.4.1 A Região de Saúde e sua relevância	30
4.4.2 O Colegiado de Gestão Regional	31
5 PROCECIMENTOS METODOLÓGICOS	34
5.1 Delineamento do estudo	34
5.2 Período do estudo	34
5.3 Área do estudo	34
5.4 Sujeitos da pesquisa	35

5.5 Produção dos dados	36
5.5.1 Produção e organização das fontes documentais	36
5.5.2 Coleta de entrevistas semiestruturadas	38
5.5.3 Coleta dos questionários <i>Delphi</i> Ajustado	38
5.5.4 Construção de Modelo Lógico	39
5.6 Plano de análise	41
5.7 Aspectos éticos	48
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
6.1 Artigo 1 - Cenário da Vigilância Sanitária através da aplicação do Método Delphi Ajustado	49
6.1.1 Submissão do Artigo 1	49
6.2 Artigo 2 – Análise do Modelo vigente de Governança Regional com foco na Vigilância Sanitária	66
6.2.1 Submissão do Artigo 2	66
6.2.2 Detalhamento dos resultados e discussão com excertos dos especialistas	83
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	101
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MATRIZ DE CONCORDÂNCIA <i>DELPHI</i>	103
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MATRIZ DE AVALIAÇÃO <i>DELPHI</i>	107
APÊNDICE D – PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP	111
APÊNDICE E – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO SEDE DA III MACRORREGIONAL DE SAÚDE	119

1 INTRODUÇÃO

Quanto à elaboração deste Relatório de conclusão de Estágio de Pós-doutorado, cujo título é: **A utilização do Método Delphi Ajustado para avaliar as ações de Vigilância Sanitária na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco**, o qual é requisito para a obtenção do Certificado de conclusão de Estágio no âmbito do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (IAM-Fiocruz). A maneira escolhida para apresentação deste estudo foi em formato de monografia, que conta com tópicos citados no sumário, e, para sua montagem, teve como alicerce metodológico e ponto fulcral a Tese de Doutorado intitulada “Análise da Governança nos colegiados regionais em relação à Rede Cegonha na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco”, de autoria deste pesquisador.

Este estágio de Pós-doutorado estava previsto para inicialmente ocorrer entre os meses de dezembro de 2019 a novembro de 2020, conforme o cronograma das atividades à serem realizadas durante o seu período de desenvolvimento. Durante meados do ano de 2020, a pandemia de Covid 19 se agravou, o que acarretou em postergar as etapas do cronograma por mais um ano. Em consenso, ficou acordado, com o docente-supervisor, com aceite da Secretaria Acadêmica (SEAC-IAM-Fiocruz), e, com conclusão prevista para novembro 2021, mas, sem alterar a qualidade da pesquisa. Salienta-se que, todas as etapas descritas no cronograma desta pesquisa foram cumpridas, com exceção da etapa final (apresentação de Palestra), porque, de acordo com as normas sanitárias em vigor, está terminantemente proibida aglomerações, em ambientes públicos internos, durante o período de pandemia. Expressa-se também, que a pesquisa foi concluída dentro do novo cronograma estabelecido e do orçamento previsto.

Então, ficou planejado entre este autor e seu docente-supervisor que o estágio seria concluído com três produtos finais:

- a) Com a finalidade de responder ao primeiro objetivo específico da pesquisa, foi elaborado o primeiro artigo científico intitulado “**Cenário da Vigilância Sanitária através da aplicação do Método Delphi Ajustado**” o qual foi submetido à Revista Sanare em: 28 de maio de 2021. Sob ID – 1540.
- b) Com o propósito de responder aos segundo e terceiro objetivos específicos da pesquisa, foi produzido o segundo artigo científico com o título “**Análise do Modelo vigente de Governança Regional com foco na Vigilância Sanitária**” que foi submetido à Revista Sanare em: 19 de julho de 2021. Sob ID – 1561.

- c) Envio de uma via impressa, com ficha catalográfica, do Relatório Final para conclusão do Estágio de Pós-doutorado, em formato de Monografia para a Biblioteca (IAM-Fiocruz), bem como, outra via para a SEAC (IAM-Fiocruz).

Por recomendação do CEP, conforme Parecer Consubstanciado, foi enviado em PDF, o Relatório Final de conclusão do Estágio de Pós-doutorado à essa Comissão.

Este relatório justifica-se, porque, para este pesquisador, o maior interesse para a realização deste estudo, partiu da premissa que, para que o Sistema Único de Saúde (SUS) não se desconstrua e não deixe de existir; é necessário entender que, quando os desafios surgirem precisam ser superados. E, para isso, é imprescindível conhecê-los e adicionar esforços para investigá-los.

Também, por ser este, um campo de estudo de natureza complexa, o que despertou curiosidade para este pesquisador, na sua Dimensão Profissional. Porque este autor sempre atuou na área de Saúde Pública, na Vigilância em Sanitária (Visa) da VI Gerência Regional de Saúde (VI Geres), onde exerce suas atividades há mais de 27 anos.

Por isso, a investigação ocorreu na III Macrorregional de Saúde, composta pelas VI, X e XI Gerências Regionais de Saúde (Geres), respectivamente, no interior do semiárido pernambucano, pois, trata-se de onde este pesquisador mora, trabalha e pretende contribuir para com as políticas locais de saúde. E, tem o intuito de colaborar através, de um apoio social e profissional, vislumbrando melhorar a situação de uma população vulnerabilizada e desfavorecida, num cenário político-econômico adverso, face as questões contextuais não favoráveis.

Mesmo sendo a Governança um tema de alta relevância no âmbito da Saúde Pública, observa-se, que ainda há escassez de Teses, pesquisas e publicações sobre o assunto. Principalmente, em relação à construção teórica e política que configura esse campo, bem como, à avaliação e à análise das políticas relacionadas à Vigilância Sanitária, tal qual se apresenta hoje no Brasil e no Estado Pernambuco.

Diante de todas essas inquietudes e com a pretensão de tentar analisar essa situação, aflorou o nosso compromisso como agente público, e, a nossa responsabilidade social para com a população. Então, a forma encontrada para contribuir em parte com o objetivo de solucionar esse problema, foi através da construção desta pesquisa de Pós-doutorado.

Com relação à Introdução desta pesquisa, no que se refere à trajetória histórica da Visa, uma das primeiras vezes em que a expressão Visa foi incorporada em aparato jurídico sanitário no Brasil foi com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, cujas

competências foram estabelecidas pelo Decreto (Dec.) nº 16.300. A Visa foi empregada indistintamente para suspeitas de moléstias transmissíveis, e de estabelecimentos de locais (COSTA, 2004).

A Lei nº 8.080 de 1990, organizou o SUS e definiu a Visa como composto de ações com a capacidade de eliminar, diminuir, ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Ao contrário da anterior, de caráter burocrático, normativo; esta definição confere um caráter mais completo ao conjunto de ações, situando-as na esfera da produção (COSTA; ROZENFELD, 2004). Ressalta-se que, em meados dos anos 2000, sua atuação ainda acumulava o campo da vigilância ambiental (ARAGÃO, 2012; ARAGÃO; COSTA; CÂMARA NETO, 2014).

Construir o conceito de Visa é um instrumento essencial do saber e no fazer em vigilância, por referir-se à regulação do próprio poder econômico mediante o sistema normativo e a administração pública, sob o princípio da legalidade, acompanha o processo social e o desenvolvimento científico e tecnológico conformando interesses dos particulares nas relações produção-consumo com os interesses sanitários da coletividade (COSTA, 2004).

No que tange o Direito Sanitário como campo fundamental para a Visa, é necessário explicar que, esse pode ser entendido como o conjunto de normas jurídicas reguladoras da atividade do poder público destinada a ordenar a proteção, promoção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e asseguradores desse direito (ARAGÃO; OLIVEIRA, 2018). O Direito Sanitário corresponde ao que se denomina “novo direito”; e, possui como características peculiares: a horizontalidade, a pluritutela normativa e o princípio-garantia da relevância pública (ROCHA, 2011).

Todavia, o ponto nevrálgico que tem sido o objeto da normatização do direito em relação ao suporte fático da Saúde Pública, é, sem dúvida, a Visa. Com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o exercício do poder de polícia estatal intensificou-se sobremaneira no âmbito da atividade econômica que envolva qualquer aspecto da Saúde Pública (ARAGÃO; OLIVEIRA, 2018; CARVALHO; MACHADO; TIMM, 2004).

De Seta e Silva (2006), e Steinbach *et al.* (2012), quando enfocam gestão da Visa, comentam que a descentralização, princípio fundamental para viabilizar os mecanismos de financiamento e repasses que vêm sendo implementados, reforçam a necessidade de aumento da capacidade política e de gestão dos órgãos de Visa para a construção de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) mais eficiente para alcançar seus objetivos de promover e proteger a saúde da população.

No caso da Visa, além da complexidade que cerca a gestão em saúde, algumas características lhe conferem dificuldades adicionais. Existe uma baixa demanda social por ações de promoção e prevenção aliada a um grau potencialmente maior de conflitos, visto que parte importante do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro está sujeito à Visa (DE SETA; SILVA, 2006).

O poder da Visa encontra-se compartilhado e desigualmente distribuído entre os órgãos das três esferas de governo, pois a Anvisa tem uma considerável capacidade financeira e modelo de gestão, para cumprir seus objetivos, o órgão federal necessita da atuação da esfera estadual, e esta da municipal, caracterizando uma situação de interdependência, em que o elo mais frágil é sempre o município (COSTA, 2004; DE SETA; SILVA, 2006).

Os modelos de gestão não são apenas ferramentas para profissionais e gestores, mas, uma forma de comunicação que elimina dificuldades abstratas e proporciona abrangência. E destinam-se a resolver problemas e desafios (negociação/decisão) de ações e podem propiciar uma nova maneira de ver uma situação que resulte em uma mudança positiva. Podem ser aplicados de forma estratégica, tática e operacional: alguns são ferramentas de solução de problemas, desenvolvidas para aumentar a efetividade, a eficiência e a eficácia. Os modelos e as teorias de gestão podem ajudar gestores a obter uma percepção mais clara da gestão ao reduzir complexidades e incertezas (ASSEN; GERBEN; PIETERSMA, 2010).

Quanto às políticas de saúde, o tema avaliação tem grande importância e centralidade, pois, ela é usada para auxiliar na elaboração de uma intervenção. Esse enfoque permite melhor sistematização do processo de avaliação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; HARTZ; SILVA, 2010; MAYER *et al.*, 2015; SAMICO *et al.*, 2010).

Nos anos 2000, surgiram instâncias de deliberação que aprimoraram o conceito de regionalização, fortalecendo as correlações de interdependência e responsabilização sanitária entre os entes estadual e municipais (SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016). A mais importante foi a institucionalização das Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) que objetivam criar um fluxo contínuo de negociação/decisão entre os municípios e a autoridade sanitária estadual, dentro do contexto, mas que se apontam uma lacuna na governança (ARAGÃO, 2019; SANTOS, 2013, SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

2 PRESSUPOSTOS

Considerando o fato de que, nos últimos anos a Visa emergiu como um setor importante e crucial nas políticas públicas, para a promoção e proteção à saúde, no processo de consolidação do SUS, e em cumprimento à Constituição Federal (CF) de 1988; é necessário evidenciar, o trabalho que vem sendo desenvolvido a nível nacional em Visa nos últimos anos, tornou o Brasil, referência em regulação sanitária e econômica na América Latina, pois, sua atuação engloba produtos e serviços de saúde que representam 25% do PIB do país, demonstrando com isso, sua importância no cenário nacional.

Com isso, pretende-se, aprofundar o conhecimento sobre o surgimento, desenvolvimento, atuação e produção do modelo de gestão da Visa; bem como, compreender quais os impasses nas ações para a estruturação/fortalecimento e operacionalização de um modelo de gestão que desenvolva a perspectiva de promoção e proteção da saúde.

Pressupõe-se que: a escolha da aplicação do Método *Delphi* Ajustado para avaliar o Grau de Implantação (GI) das ações para a estruturação e fortalecimento do modelo gestão das Visas municipais na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco (PE) preenche o hiato do saber e transpõe os obstáculos da avaliação normativa, diante da carência de métodos avaliativos, para responder à avaliação em ações e práticas de saúde relacionados à Visa, alicerçada na opinião de *experts* (juízes), coerente com a complexidade do objeto de pesquisa não estruturado.

Destarte, esse estudo, justifica-se, porque poderá proporcionar o acúmulo de conhecimento e publicações que poderão contribuir para o debate acadêmico-científico sobre a análise do modelo de gestão em Visa, pois, abrirá um vasto campo para novas pesquisas na área de saúde pública. Com isso, essa pesquisa pretende contribuir para um maior conhecimento do tema, através da análise das relações intergovernamentais no SUS, por meio da avaliação das ações em CIRs, direcionada à Visa, quanto ao processo de governança.

Diante do exposto, podem ser levantados os seguintes questionamentos:

- Como está o GI, das ações para a estruturação/fortalecimento e operacionalização do modelo de gestão das Visas municipais na III Macrorregião de Saúde em PE, através da aplicação do Método *Delphi* Ajustado, coerente com a complexidade do objeto de pesquisa não estruturado?
- Como está configurado o processo de governança direcionado ao modelo de gestão da Visa, por meio das ações em CIRs, relacionada a estruturação/fortalecimento e operacionalização das ações das Visas municipais, na III Macrorregional de Saúde em PE?

3 OBJETIVOS

Abaixo estão explicitados o Objetivo Geral e os Objetivos Específicos.

3.1 Geral

Avaliar o modelo vigente de gestão Visa quanto às ações em municípios da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco (PE), no período de 2015 a 2018, relacionada à análise da Governança Regional em Comissões Intergestores Regionais (CIRs).

3.2 Específicos

- a) Avaliar o grau de implantação das ações para a estruturação, fortalecimento e operacionalização da gestão das Visas municipais na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco, através do Método Delphi Ajustado.
- b) Identificar as ações das Comissões Intergestores Regionais relacionadas à estruturação, fortalecimento e operacionalização da gestão da Visa na III Macrorregional de Saúde;
- c) Explorar a dinâmica de Governança Regional através da verificação das práticas direcionadas à estruturação, fortalecimento e operacionalização das ações de Visa na III Macrorregional de Saúde.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Este Capítulo abordará a Vigilância Sanitária (Visa). A Avaliação em saúde. A Governança. E, finalmente a Comissão Intergestores Regional (CIR).

4.1 A Vigilância Sanitária

Este item discorrerá sobre a Visa, seu conceito, com seus componentes, princípios e objetivos, ações e práticas.

4.1.1 A História da Visa e seus aspectos

Segundo Costa (2004), as primeiras ações de controle sanitário que estariam no campo da Visa não foram instituídas com o modo de produção capitalista nem sob o domínio da medicina. Ações muito antigas visavam, desde a sua origem, o controle sobre o exercício da medicina, o meio ambiente e alguns produtos; objetos de trocas comerciais; relacionados com doenças/saúde.

Contudo, é importante ressaltar que as ações de Visa no Brasil se iniciaram no Século XVI, ainda que na época não houvesse o conceito atual e não se usasse essa expressão. Leis e regulamentos atestam a atuação da “polícia sanitária” a partir do século XIX. Durante o período colonial, os controles sanitários (as normas de higiene) seguiam as leis e costumes de Portugal, procuravam regulamentar as profissões de físico, cirurgião e boticário e faziam a cobrança de taxas (WERNECK; FEKETE, 2007).

Com a chegada da família real portuguesa ao Rio de Janeiro em 1808, levou a abertura dos portos às nações estrangeiras, e com isso à adoção de medidas sanitárias. Porém, em 1810, o Príncipe Regente D. João assinou o alvará que dava regimento ao cargo de Provedor-Mor da Saúde da Corte do Estado do Brasil e estabeleceu o Juízo de Provedor-Mor da saúde. Repleto de indicações sobre fiscalizações, punições e taxas sobre cada serviço, o regimento organizava o trabalho da “polícia sanitária”, da maneira já existente na Europa, e declarava a responsabilidade do governo sobre a saúde pública (BRASIL, 2014).

4.1.2 A Constituição de Visa no Brasil

Quanto aos aspectos da trajetória histórica da Visa no Brasil; uma das primeiras vezes em que a expressão Visa foi incorporada em aparato jurídico sanitário no país, foi com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, cujas competências foram estabelecidas pelo Decreto nº 16.300. A Visa foi empregada indistintamente para o controle de pessoas doentes, suspeitas de moléstias transmissíveis e de estabelecimentos de locais (COSTA, 2004).

4.1.3 A sua Definição

No Brasil, até 1988, o Ministério da saúde (MS) definia a Visa como um conjunto de medidas que visam elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativo a portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, cosméticos, alimentos saneantes e bens, respeitada a legislação pertinente, bem como o exercício profissional relacionado com a saúde (COSTA; ROZENFELD, 2004).

Quanto ao atual Conceito de Visa:

Segundo o § 1º do art. 6º da Lei Federal nº 8.080/90:

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e,
- II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Destarte de posse dos conceitos transcritos acima, pode-se corroborar afirmando que: a Visa é o conjunto de ações e normas, com objetivo de atuar, dentro do que estabelece as Leis Sanitárias, nos níveis de atenção à saúde da população e venda e produção nas questões de prestação de serviços e produção, distribuição e venda de produtos que possam colocar em risco a saúde dos consumidores, incluídos também, os usuários tanto dos sistemas de saúde público e privado, garantindo a quantidade do que é colocada à disposição do público.

Segundo Costa (2004):

“...a ação protetora da Vigilância Sanitária abarca não apenas cidadãos e consumidores, mas também os produtores. Com efeito, o consumidor tem a garantia da proteção à sua saúde, ao seu poder aquisitivo, e o produtor tem a proteção do seu negócio ou produto, pois melhor podem ser evitadas fraudes, concorrência desleal, protegendo-se a própria credibilidade da marca dos produtos”.

Por isso, as atividades de Visa são ações do Estado no exercício do seu Poder de Polícia Administrativa que se dão no intuito de adotar normas e medidas específicas, requeridas por situações de perigo presente ou futuro que lesem ou ameacem lesar a saúde e a segurança dos indivíduos e da comunidade.

4.1.4 Os seus Fundamentos

Para Costa (2009) a Visa engloba atividades de natureza interinstitucional e multiprofissional que demandam conhecimentos de diversas áreas do saber que se de forma

articulada se intercomplementam. Constitutiva das práticas em saúde, seu perfil de ação se situa no âmbito da prevenção e controle de riscos, proteção e promoção da saúde. A reflexão sobre este conjunto de saberes e práticas pode se dar a partir dos seguintes enfoques:

- a) A Visa tem por finalidade a proteção dos meios de vida, ou seja, a proteção dos meios de satisfação de necessidades fundamentais;
- b) a Visa é uma instância da sociedade que integra, com outros serviços, o conjunto das funções voltadas para a produção das condições e pressupostos institucionais e sociais específicos para as atividades de reprodução material da sociedade;
- c) as ações são de competência exclusiva do Estado, mas as questões de Visa são de responsabilidade pública.

Como um serviço de saúde, a Visa desenvolve um conjunto de ações estratégico no SUS, com a função de regular, sob o ângulo sanitário, as atividades relacionadas à produção/consumo de bens e serviços de interesse da saúde, seus processos e ambientes, sejam da esfera privada ou pública. Constitui um componente específico do sistema de serviços de saúde e integra a atenção à saúde que, por seu lado, representa um segmento estratégico para vários ramos do setor produtivo: empresas do complexo médico industrial, de serviços, de saneantes, alimentos, entre outras. A Visa se situa, portanto, no âmbito da intervenção nas relações sociais produção-consumo e tem sua dinâmica vinculada ao desenvolvimento científico e tecnológico e a um conjunto de processos que perpassam o Estado, o mercado e a sociedade (COSTA, 2004; COSTA, 2009).

Em todas as épocas ocorreram intervenções do Poder de Autoridade sobre as práticas de cura, os medicamentos, os alimentos, a água, o ambiente. Com o avanço das forças produtivas, surgiram intervenções sobre a circulação dos meios de transporte, cargas e pessoas, bem como sobre o consumo da força de trabalho, mediante distintas formas de regulação e intervenção nas práticas do mercado. Foi-se estabelecendo regras para o exercício de atividades relacionadas com tais elementos, visando proteger a saúde das pessoas e da coletividade. As regras acompanham o desenvolvimento científico e tecnológico e a organização do poder nas sociedades, que os apresentam de formas e graus diferenciados (COSTA, 2009).

Também se constata, historicamente, a renitente tentativa de práticas fraudulentas no mercado desses bens, com ilícitudes que representam ameaças à saúde e que frequentemente causam danos de distintas gravidades. O exame das intervenções do Poder de Autoridade denota uma dada racionalidade orientada à proteção dos meios de vida, ou seja, proteção dos meios de satisfação de necessidades fundamentais. Esses meios são, ao mesmo tempo, insumos de saúde/bens sociais e mercadorias, conferindo grande complexidade às ações de Visa, pela sua

natureza regulatória, e um permanente desafio em todas as épocas e sociedades (ARAGÃO; OLIVEIRA, 2018; COSTA, 2009).

4.1.5 Conceitos Básicos

Alguns conceitos são fundamentais para o entendimento da área de Visa, em especial os conceitos de Poder de Polícia, Regulação, responsabilidade pública, risco e segurança sanitária.

O primeiro desses conceitos será abordado com maior profundidade neste Estudo. E, o segundo conceito servirá de alicerce para complementar o raciocínio lógico do primeiro.

4.1.5.1 *Uma reflexão sobre Regulação em Saúde*

Uma reflexão sobre o vocábulo “Regulação”, indica que este é também um termo polissêmico, mas os sentidos em dicionário o circunscrevem em funções atribuídas à Visa: estabelecer regras, sujeitar a regra, dirigir; encaminhar conforme a lei; esclarecer e facilitar, por meio de disposições, a execução da lei; estabelecer ordem, ajustar, conter, moderar, reprimir (COSTA, 2009).

Ainda, segundo Costa (2009), outro sentido de regulação no sistema de saúde diz respeito à regulação da oferta de serviços de saúde, com a conformação de redes assistenciais; regulação da demanda e do acesso, de cujo âmbito fazem parte as centrais de regulação e ainda a regulação do cuidado, ou seja, qualificação da assistência prestada, acolhimento, responsabilização.

Para Barreto (2008), a temática da regulação em saúde vem sendo amplamente debatida e existem entendimentos diversos sobre quem pode exercer a ação regulatória, se o Estado e seu aparato, organizações privadas e até internacionais (COSTA, 2009).

No âmbito da Visa, a regulação é uma função mediadora entre os interesses da saúde e os interesses econômicos; ou seja, a Visa constitui uma instância social de mediação entre a produção de bens e serviços e a saúde da população. Compete-lhe estabelecer e executar regulamentos técnico-sanitários e fazer cumprir estes e as normas jurídicas, que fixam as regras para os comportamentos relacionados com os objetos sob Visa. Por isso, as ações são de competência exclusiva do Estado que deve atuar em prol da preservação dos interesses sanitários da coletividade (COSTA, 2009).

As regras acompanham o desenvolvimento científico e tecnológico – que é desigual entre os países – e a organização do poder e os interesses – que, por seu lado, têm formas e

graus diferenciados nas sociedades e entre os países. Os modelos organizacionais e operativos da Visa estão vinculados aos processos sociais e ao desenvolvimento econômico, científico e tecnológico nos distintos países (COSTA, 2009; COSTA; ROZENFELD, 2004).

Para Costa (2009), é necessário ter em conta que a economia é parte constitutiva da sociedade e que as práticas de Visa constituem tanto uma ação de saúde quanto um componente da organização econômica da sociedade. Assim, entende-se que tais práticas, como parte do setor de serviços, articulam-se com as de outros setores institucionais, integrando um conjunto de funções que estão voltadas para a produção das condições e pressupostos institucionais e sociais específicos para as atividades de reprodução material da sociedade.

Os países com algum grau de desenvolvimento organizam serviços do âmbito da Visa. Considerando o princípio da livre iniciativa e o móvel da produção capitalista, que é o lucro, é forçoso admitir a dificuldade de atuação no mercado, por parte de todos os interessados, com respeito aos direitos uns dos outros e aos direitos dos cidadãos e consumidores. Portanto, a importância da Visa enquanto um instrumento da organização econômica da sociedade, podendo-se perceber que a função protetora de suas ações abarca não apenas cidadãos e consumidores, mas também, os produtores, pois agrega valor à produção (COSTA, 2009).

A regulação sanitária é um exercício de poder, por isso que a Visa detém o chamado Poder de Polícia que lhe permite limitar o exercício dos direitos individuais em benefício do interesse público (ARAGÃO; OLIVEIRA, 2018; DI PIETRO, 2001). Compreende-se, assim, que o Poder é um atributo para o cumprimento do Dever que tem o Estado de proteger a saúde (ARAGÃO; OLIVEIRA, 2018). Na busca da segurança sanitária, a Visa, como braço especializado do Estado para a Regulação em Saúde, deve acionar tecnologias de intervenção, informações, metodologias e estratégias afinadas com o conhecimento científico atualizado e os valores estabelecidos na nossa Constituição (COSTA, 2009).

4.1.5.2 Outros enfoques sobre a Visa

Conforme Albuquerque, Franco de Sá, e Araújo Júnior (2016), o desafio da intersetorialidade na prática da gestão mostra-se não somente na possibilidade de crescer as alianças intersetoriais no desenvolvimento de projetos, mas também em compreender as competências fundamentais para implementar essa ação. E, para Costa (2009), a proteção da saúde implica num sistema de informação organizado nas distintas esferas de gestão e o uso concomitante das várias tecnologias de intervenção, que se intercomplementam em um conjunto organizado de práticas, nas seguintes dimensões:

- Sistêmica, ou seja, nos planos federal, estadual e municipal. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) é um subsistema do SUS, portanto, a Visa está submetida aos mesmos princípios e diretrizes, mesmo que guarde alguma especificidade;
- Intersetorial, isto é, com ações articuladas com outros setores institucionais, com os quais a Visa partilha ou não competências;
- Ética, pois saúde é um dos direitos humanos; saúde e qualidade de vida são imperativo ético e ainda há o requisito de respeito aos princípios que regem a atuação do Estado e seus agentes.

De acordo com Duarte e Teixeira (2009), quanto aos aspectos teórico-práticos do processo laboral e das estruturas que definem a formação dos profissionais de Visa, reforçam que, devido à amplitude dessa atividade, os funcionários são forçados a exercer os papéis de público alvo dos órgãos formadores, nas capacitações de educação continuada, e de indivíduos mantenedores dos serviços de saúde num trabalho vivo em ato, que tem sua conformidade em fiscalizações e inspeções, mas não têm sido capacitados para se interrelacionar com grupos da sociedade e praticar o diálogo para informar numa perspectiva dialógica.

4.1.6 O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)

Neste item serão abordados os componentes, coordenação e pacto de gestão do Sistema.

4.1.6.1 Principais Unidades Componentes do SNVS

Conforme De Seta e Reis (2011) as modificações abrangeram o escopo das ações, os enfoques conceituais e os modos de atuação – da exclusividade da fiscalização normativa à aproximação ao campo da avaliação em saúde –, nos objetos e atividades a ela sujeitos e no formato institucional, principalmente na esfera federal. Atividades normativas e educativas foram inseridas e reforçadas como atribuições, além de terem mantidas suas características mais conhecidas população. Essas atribuições mais conhecidas são as decorrentes de seu poder de polícia administrativa e se assentam na inspeção, na fiscalização, nas atividades autorizativas – licenciamento, autorização e registro de produtos –, no julgamento de irregularidades e aplicação de sanções (GONDIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

4.1.6.2 A Coordenação Federativa na Construção do SNVS e o Pacto de Gestão

Segundo De Seta *et al.*, (2010), o sistema regulatório da qualidade e segurança de produtos e serviços que interessam à saúde no Brasil, que se denomina Visa, apresenta

peculiaridades decorrentes do processo histórico de desenvolvimento do país, do regime federativo brasileiro e do sistema de saúde e de sua reforma.

E, a despeito dos saberes acumulados pelos dirigentes dos órgãos de Visa, não há uma tradição de exercício da função gerencial. Sendo uma atividade típica do Estado, os controles burocráticos que caracterizam a administração pública brasileira e o grau de formalismo são componentes que, embora não privativos da Visa, mas nela assumem grande vulto (COSTA, 2009; DE SETA; SILVA, 2006).

Por fim, é importante ressaltar que, com o Pacto de Gestão 2006, houve a substituição das normas operacionais básicas e das portarias que as regulamentavam, por um conjunto de portarias ministeriais, onde não houve modificação para a maior parte dos recursos financeiros destinados às ações de Visa; com isso, o Teto Financeiro da Visa ficou substituído pelo Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (DE SETA; SILVA, 2006).

4.1.7 O processo de Descentralização e a Gestão da Visa

De Seta e Silva (2006), quando enfocam gestão da Visa, comentam que a descentralização, princípio fundamental para viabilizar os mecanismos de financiamento e repasses que vêm sendo implementados, reforçam a necessidade de aumento da capacidade de gestão dos órgãos de Visa para a construção de um SNVS mais efetivo, eficaz e eficiente, e para o alcance de seus objetivos de promover e proteger a saúde da população, construindo a cidadania (DE SETA; PEPE; OLIVEIRA, 2006).

Se torna imperativo ressaltar que a descentralização, por si só, não é capaz de viabilizar as diretrizes e princípios do SUS: inúmeras vezes cria efeitos paradoxais. De certa forma, responde ao valor ético-político esperado pelo espírito democrático, ao oportunizar a distribuição de poder e ampliação dos mecanismos de participação social. Todavia, as forças centrípetas criadas por essa descentralização podem gerar um funcionamento autárquico, reforçando uma fragmentação incongruente no sistema, e conseqüentemente provocando um processo de municipalização com baixo nível e precária capacidade de solidariedade e de integração entre as partes (CAMPOS, 2006; CARNOY, 2013; SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009).

Ainda conforme De Seta e Silva (2006), dizem que além da complexidade que cerca a gestão em saúde, algumas características lhe conferem dificuldades adicionais. Existe uma baixa demanda social por ações de promoção e prevenção aliada a um grau potencialmente maior de conflitos, visto que parte importante do PIB brasileiro está sujeito a Visa. E, a despeito

dos saberes acumulados pelos dirigentes dos órgãos de Visa, não há uma tradição de exercício da função gerencial. Sendo uma atividade típica do Estado, os controles burocráticos que caracterizam a administração pública brasileira e o grau de formalismo são componentes que, embora não privativos da Visa, e nela assumem grande vulto. Por outro lado, as ações de proteção e de promoção que caracterizam a Visa implicam atuação dentro e fora do governo federal, estadual e municipal e entre diferentes órgãos de uma mesma esfera de governo (DE SETA; PEPE; OLIVEIRA, 2006).

4.2 A Avaliação em Saúde

Este tópico discorrerá sobre a Avaliação em Saúde e sua importância.

4.2.1 A relevância da Avaliação em Saúde

No que diz respeito às políticas de saúde, o tema avaliação tem grande importância e centralidade, pois, ela é usada para auxiliar na elaboração de uma intervenção. Esse enfoque permite melhor sistematização do processo de avaliação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; HARTZ; SILVA, 2010; MAYER *et al.*, 2015; SAMICO *et al.*, 2010).

Perante a ampla convergência do incentivo à prática avaliativa no cenário internacional, a partir da reforma do Estado, é fundamental referenciar a multiplicidade de processos reformistas que surgiram na América Latina, devido a fatores históricos, sociais e políticos relacionados à conjuntura de cada país. Esses processos interferem nos propósitos dos sistemas de avaliação (FARIA, 2005; GERSCHMAN; SANTOS, 2006; LIMA *et al.*, 2010).

A Avaliação em Saúde abrange um vasto campo de discussão na área de saúde pública de vários países, incluindo o Brasil, principalmente no que diz respeito à sua implantação e implementação nos serviços de saúde. Portanto, ao se refletir sobre as políticas de saúde no Brasil, é necessário pontuar a relevância da contraposição que há entre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – fundamento político de formulação do SUS, e a Reforma do Estado. Ambos, movimentos sócio-políticos de alta envergadura, se mantêm na disputa por espaços entre o atendimento adequado às demandas sociais e a defesa da eficiência (FELISBERTO, 2010; MAYER *et al.*, 2015).

O SUS constitui um obstáculo ainda a ser vencido, havendo a necessidade que a saúde continue na agenda política e que influencie movimentos sociais fortes, determinados a enfrentar a inércia reducionista e persistente lógica econômico-gerencial (GÖTTEMS *et al.*, 2019). Sua maneira de administração, na contramão dos movimentos reformistas na América

Latina (GERSCHMAN; SANTOS, 2006), tende à ‘institucionalização da avaliação’, com o objetivo de se adequar aos princípios que inicialmente a alicerçam, ao mesmo tempo em que procura contribuir com mudanças em prol da otimização da eficiência e efetividade administrativa. Por conseguinte, às vezes surge uma convergência dos objetivos da política de avaliação de políticas com as diretrizes dos dois movimentos reformistas quando estes se aproximam, no caso da descentralização. Outras vezes divergem, quando os princípios doutrinários das duas reformas se afastam, no caso da universalidade do acesso diante do provisãoamento do Estado (FELISBERTO, 2010).

As resoluções imprescindíveis para atender aos preceitos da universalidade de acesso e viabilidade econômica do SUS são particularmente complicadas de tomar, porque se trata de um sistema de saúde complexo, com vastos campos de incerteza nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de encontrar resolutividade, bem como as expectativas crescentes da população. Nessa conjuntura, a necessidade de informação sobre forma de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários do sistema de saúde é cada vez mais reconhecida e a avaliação se apresenta como uma alternativa adequada (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

De acordo com a teoria do ciclo da política pública, a agenda é delineada com referência aos processos pelos quais as condições sociais são consideradas e reconhecidas como um "problema público", não mais submetendo-se a um rumo natural ou social, nem pertencente à esfera privada - tornando-se assim o foco de debate. Entende-se que o momento de uma política se apresenta com a convergência entre três fluxos: problemas, soluções ou alternativas, e política, que gera uma oportunidade de mudança e a ascensão de uma questão à agenda (FELISBERTO, 2010; SAVARD, 2012).

Conforme Secchi (2011), uma vez inserida na agenda governamental, é de grande relevância definir as linhas de ação que serão adotadas para resolver o problema; a decisão deve ser tomada em relação às alternativas propostas a partir do equacionamento dos interesses dos atores e as intenções de enfrentamento do problema.

Na fase de implementação, a política pública em vigor é adentrada, ou seja, quando os resultados concretos da política são produzidos (MÉGIE, 2004; PINTO, 2008). E, finalmente, a avaliação, a última fase, é o julgamento sobre a validade das propostas adotadas, bem como sobre o sucesso ou as falhas do que foi disposto em prática (CAPELLA, 2006; SECCHI, 2011).

A avaliação possibilita comprovar a qualidade das ações desenvolvidas coerente com complexidade das intervenções, sejam elas, ações, serviços, ou políticas públicas (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010). E, passa também a compor parte do planejamento das ações

programáticas e dos serviços, proporcionando a reorientação dos planos de ação (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

4.3 A Governança

Neste item será abordada, a sua origem, a Governança Regional e seus mecanismos.

4.3.1 A origem

A concepção de governança foi propagada inicialmente na publicação do documento “*Governance and Development*” do Banco Mundial (WORLD BANK, 2007), no contexto de produções institucionais internacionais que analisaram a atribuição do Estado no desenvolvimento, em busca da maior efetividade das políticas públicas (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

Conforme Pereira (2011), é necessário diferenciar Governabilidade de Governança. A Governabilidade diz respeito às condições substantivas/materiais de exercício de poder e de legitimidade do Estado e do seu governo; é gerada como a autoridade política do Estado em si, compreendida como a capacidade que este tem para acumular os múltiplos interesses dispersos pela sociedade e mostrar-lhes um objetivo comum; a fonte primordial da Governabilidade são os cidadãos e a cidadania organizada. A Governança refere-se aos aspectos adjetivos/instrumentais da governabilidade; é a capacidade (financeira, gerencial e técnica) que um determinado governo tem para criar e implementar as políticas de maneira correta e que atenda aos variados interesses; sua fonte mor são os agentes públicos ou servidores do Estado, que possibilitam a criação e implementação correta das políticas públicas e representam sua face diante da sociedade civil e do mercado.

Por conseguinte, Governança, “*Governance*”, é a capacidade dos governos em operar autoridade, controle e poder na administração dos recursos econômicos e sociais de um país, através da criação, do planejamento, da implementação de políticas e do cumprimento de funções para o desenvolvimento; é um mecanismo para tomada de decisão em espaços interinstitucionais (GONÇALVES, 2006); é a auto-organização reflexiva de atores imparciais envolvidos em relações complexas de recíproca interdependência, baseada no diálogo constante, na distribuição de recursos visando gerar projetos conjuntos mutuamente benéficos, para gerenciar os dilemas e as contradições que se mostram (JESSOP, 2003); e uma maneira de transformar a complexidade desestruturada em estruturada, mesmo que não possa controlar os diversos efeitos da estruturação e simplificação pretendidas, desta forma, a governança, origina-se da necessidade, tentativa ou esperança de reduzir o risco e a complexidade inerente; é

governar e moderar os fenômenos do mundo real, os quais seriam contingentes e imprescindíveis (ALMEIDA, 2013; PEREIRA, 2011).

Para Andrade (2006), a Governança é um fenômeno amplo, pois aborda as instituições governamentais e implica também mecanismos informais, de caráter não governamental, os quais fazem com que os indivíduos e as organizações inseridas em sua área de atuação tenham uma determinada conduta, satisfaçam seus desprovidimentos e respondam às suas demandas.

4.3.2 A Governança Regional e seus mecanismos

Segundo Mendes (2011), a governança regional é um dos elementos de uma rede regionalizada, e inclui o processo de participação e negociação entre uma gama de sujeitos com diversos graus de autonomia; mostra pluralidade de interesses (público e privado) em um quadro institucional equilibrado, permitindo relações de cooperação entre governos, organizações, agentes e cidadãos, de maneira a gerar elos entre sujeitos e instituições (SANTOS, 2013; VIANA; LIMA, 2011). As relações de poder intergovernamental estão justapostas nas conjunturas de políticas públicas no SUS, com redefinição do *locus* de produção, e tomam forma na imprescindibilidade de compartilhar o processo de tomada de decisão nos espaços de governança (ARAGÃO, 2019; SANTOS, 2014; SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Assim, a governança regional deve trazer à baila as formas de exercício da autoridade e os processos de incorporação dos interesses sociais na agenda de governo, podendo ser aplicada como ferramenta analítica para investigação e transformação dos processos de formulação de políticas e gestão de sistemas de saúde (FLEURY *et al.*, 2010).

O uso analítico da governança regional permite demonstrar e expor as interações de atores, regras e processos do jogo e, dessa forma, entender melhor as condutas e tomada de decisões, na sociedade (ARAGÃO, 2019; ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019; ARAGÃO *et al.*, 2021; HUFTY; BÁSCOLO; BAZZANI, 2006).

4.4 A Comissão Intergestores Regional

E, esse item focará sobre a Região de Saúde e o Colegiado de Gestão Regional.

4.4.1 A Região de Saúde e a sua relevância

A Região de Saúde é importante para se afastar do impasse fragmentado das ações e serviços de saúde, do retraimento, do centralismo federal programático e sem visão de planejamento regional. Por isso, é através da região que existirá a integração das ações e dos

serviços que se encontram fragmentados, agregando os municípios de maneira sistêmica, com o objetivo de propiciar integralidade das ações à saúde sem deixar faltar a descentralização como princípio constitucional (ARAGÃO, 2019; SANTOS; CAMPOS, 2015).

Portanto, é imprescindível qualificar a gestão e garantir a integralidade; da mesma maneira, deve ser formada não apenas administrativamente, mas sob a ótica sanitária, e não ser organizada como uma simples segmentação do Estado: precisa ter um caráter qualitativo, para ter o *locus* da integralidade. Não tem total capacidade de solucionar as necessidades de saúde da população de uma região, mas, no mínimo, é importante resolvê-las quase na sua totalidade. Verdadeiramente, a região de saúde é um espaço de atuação para o usuário, por fazer parte de um sistema nacional, estadual e intermunicipal (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Somente uma região sólida pode abarcar o que a descentralização, por si só, segmenta, não substituindo a função importante do gestor público municipal de compor o sistema público e dele participar de forma efetiva, do ponto de vista técnico, político e financeiro (SANTOS, 2013; SANTOS; CAMPOS, 2015).

É indiscutível a importância da regionalização para que as Visas atuem de maneira sistêmica e resolutiva, com a região de saúde sendo o centro direcionador das referências entre os serviços dos diferentes entes federados. Por conseguinte, ocorre a questão: De que forma a soma articulada das individualidades assimétricas municipais gera uma unidade regional equitativa? Em resposta a essa questão: é que esta soma deve se focar à formação de um espaço de planejamento e de gestão regional unificado: com um único gerenciamento regional, com controle colegiado da União, Estados e municípios (SANTOS; CAMPOS, 2015).

4.4.2 Colegiado de Gestão Regional

Ocorreram inúmeros progressos: a conjuntura quase informal, mas reconhecida por lei, dos mecanismos de cogestão com os entes federados; a gestão colegiada, que propiciou a criação das Comissões Gestoras Tripartite (CITs), em nível nacional; e as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), em nível estadual, com a governabilidade relacionada aos projetos em cada Estado, e por fim, as CIRs, que juntam delegados do governo estadual e os gestores municipais da respectiva região (SANTOS, 2013; SANTOS; CAMPOS, 2015).

Com o aparecimento desses espaços de deliberação interfederativa, constata-se que o MS e as Secretarias Estaduais de Saúde (SEs) estão propensos a utilizar mecanismos de repasse financeiro para promover a adesão dos municípios, estabelecer prioridades e

determinadas ações. Porém, apesar dos esforços, ainda se pode observar que, no Brasil, a integração das Visas que se regionaliza é limitada (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Segundo Santos (2013), o que permanece a causar surpresa são as circunstâncias que envolvem a governança na região: embora embasada em consensos e pactuações interfederativas, por intermédio da CIR, fica isolada em relação à articulação da gestão e solidária do cumprimento rotineiro dos serviços alusivos a uma população regional. O atual ordenamento político-jurídico não descomplica a real construção da região e sua governança; com isso, sob a ótica administrativa e sanitária, é imprescindível resolver o que a região de saúde precisa e requer (MENDES, 2011). O autor diz que, no presente, não há como fazer uma análise política sem debater questões relacionadas ao poder e aos variados atores que compõem o processo político. Entretanto, recentemente, há uma pluralidade de personagens que ocasionalmente influenciam a constituição das políticas de saúde; estes atores são aqueles conhecidos como tradicionais (representantes eleitos ou escolhidos pelos eleitos), ou então aqueles formados por grupos de coação, ou seja: representantes de empresas, profissionais ou outras entidades. Diante das características legais do SUS, existe a garantia da participação social e a criação de Comissões Intergestores, favorecendo, com isso, a distribuição do poder de decisão (ARAGÃO, 2019; SANTOS, 2013).

Existe a possibilidade de elaborar uma análise política, aprofundar questões relacionadas ao poder diante da variada gama de atores que participam do processo político, principalmente quanto à definição de prioridades, vendo-se a percepção e a presença da pluralidade de atores político-institucionais que vêm influenciando a conformação das políticas de saúde. Com isso, o poder é criado a partir de uma miríade de forças, que de forma modelar agem não somente em escala vertical descendente, mas, em todas as direções (SANTOS, 2014).

Para Santos *et al.* (2011), quando a temática é relacionada aos processos de políticas de saúde, algumas forças agem de maneira mais organizada na elaboração dessas políticas. Os grupos de atores podem ser segmentados em função de seus interesses e poderes para atuar no processo político. Esses grupos ainda são distribuídos em: líderes; sujeitos ou profissionais (técnicos); população ou usuários. Dependendo do processo, qualquer um destes grupos pode ser um jogador (*player*) de uma política de saúde.

Advoga-se a existência de, no mínimo, três grupos distintos, que podem conformar a política pública: a academia, os profissionais (técnicos) e a gestão. Estas áreas de ação têm expectativas e comportamentos variados, que não os impede de atuação conjunta na construção de uma política de saúde (JANSEN *et al.*, 2010; SANTOS, 2014).

Com as diretrizes do Pacto pela Saúde, nos seus três eixos (Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS), o MS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006) estabeleceu novos alicerces de negociações para o financiamento, definição de responsabilidades, estabelecimento de metas sanitárias e compromisso entre as três esferas de gestão do SUS, tendo como diretriz primaz o processo de regionalização.

O Pacto pela Saúde atualizou e revisou, inicialmente, através do Plano Diretor de Regionalização (PDR); Plano Diretor de Investimento (PDI); e Programação Pactuada Integrada (PPI), os principais instrumentos normativos de planejamento da Regionalização (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006). Baseados em um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre os entes federados, estes instrumentos substituíram o processo de habilitação pela adesão voluntária aos Termos de Compromisso de Gestão (TCGs), formando espaços regionais de planejamento e cogestão, representados pelos Colegiados de Gestão Regionais, num processo de “regionalização viva” (BRASIL, 2006, 2007, 2008; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006).

Para Viana, Lima e Ferreira (2010), os Colegiados Regionais são a grande inovação instituída pelo Pacto pela Saúde, constituindo instâncias de cogestão no espaço regional, pois criam um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o Estado, com regras definidas e funcionamento estável, o que possibilitará preencher aquilo que pode se intitular de “vácuo” de Governança Regional (ARAGÃO, 2019; SANTOS, 2013).

Este panorama mostra a emergência de novos papéis institucionais, que mediante a crise permanente do sistema de saúde, reforçada pela carência crônica agudizada de recursos para custear a ampliação dos serviços, com objetivo de garantir ações, impõe as autoridades sanitárias integralizar os serviços disponíveis nas três esferas de governo; pois, as alianças intergovernamentais e intersetoriais são vitais em entender as competências necessárias para implementar essas ações, e, uma razão em trazer essa discussão para os espaços político e técnico, a ser debatida em colegiados (ALBUQUERQUE; FRANCO DE SÁ; ARAÚJO JÚNIOR, 2016; DUARTE *et al.*, 2015; SANTOS; CAMPOS, 2015; SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

Ainda, conforme Viana e Lima (2011), a CIR, em seu papel estratégico no processo de regionalização, está apto a identificar tipos específicos de governança. Estes dependem do desenho institucional e da interlocução com os grupos organizados da sociedade, para definição, acompanhamento e implementação de políticas públicas.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de estudo de caso (Yin, 2005), com a finalidade de avaliar as ações de Visa através do Método Delphi Ajustado nas três Gerências Regionais de Saúde (Geres) da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco (PE), relacionada à análise do processo de Governança Regional, por meio das reuniões CIRs.

5.1 Delineamento do estudo

O estudo adota o método misto de triangulação de dados, combinando distintas técnicas para captação do fenômeno estudado com métodos mistos (*Mixed Methods*), (MINAYO, 2005).

O objetivo para utilização dos *Mixed Methods* na investigação social é otimizar a compreensão dos fenômenos estudados, que são complexos aumentando a validade interna do estudo e diminuindo as interferências/vieses (*offsetting biases*) nas pesquisas que procuram compreender a miríade de facetas de um fenômeno complexo (GREENE, 2007).

5.2 Período de estudo

Ocorreu entre os meses de novembro de 2019 a maio de 2021, focou os planos de ações municipais de Visa, bem como o plano estadual, que corresponde à Gestão do Governador Paulo Câmara (de fevereiro de 2015 a dezembro de 2018).

5.3 Área do estudo

Foi realizado na III Macrorregional de Saúde em PE, cuja sede é no município de Serra Talhada, e tem, sob sua jurisdição, as VI, X e XI Geres, composta por 35 municípios, mostrado na Figura 1, e com uma população estimada em torno de 800 mil habitantes (IBGE, 2010).

Figura 1 – As quatro macrorregiões de Saúde do Estado de Pernambuco.



Fonte: Pernambuco (2021).

A III Macrorregional de Saúde é constituída pelas: XI Geres (que também tem como sede o município de Serra Talhada), e sob sua jurisdição estão 10 municípios – Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo. A X Geres (com sede no município de Afogados da Ingazeira), tem, sob sua jurisdição, 12 municípios - Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Iguaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira e Tuparetama. E, a VI Geres (com sede no município de Arcoverde) tem, sob sua jurisdição, 13 municípios – Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa. Conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Jurisdição da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco.

III Macrorregional de Saúde			
Geres	Município-sede	Municípios sob jurisdição	Total
XI Geres	Serra Talhada	Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo	10
X Geres	Afogados da Ingazeira	Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Iguaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira e Tuparetama	12
VI Geres	Arcoverde	Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa.	13

Fonte: O Autor adaptado de Aragão (2019).

A III Macrorregional de Saúde é composta por três CIRs, e três Geres com seus respectivos setores da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa). E, uma Visa em cada município.

5.4 Sujeitos da pesquisa

Para a realização da etapa, no que diz respeito aos objetivos da pesquisa relacionado à Governança Regional e às CIRs, foi entrevistado um grupo selecionado com 12 indivíduos, técnicos de Visa com nível superior (*experts*), dentre estes, um especialista opera como professor na Academia. Com o propósito em compreender a influência dos atores no contexto, nas suas relações interinstitucionais e no fortalecimento das ações em Visa (MARCONI; LAKATOS, 2006). A amostra e escolha desses indivíduos foi definida de forma intencional, e baseada em suas posições estratégicas e capacidade de gestão, conforme as funções exercidas

nos setores e esferas de Visa na III Macrorregional. Uma outra razão para a escolha é buscar maior representatividade em função do conhecimento das ações e práticas relacionadas à Visa.

Em relação a avaliação de Visa através do Método Delphi Ajustado foi entregue um questionário a um grupo selecionado de 18 (dezoito) indivíduos (*experts*): sendo composto pelos doze entrevistados acima citados, e mais seis Técnicos de Visa com nível superior.

Todas as 12 entrevistas, 18 questionários, e 12 observações em reuniões CIRs foram realizadas pelo autor desse estudo.

O perfil e demais características dos entrevistados estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Perfil, codificação e quantitativo dos(as) entrevistados(as)

Perfil dos entrevistados	Codificação	Número	Tempo
Técnicos que atuam em Visas, com nível superior (8 da VI Geres, 2 da X Geres, e 2 da XI Geres) – (supervisores, coordenadores municipais e técnicos)	ARV1, BRV4, BRV 7, BRV9, CRV 2, CRV3, CRV5, CRV6, CRV8, CRV10, CRV11,CRV12	12	6 h 23m 56s
Total	-	12	6h 23m 56s

Fonte: O Autor.

5.5 Produção dos dados

Os dados foram gerados para assegurar um processo de acúmulo, exaustão dos levantamentos e análise sistemática. Este trabalho seguiu a sequência dos seguintes passos: 1) Coleta e tratamento dos dados provenientes dos documentos; 2) Definição das perguntas condutoras das entrevistas semiestruturadas; 3) Realização das entrevistas com os atores-chave em Visa (*experts*); 4) Transcrição e tratamento dos dados provenientes das entrevistas; 5) Aplicação do Questionário de Consenso, Conferência e aplicação do Questionário de Avaliação das ações em Visa com especialistas (juízes) das três Geres da III Macrorregional; 6) Construção de um ML para estruturação/fortalecimento das ações em Visa; 7) Triangulação e análise dos dados documentais, das entrevistas semiestruturadas; 8) Observação não participante em reuniões.

5.5.1 Produção e organização das fontes documentais

O levantamento documental proporcionou a triangulação das informações obtidas nas entrevistas, levando maior robustez ao estudo (MINAYO, 2005). Foram realizadas consultas através do site oficial do MS e selecionados os registros publicados no Diário Oficial da União (DOU), da Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE), dos Planos Diretores Estadual e Municipal

de Visa (PDVISA), Relatórios Anual de Gestão (RAG), Protocolos e Documentos da Política Estadual e Municipal de Visa, concernentes ao período estudado. Foram analisadas as pautas e atas das 12 reuniões em CIRs, nas três Geres sob a jurisdição da III Macrorregional.

Quadro 3 – Marco Legal. Disposição das Fontes Documentais

Documentos	Finalidade
Lei Federal nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999	Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes
Portaria MS nº 2.607, 28 de dezembro de 2005	Institui com recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde
Decreto Estadual (PE) nº 20.786, 10 de agosto de 1998	Aprova o Regulamento do Código Sanitário do Estado de Pernambuco.
Lei Estadual (PE) nº 13.077, de 20 de julho de 2006	Cria a Unidade Técnica Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa)
Cosems – Resolução (Resol.) 1.734, de 29 de setembro 2011	Sobre o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Fonte: O Autor.

Também, foram analisadas as pautas e atas das reuniões em 12 (doze) Comissões Intergestores Regionais (CIRs) nas três Geres sob a jurisdição da III Macrorregional. Com isso, foram totalizados 12 (doze) registros em diário de campo do pesquisador, empreendido para cada um destes eventos, por meio de observação não participante (Quadro 4).

Quadro 4 – Registros em Diário de Campo através de observação não participante dos eventos.

Reuniões		
Comissões Intergestores Bipartite Regionais (CIRs)		
Nº da reunião	Data	Geres
98 ^a	16 de maio de 2017	VI
184 ^a	19 de junho de 2017	X
99 ^a	20 de junho de 2017	VI
145 ^a	10 de julho de 2017	XI
101 ^a	15 de agosto de 2017	VI
103 ^a	17 de outubro de 2017	VI
105 ^a	19 de dezembro de 2017	VI
106 ^a	20 de fevereiro de 2018	VI
153 ^a	21 de fevereiro de 2018	XI
191 ^a	22 de fevereiro de 2018	X
107 ^a	15 de março de 2018	VI
108 ^a	19 de abril de 2018	VI

Fonte: O autor.

5.5.2 Coleta de entrevistas semiestruturadas

O roteiro das entrevistas foi elaborado pelo autor desta Pesquisa, juntamente com o seu supervisor do Pós-doutorado e mais um docente da academia (IAM - Fiocruz), por meio dos Domínios I, II, III e IV. O roteiro das entrevistas constitui o (Apêndice A) da pesquisa. As entrevistas com os doze *experts* foram realizadas e transcritas pelo autor dessa pesquisa. E, ocorreram durante o mês de abril de 2021.

Ainda em relação ao roteiro de entrevistas, as perguntas foram especificadas para cada um dos quatro domínios:

- I – Dinâmica da política de descentralização e da governança interfederativa no contexto da Macrorregional de Saúde.
- II - Relações interfederativas no contexto da Macrorregião de Saúde.
- III - Alocação de recursos no contexto da Macrorregião de Saúde.
- IV - Ações específicas e Sistema de Logística no Contexto Macrorregional de Saúde

Optou-se pela entrevista semiestruturada, por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), porque garante um roteiro com melhor grau de uniformidade, e pode ser considerada relevante instrumento em estudos qualitativos, pois permite uma relação mais interativa entre entrevistador e entrevistado (MARTELLI, 2010; MINAYO, 2010).

Foram feitos contatos telefônicos, presenciais, ou por mensagem individual, via correio eletrônico, com os *experts*. Posteriormente, foram realizadas as entrevistas, antecedidas da assinatura do TCLE, com texto explicativo mostrando os objetivos do estudo (Apêndice B).

5.5.3 Coleta de questionários *Delphi* Ajustado

O Questionário de Consenso contendo a Matriz de Concordância de Fundamentos das ações de Visa foi organizado de acordo com o Método *Delphi*, sendo baseado nos objetivos e ações de Visa. Com a Proposta de Imagem-objetivo para avaliação das ações de Visa em nível Macrorregional (Apêndice B), que ocorreu no decorrer do mês de abril de 2021. Foi enviado aos especialistas por forma presencial ou por mensagem individual, via correio eletrônico, incluindo o TCLE para assinatura prévia, com texto explicativo contendo os objetivos e a metodologia de construção do consenso pelo Método *Delphi* Ajustado, além de instruções de preenchimento dos instrumentos de pesquisa.

Houve uma conferência de Consenso com os *experts* (juízes) que ocorreu no dia 26 de abril de 2021. Posteriormente, foi apresentado o Questionário de Avaliação das ações de Visa,

contendo a Matriz para Avaliação do Grau de Implantação (GI) de Fundamentos das ações de Visa, pelo Método *Delphi* Ajustado (ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019). Baseada nos objetivos das ações da Visa. Com a proposta para avaliação das ações de Visa em nível Macrorregional, com TCLE (Apêndice C) com instruções semelhantes ao acima citado.

5.5.4 Construção do Modelo Lógico

A elaboração do Modelo Lógico (ML) teve início com a pesquisa e leitura de documentos relacionados ao objeto e a partir de dispositivos – publicações do MS e da SES-PE, citados anteriormente no marco legal. Em seguida, houve uma mobilização com os *experts* (especialistas/juízes) inseridos no contexto da Visa na III Macrorregional de Saúde, com a finalidade de fomentar a gestão democrática e participativa; promover alinhamento político-institucional e conceitual das diretrizes para formular, implementar e monitorar as ações de Visa, culminando com a construção do ML para avaliação dos resultados alcançados através da implantação e implementação das ações relacionadas ao PDVISA.

O ML é um sistema hipotético-dedutivo que foca a uma Imagem-objetivo, que é a representação conceitual esquemática de algo ou situação real ou supostamente como deveria ser. Representada por símbolos ou diagramas, é imprescindível para a descrição das ideias, dos enunciados que compõem a teoria específica (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013).

O ML, mostrado na Figura 2, corresponde à exposição de uma “imagem-objetivo” da Visa, funcionando como referência para apreciação do Grau de Implantação (GI) das suas ações e práticas, tanto para alcance dos objetivos pretendidos, quanto para a operacionalização dos processos. Foi alicerçado na triangulação investigativa, com a associação de instrumentos de pesquisa qualitativos (FLICK, 2004; JANUZZI, 2011) e usado como profícua ferramenta para representar, visualmente e sistematicamente, a Visa, seus componentes, objetivos finais, e resultados proximais e distais. Apresentando, de forma racional e sequencial, os movimentos e relações que evidenciam os efeitos esperados dessas ações e práticas (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; HARTZ, SILVA, 2005; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013). Juntamente, com o objetivo, de validar a Proposta de Imagem-objetivo para avaliação (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010) da Visa em nível Macrorregional, preconizada pelo autor, para então ser aplicado o Método *Delphi* Ajustado, de consenso entre especialistas (ARAGÃO, 2019; ARAGÃO, OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019; ARAGÃO *et al.*, 2021).

Figura 2 - Modelo Lógico das ações e práticas da Vigilância Sanitária

Nível de Gestão		Resultados	
Dimensões	Objetivos	Proximais	Distais
Política, Legislação e Integração Macrorregional	Ter legislação estadual/municipal de Visa	Ter instrumento legal p/ potencializar negociações em CIR p/ efetivar a Visa	
	Elaboração de política estadual e municipal de Visa		Existir política relacionada a consciência cidadã. Efetivação em negociações CIR p/ condução da Visa. Utilizar informações estratégicas no planejamento da estruturação da Visa, para tomada de decisão em CIR.
	Integração Interinstitucional de Visa com Sistema de Saúde estadual e local		Existir acordo interfederativo entre municípios c/ objetivos p/ integralidade da Visa Ter novas etapas p/ fortalecer a Visa, no contexto do sistema de governança regional.
Financiamento, Investimento e Implementação de Recursos e nas Ações de Visa	Implementação de recursos para ações	Ter 100% de repasse dos recursos pactuados. Teto financeiro p/ estrutura e piso fixo para Visa. Ter plano de ações p/ Visa.	
	Financiamento para organização das ações		Ocorrer supervisão e avaliação para as ações da Visa. Existir alternativas loco-regionais para aprimorar investimentos p/ Visa.
Realização de ações específicas p/ a Visa municipal	Implantação e Implementação para ações específicas de Visa municipal		Ocorrer otimização de atividades realizadas (suficiência de recursos p/ custeio das ações da Visa).
		Conformidade c/ proposto p/ Dec. 20786/98 (PE)	
Contratação e Captação de Recursos Humanos (RH)	Organização de serviços de RH de Visas municipais		Ter assessoria jurídica (para processos sanitários). Ter organização e qualificação da equipe de profissionais, e de serviços p/ execução de ações.
		Ter equipe técnica que atenda necessidades.	
Estimulação à acessibilidade por ações de comunicação	Participação da população na defesa de seus direitos		Ocorrer melhoria do acesso e participação para atividades educativas. Ter de comunicação entre colegiados/população quanto a condução das ações da Visa.
Organização de práticas e serviços de Visa municipal	Implantação e Implementação de práticas e serviços de visa municipais	Ter equipamentos de trabalho (ambiente físico).	
		Ter material de consumo (insumos, formulários).	
		Ter Sistema de Informação (atualização) e serviço de atendimento ao público.	

Fonte: O Autor, baseado em Aragão; Oliveira; Gurgel Júnior (2019), e Ferraro; Costa; Vieira-da-Silva (2009).

5.6 Plano de Análise

Este tópico descreve sobre análise dos documentos, análise das entrevistas semiestruturadas, e sobre o Método *Delphi* Ajustado.

Em relação à análise documental procurou evidências relacionadas à estruturação/fortalecimento das ações e práticas de Visa e o discurso oficial relacionado de sua dinâmica de desenvolvimento. Esta análise, teve a finalidade identificar as estruturas importantes e ideias centrais referentes às ações de Visa (ARAGÃO *et al.*, 2021; BARDIN, 2009; MINAYO, 2010), o que possibilitou a elaboração inicial do ML e, conseqüentemente, a categorização das dimensões das ações das Visa.

Decidiu-se por agrupar as informações coletadas, em relação à governança, a partir de adaptação das dimensões estabelecidas por Aragão (2019), Santos (2013) e Silveira Filho *et al.*, (2016), na Matriz para Análise da Governança em Saúde. Dessa maneira, foi gerada a Matriz para Análise da Dimensão Política de descentralização e Governança nas CIRs no que respeito à Vigilância Sanitária (Quadro 5), nos níveis político-institucional e organizacional, com subdimensões e respectivos indicadores para elaboração dos Roteiros de Entrevista e Observação não participante em CIRs.

Os dados foram categorizados e classificados a partir das quatro Dimensões da Matriz de Análise quanto ao nível Macrorregional de Saúde: 1) Dinâmica da política de descentralização e da Governança Regional Interfederativa; 2) Relações Interfederativas; 3) Alocações de Recursos; 4) Ações específicas e Sistema de Logística.

No momento inicial da análise, os dados foram organizados com o material coletado do diário de campo, pautas e atas das CIRs das três Geres. Num momento seguinte, esse material foi classificado, as pautas e atas foram observadas de forma detalhada, sendo selecionadas os pontos com estruturas relevantes e ideias centrais alusivas as ações de Visa; então, foram compiladas e classificadas a partir das dimensões da Matriz de Análise.

Por fim, essas estruturas foram comparadas, e depois foi feita a verificação dos diversos dados das dimensões da Matriz para Análise. A partir daí os resultados foram observados por meio das ações em CIRs relacionadas às ações e práticas de Visa, com enfoque para a mesma, quanto à Dimensão Governança.

Quadro 5 - Matriz para Análise da Dimensão Política de descentralização e Governança nas CIRs relacionada à Vigilância Sanitária

Componentes da Política e Governança	Nível político-institucional	Nível Organizacional
Subdimensão	Parâmetros/ Indicadores	Parâmetros / Indicadores
Dinâmica da Política de Descentralização e da Governança Interfederativa no contexto da Macrorregião de Saúde	Estratégias políticas governamentais para fortalecer e aperfeiçoar a Visa municipal na III Macrorregional de Saúde – Regiões VI, X e XI Geres, para tomada de decisão.	Organização, definição da agenda, e regularidade das Reuniões CIR.
		Definição da agenda que será discutida na CIR. Influência do ator social que propôs a discussão.
		Influência de Gestores Municipais de Saúde (GMS) em CIR, mecanismos de incorporação/contribuições dos mesmos no planejamento e qualidade da atuação no processo de pactuação.
		Atual modelo de descentralização das ações de Visa adotado no Brasil. Visão da implementação e concepção de gestão que norteia a política de Visa.
		Papel e a importância das Câmaras Técnicas e das CIRs nas Geres, nesse processo de planejamento e fortalecimento das Visas municipais através da utilização de informações estratégicas.
		Processo de descentralização das ações de Visa, definição dos papéis/atribuições das três esferas de gestão dentro do SNVS. Desempenhado pelo Estado (Apevisa) nesse processo entre gestores.
		Comunicação entre colegiado e população quanto à condução das Visas. Aspectos limitantes entre o diálogo e a prestação de contas.
Relações Interfederativas no Contexto da Macrorregião de Saúde	Estratégias governamentais/ Institucionais utilizadas pelos entes federados para fortalecer a Governança Regional e a política para descentralizar as ações de Visa na III Macrorregional de Saúde – VI, X e XI Geres.	Forma de interrelação da Gerência Regional de Saúde nas CIRs para fortalecimento as ações estratégicas e práticas da Visa. Condução da negociação. Ator principal.
		Interrelações entre as esferas de gestão direcionada ao processo de descentralização das ações de Visa. Acompanhamento das pactuações realizadas.
		Desenho político-territorial como fator facilitador de negociação nas VI, X e XI Geres. Necessidade de mudança na reorganização territorial nos municípios da VI, X e XI Geres, respectivamente.
		Implantação e implementação de alternativas loco-regionais para aprimorar a cooperação intersetorial com outros entes públicos, e interfederativa entre Visas municipais, para fortalecer regionalização, descentralização e resposta social do colegiado.
		Característica das relações de confiança e compartilhamento entre as SMSs, posicionamento dos Gestores Municipais, por meio dos coordenadores municipais de Visa dentro do processo decisório do colegiado em relação às ações de Visa.
Alocações de recursos no contexto da Macrorregião de Saúde	Estratégias utilizadas pelos entes federados (União, Estados e Municípios) para financiamento, alocação de recursos e incentivo para a Visa municipal.	Diante da contínua diminuição de financiamento para a Saúde pela União como colegiado em relação às ações de Visa. Alternativas loco-regionais para aprimoramento dos investimentos visando o fortalecimento da Visa (tendo em vista forte movimento de responsabilização sanitária na III Macrorregional de Saúde).
		Ocorrência e realização de supervisão das ações e práticas das Visas municipais por parte da Regional de Saúde pela CIR.
		Monitoramento e avaliação através da CIR quanto ao processo de captação e capacitação de alocação de recursos financeiros pelos entes federados vinculados à Visa municipal nas VI, X e XI Geres.
Ações específicas e Sistema de Logística no Contexto Macrorregional de Saúde	Estratégias para operacionalizar ações, logística e práticas visando fortalecimento da Visa entre os níveis da III Macrorregional de Saúde	Otimização da acessibilidade e continuidade de ações específicas para as Visas municipais.
		Cadastramento de estabelecimentos e de profissionais de saúde pela Visa em nível na III Macrorregional, com a finalidade de operacionalizar as ações das Visas municipais.
		Conformidade com o proposto pelo Código Sanitário (Dec. 20.786/98 do Estado de Pernambuco).
		Diante das restrições impostas, e das deficiências na captação e capacitação de Recursos Humanos (RH), e estruturais encontradas na conjuntura atual. Possíveis estratégias de superação.

Fonte: O autor baseado em Aragão (2019), Santos (2013), e Silveira Filho *et. al.* (2016).

No que diz respeito às entrevistas semiestruturadas foram analisadas através da técnica de “Análise de Conteúdo”, que se mostra por meio de um conjunto de instrumentos metodológicos, em um sucessivo aperfeiçoamento, usado para discursos diversificados. De acordo com Bardin (2009), a multiplicidade das técnicas utilizadas nessa metodologia de análise se aplica a todos os quatro domínios usados nos roteiros das entrevistas (Apêndice A).

Foi aplicada a técnica de análise de conteúdo denominada Condensação de Significados, proposta por Kvale e Brinkmann (2009). A estratégia objetiva a abreviação dos significados detectados nas entrevistas, buscando uma configuração sintética, sem perder sua estrutura. Decidiu-se pela vertente, Análise de Conteúdo Convencional (HSIEH; SHANNON, 2005). De acordo com Kondracki e Wellman (2002), este tipo de configuração é mais adequado quando a teoria existente ou literatura de pesquisa sobre um determinado fenômeno possui parâmetros limitados.

Dessa forma, todas as entrevistas semiestruturadas foram transcritas literalmente. E, posteriormente, lidas integralmente, associadas com a escuta da gravação, para identificação de erros ou problemas, além de compreender o sentido completo.

Em seguida, os dados foram organizados e interconectados, e apresentados no Quadro 6. Cada questão da entrevista foi analisada conforme o modelo descrito: na coluna da esquerda foram sequenciadas as “Unidades Naturais” das falas, os extratos condensados de fala que mostram as ideias centrais dos entrevistados. Na coluna da direita foram identificados os “Temas Fulcrais” contidos nas falas. Na parte de baixo, foi realizada uma descrição de relevância da questão de pesquisa.

Quadro 6 - Síntese das perguntas e condensação de significados

Condensação de Significados - Entrevistado X - Pergunta Condutora Y	
Unidades Naturais (da Entrevista)	Temas Fulcrais
[...] existe sim, ocorre influência sim, principalmente, do município maior.	Domínio I - Dinâmica da governança interfederativa no contexto da Região de Saúde. Ocorre a influência de GMSs (Gestores Municipais de Saúde) em CIRs, e que mecanismos de incorporação e contribuições dos mesmos usam para o planejamento e qualidade da atuação no processo de pactuação?
Descrições essenciais para responder à pergunta condutora: Mesmo que tenham sido elaborados mecanismos políticos e operacionais direcionados à governança regional, nas CIRs, os Supervisores Regionais de Visa têm sua operacionalidade altamente limitada, acarretando na estagnação da estratégia de regionalização e de ações e práticas de Visa.	

Fonte: O autor, a partir de Kvale e Brinkmann (2009).

O material transcrito foi verificado e classificado (MINAYO, 2010); os excertos com fundamentos mais relevantes e fulcrais (núcleo de sentido) foram escolhidos, organizados e categorizados com base nas subdimensões da “Matriz para Análise de Dimensão Política, apresentada no Quadro 5”, que alicerçou o processo de investigação.

Para a análise final dos dados (MINAYO, 2010) foi organizado o entrecruzamento das variadas informações coletadas (FLICK, 2004), complementado com as pautas e atas das CIRs das Geres em estudo, que estavam correlacionadas a temática Visa, constatando as convergências e divergências, diferenças e complementaridades, associando-se com o referencial teórico para uma apurada compreensão analítica e crítica do cerne da pesquisa.

Quanto ao Método de Consenso *Delphi* é conformado por um processo estruturado em rodadas de consultas a *experts*, com o objetivo de obter opinião qualificada e coletiva em relação a determinados pontos, até chegar a um consenso (GURGEL JÚNIOR, 2008; PESSOA; NORO, 2015).

Aplicou-se o Método *Delphi* de forma ajustada (ARAGÃO, 2019); então, foi feita a seleção e participação de dezoito indivíduos especialistas “juízes” de forma interativa, alicerçada em *feedback*, de rodadas de respostas, de acordo com critérios definidos (ARAGÃO, OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019; BLOOR *et al.*, 2014; PEREIRA; ALVIN, 2015).

Em um primeiro momento *Delphi*, foi criado um ML para a Visa, com os *experts* selecionados, para mostrar o desenho das ações da Visa e seus componentes mais relevantes, podendo-se verificar se este está estruturado para almejar o resultado desejado (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013).

No segundo momento *Delphi*, alicerçado no ML, por consenso dos *experts* foi gerada e validada a Matriz *Delphi* de Concordância com a Proposta da Imagem-objetivo da Visa, contida no 1º Questionário (Apêndice B).

Essa Matriz foi constituída por seis dimensões (FERRARO; COSTA; VIEIRA-DA-SILVA, 2009), norteada pelos objetivos finais e direcionada aos fundamentos (LOPES; VILASBÔAS; CASTELLANOS, 2017) – proximais e distais –, para efetivar um julgamento das ações de Visa, mediante aferição pelo consenso e o uso do Método *Delphi* (BLOOR *et al.* 2014; GURGEL JÚNIOR, 2008, PEREIRA; ALVIM, 2015), disposta no Quadro 7.

Foi definido pela adequação denominada Método *Delphi* Ajustado (ARAGÃO, 2019), que se baseia na inclusão de, no mínimo, uma rodada de discussão presencial entre os especialistas (BOULKEDID *et al.*, 2011; FONSÊCA; JUNQUEIRA, 2014; PESSÔA; NORO, 2015; VADÉS; MARÍN, 2013), por meio da combinação e aplicação da Técnica de Conferência de Consenso (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005), com a finalidade de, em um

terceiro momento *Delphi*, avaliar o Grau de Implantação (GI) das ações de Visa na III Macrorregional de Saúde.

Quadro 7 – Matriz *Delphi* de Concordância com Proposta de Imagem-objetivo para avaliação das ações e práticas de Visa em Nível Macrorregional.

Proposta de Imagem-objetivo para avaliação das Visas municipais em nível macrorregional		
Nível de Gestão		Nível de Concordância
Dimensão (Objetivos Finais)	Fundamentos	Pontuação Proposta
(a) Política, Legislação e Integração Macrorregional	1. Existir um instrumento legal (legislação) para potencializar as negociações em CIR para efetivação da Visa	0 a 10
	2. Existir política relacionada a consciência cidadã.	0 a 10
	3. Existir efetivação das negociações ocorridas na CIR para condução da Vigilância Sanitária.	0 a 10
	4. Ter utilização de informações estratégicas quanto ao processo de planejamento da estruturação da Visa, para tomada de decisão em CIR.	0 a 10
	5. Existir acordo interfederativo entre municípios para alcançar objetivos propostos em fortalecer integralidade no contexto da Visa.	0 a 10
	6. Existir novas etapas para fortalecimento da capacidade de efetivação da Visa, no atual contexto do sistema de governança regional.	0 a 10
(b) Financiamento, Investimento e Implementação de Recursos e nas ações de Visa	1. Ocorrer 100% de repasse dos recursos pactuados. Teto financeiro para ações de estruturação. E, piso fixo para Visa e promoção à saúde.	0 a 10
	2. Existir um plano de ações para Visa.	0 a 10
	3. Ter uma supervisão e uma avaliação para as ações da Visa.	0 a 10
	4. Ter alternativas loco-regionais para o aprimoramento dos investimentos visando a continuidade das ações da Visa.	0 a 10
(c) Realização de ações específicas para a Visa municipal	1. Existir otimização das atividades realizadas (suficiência de recursos para custeio das ações da Visa).	0 a 10
	2. Ter conformidade da Visa com o que foi proposto pelo Decreto (Dec.) 20.786/98 (PE).	0 a 10
	3. Existir assessoria jurídica com a finalidade de otimizar trâmite dos processos sanitários).	0 a 10
(d) Contratação e Captação de Recursos Humanos (RH)	1. Existir aumento, organização e qualificação da equipe de profissionais (níveis superior e médio), e de serviços para execução de ações (sistema de informação).	0 a 10
	2. Existir equipe técnica que atenda necessidades (nível superior, médio elementar, etc.).	0 a 10
(e) Estimulação à acessibilidade e participação da população na defesa dos direitos através de ações de comunicação	1. Existir melhoria do acesso e participação para atividades educativas.	0 a 10
	2. Existir de comunicação entre colegiados e população quanto a condução das ações e práticas da Visa.	0 a 10
(f) Organização de práticas e serviços de Visa nos municípios	1. Existir equipamentos de trabalho (ambiente físico, veículo, computador).	0 a 10
	2. Existir de material de consumo (insumos, material penso, formulários).	0 a 10
	3. Existir Sistema de Informação (cadastro e atualização) serviço de atendimento ao público (denúncias encaminhadas etc.).	0 a 10

Fonte: O Autor, baseado em Aragão (2019), e Aragão; Oliveira; Gurgel Júnior (2019).

Os parâmetros metodológicos demonstram que a quantidade de membros para realização do Consenso *Delphi* é relativa; contudo, sugerem-se, no mínimo, sete especialistas, levando em consideração que o erro de consenso reduz de forma considerável a cada especialista adicionado (VADÉS; MARÍN, 2013). Em um Grupo *Delphi*, o mais relevante é o equilíbrio das participações, em vez do tamanho, representado pela miríade de pontos de vista, *expertises* e interesses no contexto (BLOOR *et al.*, 2014). Estudos demonstram que, entre 10 e 18 especialistas é o quantitativo mais adequado para desenvolver o Método. A experiência com esse Método aconselha cautela ao convidar mais integrantes em relação ao previsto, pois podem ocorrer desistências (BOULKEDID *et al.*, 2011; PESSÔA; NORO, 2015; VADÉS; MARÍN, 2013). Especificamente para esta pesquisa a Matriz *Delphi* de Concordância, exposta no Quadro 7, foi apresentada a um grupo selecionado de 18 *experts* (juízes).

Nesse segundo momento *Delphi*, os *experts* receberam, em mensagem individual, por correio eletrônico ou presencial – um TCLE, com texto explicativo a respeito dos objetivos da pesquisa e modelagem de elaboração do ML para o consenso pelo Método *Delphi* Ajustado (ARAGÃO, 2019; ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019; ARAGÃO *et al.*, 2021; BOULKEDID *et al.*, 2011; FONSÊCA; JUNQUEIRA, 2014; PESSÔA; NORO, 2015; VADÉS; MARÍN, 2013), incluindo o 1º questionário com a Matriz *Delphi* de Concordância e a Proposta de Imagem-objetivo (Apêndice B), citado anteriormente, – Instrumento de validação da categorização das ferramentas da avaliação –, alicerçada nos objetivos e nas ações de Visa, incluídos no ML, com dimensões e fundamentos para atribuir notas de 0 a 10. Zero corresponde à não relevância, devendo este ser excluído, e dez representa a máxima relevância. Foi destinado um tópico para inclusão de prováveis novos fundamentos.

E, por fim, no terceiro momento *Delphi*, essa Matriz foi utilizada como instrumento de avaliação do GI das ações de Visa, entre os *experts*, na esfera macrorregional no SUS. Esse instrumento é válido para o desenvolvimento de avaliação normativa em saúde (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; JANUZZI, 2011).

Após recebimento das argumentações dos *experts*, foram calculadas as médias (M) e os Desvios-padrão (DP) da pontuação, para aferir a relevância atribuída aos fundamentos, com a finalidade de verificar o Grau de Consenso da Matriz entre as opiniões dos *experts* selecionados (ARAGÃO, 2019; ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019; ARAGÃO *et al.*, 2021; PESSÔA; NORO, 2015; SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005).

Os fundamentos foram analisados em relação a relevância atribuída, sendo aplicada a seguinte classificação da média de pontos obtidos (ARAGÃO, 2019; ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019; ARAGÃO *et al.*, 2021; SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ,

2005): (a) $M < 7$ = pouco importante; (b) $M \geq 7$ e < 9 = importante; e, (c) $M \geq 7$ = muito importante. Em relação ao grau de consenso: (a) $DP \leq 1$ = fundamento em consenso; (b) $DP > 1$ e < 3 = dissenso; e, (c) $DP \geq 3$ = grande dissenso.

Foram estabelecidos os seguintes critérios para pontos de corte em relação aos os fundamentos (ARAGÃO, 2019; ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019; ARAGÃO *et al.*, 2021; PESSÔA; NORO, 2015): (a) com média inferior a 7, não faria parte da Imagem-objetivo para avaliação da Visa em nível macrorregional; (b) com DP inferior a 3, seria considerado consensual; caso fosse classificado relevante, portanto, seria incluído na Imagem-objetivo; e (c) com média igual ou superior a 7, e DP igual ou superior a 3, apesar de relevante, não deveria ser incluído na Imagem-objetivo, porque não seria consensual.

Após a Conferência de Consenso *Delphi* Ajustada – que aconteceu em recinto público, a saber, no setor da Apevisa, na Sede da VI Gerência Regional de Saúde (Geres), em data anteriormente explanada –, então, iniciou-se o terceiro momento *Delphi*, quando os *experts* receberam, em mensagem individual e presencial, com o 2º Questionário *Delphi* possuindo o TCLE (Apêndice C), e um texto explicativo, que mostrava os objetivos da pesquisa, além da forma de elaboração da Matriz *Delphi* de Concordância e a proposta de Imagem-objetivo preconizada como instrumento de avaliação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; JANUZZI, 2011) do GI das ações e práticas de Visa, atribuindo-se notas de 0 a 10 sobre a Matriz de Avaliação da Visa (ALVES *et al.*, 2010). O zero mostraria à não implantação total, e o dez indicaria a máxima implantação do fundamento. Foram calculadas as médias aritméticas (M), para avaliar o GI das dimensões e dos fundamentos explanados.

O julgamento foi organizado em conformidade com o valor atribuído, sendo aplicada a divisão por estratos para focar a realização da síntese e a emissão de avaliação. Não foi necessário atribuir pesos aos fundamentos, de acordo com o nível de concordância, em virtude de que todos foram considerados muito relevantes. A observação do GI da Visa foi obtida através da M, a partir do somatório do valor atribuído de forma individual, pelos *experts*, ao GI relacionado a cada Dimensão e Fundamento, respectivamente, e divisão pelo quantitativo de participantes desse momento.

O modelo de julgamento ajustado e preconizado para classificar o GI, por dimensão e fundamento, foi estratificado em quatro níveis, por pontos positivos: entre 9,00 e 10,0 pontos - Excelente (Implantado); entre 7,00 e 8,99 pontos - Satisfatório; entre 5,00 e 6,99 pontos - Insatisfatório; e, por fim, abaixo de 5,00 pontos - considerado como Crítico (ARAGÃO, 2012; ARAGÃO, 2019; ARAGÃO; COSTA; CÂMARA NETO, 2014; ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019; ARAGÃO *et al.*, 2021).

Esse método respondeu à indispensabilidade da avaliação do que diz respeito à Visa, baseada na opinião dos *experts*, e coerente com a complexidade do objeto não estruturado, porque avaliou o processo de implantação, implementação de ações e práticas de Visa e as relações institucionais no SUS em nível regional.

5.7 Aspectos éticos

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (CEP-IAM/Fiocruz-PE) em 09/04/2021, sob CAEE nº 42522620.0.0000.5190/2021 – CNS (Apêndice D). Conforme a Resolução (Resol.) nº 441/11 e 466/12, do CNS. Para aprovação desta pesquisa pelo CEP, foi necessário apresentar a Carta de Anuência do município-sede da III Macrorregional de Saúde, a saber, o município de Serra Talhada (Apêndice E).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste Capítulo, os Resultados e a Discussão são mostrados de acordo com a ordem dos três objetivos específicos: Referente ao primeiro objetivo específico, tem a apresentação do Artigo 1, com o resultado e com sua discussão. Em seguida, alusivo ao segundo e terceiro objetivos específicos, tem o Artigo 2 com o resultado com sua respectiva discussão. Contudo, em relação a esse, também são explanados os resultados e discussão de uma forma mais ampla incluindo excertos das entrevistas com os *experts*, pois ajudam a subsidiar melhor as respostas referentes às perguntas condutoras previamente apresentadas nos pressupostos.

6.1 Artigo 1 - Cenário da Vigilância Sanitária através da aplicação do Método Delphi Ajustado

Esse artigo foi elaborado com a finalidade de avaliar o grau de implantação das ações e práticas para a estruturação, fortalecimento e operacionalização da gestão das Visas municipais na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco.

Inicialmente foi criado um Modelo Lógico (ML), com o propósito de apresentar o desenho das ações e práticas das Visas estadual e municipais e seus componentes mais importantes. Através do consenso, foi formulada e validada a Matriz Delphi de Concordância com a proposta da Imagem-objetivo. Por último, essa Matriz foi operada como instrumento de avaliação do Grau de Implantação das Visas. Consolidando a irrelevância das iniciativas elaboradas para o fortalecimento da Visa, os Resultados demonstram que a mesma está classificada em Nível Crítico, na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco.

6.1.1 Submissão do Artigo 1

Este primeiro Artigo foi submetido à Revista Sanare em 28/05/2021, sob ID – 1540.

45 **RESUMO**

46 A Vigilância Sanitária (Visa) é considerada uma das áreas mais complexas da saúde pública, visto
 47 que opera de forma intersetorial, interinstitucional e multidisciplinar, em uma densa gama de
 48 competências buscando a proteção, promoção e defesa da saúde. Este estudo objetiva avaliar a Visa.
 49 A Metodologia foi aplicada através do Método Delphi ajustado, com 18 especialistas. Fundamentou-
 50 se em três momentos. Foi construído um Modelo Lógico (ML), com a finalidade de apresentar o
 51 desenho das ações e práticas das Visas estadual e municipais e seus componentes mais importantes.
 52 Através do consenso, foi formulada e validada a Matriz Delphi de Concordância com a proposta da
 53 Imagem-objetivo. Por último, essa Matriz foi operada como instrumento de avaliação do Grau de
 54 Implantação das Visas. Consolidando a irrelevância das iniciativas elaboradas para o fortalecimento
 55 da Visa, os Resultados demonstram que a mesma está classificada em Nível Crítico, na III
 56 Macrorregião de Saúde em Pernambuco. Conclui-se que a aplicação do Método Delphi ajustado se
 57 revelou coerente com a complexidade do objeto, diante da escassez de modelos específicos para esse
 58 propósito, alicerçado em novas relações institucionais na regionalização do Sistema Único de Saúde
 59 (SUS), principalmente diante de uma população desfavorecida e vulnerabilizada, num cenário
 60 político-econômico adverso, no interior do semiárido nordestino.

61
 62 **Palavras-chave:** Vigilância Sanitária. Política de Saúde. Gestão da Vigilância Sanitária. Avaliação
 63 em Saúde. Saúde Pública.

64

65

66

67

68 **ABSTRACT**

69 Health Surveillance (Visa) is considered one of the most complex areas of public health, since it
 70 operates in an intersectoral, interinstitutional and multidisciplinary form, in a dense range of
 71 competencies seeking the protection, promotion and defense of health. This study aims to evaluate
 72 Visa. The methodology was applied using the adjusted Delphi Method, with 18 experts. It was based
 73 on three moments. A Logical Model (LM) was built, with the purpose of presenting the design of the
 74 actions and practices of the state and municipal Visas and their most important components. Through
 75 consensus, the Delphi Matrix of Concordance was formulated and validated with the proposal of the
 76 Image-objective. Finally, this Matrix was operated as an instrument for assessing the Degree of
 77 Implementation of Visas. Consolidating the irrelevance of the initiatives designed to strengthen Visa,
 78 the Results demonstrate that it is classified in Critical Level, in the III Macro-regional Health in
 79 Pernambuco. It is concluded that the application of the adjusted Delphi Method proved to be coherent
 80 with the complexity of the object, given the scarcity of specific models for this purpose, based on
 81 new institutional relations in the regionalization of the Unified Health System (SUS acronym in
 82 Portuguese), especially in the face of a disadvantaged and vulnerable population, in an adverse
 83 political-economic scenario, in the interior of the northeastern semiarid.

84 **Key words:** Sanitarian Surveillance. Health Policy. Sanitarian Surveillance Management. Health
 85 Evaluation. Public Health.

86

87

88

89

90

91 **RESUMEN**

92 La Vigilancia en Salud (Visa) es considerada una de las áreas más complejas de la salud pública, ya
93 que opera de manera intersectorial, interinstitucional y multidisciplinaria, en un denso abanico de
94 competencias que buscan la protección, promoción y defensa de la salud. Este estudio tiene como
95 objetivo evaluar Visa. La Metodología se aplicó mediante el Método Delphi ajustado, con 18
96 especialistas. Se basó en tres momentos. Se construyó un Modelo Lógico (ML), con el propósito de
97 presentar el diseño de las acciones y prácticas de las Visas estatales y municipales y sus componentes
98 más importantes. Por consenso se formuló y validó la Matriz de Concordancia Delphi con la
99 propuesta de Imagen-Objetivo. Finalmente, esta Matriz fue operada como un instrumento para
100 evaluar el Grado de Implementación de Visas. Consolidando la irrelevancia de las iniciativas
101 diseñadas para fortalecer Visa, los Resultados demuestran que está clasificada en Nivel Crítico, en el
102 III Macro-regional Salud en Pernambuco. Se concluye que la aplicación del Método Delphi ajustado
103 resultó ser coherente con la complejidad del objeto, dada la escasez de modelos específicos para tal
104 fin, basados en nuevas relaciones institucionales en la regionalización del Sistema Único de Salud
105 (SUS), especialmente de cara de una población desfavorecida y vulnerable, en un escenario político-
106 económico adverso, en el interior del semiárido nororiental.

107

108 **Palabras clave:** Vigilancia Sanitaria. Política de Salud. Gestión de Vigilancia Sanitaria. Evaluación
109 de Salud. Salud Pública.

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127 **INTRODUÇÃO**

128 Considerando o fato que a Vigilância Sanitária (Visa) além de ser um tema altamente relevante
129 na agenda governamental, nos últimos anos emergiu como um setor prioritário e crucial nas políticas
130 públicas, para a promoção e proteção à saúde, no processo de consolidação do Sistema Único de
131 Saúde (SUS), e em cumprimento à Constituição Federal de 1988; é vital evidenciar, o trabalho que
132 vem sendo desenvolvido a nível nacional em Visa, pois, tornou o Brasil, referência em regulação
133 sanitária e econômica na América Latina, pois, sua atuação relacionada à saúde representa 25% do
134 Produto Interno Bruto (PIB) do país, mostrando com isso, sua importância no cenário nacional ^{1,2}.

135 Quando o foco é gestão da Visa, comenta-se que a descentralização, é o princípio fundamental
136 para viabilizar os mecanismos de financiamento e repasses que vêm sendo implementados, com isso,
137 é necessário reforçar a necessidade de aumento da capacidade política e de gestão dos órgãos de Visa
138 para a construção de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) mais eficiente para
139 alcançar seus objetivos de promover e proteger a saúde da população ^{2,3}.

140 A Visa abrange uma vasta quantidade de instituições do setor saúde com o objetivo de controlar
141 riscos relativos aos processos produtivos e compreende a normatização, regulação e fiscalização de
142 serviços e produtos relativos ao campo da saúde ¹. Diz respeito a conformação mais entrelaçada da
143 saúde pública, pois suas ações, abaladamente preventivas, percorrem todas as práticas sanitárias e
144 são de enorme importância no cenário da promoção, proteção e recuperação da saúde ^{4,5}.

145 A configuração de poder da Visa apresenta-se compartilhado e desigualmente distribuído entre os
146 órgãos das três esferas de governo, pois a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tem
147 uma considerável capacidade financeira e modelo de gestão, para cumprir seus objetivos, o órgão
148 federal necessita da atuação da esfera estadual, e esta da municipal, caracterizando uma situação de
149 interdependência, em que o elo mais frágil é sempre o município ^{2,6}.

150 As Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) foram institucionalizadas com a finalidade de
151 gerar um canal ininterrupto de negociação e decisão entre os municípios e a autoridade sanitária
152 estadual, dentro da configuração em que direciona para um “vácuo” de governança ⁷, e desafiador
153 para ciência. Essa circunstância mostra a necessidade de métodos de avaliação inovadores para
154 compreender o processo de implantação de setores e de ações em Saúde ^{1,8}.

155 Dentre esses no SUS, destaca-se as ações relativas à Visa. Com isso, é pertinente proceder um
156 julgamento da multiplicidade dessa iniciativa, pois seus resultados deveriam ser congruentes para
157 impulsionar alterações nas políticas públicas, relacionadas à Visa, definidas pelo Ministério da Saúde
158 (MS), cuja responsabilidade é compartilhada no SUS ⁵.

159 Diante da complexidade do conceito de avaliação, qualquer atividade concernente com a sua
160 operacionalização requer a delimitação do seu foco, portanto, esta pesquisa objetiva avaliar a Visa
161 através de suas ações e práticas implantadas em nível intergovernamental numa macrorregião de

162 saúde no Nordeste do Brasil, mediante a aplicação do Método Delphi Ajustado ^{9,10}, que nos mostra
163 ser propício em virtude da carência de modelos específicos que englobem esse objeto.

164 **METODOLOGIA**

165 Este estudo toma como alicerce a elaboração do Modelo Lógico (ML) o qual é uma profícua
166 ferramenta para a representação visual e sistemática das ações e práticas de Visa, que apresenta, de
167 maneira congruente, o sequenciamento em modelagem de fases e relações direcionadas aos efeitos
168 almejados em que se explicita a teoria de Visa ¹¹⁻¹³. O ML está sustentado na triangulação
169 investigativa, com a vinculação de instrumentos de pesquisa qualitativos ^{14,15}.

170 Nesta pesquisa é aplicado o Método Delphi ^{16,17} que opera com a seleção e participação de
171 indivíduos especialistas “*experts*” de maneira interativa, alicerçada em *feedback* e rodadas de
172 respostas, de acordo com parâmetros definidos. Em relação à primeira etapa Delphi, foi desenvolvido
173 um ML para a Visa, com os especialistas escolhidos, cujo propósito é apresentar a configuração das
174 ações e práticas de Visa e seus componentes fundamentais, propiciando aferir se este está estruturado
175 para conseguir o resultado almejado ¹³. Em uma segunda etapa Delphi, alicerçado no ML, através de
176 um consenso, foi gerada e validada a Matriz Delphi de Concordância com a Proposta da Imagem-
177 objetivo das ações e práticas de Visa em nível macrorregional. E, relacionada à terceira etapa Delphi,
178 essa Matriz foi empregada como instrumento de avaliação ^{17,18} do Grau de Implantação (GI) das Visas
179 municipais, entre os *experts*, no âmbito macrorregional no SUS.

180 Este Método Delphi esclarece de forma plausível à urgência da avaliação das ações e práticas
181 de Visa, alicerçada na apreciação dos especialistas, e congruente com a complexidade do objeto não
182 estruturado, pois, tem a intenção de avaliar o processo de implantação, implementação e os arranjos
183 institucionais no SUS em um parâmetro regional.

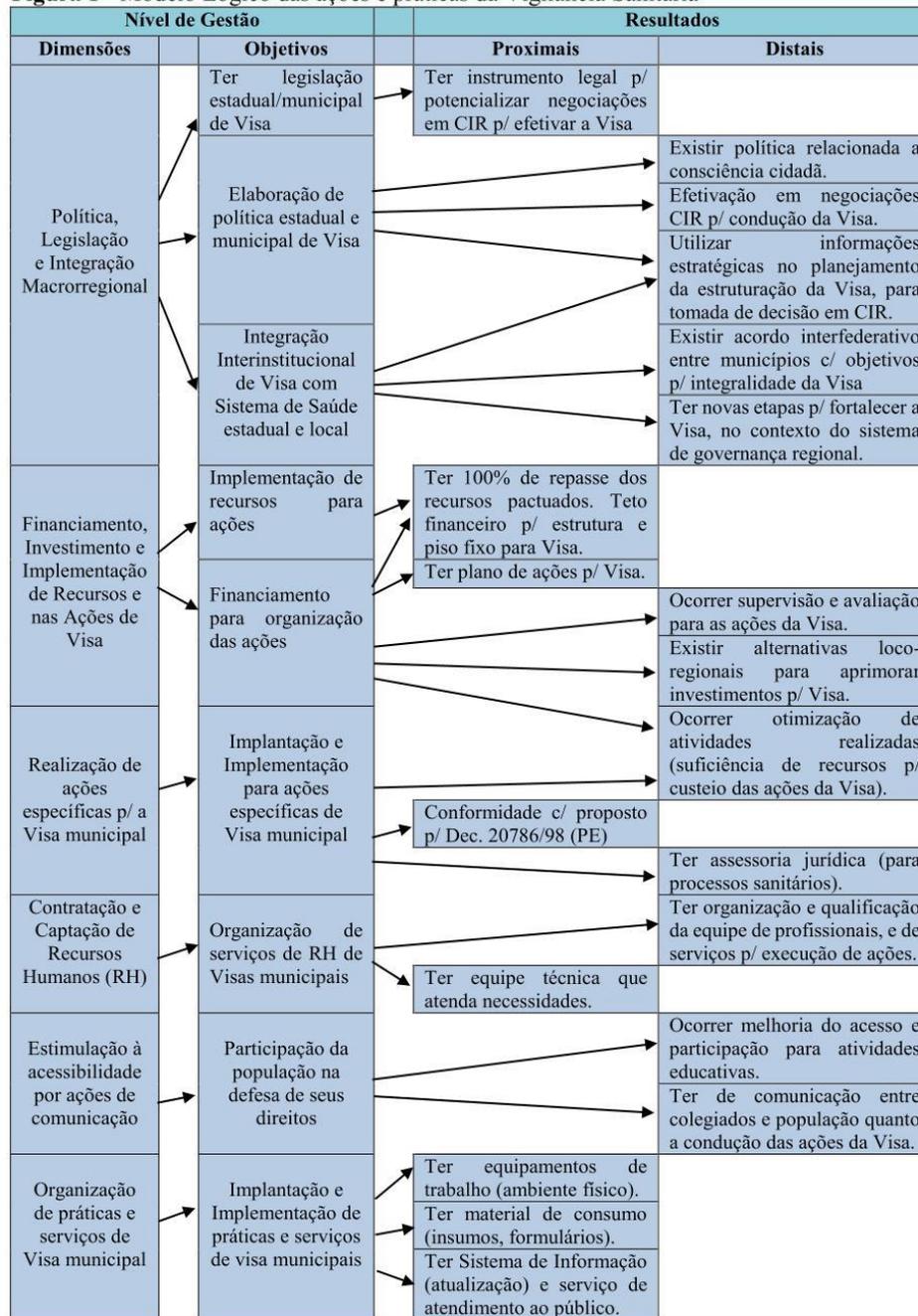
184 O cenário de investigação desta pesquisa compreende a área da III Macrorregional de Saúde,
185 em Pernambuco (PE), localizada na região do semiárido nordestino - que abrange as jurisdições de
186 três Gerências Regionais (VI, X e XI Geres) -, integrada por 35 municípios e uma população estimada
187 em 830 mil habitantes ¹⁹. Foi realizada entre os meses de dezembro de 2019 a maio de 2021.

188 A pesquisa documental tomou como base publicações oficiais, tais como: Diário Oficial da
189 União (DOU); Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE); Câmara Técnica Permanente (CTP) das
190 Gerências Regionais de Saúde do Estado; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e
191 Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); Decreto nº 20.786/98 PE; Decreto MS nº
192 3029/99; e Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária/2007 (MS).

193 O ML pretendeu nortear a primeira etapa Delphi da avaliação, e foi idealizado com a finalidade
194 de retratar as ações e práticas de Visa, que é um contexto político-institucional que leva em conta o
195 planejamento, a organização das Visas estadual e municipais, e execução das suas respectivas ações
196 em nível intergovernamental na macrorregião. No ML foram categorizados as dimensões e objetivos,

197 os resultados proximais e distais desse contexto, em concordância com os documentos revisados para
 198 a execução da ação (Figura 1). Essa ferramenta é imprescindível para o incremento de avaliação
 199 normativa de ações e práticas de saúde ¹⁸.

200 **Figura 1 - Modelo Lógico das ações e práticas da Vigilância Sanitária**



201 **Fonte:** Os autores baseados em Aragão; Oliveira; Gurgel Júnior (2019), e Ferraro; Costa; Vieira-da-Silva (2009).

202
203 Na etapa seguinte Delphi, alicerçado no ML, foi concebida a Matriz Delphi de Concordância
204 com a Proposta de Imagem-objetivo, para avaliação das ações e práticas da Visa em nível
205 macrorregional, por especialistas “*experts*” (Quadro1), com base nos aspectos mais preponderantes,
206 bem como, nos referenciais teóricos. E, elaborada também, com base no nível de gestão específicas
207 de Visa, que focam aos objetivos, direcionados para os resultados finais almejados em relação às
208 ações e práticas. E constituída por dimensões ²⁰, norteada pelos objetivos, e fundamentos ²¹ -
209 proximais e distais -, para realizar um arbitramento dos componentes da estratégia da gestão de Visa,
210 pela verificação por consenso através da aplicação do Método Delphi ^{9,16,17}.

211 Para este estudo optou-se pela adaptação intitulada Método Delphi Ajustado ^{9,22}, que se alicerça
212 em incluir pelo menos uma rodada de discussão presencial entre os especialistas ²³⁻²⁵, mediante o
213 ajuste e o uso da Técnica de Conferência de Consenso ²⁶. Para a última etapa Delphi, procurou-se
214 avaliar o Grau de Implantação (GI) das ações e práticas das Visas estadual e municipais, na III
215 Macrorregional de Saúde.

216 Para um Grupo Delphi, os parâmetros metodológicos demonstram que o quantitativo de
217 componentes a efetuação do Consenso é circunstancial; indica-se no mínimo sete especialistas, tendo
218 em vista que o erro de consenso se reduz de forma considerável com o acréscimo de cada expert ²⁴.
219 O imprescindível é a inalterabilidade das participações, em vez do tamanho, demonstrado pela
220 variação de pontos de vista, *expertises* e interesses na situação ¹⁶. Estudos mostram que o quantitativo
221 mais apropriado para otimizar este Método é entre 10 e 18 experts ^{16,23,24}. O conhecimento com esse
222 Método recomenda moderação ao chamar mais membros em relação ao previsto no cenário de
223 indivíduos, pois podem ocorrer desistências ^{9,16,24}.

224 A Matriz de Concordância Delphi (Quadro 1) foi para apreciação ao círculo selecionado de 18
225 juízes (*experts*) na área de Visa – Supervisores Regionais; Coordenadores Municipais; Técnicos
226 Regionais e Municipais; e Gestores Municipais – dentre estes, dois *experts* atuam na academia na
227 área de saúde pública, a saber a Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde em Pernambuco – AESA
228 – A opção por esses *experts* teve o objetivo de procurar maior representatividade de setores
229 intergovernamentais de Visa, também em virtude, de sua capacidade de gestão, e conhecimento das
230 ações e práticas relacionadas à Visa.

231 Ainda nessa segunda etapa Delphi, foi enviado aos *experts* - por correio eletrônico ou
232 presencial, através de mensagem individual - um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
233 (TCLE), contendo texto explicativo que mostra os objetivos da pesquisa e o modo de elaboração do
234 ML para o consenso pelo Método Delphi Ajustado ^{9,23-25}, apresentando o questionário Delphi com a
235 Matriz de Concordância com a Proposta de Imagem-objetivo – dispositivo para validar e categorizar
236 as ferramentas da avaliação -, com base nos objetivos relacionados às ações e práticas da Visa, quanto

237 ao nível de gestão, com dimensões e fundamentos para conceder pontuação de 0 a 10, introduzidos
 238 no ML. Sendo dez correspondente a máxima importância, e zero mostrando a não importância,
 239 devendo este ser excluído. Foi destinado um espaço para adição de possíveis novos fundamentos.

240 **Quadro 1** – Matriz *Delphi* de Concordância com Proposta de Imagem-objetivo para avaliação das
 241 ações e práticas de Visa em Nível Macrorregional

Proposta de Imagem-objetivo para avaliação das Visas municipais em nível macrorregional		
Nível de Gestão		Nível de Concordância
Dimensão (Objetivos Finais)	Fundamentos	Pontuação Proposta
(a) Política, Legislação e Integração Macrorregional	1. Existir um instrumento legal (legislação) para potencializar as negociações em CIR para efetivação da Visa	0 a 10
	2. Existir política relacionada a consciência cidadã.	0 a 10
	3. Existir efetivação das negociações ocorridas na CIR para condução da Vigilância Sanitária.	0 a 10
	4. Ter utilização de informações estratégicas quanto ao processo de planejamento da estruturação da Visa, para tomada de decisão em CIR.	0 a 10
	5. Existir acordo interfederativo entre municípios para alcançar objetivos propostos em fortalecer integralidade no contexto da Visa.	0 a 10
	6. Existir novas etapas para fortalecimento da capacidade de efetivação da Visa, no atual contexto do sistema de governança regional.	0 a 10
(b) Financiamento, Investimento e Implementação de Recursos e nas ações de Visa	1. Ocorrer 100% de repasse dos recursos pactuados. Teto financeiro para ações de estruturação. E, piso fixo para Visa e promoção à saúde.	0 a 10
	2. Existir um plano de ações para Visa.	0 a 10
	3. Ter uma supervisão e uma avaliação para as ações da Visa.	0 a 10
	4. Ter alternativas loco-regionais para o aprimoramento dos investimentos visando a continuidade das ações da Visa.	0 a 10
(c) Realização de ações específicas para a Visa municipal	1. Existir otimização das atividades realizadas (suficiência de recursos para custeio das ações da Visa).	0 a 10
	2. Ter conformidade da Visa com o que foi proposto pelo Decreto (Dec.) 20.786/98 (PE).	0 a 10
	3. Existir assessoria jurídica com a finalidade de otimizar trâmite dos processos sanitários).	0 a 10
(d) Contratação e Captação de Recursos Humanos (RH)	1. Existir aumento, organização e qualificação da equipe de profissionais (níveis superior e médio), e de serviços para execução de ações (sistema de informação).	0 a 10
	2. Existir equipe técnica que atenda necessidades (nível superior, médio elementar, etc.).	0 a 10
(e) Estimulação à acessibilidade e participação da população na defesa dos direitos através de ações de comunicação	1. Existir melhoria do acesso e participação para atividades educativas.	0 a 10
	2. Existir de comunicação entre colegiados e população quanto a condução das ações e práticas da Visa.	0 a 10
(f) Organização de práticas e serviços de Visa nos municípios	1. Existir equipamentos de trabalho (ambiente físico, veículo, computador).	0 a 10
	2. Existir de material de consumo (insumos, material penso, formulários).	0 a 10
	3. Existir Sistema de Informação (cadastro e atualização) serviço de atendimento ao público (denúncias encaminhadas etc.).	0 a 10

242 **Fonte:** Os Autores.

243
 244 Após a obtenção dos questionários respondidos, foram calculadas as médias (M) e os desvios-
 245 padrão (DP) da pontuação, com a finalidade de ajuizar a relevância proposta aos fundamentos, no
 246 intuito de analisar o Grau de Consenso da Matriz entre os árbitros dos juizes selecionados. Todos os
 247 fundamentos foram escrutinados de acordo com a sua relevância concedida, donde foi aplicada a

248 seguinte classificação da média de pontos obtidos ^{25,26}: (a) $M \geq 9$ = muito importante; (b) $M \geq 7$ e <
 249 9 = importante; e, (c) $M < 7$ = pouco importante. Em relação ao grau de consenso: (a) $DP \leq 1$ =
 250 fundamento em consenso; (b) $DP > 1$ e < 3 = dissenso; e, (c) $DP \geq 3$ = grande dissenso.

251 Os critérios estipulados para os pontos de corte dos fundamentos foram os seguintes ²⁵: (a)
 252 com média igual ou superior a 7, e DP igual ou superior a 3, embora importante, não deveria ser
 253 inserido na Imagem-objetivo, tendo em vista não teria consensualidade; (b) com DP inferior a 3,
 254 deveria ser julgado como consensual, caso fosse valorado importante, seria inserido na Imagem-
 255 objetivo; (a) com média inferior a 7, estaria excluído da Imagem-objetivo para avaliação da Visa.

256 A Conferência de Consenso Delphi Ajustada foi realizada em recinto governamental, a saber,
 257 no auditório da Sede da VI Geres. Em seguida iniciou-se a terceira etapa Delphi, quando foi entregue
 258 aos juízes, em mensagem presencial e individual, outro TCLE, semelhante ao primeiro, com conteúdo
 259 explicativo, que mostrava os objetivos da pesquisa, e também a maneira como foi elaborada a Matriz
 260 Delphi de Concordância e a proposta de Imagem-objetivo que é usada como instrumento de avaliação
 261 ^{15,18} do Grau de Implantação (GI) das Visas em nível macrorregional, auferindo-se escores de 0 a 10,
 262 em relação aos fundamentos da Matriz de Avaliação ²⁷. Portanto, zero demonstra à total não
 263 implantação, e dez corresponde a implantação mais elevada do fundamento. Caso a nota fosse zero,
 264 teve um espaço destinado para comentários.

265 Para avaliar o GI das dimensões e dos fundamentos mostrados, as médias (M) foram
 266 computadas. Como todos os fundamentos obtiveram nível de concordância muito importantes, então
 267 não foi necessário dar pesos aos mesmos. O julgamento foi executado em concordância com o valor
 268 atribuído, onde foi usada a divisão por estratos com o objetivo de direcionar a realização da síntese e
 269 preferir a avaliação.

270 A forma de demonstrar o GI das Visas em nível macrorregional foi conseguida através da média
 271 aritmética, pelo somatório do valor atribuído pelos juízes de maneira individual, ao nível de avaliação
 272 para cada Fundamento e Dimensão, respectivamente, e divisão pelo quantitativo de participantes
 273 nessa etapa. O Modelo de julgamento ajustado e aplicado para classificar o GI, por dimensão e
 274 fundamento ⁹, foi estratificado em quatro níveis por escores positivos: entre 9,00 a 10,0 pontos -
 275 Excelente (Implantado); entre 7,00 a 8,99 pontos - Satisfatório; entre 5,00 a 6,99 pontos -
 276 Insatisfatório; e, por fim, abaixo de 5,00 pontos - considerado como crítico (não implantado).

277 ASPECTOS ÉTICOS

278 Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães
 279 (CEP-IAM/Fiocruz-PE) em 09/04/2021, sob CAEE nº 42522620.0.0000.5190/2021 - CNS.
 280 Conforme a Resolução nº 441/11 e 466/12, do CNS.

281 RESULTADOS E DISCUSSÃO

282 Através da construção do ML foi preconizada e configurada a Avaliação da Proposta de
283 Imagem-objetivo e do GI da Visa, com isso, proporcionou otimizar a percepção e estruturação dos
284 componentes, para avaliar os fundamentos envolvidos e dos seus prováveis nexos. A referida
285 configuração orientou a composição de proposta da Matriz Delphi de Consenso para a Visa
286 encaminhada aos especialistas (juizes), que formularam dois julgamentos: o do nível de concordância
287 com as dimensões que integraram a Imagem-objetivo desenvolvida pelos autores e do GI conforme
288 esses seus fundamentos.

289 Em seguida, foi correlacionada cada dimensão com o respectivo fundamento. Porém, não
290 ocorreu exclusão ou inclusão de fundamentos, e, não foi preciso remodelações, contudo oportunizou
291 a verificação da provável diminuição dos dissensos, tanto quanto o acréscimo de consensos.

292 A avaliação do GI da Visa foi conformada através da pontuação aplicada pelos 18 juizes, para cada
293 fundamento da Matriz de Consenso, e, posterior à aferição, todos os 20 Fundamentos selecionados
294 foram validados quanto ao Nível de Concordância como Muito Importantes, nas seis Dimensões.
295 Com isso, todos foram considerados consensuais e incluídos na Imagem-objetivo, porque obtiveram
296 o $DP < 1$. Os resultados são mostrados na Tabela 1, com Dimensões e Fundamentos propostos na
297 Matriz Delphi, a média, o respectivo desvio-padrão e nível de concordância.

298 Ao verificar o GI da Visa das seis Dimensões (a, b, c, d, e, f - orientadas pelos objetivos finais
299 da Visa), mostra-se que: todos os vinte fundamentos elencados apresentam-se em Nível Crítico

300 A avaliação do GI da Visa na III Macrorregional de Saúde de PE foi conseguida através do somatório
301 das médias dos Fundamentos das Dimensões, dividido pela sua quantidade, cujo cálculo resultou em
302 média (M) igual a 2,20. Concluiu-se que a Visa está classificada em Nível Crítico, validado pelo
303 julgamento de consenso, através da seleção dos juizes.

304 **DISCUSSÃO**

305 O Método Delphi Ajustado ultrapassou os empecilhos da avaliação normativa alicerçados
306 unicamente na aplicação do Modelo Lógico tradicional ²². Os instrumentos utilizados se apresentaram
307 em conformidade com a complexidade do cenário, quando situações não estruturadas, pertinentes à
308 Visa, podem ser avaliados, de uma forma mais coerente, por especialistas. Esse método, para
309 avaliação da Visa em nível Macrorregional alicerçado em Imagem-objetivo e utilizado na
310 Conferência de Consenso com juizes, através do Método Delphi Ajustado ^{9,25} complementam uma
311 lacuna do conhecimento nessa contingência do julgamento de pares objetivando a avaliação da Visa.
312 A concepção do GI concerne à congruente instrumentalização de uma determinada intervenção ^{8,9,27}.

313 O ML norteou, retratou e associou as ações e práticas de Visa às Dimensões e aos Fundamentos
314 os quais foram aferidos. Teoricamente, uma das melhores maneiras de avaliar cenários complexos
315 que abordam variados esferas para tomada de decisão, e efetivação de ações de serviços

316 intergovernamentais, é através do parecer estruturado de *experts*, e especificamente, com a aplicação
317 de um modelo de avaliação que demonstre benefício ao ser utilizado nesse tipo de estudo ⁸.

318 Ainda que tenha um instrumento legal para concretizar a efetivação das negociações nas CIRs ⁸
319 para a descentralização, implantação e implementação ²⁰ de ações da Visa, se torna imprescindível o
320 incremento da capacidade de articulação intergovernamental, tanto entre os coordenadores
321 municipais, como entre os supervisores estaduais em relação aos municipais, porque não existe uma
322 política regional que priorize esses temas nas CIRs, onde ainda se verifica a insuficiência de
323 negociações para a implementação das ações de Visa. A articulação política para implementar e
324 otimizar novas ações de Visa é um tópico de substancial vulnerabilidade no processo de implantação
325 das Visas municipais, quando referente aos padrões analisados em nível macrorregional, o que foi
326 corroborado pelos especialistas durante a avaliação.

327 Essa conjuntura regional de saúde não fortalece a natureza dessas relações interfederativas nas
328 CIRs, entre os gestores. Embora com as recentes atribuições delegadas a mobilização regional e a
329 comitês em relação à Visa, estes não sugerem abordagens mais amplas e aplicáveis quanto ao
330 planejamento e à alocação dos recursos nas regiões ²⁸. É imprescindível definir estratégias que
331 proporcionem maior cooperação entre os entes federados, porque não existe uma instância
332 macrorregional com poder para tal, o que corrobora para esse vácuo na governança ⁸. Pois, verificou-
333 se que não são utilizadas as informações estratégicas disponíveis no seu processo de planejamento e
334 estruturação pactuada, e não acontecem discussões, objetivando a formalização de acordos
335 interfederativos entre o estado e os municípios, e também intermunicipal para almejar os objetivos
336 propostos para consolidar a integralidade no contexto da Visa. No todo, o que se mostra, de forma
337 nítida, é uma desarticulação política entre os gestores estaduais e municipais, conseqüentemente
338 dificultando as tomadas de decisão.

339 Quanto a governança e descentralização das ações da Visa ²⁰ foram escassas as atividades
340 desenvolvidas para fortalecer as coordenações das Visas municipais na III Macrorregional para
341 integrar as instituições estratégicas, articulações estas, em relação a implantação e implementação,
342 sendo realizadas de maneira preambular entre as gestões estaduais e municipais - Gerências Regionais
343 de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

344 Desde 2007, os recursos voltados à Visa estão inseridos nos recursos do Teto Financeiro de
345 Vigilância em Saúde ²⁹. Esses recursos financeiros são oriundos do termo de ajustes e metas, embora
346 exíguos e insuficientes para cobrir as despesas do serviço, sobretudo em municípios de pequeno porte
347 populacional, possuem vasta flexibilidade de aplicação, o que ainda torna um estímulo para que os
348 gestores municipais passem a coordenar e estruturar as ações de visa ²⁰. Contudo, não se constata
349 novos investimentos em ações relativas à implantação de uma Visa municipal resolutive na
350 macrorregião. Evidências nesse foco podem ser verificadas com a aplicação da Matriz de Consenso.

351 Também em virtude da deficiência de monitoramento e supervisão das ações direcionadas aos
 352 empecilhos referentes às Visas municipais, não se atentam alternativas locais para o
 353 aprimoramento de investimentos, o que possibilitaria ampliação das ações das Visas diferentemente
 354 do que se tem se visto em relação à sua estagnação e mingramento.

355 **Tabela 1** – Proposta de Imagem-objetivo para avaliação da Vigilância Sanitária em Nível
 356 Macrorregional.

Proposta de Imagem-objetivo para avaliação da Vigilância Sanitária em Nível Macrorregional					
Dimensão (Objetivo Final) e Fundamento	Etapa Delphi Ajustada				Grau de Implantação
	M	DP	Nível de Concordância	M GI	
(a) Política, Legislação e Integração Macrorregional	-	-	Muito Importante	2,14	Crítico
a 1	9,94	0,2	Muito Importante	2,11	Crítico
a 2	9,66	0,6	Muito Importante	2,11	Crítico
a 3	9,72	0,8	Muito Importante	2,55	Crítico
a 4	9,88	0,5	Muito Importante	2,39	Crítico
a 5	9,78	0,6	Muito Importante	1,67	Crítico
a 6	9,88	0,3	Muito Importante	2,00	Crítico
(b) Financiamento, Investimento e Implementação de Recursos e nas Ações de Visa	-	-	Muito Importante	2,57	Crítico
b 1	10,0	0,0	Muito Importante	2,22	Crítico
b 2	10,0	0,0	Muito Importante	3,05	Crítico
b 3	9,88	0,3	Muito Importante	2,78	Crítico
b 4	9,78	0,6	Muito Importante	2,22	Crítico
(c) Realização de Ações específicas para a Visa municipal	-	-	Muito Importante	1,74	Crítico
c 1	9,88	0,3	Muito Importante	1,94	Crítico
c 2	9,88	0,3	Muito Importante	2,17	Crítico
c 3	10,0	0,0	Muito Importante	1,11	Crítico
(d) Contratação e Captação de Recursos Humanos (RH)	-	-	Muito Importante	2,11	Crítico
d 1	10,0	0,0	Muito Importante	2,05	Crítico
d 2	9,94	0,2	Muito Importante	2,17	Crítico
(e) Estimulação a acessibilidade e participação da população na defesa de seus direitos através de ações de comunicação	-	-	Muito Importante	2,39	Crítico
e 1	9,83	0,4	Muito Importante	2,50	Crítico
e 2	9,78	0,4	Muito Importante	2,28	Crítico
(f) Organização de práticas e serviços de Visas nos municípios	-	-	Muito Importante	2,24	Crítico
f 1	10,0	0,0	Muito Importante	2,28	Crítico
f 2	10,0	0,0	Muito Importante	2,50	Crítico
f 3	10,0	0,0	Muito Importante	1,94	Crítico
Grau de Implantação Total por Fundamento da Vigilância Sanitária em Nível da III Macrorregional				2,20	Crítico

357 **Fonte:** Elaborada pelos Autores.

358 A realização de ações específicas em Visa é crítica, nessa dimensão embora haja conformidade
 359 das Visas municipais com o que foi proposto pelo Decreto (Dec.) 20.786/98 (PE), dos 35 municípios
 360 que compõem a III Macrorregional, apenas três instituíram o seu código sanitário. E não existe
 361 assessoria jurídica com a finalidade de otimizar trâmite dos processos sanitários.

362 Quanto à contratação e captação de recursos humanos na III Macrorregional, apresenta-se em
 363 condição crítica, não existem concursos públicos municipais realizados recentemente. A despeito de

364 possuir equipe técnica mínima (um profissional de nível superior e dois de nível médio) que atende
365 às necessidades básicas, tal atendimento não se verifica especificamente para as Visas. O que ocorre
366 é a contratação provisória de profissionais sem conhecimento e experiência na área. Atualmente, não
367 se verificam melhorias no tocante à organização e qualificação de profissionais, e de serviços com
368 sistema de informação e atendimento ao público.

369 Em relação a estimular a acessibilidade e participação da população na defesa de seus direitos
370 através de ações de comunicação, verifica-se que essa não ocorre; bem como, não há uma
371 comunicação entre a população e os colegiados quanto ao direcionamento das Visas municipais.
372 Nessa circunstância o GI dos fundamentos em foco mostra para uma maior vulnerabilidade da
373 população.

374 As práticas e serviços de Visas nos municípios mostram uma desarticulação na organização
375 dos serviços e as ações se apresentam fragmentadas e em nível crítico, corroborando com o
376 julgamento dos especialistas. Outro fator complicador é que a III Macrorregional, além de ficar
377 localizada distante da capital do estado (Recife), apresenta uma ampla área territorial no semiárido
378 nordestino, fazendo fronteira com quatro Estados da Federação - Alagoas, Bahia, Ceará e Paraíba.

379 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

380 Este estudo avalia, através de especialistas, as ações e práticas das Visas municipais, bem como
381 as supervisões das Visas regionais, e mostra um cenário crítico da sua implantação e implementação
382 na III Macrorregional de Saúde. Essa abordagem com aplicação do Método Delphi Ajustado
383 apresentou nexos com a complexidade do objeto, diante da escassez de modelos específicos para esse
384 propósito, alicerçado em relações interinstitucionais na regionalização do SUS.

385 É imprescindível ressaltar que, por ser este um tópico nevrálgico e de natureza complexa, se
386 torna imperativo, enfatizar que a Governança na conjuntura da III Macrorregional de Saúde,
387 direcionada as Visas, com ênfase nas peculiaridades, supervisão regional, e grau de implantação e
388 implementação, a fim de verificar sua adequação em relação à configuração interinstitucional, é
389 conflitiva e têm características similares nas três Geres.

390 Não existem novas etapas para fortalecer e operacionalizar as Visas, em relação à sua
391 configuração interinstitucional, e das respectivas responsabilizações aos Gestores Regionais e
392 Municipais de Saúde, porque foge à governabilidade.

393 As reuniões CIRs das VI, X e XI Geres, respectivamente, apresentaram as mesmas
394 peculiaridades, limitadas somente a questões técnicas regionais. Embora formalizadas e registradas,
395 são apenas informativas, sem espaço para pactuações para as Visas. Verificou-se pouca capacidade
396 resolutiva, e são caracterizadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão, o que
397 ocasiona um vácuo na governança.

398 Existe uma probabilidade dessas falhas detectadas pertencerem a um cenário ainda maior no
 399 Brasil, por sua conjuntura intergovernamental proveniente de questões contextuais desfavoráveis que
 400 caracterizam os recentes e graves problemas da saúde pública no estado e no país.

401 Como essa conjuntura é inevitavelmente circunstancial, aponta-se a necessidade de novas
 402 avaliações focadas para a implantação, implementação das ações e práticas das Visas municipais.
 403 Nesse contexto adverso, desde 2015, é vital implementar e fortalecer as Visas em Pernambuco.

404 Concluiu-se que, de acordo com as especificidades, os objetivos finalísticos pretendidos pelas
 405 Visas estadual e municipais, não estão sendo plenamente auferidos, face ao grau de implantação
 406 crítico mostrado pela Matriz Delphi, que pode validar de maneira consistente o GI das Visas
 407 municipais, na perspectiva macrorregional.

408 **CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES**

409 **Antônio Augusto Vieira de Aragão** contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa,
 410 redação e revisão crítica do manuscrito. **Henrique Fernandes Câmara Neto** contribuiu com
 411 delineamento da pesquisa, ajustes e revisão crítica do manuscrito. **José Luiz Correia de Araújo**
 412 **Júnior** contribuiu com delineamento da pesquisa, redação, ajustes e revisão crítica do manuscrito.

413 **AGRADECIMENTOS**

414 Ao Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz – PE, e aos especialistas que se
 415 propuseram a participar desta pesquisa, o que proporcionou a sua plena viabilização e execução.

416 **REFERÊNCIAS**

- 417 1. Aragão AAV, Oliveira SRA. O Poder do Poder de Polícia à Luz do Direito Sanitário e da
 418 Vigilância Sanitária. Revista SANARE [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 18]; 17(1):58 - 64.
 419 Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1223>. Doi:
 420 10.36925/sanare.v17i1.1223
- 421 2. De Seta MH, Silva JAA. A Gestão da Vigilância Sanitária. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira
 422 GO. orgs. Gestão e Vigilância Sanitária: modos de pensar e fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.
 423 195-217.
- 424 3. Steinbach A, Schwengber LMK, Martins C, Dutra A, Venâncio D. Mapeamento da produção
 425 científica em gestão da vigilância sanitária no período 2000 a 2010. Revista Eletrônica Gestão &
 426 Saúde, ISSN :1982-4785 [Internet]. 2012 [cited 2021 Jan 24]; 3(3):919-40. Available from:
 427 <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/130/124>.
- 428 4. Lucchesi G. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: De Seta MH, Pepe VLE,
 429 Oliveira GO. orgs. Gestão e Vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro:
 430 Fiocruz. 2006. p. 33-48.
- 431 5. Ferraro AHA, Costa EA, Vieira-da-Silva LM. Imagem-objetivo para a descentralização da
 432 vigilância sanitária em nível municipal. Cad Saúde Pública [serial on internet] 2009; [cited 2021 apr
 433 28]; 25(10):2201-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/11.pdf>. doi:
 434 10.1590/S0102-311X2009001000011.
- 435 6. Costa EA. Vigilância Sanitária Proteção e Defesa da Saúde. Sociedade Brasileira de Vigilância
 436 de Medicamentos. 2 ed. São Paulo: Sobravime, 2004.

- 437 7. Santos AM. Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista - BA: desafios
438 para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde
439 [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz;
440 2013.
- 441 8. Aragão AAV. Análise da Governança nos Colegiados Regionais em relação à Rede Cegonha na
442 III Macrorregional de Saúde em Pernambuco [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação
443 Oswaldo Cruz; 2019.
- 444 9. Aragão AAV, Oliveira SRA, Gurgel Júnior GD. O uso do Método Delphi ajustado para avaliar a
445 Rede Cegonha: da Imagem-objetivo à Realidade. Esc Anna Nery [Internet]. 2019; [cited 2021 Jun
446 28]; 23(2): e20180318. Available from: [http://www.scielo. br/pdf/ean/v23n2/pt_1414-8145-ean-23-02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n2/pt_1414-8145-ean-23-02.pdf). Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0318.
- 448 10. Silva LMV. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. In: Costa EA,
449 org. Vigilância Sanitária Temas em Debate. Salvador: EDUFBA, 2009.
- 450 11. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização.
451 In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, orgs. Avaliação em saúde: bases conceituais e
452 operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 65-78.
- 453 12. Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de
454 programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; 2005.
- 455 13. Oliveira SRA, Teixeira CF. Avaliação da regionalização do SUS: construção de Modelo
456 Teórico-lógico. Rev Baiana Saúde Pública [Internet]. 2013; [cited 2021 Apr 28]; 37(1):236-54.
457 Available from: [http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/ rbsp/article/view/162](http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/162). DOI:
458 10.22278/23182660.2013.v37.n1.a162.
- 459 14. Flick U. Triangulation in Qualitative Research. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I, orgs. A
460 Companion to Qualitative Research. London: SAGE; 2004.
- 461 15. Januzzi PM. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das
462 pesqui sas avaliativas. Planej Polit Públicas [Internet]. 2011; [cited 2021 Jun 1]; 36:251-75.
463 Available from: [http://www.ipea.gov.br/ ppp/index.php/PPP/article/view/228/212](http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/228/212).
- 464 16. Bloor M, Sampson H, Baker S, Dahlgren K. Useful but no Oracle: Reflections on the use of a
465 Delphi Group in a multi-methods policy research study. Qual Res [Internet]. 2015; [cited 2021 Jun
466 1]; 15(1):57-70. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1468794113504103>.
467 DOI: 10.1177/1468794113504103.
- 468 17. Pereira RDM, Alvim NAT. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura
469 como proposta de intervenção em enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2015; [cited 2021 Feb
470 14]; 19(1):174-80. Available from: http://ean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1262. DOI:
471 10.5935/1414- 8145.20150024.
- 472 18. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. Avaliação no Campo da
473 Saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, org. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro:
474 Editora Fiocruz; 2011. 41p.
- 475 19. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. [cited 2021 Jan 16].
476 Available from: [http://portal.saude.pe.gov.br/ secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-
477 regionaisde- saúde](http://portal.saude.pe.gov.br/ secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionaisde-saude).
- 478 20. Ferraro AHA, Costa EA, Vieira-da-Silva LM. Imagem-objetivo para descentralização da
479 vigilância sanitária em nível municipal. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 Oct; [cited 2021 Jan
480 17]; 25(10):2201- 17. Available from: [https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2056/1/
481 per%20nac2009.8.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2056/1/per%20nac2009.8.pdf). DOI: 10.1590/S0102-311X2009001000011.

- 482 21. Lopes GVDO, Vilasbôas ALQ, Castellanos MEP. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da
483 Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). *Saúde Debate* [Internet]. 2017;
484 [cited 2021 Apr 29]; 41(no.spe3):241- 54. Available from:
485 [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103)
486 [11042017000700241&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010311042017000700241&lng=pt&nrm=iso). DOI: 10.1590/0103-11042017s318.
- 487 22. Aragão AVA, Oliveira SRA, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD. O Panorama da III
488 Macrorregional de Saúde em Pernambuco Análise da governança em colegiados regionais do
489 programa Rede Cegonha. In: Gurgel Júnior GD, Pacheco HF, Oliveira SRA, Santos FAZ, orgs.
490 Mecanismos de governança e regulação pública no SUS – Programa Rede Cegonha [recurso
491 eletrônico]: experiências e desafios institucionais. Recife: Ed. UFPE, 2021. ISBN 978-65-5962-
492 004-3 (online).
- 493 23. Boukheldid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and reporting the Delphi
494 method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2011;
495 [cited 2021 May 29] 6(6):e20476. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21694759)
496 [pubmed/21694759](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21694759). DOI: 10.1371/journal.pone.0020476.
- 497 24. Valdés MG, Marín MS. Empleo del método Delphi en investigaciones sobre salud publicadas
498 en revistas científicas cubanas. *Rev Cub Inf Cienc Salud* [Internet]. 2013 Apr/Jun; [cited 2021 May
499 29]; 24(2):133-44. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S2307-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-)
500 [21132013000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132013000200004).
- 501 25. Pessoa TRRF, Noro LRA. Caminhos para a avaliação da formação em Odontologia: construção
502 de modelo lógico e validação de critérios. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015; [cited 2021 May
503 29] 20(7):2277-90. Available from: [http://www.scielo.br/scielo. php?pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-)
504 [81232015000702277&script=sci_](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000702277&script=sci_abstract&lng=pt)
[abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000702277&script=sci_abstract&lng=pt). DOI: 10.1590/1413-81232015207.13182014.
- 505 26. Souza LEPEF, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZM. A Conferência de consenso sobre a imagem-
506 objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM,
507 orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de
508 saúde. Salvador: EDUFBA/RJ: Fiocruz; 2005. p. 65-102.
- 509 27. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e Análise das Informações: O Uso de
510 Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, org.
511 Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. 98 p.
- 512 28. Ribeiro PT, Tanaka OU, Denis JL. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio
513 conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017; [cited 2021 may 28] 22(4):1075-84. Available
514 from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1075.pdf>. DOI: 10.1590/1413-
515 [81232017224.28102016](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1075.pdf).
- 516 29. Portaria N° 04, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta no Sistema Único de Saúde o
517 financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma
518 de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília (DF): Diário
519 Oficial da União; 2007. [cited 2021 May 28]. Available from:
520 http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html.
- 521
522
523
524
525
526

6.2 Artigo 2 - Análise do Modelo vigente de Governança Regional com foco na Vigilância Sanitária

Para uma melhor compreensão, este item foi dividido em dois tópicos, no primeiro apresenta o Artigo 2 submetido. E, no segundo mostra de forma detalhada os resultados e discussão com as respectivas falas dos *experts*.

6.2.1 Submissão do Artigo 2

Esse Artigo foi elaborado com o objetivo de identificar as ações das CIRs relacionadas à estruturação, fortalecimento e operacionalização da gestão e Governança Regional direcionada à Visa na III Macrorregional de Saúde.

No que diz respeito a identificar as ações das CIRS no que tange à Visa, através das ações e práticas relacionadas, na III Macrorregional (VI, X e XI Geres), os resultados e com a respectiva discussão demonstram que as atividades executadas relacionadas ao Planejamento, Implantação, Implementação, Alocação de Recursos dos pontos de relevância, bem como a Operacionalização dos Sistemas de Logística para fortalecimento da Visa se mostram seriamente comprometidas. Onde os resultados mostram que a Governança é conflitiva.

Este segundo Artigo foi submetido à Revista Sanare em 19/07/2021, sob ID – 1561.

1 **ANÁLISE DO MODELO VIGENTE DE GOVERNANÇA REGIONAL COM FOCO NA**
 2 **VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

3

4 **ANALYSIS OF THE CURRENT MODEL OF REGIONAL GOVERNANCE WITH A**
 5 **FOCUS ON HEALTH SURVEILLANCE**

6

7 **ANÁLISIS DEL MODELO ACTUAL DE GOBERNANZA REGIONAL CON ENFOQUE**
 8 **EN VIGILANCIA SANITARIA**

9

10

11

12

13

14

15

16 **1. Antônio Augusto Vieira de Aragão** - Médico Veterinário pela Universidade Federal Rural de
 17 Pernambuco (UFRPE). Fiscal Sanitário da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária
 18 (Apevisa). Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Pernambuco (UPE). MBA em
 19 Auditoria em Saúde pela Universidade do Norte do Paraná (Unopar). Mestre e Doutor em Saúde
 20 Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM - Fiocruz). Aluno de Pós-doutorado em Saúde
 21 Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM - Fiocruz). Recife, Pernambuco, Brasil. Endereço
 22 eletrônico: augustoaapevisa@gmail.com

23

24 **2. Henrique Fernandes Câmara Neto** - Engenheiro Civil pela Universidade de Pernambuco.
 25 Doutor em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz. Professor
 26 do Instituto Federal de Pernambuco e Tecnologista do Instituto Aggeu Magalhães (IAM). Recife,
 27 Pernambuco, Brasil. Endereço eletrônico: hcamara@cpqam.fiocruz.br

28

29 **3. José Luiz Correia de Araújo Júnior** - Médico pela Universidade Federal de Pernambuco,
 30 Mestre e Doutor em MA in Health Management, Planning and Policy pela University of Leeds.
 31 Professor Adjunto da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Tecnologista/docente e
 32 pesquisador do Instituto Aggeu Magalhães (IAM-Fiocruz) em Recife, Pernambuco, Brasil.
 33 Endereço eletrônico: josearaujo@cpqam.fiocruz.br

34

35 **Instituições:**

36 **Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa) - VI Gerência Regional de Saúde**
 37 **– Arcoverde** – Rua das Acácias SN, São Cristovão, Arcoverde, Pernambuco, Fone: 031-87-
 38 38218360.

39 **Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães (IAM).** Campus da UFPE, Recife,
 40 Pernambuco, Brasil. Fone: 031-81-21012625.

41 **RESUMO**

42 A Vigilância Sanitária (Visa), deve ser vista como prioridade na agenda governamental, pois
43 engloba atividades de natureza interfederativa e intersetorial. Este estudo objetiva analisar o
44 processo de Governança Regional relacionado ao modelo vigente de gestão de Visa, em
45 Comissões Intergestoras Regionais (CIRs). Trata-se de um Estudo de Caso, através das análises e
46 interseção de explicações geradas das entrevistas semiestruturadas, de um grupo selecionado
47 com doze *experts* inseridos em Visa. A partir das informações obtidas, triangulação, análise dos
48 dados documentais e observação, foi gerada a Matriz para Análise da Dimensão Política de
49 Governança nas CIRs. Os resultados mostram que a Governança Regional direcionada a Visa, é
50 conflitiva. Não existem etapas para fortalecer e operacionalizar a Visa. As CIRs mostraram-se
51 com pouca resolatividade, caracterizadas pela presença de atores institucionais sem poder de
52 decisão, o que provoca um vácuo na governança. Conclui-se que é imprescindível definir novas
53 estratégias e mecanismos que proporcionem maior cooperação entre os entes federados, quanto a
54 utilização dos recursos, o modelo de gestão não é operacional, pois apresenta grandes
55 discrepâncias, é anacrônico e incongruente. É provável que essas incorreções sejam parte de um
56 cenário causado pela austeridade adotada no SUS, disposta na Emenda Constitucional nº
57 95/2016.

58

59 **Palavras-chave:** Governança. Gestão em Saúde. Vigilância Sanitária. Política de Saúde. Saúde
60 Pública.

61

62

63

64 **ABSTRACT**

65 Health Surveillance (Visa) should be seen as a priority on the government agenda, as it
66 encompasses activities of an interfederative and intersectoral nature. This study aims to analyze
67 the Regional Governance process related to the current Visa management model, in Regional
68 Inter-Management Commissions (CIRs). It's a Case Study, through the analysis and intersection
69 of explanations generated from semi-structured interviews, of a selected group with twelve
70 experts inserted in Visa. From the information obtained, triangulation, analysis of documentary
71 data and observation, the Matrix for Analysis of the Political Dimension of Governance in CIRs
72 was generated. The results show that Regional Governance directed at Visa is conflicting. There
73 are no steps to strengthen and operationalize Visa. The CIRs showed little resolution,
74 characterized by the presence of institutional actors without decision-making power, which
75 causes a vacuum in governance. It's concluded that it is essential to define new strategies and
76 mechanisms that provide greater cooperation between federated entities, regarding the use of
77 resources, the management model is not operational, as it presents large discrepancies, it's
78 anachronistic and incongruent. It's likely that these inaccuracies are part of a scenario caused by
79 the austerity adopted in the SUS, provided for in Constitutional Amendment No. 95/2016.

80

81

82 **Key words:** Governance. Health Management. Sanitarian Surveillance. Health Policy. Public
83 Health.

84

85 **RESUMEN**

86 Vigilancia en Salud (Visa) debe ser vista como prioridad en la agenda de gobierno, ya que
87 engloba actividades de carácter interfederativo e intersectorial. Este estudio objetiva analizar el
88 proceso de Gobernanza Regional relacionado con el modelo de gestión de Visa actual, en
89 Comisiones Interseccionarias Regionales (CIR). Es un Caso de Estudio, a través del análisis e
90 intersección de explicaciones generadas a partir de entrevistas semiestructuradas, con doce
91 expertos insertados en Visa. A partir de la información obtenida, triangulación, análisis de datos
92 documentales y observación, se generó la Matriz de Análisis de la Dimensión Política de la
93 Gobernanza en los CIR. A gobernanza regional dirigida a Visa es conflictiva. No hay pasos para
94 fortalecer y poner en funcionamiento la Visa. Las CIR mostraron poca resolución, caracterizados
95 por la presencia de actores institucionales sin poder de decisión, lo que genera un vacío en la
96 gobernabilidad. Es fundamental definir nuevas estrategias y mecanismos que brinden mayor
97 cooperación entre las entidades federadas, en cuanto al uso de los recursos, el modelo de gestión
98 no es operativo, presenta discrepancias. Es probable que estas inexactitudes sean parte de un
99 escenario provocado por la austeridad adoptada en el SUS, prevista en la Enmienda
100 Constitucional No. 95/2016.

101

102 **Palabras clave:** Gobernanza. Gestión de Salud. Vigilancia Sanitaria. Política de Salud. Salud
103 Pública.

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125 INTRODUÇÃO

126 Quando o foco é gestão de Vigilância Sanitária (Visa), e diante desses momentos de
127 enfrentamento de graves problemas de saúde pública, então, deveria ser vista como uma
128 prioridade na agenda governamental em saúde. Além de ter caráter prioritário, compreende um
129 conjunto de instituições do setor saúde cuja finalidade é controlar riscos provenientes dos
130 processos produtivos, pois, engloba atividades de natureza interinstitucional e multiprofissional
131 que demandam conhecimentos de diversas áreas do saber, que de forma articulada se
132 intercomplementam ^{1,2}.

133 A sua regionalização, como princípio fulcral para viabilizar os mecanismos de
134 financiamento e repasses que vêm sendo implementados, reforçam a necessidade de aumento da
135 capacidade política e de gestão em Visa para criação de um Sistema Nacional de Visa (SNVS)
136 mais eficiente para alcançar seus objetivos de promover e proteger a saúde da população ^{3,4}.

137 Os novos modelos de gestão podem ser aplicados para gestores como ferramentas de
138 solução de problemas, desenvolvidas para aumentar a efetividade, a eficiência e a eficácia, e
139 também, destinam-se a resolver problemas e desafios (negociação/decisão) de ações e podem
140 propiciar uma nova maneira de ver uma situação que resulte em uma mudança positiva ⁵.

141 Nos anos 2000, surgiram instâncias de deliberação que aprimoraram o conceito de
142 regionalização, fortalecendo as correlações de interdependência e responsabilização sanitária
143 entre os entes estadual e municipais ⁶. A mais importante foi a institucionalização das Comissões
144 Intergestoras Regionais (CIRs) que objetivam criar um fluxo contínuo de negociação/decisão
145 entre os municípios e a autoridade sanitária estadual, dentro do contexto, mas que se apontam
146 uma lacuna na governança ^{7,8}.

147 Este cenário mostra a emergência de novos papéis institucionais, que mediante a crise
148 permanente do sistema de saúde, reforçada pela carência crônica agudizada de recursos para
149 custear a ampliação dos serviços, com objetivo de garantir ações, impõe as autoridades sanitárias
150 integralizar os serviços disponíveis nas três esferas de governo; pois, as alianças
151 intergovernamentais e intersetoriais são vitais em compreender as competências necessárias para
152 implementar essas ações, e, uma razão em trazer essa discussão para os espaços político e
153 técnico, a ser debatida em colegiados ^{6,9-11}.

154 Assim, a governança regional deve trazer à baila as formas de exercício da autoridade e os
155 processos de incorporação dos interesses sociais na agenda de governo, bem como, um processo
156 de participação e negociação, que expõe pluralidade de interesses (público e privado) em um
157 quadro institucional equilibrado que concede relações de cooperação entre governos,
158 organizações e agentes, com uma configuração a construir elos entre indivíduos e instituições,

159 podendo ser aplicada como ferramenta analítica para investigação e transformação dos processos
160 de formulação de políticas e gestão de sistemas de saúde ^{8,12,13}.

161 Essa situação prescinde de uma análise complexa na dinâmica da Governança
162 Interfederativa ^{7,14}, nesse ponto, a concepção de Visa na operação do SNVS, tem uma
163 característica que às define com um caráter regional onde se incorpora as suas ações. Diante da
164 carência de pesquisas que tratam desse objeto, este estudo objetiva analisar o processo de
165 Governança Regional relacionado ao modelo vigente de gestão no que tange a Visa, em CIRs.

166 **METODOLOGIA**

167 Refere-se a um Estudo de Caso ¹⁵, os resultados surgiram das análises e interseção de
168 explanações geradas das entrevistas semiestruturadas ¹⁶, de um grupo selecionado com doze
169 técnicos com nível superior (*experts*) inseridos em Visa, dentre esses, um especialista opera na
170 academia. O parâmetro para escolha desses *experts* foi alicerçado, nas suas posições estratégicas
171 e capacidade de gestão que exerciam nos setores da saúde na Macrorregional, bem como, em
172 buscar uma maior representatividade em razão de sua produção intelectual e conhecimento das
173 práticas relacionadas às ações e práticas de Visa.

174 O cenário de investigação desta pesquisa compreende a área da III Macrorregional de
175 Saúde, em Pernambuco (PE), localizada na região do semiárido nordestino - que engloba as
176 jurisdições de três Gerências Regionais (VI, X e XI Geres) -, integrada por 35 municípios e uma
177 população estimada em 830 mil habitantes ¹⁷. Foi realizada entre os meses de dezembro de 2019
178 a maio de 2021.

179 Os dados foram gerados para assegurar um processo de acúmulo, exaustão dos
180 levantamentos e análise sistemática. Este trabalho seguiu a seguinte sequência: 1) Coleta e
181 tratamento dos dados provenientes dos documentos; 2) Definição das perguntas condutoras das
182 entrevistas semiestruturadas; 3) Realização das entrevistas com *experts* em Visa; 4) Transcrição
183 e tratamento dos dados provenientes das entrevistas; 5) Triangulação e análise dos dados
184 documentais, das entrevistas semiestruturadas; 6) Observação não participante em reuniões.

185 O levantamento documental proporcionou a triangulação das informações obtidas nas
186 entrevistas, levando maior robustez ao estudo ¹⁸. A pesquisa documental foi baseada em
187 publicações oficiais: Leis Federal nº 8.080/90; e, nº 9.782/99; Portaria (Port.) Ministério da
188 Saúde (MS) nº 2.607/05; Decreto Estadual (PE) nº 20.786/98 (Código Sanitário Estadual); Lei
189 Estadual (PE) nº 13.077/06; e, Resolução (Resol.) 1.734/11-; Diário Oficial da União (DOU);
190 Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE); Conselho de Secretários Municipais de Saúde
191 (COSEMS); dos Planos Diretores Estadual e Municipal de Visa (PDVISA), Relatórios Anual de
192 Gestão (RAG), Protocolos e Documentos da Política Estadual e Municipal de Visa, concernentes

193 ao período estudado. Foram analisadas as pautas e atas de 12 reuniões em CIRs, nas três Geres
194 sob a jurisdição da III Macrorregional.

195 As entrevistas com os doze *experts* foram realizadas e transcritas pelos autores dessa
196 pesquisa. Ocorreram no mês de abril de 2021. E, analisadas através da técnica de “Análise de
197 Conteúdo”, que se mostra por meio de um conjunto de instrumentos metodológicos, em um
198 sucessivo aperfeiçoamento, usado para discursos diversificados ¹⁹. Foi aplicada a técnica de
199 análise de conteúdo denominada Condensação de Significados ²⁰. A estratégia objetiva a
200 abreviação dos significados detectados nas entrevistas, buscando uma configuração sintética,
201 sem perder sua estrutura. Decidiu-se pela vertente, Análise de Conteúdo Convencional ²¹. Este
202 tipo de configuração é mais adequado quando a teoria existente ou literatura de pesquisa sobre
203 um determinado fenômeno possui parâmetros limitados ²².

204 A partir dos roteiros e transcrições obtidas nas entrevistas e observação em CIRs, decidiu-se
205 se por agrupar as informações coletadas, adaptada da análise da governança regional ⁶⁻⁸. Dessa
206 forma, foi gerada a Matriz para Análise da Dimensão Política de descentralização e Governança
207 nas CIRs no que respeito à Visa (Quadro 1), nos níveis político-institucional e organizacional,
208 com subdimensões e respectivos indicadores. Os dados foram categorizados e classificados a
209 partir das quatro Dimensões da Matriz de Análise quanto ao nível Macrorregional de Saúde:
210 Dinâmica da política de descentralização e da Governança Regional; Relações Interfederativas;
211 Alocações de Recursos; e, Ações específicas e Sistema de Logística.

212 No momento inicial da análise, os dados foram organizados com o material coletado do
213 diário de campo, pautas e atas das CIRs das três Geres. Num momento seguinte, esse material
214 foi classificado, as pautas e atas foram observadas de forma detalhada, sendo selecionadas os
215 pontos com estruturas relevantes e ideias centrais alusivas as ações de Visa; então, foram
216 compiladas e classificadas a partir das dimensões da Matriz de Análise.

217 Por fim, essas estruturas foram comparadas, e depois foi feita a verificação dos diversos
218 dados das dimensões da Matriz para Análise. A partir desse ponto, os resultados foram
219 observados por meio das ações em CIRs relacionadas às ações e práticas de Visa, com enfoque
220 para a mesma, quanto à Dimensão Governança.

221 O material transcrito foi verificado e classificado ²³; os fundamentos mais relevantes e
222 fulcrais (núcleo de sentido) foram escolhidos, organizados e categorizados com base nas
223 subdimensões da Matriz apresentada no Quadro 1 que alicerçou o processo de investigação.

224 Para a análise final dos dados ²³ foi organizado o entrecruzamento das variadas
225 informações coletadas ²⁴, complementado com as pautas e atas das CIRs das Geres em estudo,
226 que estavam correlacionadas a temática Visa, constatando as convergências e divergências,

227 diferenças e complementaridades, associando-se com o referencial teórico para uma apurada
 228 compreensão analítica e crítica do cerne da pesquisa.

229 **Quadro 1** - Matriz para Análise da Dimensão Política de descentralização e Governança
 230 Regional nas CIRs relacionada à Vigilância Sanitária

Componentes da Política e Governança	Nível político-institucional	Nível Organizacional
Subdimensão	Parâmetros / Indicadores	Parâmetros / Indicadores
Dinâmica da Política de Descentralização e da Governança Interfederativa no contexto da Macrorregião de Saúde	Estratégias políticas governamentais para fortalecer e aperfeiçoar a Visa municipal na III Macrorregional de Saúde – Regiões VI, X e XI Geres, para tomada de decisão.	Organização, definição da agenda, e regularidade das Reuniões CIR.
		Definição da agenda que será discutida na CIR. Influência do ator social que propôs a discussão.
		Influência de Gestores Municipais de Saúde (GMS) em CIR, mecanismos de incorporação e contribuições dos mesmos no planejamento e qualidade da atuação no processo de pactuação.
		Atual modelo de descentralização das ações de Visa adotado no Brasil. Visão da implementação e concepção de gestão que norteia a política de Visa.
		Papel e a importância das Câmaras Técnicas (CT) e das CIRs nas Geres, nesse processo de planejamento e fortalecimento das Visas municipais através da utilização de informações estratégicas.
		Processo de descentralização das ações de Visa, definição dos papéis/atribuições das três esferas de gestão dentro do Sistema Nacional de Visa (SNVS). Desempenhado pelo Estado (Apevisa) nesse processo entre gestores.
		Comunicação entre colegiado e população quanto à condução das Visas. Aspectos limitantes entre o diálogo e a prestação de contas.
Relações Interfederativas no Contexto da Macrorregião de Saúde	Estratégias governamentais/ Institucionais utilizadas pelos entes federados para fortalecer a Governança Regional e a política para descentralizar as ações de Visa na III Macrorregional de Saúde – VI, X e XI Geres.	Forma de interrelação da Gerência Regional de Saúde (Geres) nas CIRs para fortalecimento as ações estratégicas e práticas da Visa. Condução da negociação. Ator principal.
		Interrelações entre as esferas de gestão direcionada ao processo de descentralização das ações de Visa. Acompanhamento das pactuações realizadas.
		Desenho político-territorial como fator facilitador de negociação nas VI, X e XI Geres. Necessidade de mudança na reorganização territorial nos municípios da VI, X e XI Geres, respectivamente.
		Implantação de alternativas loco-regionais para aprimorar cooperação interfederativa entre Visas municipais, e fortalecer regionalização, descentralização e resposta social do colegiado.
		Característica das relações de confiança e compartilhamento entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMSs), posicionamento dos Gestores Municipais, por meio dos coordenadores municipais de Visa dentro do processo decisório do colegiado em relação às ações de Visa (forma ativa ou passiva).
Alocações de recursos no contexto da Macrorregião de Saúde	Estratégias utilizadas pelos entes federados (União, Estados e Municípios) para financiamento, alocação de recursos e incentivo para a Visa municipal.	Diante da contínua diminuição de financiamento para a Saúde pela União como colegiado em relação às ações de Visa. Alternativas loco-regionais para aprimoramento dos investimentos visando o fortalecimento da Visa (tendo em vista forte movimento de responsabilização sanitária na III Macrorregional de Saúde).
		Ocorrência e realização de monitoramento, avaliação e supervisão das ações e práticas das Visas municipais por parte da Regional de Saúde pela CIR.
		Monitoramento e avaliação através da CIR quanto ao processo de alocação e utilização de recursos financeiros pelos entes federados vinculados à Visa municipal nas VI, X e XI Geres.
Ações específicas e Sistema de Logística no Contexto Macrorregional de Saúde	Estratégias para operacionalizar ações, logística e práticas visando fortalecimento da Visa entre os níveis da III Macrorregional de Saúde	Otimização da acessibilidade e continuidade de ações específicas para as Visas municipais.
		Cadastramento de estabelecimentos, contratação e capacitação de profissionais de Visa em nível municipal na III Macrorregional, com a finalidade de operacionalizar a estrutura das Visas municipais.
		Conformidade com o proposto pelo Código Sanitário (Decreto 20.786/98 do Estado de Pernambuco).
		Diante das restrições impostas e das deficiências estruturais encontradas na conjuntura atual. Possíveis estratégias de superação.

231 **Fonte:** Os autores, baseado em Aragão (2019); Santos (2013); e Silveira Filho *et. al.* (2016).

232 **ASPECTOS ÉTICOS**

233 Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu
234 Magalhães (CEP-IAM/Fiocruz-PE) em 09/04/2021, sob CAEE nº 42522620.0.0000.5190/2021 -
235 CNS. Conforme a Resolução nº 441/11 e 466/12, do CNS.

236 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

237 Em relação aos pontos de importância para fortalecer a Visa, mostra-se a consolidação
238 dos tópicos apresentados e pactuados das análises das CIRs, associados aos respectivos produtos
239 obtidos nas entrevistas semiestruturadas com os *experts*.

240 A Dinâmica da Governança Interfederativa em nível da III Macrorregional de Saúde, e os
241 pontos de significância da Visa, estão apresentados no Quadro 2.

242 **Quadro 2** – Atividades empreendidas na III Macrorregional de Saúde quanto à dinâmica da
243 Governança Regional e aos tópicos de significância em relação à Visa nas CIRs.

Núcleo de Sentido (Dimensões)	Consolidado das Pautas e Atas CIR e Entrevistas Semiestruturadas
Dinâmica de Governança	Parâmetros
Estrutura organizacional e regularidade das Reuniões CIRs. Como é estabelecida a agenda do colegiado.	Verificou-se que todas as CIRs em todas as Geres são organizadas pelas Câmaras Técnicas e ocorrem regularmente todos os meses; porém, as vezes há alterações nas datas. Os membros estaduais participam de forma assiduamente, mas não, os membros municipais. Ocorre ata de frequência nas reuniões. A demanda da agenda vem do nível central.
Influência de Gestores Municipais (GMSs) nas CIR	Existe maior influência dos GMSs dos três Municípios-sede das VI, X e XI Geres nas reuniões.
Modelo de descentralização de Visa e como é sua implementação na gestão	Existe um modelo pouco eficiente de descentralização regional, e se verifica pouca articulação na esfera municipal, principalmente nos menores municípios acarretando no não fortalecimento das Visas.
Importância das CIRs no Processo de planejamento para fortalecimento das Visas	Praticamente é inexistente, só se limitando a apresentar tópicos. Eventualmente, quando o assunto apresentado é do interesse dos maiores municípios ou de todos, é rapidamente pactuado.
Desempenho da Apevisa no processo de descentralização das ações de Visa dentro do SNVS	Existe, porém, atualmente, só está se limitando as inspeções e fiscalizações quando solicitado pelos municípios.
Comunicação entre colegiado e população quanto ações de Visa.	Não existe <i>feedback</i> entre a população e o colegiado em relação as ações e práticas de Visa.
Estruturação das Visas nas VI, X e XI Geres, como acordo interfederativo entre municípios. Próximas etapas e fortalecimento para efetivação das Visa.	Praticamente não existe acordo interfederativo entre municípios. O que ocorre é uma grande fragilidade e total falta de estruturação das Visas municipais. As Visa se limitam às fiscalizações Não são observadas novas etapas para o fortalecimento das Visas.

244 **Fonte:** O Autor, baseado em Aragão (2019).

245 Embora as CIRs se mostrem como proficuas ferramentas de decisão colegiada no espaço
246 regional e fóruns de discussão e elaboração de estratégias, para preencher esse vácuo na
247 governança ^{7,8}. A Dinâmica da Governança Interfederativa ¹³, se explica como um fenômeno ou
248 uma categoria analítica, e apresenta-se de forma conflitiva. A configuração organizacional da III
249 Macrorregional de Saúde, mostra que não existe o cargo de Gestor Macrorregional, o que
250 corrobora que essa está acéfala para a tomada de decisão neste patamar.

251 Diante da estrutura organizacional e regularidade das reuniões da CIRs na III
 252 Macrorregional de Saúde. Os colegiados são conformados por dois representantes da Secretaria
 253 Estadual de Saúde (SES-PE): o Gerente Regional de Geres (GRG), e o Coordenador Regional de
 254 Regulação (CRR); e, todos os respectivos Gestores Municipais de Saúde (GMS) de cada Geres.

255 As reuniões CIRs, em todas as três Geres, são formalizadas e registradas, porém, não são
 256 paritárias; são somente informativas, sem espaços para a Visa. E, estão restritas somente às
 257 questões técnicas regionais e demonstram uma grande desarticulação política em nível regional.

258 Quanto à Influência dos GMSs nas CIRs, todos os *experts* estão de acordo que ocorre um
 259 padrão semelhante de organização e regularidade nas três CIRs. Mas, não há espaços para
 260 pactuações da Visa, a capacidade resolutiva é mínima, são tipificadas pela presença de atores
 261 institucionais sem poder de decisão e resolutividade, principalmente os GMSs dos menores
 262 municípios, o que acarreta em uma lacuna (vácuo) na governança.

263 Modernos modelos de gestão podem auxiliar gestores a obter uma percepção mais clara da
 264 gestão ao mitigar complexidades e incertezas ⁵. Contudo, a forma de descentralização de Visa e a
 265 sua implementação na gestão mostra que a esfera municipal é sempre o elo mais frágil ^{2,3}. O que
 266 se apresenta na III Macrorregional de Saúde é um modelo ineficiente de descentralização
 267 regional, e também baixa articulação na esfera dos pequenos municípios gerando um
 268 enfraquecimento das Visas.

269 O desempenho da Agência Pernambucana de Visa (Apevisa) no processo de
 270 descentralização das ações de Visa dentro do SNVS, deveria ser o princípio fundamental ^{3,4}, mas,
 271 não se observa a elaboração de novas etapas, aparentemente está estabilizada, e se limitando
 272 apenas as inspeções e fiscalizações quando solicitado pelos municípios.

273 A comunicação entre colegiado e população quanto ações de Visa, mostra que na sua
 274 totalidade não há *feedback* entre a população e o colegiado em relação as ações e práticas de
 275 Visa. Isso é proveniente, de uma burocracia exorbitante, o que apresenta a imprescindibilidade
 276 da elaboração de novas *expertises* para aumentar o nível de governança nos espaços das CIRs.
 277 Para isso, é importante criar uma mobilização da população, para reivindicar uma atuação
 278 consoante com a finalidade e propósitos desses órgãos.

279 As relações interfederativas no contexto da III Macrorregional de Saúde, no que se refere a
 280 Visa, estão explanadas no Quadro 3.

281 **Quadro 3** – Atividades desempenhadas da III Macrorregional de Saúde no que diz respeito às
 282 relações interfederativas e aos pontos importantes com foco para a Visa

Núcleo de Sentido (Dimensão)	Consolidado das Pautas e Atas CIR e Entrevistas Semiestruturadas
Relações Interfederativas	Parâmetros
Maneira de interrelação da Geres nas CIRs para fortalecer as ações estratégicas e práticas da Visa.	O ator articulador que conduz as discussões geralmente o Gestor da Geres, através da Câmara Técnica. As relações interfederativas não são cooperativas, demonstram uma governança bastantes conflitante, quando o

Condução da negociação. Ator principal.	tema está relacionado a financiamento e prioridade das principais ações. As pactuações em relação a Visa nas CIRs praticamente é inexistente.
Interrelações entre as esferas de gestão direcionada ao processo de descentralização das ações de Visa. Acompanhamento das pactuações realizadas.	É totalmente verticalizada, vem do Nível Central. Então, fica limitado a simples apresentações de temas. O Gestor Regional é o interlocutor. Os GMSs dos municípios municípios-sede têm nítida influência por terem sempre maior domínio nas deliberações do colegiado.
Desenho político-territorial como fator facilitador de negociação nas VI, X e XI Geres. Necessidade de mudança na reorganização territorial nos municípios da VI, X e XI Geres, respectivamente.	A XI Geres por ser mais recente o desenho é mais atualizado. É imprescindível de uma reorganização territorial nos municípios da VI Geres, por ter vasta área territorial. A X Geres mostra o melhor desenho territorial porque tem municípios que apresentam características socioculturais e políticas semelhantes.
Implementação de alternativas loco-regionais para aprimorar intersectorialidade e cooperação interfederativa entre Visas municipais, e fortalecer regionalização, descentralização e resposta social do colegiado	É inexistente a cooperação em nível intermunicipal, nas Geres. Existe intersectorialidade com o Ministério Público e outros órgãos como Polícias militar e civil. Torna-se imperativo maior qualificação e capacitação dos GMSs, porque não há critérios para escolha desses gestores que ainda não conseguiram superar a lógica municipalista. Os coordenadores municipais de Visa se limitam apenas as ações dentro dos seus próprios municípios e mesmo assim de forma precária.
Característica das relações de compartilhamento entre as SMSs, posicionamento dos GMS, por meio dos coordenadores dentro do processo decisório do colegiado em relação às ações de Visa.	As relações mostram-se inexistentes. Os GMSs atuam de forma individualizada. O compartilhamento em coordenadores fica limitado a comunicação via telefone, "WhatsApp" ou quando ocorre alguma esporádica reunião informativa na Apevisa.

283 **Fonte:** Os Autores, baseado em Aragão (2019).

284 Esse cenário regional de saúde não consolida a estrutura dessas relações interfederativas
285 nas CIRs, entre os gestores e coordenadores municipais de Visa, em virtude da total verticalidade
286 das ações, portanto, não tem como propor novas abordagens quanto ao planejamento e à
287 alocação dos recursos nas regiões ⁶. É imprescindível definir novas estratégias que proporcionem
288 maior cooperação entre os entes federados, porque não existe uma instância macrorregional com
289 poder para tal, o que reforça esse vácuo na governança. No todo, o que se apresenta, de forma
290 nítida, é uma total desarticulação política entre os gestores regionais, municipais,
291 complexificando as tomadas de decisão.

292 É importante enfatizar que a descentralização, por si só, não é capaz de viabilizar as
293 diretrizes e princípios do SUS: várias vezes gera efeitos paradoxais. Contudo, as forças
294 centrípetas geradas por essa descentralização podem causar um funcionamento autárquico,
295 reforçando uma fragmentação incongruente no sistema, e acarretando em um processo de
296 municipalização com baixo nível e duvidosa capacidade de solidariedade e de integração entre as
297 partes ^{8,25,26}. No que diz respeito ao relacionamento entre as esferas de gestão quanto ao processo
298 de descentralização das ações de Visa. Observa-se que é verticalizada, pois a demanda vem do
299 Nível Central. Então, não há pactuação, fica limitado a simples apresentações de tópicos e
300 esclarecimentos.

301 Quanto ao Desenho político-territorial como fator facilitador de negociação nas VI, X e XI
 302 Geres. Este quadro tem sido agravado pela interferência de atores em nível central/estadual, que
 303 não atuam no processo de governança regional, comprometendo a operacionalidade das ações de
 304 Visa, fica limitada, apenas as demandas verticalizadas que vêm do nível central. Esse desenho
 305 está obsoleto. Na VI Geres, a área é vasta, o que acarreta, numa morosidade, além de aumento de
 306 custos de deslocamento. A X Geres tem o desenho mais robusto e organizado, por ter menor área
 307 territorial. E, quanto a XI Geres, embora tendo sido criada recentemente, o seu desenho é pouco
 308 mais adequado, mas também apresenta inconsistências.

309 É inquestionável a relevância da regionalização ^{8,9} para que as Visas atuem de forma
 310 sistêmica e resolutive, com a região de saúde sendo o centro direcionador das bases entre os
 311 serviços dos diferentes entes federados. Em relação à implantação de alternativas loco-regionais
 312 para otimizar a intersetorialidade e cooperação interfederativa entre Visas municipais, para
 313 capacitação de RH, e fortalecer regionalização, descentralização e resposta social do colegiado.
 314 As alianças intergovernamentais e intersetoriais são fulcrais em compreender as competências
 315 necessárias para implementar essa ação ^{7,11,14}. Verifica-se que existe, por demanda, uma
 316 intersetorialidade com o Ministério Público e Polícias Militar e Civil, mas a cooperação em nível
 317 intermunicipal, nas Geres é inexistente. Os coordenadores municipais de Visa se limitam apenas
 318 as ações dentro dos seus próprios municípios, e mesmo assim de forma precária.

319 As características das relações de confiança e compartilhamento entre as SMSs, e o
 320 posicionamento dos GMSs, por meio dos coordenadores municipais de Visa dentro do processo
 321 decisório do colegiado direcionado às ações de Visa, mostram que essas relações são
 322 inexistentes. Os GMSs atuam de maneira individualizada. O compartilhamento em
 323 coordenadores fica limitado a comunicação via telefone, “*WhatsApp*”, ou quando ocorre alguma
 324 esporádica reunião informativa na Apevisa.

325 No que diz respeito à alocação de recursos para a III Macrorregional de Saúde, em relação
 326 ao desenvolvimento para as ações e práticas de Visa, podem ser visualizadas no Quadro 4.

327 **Quadro 4** – Atividades executadas da III Macrorregional de Saúde em relação à Alocação de
 328 Recursos e aos tópicos de importância para desenvolvimento das ações e práticas de Visa.

Núcleo de Sentido (Dimensão)	Consolidado das Pautas e Atas CIR (Apresentação e pactuação) e Entrevistas Semiestruturadas
Alocação de Recursos	Parâmetros
Alternativas loco-regionais do Colegiado em otimizar investimentos, focando às ações de Visa em virtude da contínua contração de recursos para a saúde	Diante da contínua contração de recursos para a Saúde pela União e pelo Estado, como colegiado em relação às ações de Visa. Não são visualizadas alternativas loco-regionais na III Macrorregional de Saúde, mesmo com maior controle econômico e financeiro para solucionar problemas de recursos, para aprimoramento dos investimentos objetivado o fortalecimento da Visa, não obstante tendo em vista um robusto movimento de responsabilização sanitária.
Apoio, pela CIR, da implantação e implementação das ações específicas relacionadas à Visa.	Verificação de pouca ocorrência de supervisão das ações e práticas nas Visas municipais, por parte da Apevisa, na Gerência Regional de Saúde pela CIR.

Monitoramento e Avaliação por meio da CIR. Processo de alocação e utilização de recursos vinculado à Visa, por meio entes federados.	As Geres não monitoram nem faz o acompanhamento de transferência de recursos financeiros vinculados às Visas municipais. Não existe <i>feedback</i> por parte do MS em relação às Geres (ficam isoladas), via SES-PE. Os recursos são repassados diretamente aos municípios através do teto Financeiro de Vigilância em Saúde.
--	--

329 **Fonte:** Os Autores, baseado em Aragão (2019).

330 Com o Pacto de Gestão 2006, ocorreu a substituição das normas operacionais básicas e das
331 portarias que as regulamentavam, por um conjunto de portarias ministeriais, onde não acarretou
332 mudança para a maioria dos recursos financeiros destinados às ações de Visa; com isso, o Teto
333 Financeiro da Visa ficou substituído pelo Teto Financeiro de Vigilância em Saúde³. Mas, devido
334 aos recursos serem repassados diretamente aos municípios através do teto Financeiro de
335 Vigilância em Saúde. As Geres não têm como monitorar, nem faz o acompanhamento de
336 transferência de recursos financeiros vinculados às Visas municipais. Não existe *feedback* por
337 parte do MS em relação às Geres (ficam isoladas), via SES-PE.

338 A importância de operacionalização das ações específicas e dos Sistemas de Logística para
339 a Visa, no contexto da III Macrorregional de Saúde, para fortalecê-la e assegurar a sua
340 configuração estão expostos no Quadro 5.

341 **Quadro 5** - Operacionalização dos Sistemas de Logística para consolidação da regulação
342 sanitária e das ações e práticas específicas de Visa na III Macrorregional de Saúde.

Núcleo de Sentido (Dimensão)	Consolidado das Pautas e Atas CIR (Apresentação e pactuação) e Entrevistas semiestruturadas
Sistema de Logística	Parâmetros
Otimização da acessibilidade e continuidade de ações específicas para as Visas municipais.	Cada município tem sua coordenação de Visa, o qual é supervisionada em suas ações pelo Estado, através da Apevisa. Verifica-se que o tema Visa não é quase abordado em pauta, quase nada é pactuado. Não ocorre comunicação entre as Visas.
Cadastramento de estabelecimentos, de profissionais pelas Visas na III Macrorregional, com a finalidade de operacionalizar as ações em nível municipal.	Há cadastramento de estabelecimentos sujeito à fiscalização sanitária e profissionais de saúde através do Sistema de Informação (Sevisa) da Apevisa, mas também, toma-se como referência o Cadastro Nacional de Especialidades de Saúde (CNES). A implantação do Sevisa ainda está em fase preambular, além desse sistema ser complicado para utilizar, mesmo em nível estadual, e os municípios não têm o menor domínio sobre este.
Conformidade com o proposto pelo Código Sanitário (Dec. 20.786/98, do Estado de PE).	Os municípios-sede possuem seus próprios Códigos Sanitários, mas os demais municípios da III Macrorregional de Saúde, têm sua regulação sanitária regida e em conformidade com Código Sanitário Estadual.
Diante das restrições impostas e das deficiências de RH e estruturais encontradas na conjuntura atual. Possíveis estratégias de superação.	São observadas graves deficiências na captação e capacitação de Recursos Humanos (RH), e também estruturais nas Visas municipais. Não são verificadas novas estratégias com finalidade de superar problemas crônicos das Visas.

343 **Fonte:** Os Autores, baseado em Aragão (2019).

344 A regulação sanitária é um exercício de poder, por isso que a Visa detém o dito “Poder de
345 Polícia” que lhe permite limitar o exercício dos direitos individuais em benefício do interesse
346 público. Compreende-se, assim, que o “Poder” é um condão para o cumprimento do “Dever” que
347 tem o Estado de proteger a saúde¹. Com exceção dos municípios-sede das Geres que possuem

348 seus Códigos Sanitários municipais, todos os outros têm sua regulação sanitária regida e em
349 conformidade com Código Sanitário Estadual, acarretando em lacunas quando se trata de ações
350 específicas para cada município, pois cada um possui suas próprias particularidades.

351 Na procura da segurança sanitária, a Visa, como braço especializado do Estado para a
352 Regulação em Saúde, deve procurar tecnologias de intervenção, informações, metodologias e
353 estratégias alinhadas com o conhecimento científico atualizado e os valores estabelecidos na
354 nossa Constituição². Destarte, o problema maior é detectado nas graves deficiências na captação e
355 capacitação de RH, também nas infraestruturais, e até mesmo nas básicas, bem como, na total
356 falta de comunicação entre as Visas municipais.

357 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

358 Este estudo analisou a dinâmica de Governança no nível da III Macrorregional de Saúde
359 de PE, direcionada ao modelo de gestão da Visa, com relevo nas peculiaridades e implementação
360 das ações das Visas municipais, com o propósito de averiguar sua conformidade no que concerne
361 à configuração interinstitucional. Comprovou que a Governança se mostra conflitiva,
362 apresentando um padrão similar nas três Geres em pauta.

363 As reuniões CIRs das XI, X e VI Geres, respectivamente, demonstram aspectos similares,
364 limitadas simplesmente a questões técnicas regionais. Ainda que formalizadas e registradas, são
365 meramente informativas, sem espaço para pactuações para a Visa. Apresentaram capacidade
366 resolutiva irrelevante, e são singularizadas pela presença de atores institucionais sem poder de
367 decisão, o que ocasiona um vácuo (hiato) na governança. Além, de não existir uma instância
368 macrorregional. Faz-se indispensável a elaboração de novas soluções colegiadas nas CIRs; o
369 trâmite primordial para incrementar a implementação de um modelo de gestão satisfatório,
370 eficiente e eficaz para a Visa, que elimine a verticalidade em operacionalizar suas ações.

371 Não são verificadas novas etapas para consolidar e operacionalizar a Visa, porque a
372 Apevisa, as CTs e as CIRs não têm poder de convencimento para demonstrar a magnitude dessas
373 ações e práticas de Visa em relação à sua configuração interinstitucional, e das respectivas
374 responsabilizações aos GMSs, e respectivos coordenadores municipais de Visa, que por sua vez
375 são subordinados aos Gerentes municipais de Vigilância em Saúde, que, por muitas vezes não
376 são capacitados para exercer tais funções, além de não priorizarem as Visas.

377 A operacionalização do modelo de gestão vigente instituído pelo MS, através da Anvisa
378 direcionado para as Visas estaduais, que por sua vez, supervisionam as Visas municipais,
379 apresenta grandes discrepâncias, é anacrônico, incongruente, inadequado, porque foge à
380 governabilidade. Destarte, se torna fundamental estabelecer inovadoras estratégias e mecanismos
381 que propiciem maior cooperação entre os entes federados, quanto à aplicação de ações e

382 recursos: pois, muitas formas de ação são obsoletas; e, quanto aos recursos, muitos, quando são
 383 recebidos, por várias vezes não são aplicados, o que gera e impele uma sequência de não
 384 operacionalidade para a Visa.

385 O desenho territorial da III Macrorregional de Saúde, embora recente, é desconexo, e não
 386 traz funcionalidade em relação à Visa. Se torna imprescindível uma reorganização em todas as
 387 três Geres. Especificamente, o desenho da VI Geres precisa ser revisto, em virtude de sua grande
 388 extensão que faz fronteira com três Estados (Alagoas, Paraíba e Bahia).

389 Se torna imperativo focar o panorama em que se mostra a Visa na III Macrorregional de
 390 Saúde, porque, nessa situação desfavorável desde 2016, para sua otimização, é imprescindível o
 391 apoio social e político, diante de uma população desfavorecida e vulnerabilizada, no interior no
 392 semiárido pernambucano, num cenário econômico e politicamente adverso.

393 Também é provável que essas incorreções constatadas sejam parte de um cenário ainda
 394 mais amplo no país, em relação a condição desfavorável de natureza intergovernamental, que se
 395 particulariza por grandes adversidades na saúde pública, decorrentes de uma crise institucional e
 396 ampla alteração das políticas do Governo Federal, com disposições de austeridade adotadas no
 397 SUS, dispostas na Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016.

398 Como esse cenário é inevitavelmente contingencial, mostra-se a necessidade de novas
 399 avaliações focadas para às ações e práticas de Visa, com a finalidade de retificar tais distorções,
 400 inefetividades, ineficiências e ineficácias, e adequá-las às carências dos segmentos populacionais
 401 a que se reservam.

402 **CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES**

403 **Antônio Augusto Vieira de Aragão** contribuiu com o delineamento e a realização da
 404 pesquisa, redação e revisão crítica do manuscrito. **Henrique Fernandes Câmara Neto**
 405 contribuiu com delineamento da pesquisa, ajustes e revisão crítica do manuscrito. **José Luiz**
 406 **Correia de Araújo Júnior** contribuiu com delineamento da pesquisa, redação, ajustes e revisão
 407 crítica do manuscrito.

408 **AGRADECIMENTOS**

409 Ao Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz – PE, e aos *experts* que se
 410 propuseram a participar desta pesquisa, o que proporcionou a sua plena viabilização e execução.

411 **REFERÊNCIAS**

- 412 1. Aragão AAV, Oliveira SRA. O Poder do Poder de Polícia à Luz do Direito Sanitário e da
 413 Vigilância Sanitária. Revista SANARE [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 9]; 17(1):58 - 64.
 414 Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1223>. Doi:
 415 10.36925/sanare.v17i1.1223.
- 416 2. COSTA EA. Vigilância Sanitária Proteção e Defesa da Saúde. 2 ed. São Paulo: Sociedade
 417 Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime), 2004.

- 418 3. De Seta MH, Silva JAA. A Gestão da Vigilância Sanitária. In: De Seta MH, Pepe VLE,
419 Oliveira GO. orgs. Gestão e Vigilância Sanitária: modos de pensar e fazer. Rio de Janeiro:
420 Fiocruz, 2006. p. 195-217.
- 421 4. Steinbach A, Schwengber LMK, Martins C, Dutra A, Venâncio D. Mapeamento da produção
422 científica em gestão da vigilância sanitária no período 2000 a 2010. Revista Eletrônica Gestão &
423 Saúde, ISSN :1982-4785 [Internet]. 2012 [cited 2021 Jun 6]; 3(3):919-40. Available from:
424 <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/130/124>.
- 425 5. Assen MV, Gerben VDB, Pietersma P. Modelos de Gestão: os modelos que todo gestor deve
426 conhecer. São Paulo: Ed. Pearson Prentice Hall, 2010.
- 427 6. Silveira Filho RM, Santos AM, Carvalho JA, Almeida PF. Ações da Comissão Intergestores
428 Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde.
429 Physis: Revista Saúde Coletiva. 2016 [cited 2021 Jun 8]; 26(3):853-78. Available from:
430 <https://www.scielo.br/j/physis/a/NvwtMHkTpHWJC3SbvqxZ6zy/?lang=pt&format=pdf>. Doi:
431 10.1590/S0103-73312016000300008.
- 432 7. Aragão AAV. Análise da Governança nos Colegiados Regionais em relação à Rede Cegonha
433 na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães,
434 Fundação Oswaldo Cruz; 2019.
- 435 8. Santos AM. Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista - BA:
436 desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção
437 Primária à Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
438 Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
- 439 9. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Saúde e Sociedade.
440 2015 [cited 2021 Jun 8]; 24(2):438-46. Available from:
441 <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V4TTj93jqVrPzDzfnyCNndj/?lang=pt&format=pdf>. Doi:
442 10.1590/S0104-12902015000200004.
- 443 10. Duarte CMR, Pedroso MM, Bellido JG, Moreira RS, Viacava S. Regionalização e
444 desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de regiões de saúde no Brasil. Cadernos de
445 Saúde Pública. 2015 [cited 2021 Jun 8]; 31(6):1163-74. Available from:
446 <https://www.scielo.br/j/csp/a/FGVz3pwQ7gGjDr4d5TKCLZf/?lang=pt&format=pdf>. Doi:
447 10.1590/0102-311X00097414.
- 448 11. Albuquerque TIP; Franco de Sá RMP, Araújo Júnior JLC. Perspectivas e desafios da “nova”
449 Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão?. Ciência
450 Saúde Coletiva. 2016 [cited 2021 Jun 5]; 21(6):1695-705. Available from:
451 <https://www.scielo.br/j/csc/a/PVfVm6DR7FJQxHNnMYxDmSF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso
452 em: 05 jun. 2021. Doi: 10.1590/1413-81232015216.07672016.
- 453 12. Fleury S, Ouverney ALM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema
454 descentralizado de saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública. 2010 [cited 2021
455 Jun 9]; 28(6):446-55. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n6/446-455>.
- 456 13. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde.
457 Revista de Saúde Pública. 2014 [cited 2021 Jun 10]; 48(4):622-31. Available from:
458 <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fPbZYg5dFrmkHdLTDgrbpzm/?lang=pt&format=pdf>. Doi:
459 10.1590/S0034-8910.2014048005045.
- 460 14. Aragão AAV, Oliveira SRA, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD. O Panorama da III
461 Macrorregional de Saúde em Pernambuco Análise da governança em colegiados regionais do
462 programa Rede Cegonha. In: Gurgel Júnior GD, Pacheco HF, SRA Oliveira, Santos FAS (Orgs.).
463 Mecanismos de governança e regulação pública no SUS – Programa Rede Cegonha [recurso

- 464 eletrônico]: experiências e desafios institucionais. Recife: Ed. UFPE, 2021. ISBN 978-65-5962-
465 004-3 (online).
- 466 15. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e método. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- 467 16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo:
468 Hucitec, 2010.
- 469 17. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. [cited 2021 Jun 9].
470 Available from: [http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-](http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionaisde-saude)
471 [geral/gerencias-regionaisde-saude](http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionaisde-saude).
- 472 18. Minayo MCS. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo
473 MCS, Assis SG, Souza ER (orgs). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de
474 programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- 475 19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: LDA: Edições 70, 2009.
- 476 20. Kvale S, Brinkmann S. Interviews: Learning the craft of qualitative research. California:
477 Sage Publications, 2009.
- 478 21. Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. Quality Health
479 Research Journal. 2005 [cited 2021 Jun 9]; 15(9):1277-88. Available from:
480 <http://qhr.sagepub.com/content/15/9/1277>. Doi: 10.1177/1049732305276687.
- 481 22. Kondracki NL, Wellman NS. Content analysis: Review of methods and their applications in
482 nutrition education. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2002 [cited 2021 Jun 8]; 34(4)
483 224-30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12217266/>. Doi: 10.1016/s1499-
484 4046(06)60097-3.
- 485 23. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo:
486 Hucitec; 2010.
- 487 24. Flick U. Triangulation in qualitative Research. In. FLICK U, Kardoff EV, Steinke I (orgs.).
488 A Companion of qualitative research. London: SAGE, 2004.
- 489 25. Carnoy M. Estado e Teoria Política. 17. ed. Campinas: Papirus, 2013.
- 490 26. Spedo SM, Tanaka OU, Pinto NRS. O desafio da descentralização do Sistema Único de
491 Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Caderno Saúde Pública. 2009
492 [cited 2021 Jun 9] 25(8):1781-90. Available from:
493 <https://www.scielo.br/j/csp/a/8964rLb3ZfDWSTTBjHpG6yf/?lang=pt&format=pdf>. Doi:
494 10.1590/S0102-311X2009000800014.
- 495
- 496
- 497
- 498
- 499
- 500
- 501
- 502
- 503

6.2.2 Detalhamento dos resultados e discussão com os excertos dos especialistas

Neste item, os dados obtidos através das entrevistas com os *experts* são discutidos de maneira detalhada, de acordo com literatura científica, procurando elucidação, comparando-os com os achados de variados autores. Os resultados discutidos nesse íterim se referem ao processo de governança da III Macrorregião de Saúde, no que tange à Visa, onde estão inseridas três circunstâncias regionais peculiares nas VI, X e XI Geres respectivamente.

Foi realizada análise para entender o modelo vigente do processo de Governança Regional, no que diz respeito a Visa. Os resultados se referem aos dados consolidados das Pautas e Atas nos Colegiados, e correlacionados aos dados condensados durante as entrevistas semiestruturadas com os *experts* apresentados na Matriz para Análise da Dimensão Política de descentralização e Governança nas CIRs relacionada à Vigilância Sanitária, conforme o Quadro 5, mostrado anteriormente.

Os resultados dos Quadros 8, 9, 10 e 11 apresentam as atividades executadas na III Macrorregional de Saúde, referentes às subdimensões:

a) Dinâmica da Governança Regional; b) Relações Interfederativas; c) Alocação de Recursos; e, d) Operacionalização do Sistema de Logística.

Em relação aos pontos de importância para fortalecer a Visa, onde se apresenta a consolidação dos tópicos mostrados e pactuados das análises das CIRs.

No que diz respeito à Dinâmica da Governança Interfederativa em nível da III Macrorregional de Saúde, bem como, os pontos de significância da Visa, estão apresentados no Quadro 8.

Embora as CIRs se mostrem como profícuas ferramentas de decisão colegiada no espaço regional e fóruns de discussão e elaboração de estratégias, para preencher esse vácuo na governança (ARAGÃO, 2019; SANTOS, 2013). Demonstraram ocorrer uma governança conflitiva em relação à Dinâmica da Governança Interfederativa, porque esta governança se explica como um fenômeno ou uma categoria analítica. Quanto à conformação organizacional da III Macrorregional de Saúde, observa-se que não existe o cargo de Gestor Macrorregional. O que corrobora que esta conformação está acéfala para a tomada de decisão neste patamar.

Em relação à estrutura organizacional e regularidade das reuniões da CIRs na III Macrorregional de Saúde. Os colegiados são conformados por dois representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES): o Gerente Regional de Geres (GRG), e o Coordenador Regional de Regulação (CRR), e todos os Gestores Municipais de Saúde (GMS), sob a jurisdição das respectivas Geres; por conseguinte, na XI Geres: (um GR, um CRR, e 10 GMSs), na X Geres: (um GR, um CRR, e 12 GMSs); e, na VI Geres: (um GR, um CRR, e 13 GMSs).

Quadro 8 – Atividades empreendidas na III Macrorregional de Saúde quanto à dinâmica da Governança Regional e aos tópicos de significância em relação à Visa nas CIRs.

Núcleo de Sentido (Dimensões)	Consolidado das Pautas e Atas CIR e Entrevistas Semiestruturadas
Dinâmica de Governança	Parâmetros
Estrutura organizacional e regularidade das Reuniões CIRs. Como é estabelecida a agenda do colegiado.	Verificou-se que todas as CIRs em todas as Geres são organizadas pelas Câmaras Técnicas e ocorrem regularmente todos os meses; porém, as vezes há alterações nas datas. Os membros estaduais participam de forma assiduamente, mas não, os membros municipais. Ocorre ata de frequência nas reuniões. A demanda da agenda vem do nível central.
Influência de Gestores Municipais (GMSs) nas CIR	Existe maior influência dos Gestores Municipais de Saúde (GMSs) dos três Municípios-sede das VI, X e XI Geres nas reuniões.
Modelo de descentralização de Visa e como é sua implementação na gestão	Existe um modelo pouco eficiente de descentralização regional, e se verifica pouca articulação na esfera municipal, principalmente nos menores municípios acarretando no não fortalecimento das Visas.
Importância das CIRs no Processo de planejamento para fortalecimento das Visas	Praticamente é inexistente, só se limitando a apresentar tópicos. Eventualmente, quando o assunto apresentado é do interesse dos maiores municípios ou de todos, é rapidamente pactuado.
Desempenho da Apevisa no processo de descentralização das ações de Visa dentro do SNVS	Existe, porém, atualmente, só está se limitando as inspeções e fiscalizações quando solicitado pelos municípios.
Comunicação entre colegiado, profissionais e população quanto ações de Visa.	Não existe <i>feedback</i> entre a população e o colegiado em relação as ações e práticas de Visa. Profissionais desconheciam sua importância e responsabilidade na construção da participação social.
Estruturação das Visas nas VI, X e XI Geres, como acordo interfederativo entre municípios. Próximas etapas e fortalecimento para efetivação das Visa.	Praticamente não existe acordo interfederativo entre municípios. O que ocorre é uma grande fragilidade e total falta de estruturação das Visas municipais. Não são observadas novas etapas para o fortalecimento das Visas.

Fonte: O Autor, baseado em Aragão (2019).

As reuniões CIRs, em todas as três Geres, são frequentes, formalizadas e registradas, porém, não são paritárias; são somente informativas, sem espaços para a Visa, mostram-se com baixa capacidade resolutiva, e são particularizadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão, mormente os GMSs e principalmente os dos menores municípios. As CIRs das três Geres estão restritas somente às questões técnicas regionais e demonstram uma grande desarticulação política, tanto em nível regional como macrorregional.

Os entrevistados mostram essa situação.

[...] tem regularidade, a gente vê isso (Ent. 1, ARV).

[...] existe regularidade, mas a Câmara Técnica é quem define (Ent. 3, CRV).

No que se refere à Influência dos GMSs nas CIRs, todos os *experts* estão de acordo que ocorre um padrão semelhante de organização e regularidade nas três CIRs. Mas, não há espaços para pactuações para a Visa, a capacidade resolutiva é mínima, são tipificadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão e resolutividade, o que acarreta em uma lacuna na governança.

Os excertos a seguir reforçam estas questões.

- [...] ninguém nem fala de pactuação de Visa na CIR (Ent. 7, BRV).
- [...] os GMSs dos pequenos municípios não opinam em nada (Ent. 4, BRV).
- [...] os GMSs dos pequenos ... entram calados e saem mudos (Ent. 2, CRV).

Quanto ao Modelo de descentralização de Visa e como é sua implementação na gestão, os modelos podem auxiliar gestores a obter uma percepção mais clara da gestão ao mitigar complexidades e incertezas (ASSEN; GERBEN; PIETERSMA, 2010). Contudo, a esfera municipal é sem o elo mais frágil (COSTA, 2004; DE SETA; SILVA, 2006). O que se apresenta na III Macrorregional de Saúde é um modelo ineficiente de descentralização regional, e também baixa articulação na esfera municipal, principalmente nos menores municípios gerando um enfraquecimento das Visas.

Esses fragmentos, corroboram e destacam o que foi explanado:

- [...] não vejo a Visa articulada, ... é cada município por si (Ent. 4, BRV).
- [...] do jeito que está ficando a gente vai se acabar... o município é sempre o prejudicado nesse contexto (Ent. 9, BRV).

Em relação ao desempenho da Apevisa no processo de descentralização das ações de Visa dentro do SNVS, conforme De Seta e Silva (2006), e Steinbach *et al.* (2012), quando enfocam gestão da Visa, comentam que a descentralização, deveria ser o princípio fundamental, mas não se observa novas etapas, aparentemente está estabilizada, e se limitando as inspeções e fiscalizações quando solicitado pelos municípios.

Os entrevistados constatarem estas afirmativas:

- [...] a Apevisa só se limita a fiscalizar (Ent. 3, CRV).
- [...] a Apevisa ajuda, mas ainda é muito pouco ... poderia ajudar muito mais do faz (Ent. 5, CRV).

Conforme, Duarte e Teixeira (2009), achados relativos à fragilidade das estruturas do fazer e do pensar dos profissionais, tanto de Vigilância em Saúde, como de Visa, que adotam esses comportamentos. Por um lado, desconheciam sua relevância e responsabilidade na elaboração da participação social, consubstanciada na consciência sanitária, através do diálogo nas comunidades em procurar as soluções mais adequadas e transformar o munícipe em ator da Visa. Por outro lado, apoiaram sua fragilidade nas deficiências do processo laboral, que dificultavam o desenvolvimento das ações de poder de polícia.

No que diz respeito à comunicação entre colegiado e população quanto ações de Visa. Observa-se que na sua totalidade não há *feedback* entre a população e o colegiado em relação as ações e práticas de Visa. Proveniente, de burocracia exorbitante, o que apresenta a imprescindibilidade da elaboração de novas *expertises* para aumentar o nível de governança nos

espaços das CIRs. Para isso, seria importante criar uma mobilização da população, para reivindicar uma atuação consoante com a finalidade e propósitos desses órgãos.

Esses recortes explicam isso:

[...] Geres faz sim prestação de contas em audiências públicas...o problema é que o cidadão nunca sabe dos seus direitos (Ent. 1 ARV).

[...] o que falta no SUS e em todo serviço público é o *feedback* (Ent. 8 CRV).

Quanto às relações interfederativas no contexto da III Macrorregional de Saúde, no que se refere a Visa, estão explanadas no Quadro 9.

Quadro 9 – Atividades desempenhadas da III Macrorregional de Saúde no que diz respeito às relações interfederativas e aos pontos importantes com foco para a Visa

Núcleo de Sentido (Dimensão)	Consolidado das Pautas e Atas CIR e Entrevistas Semiestruturadas
Relações Interfederativas	Parâmetros
Maneira de interrelação da Geres nas CIRs para fortalecer as ações estratégicas e práticas da Visa. Condução da negociação. Ator principal.	O ator articulador que conduz as discussões geralmente o Gestor da Geres, através da Câmara Técnica. As relações interfederativas não são cooperativas, demonstram uma governança bastante conflitante, quando o tema está relacionado a financiamento e prioridade das principais ações. As pactuação em relação a Visa nas CIRs praticamente é inexistente.
Interrelações entre as esferas de gestão direcionada ao processo de descentralização das ações de Visa. Acompanhamento das pactuações realizadas.	É totalmente verticalizada, vem do Nível Central. Então, fica limitado a simples apresentações de temas. O Gestor Regional é o interlocutor. Os Gestores Municipais de Saúde (GMSs) do municípios-sede têm nítida influência por terem sempre maior domínio nas deliberações do colegiado.
Desenho político-territorial como fator facilitador de negociação nas VI, X e XI Geres. Necessidade de mudança na reorganização territorial nos municípios da VI, X e XI Geres, respectivamente.	A XI Geres por ser mais recente o desenho é mais atualizado. É imprescindível de uma reorganização territorial nos municípios da VI Geres, por ter vasta área territorial. A X Geres mostra o melhor desenho territorial porque tem municípios que apresentam características socioculturais e políticas semelhantes.
Implementação de alternativas loco-regionais para aprimorar intersetorialidade e cooperação interfederativa entre Visas municipais, e fortalecer regionalização, descentralização e resposta social do colegiado	É inexistente a cooperação em nível intermunicipal, nas Geres. Existe intersetorialidade com o Ministério Público e outros órgãos como Polícias militar e civil. Torna-se imperativo maior qualificação e capacitação dos GMSs, porque não há critérios para escolha desses gestores que ainda não conseguiram superar a lógica municipalista. Os coordenadores municipais de Visa se limitam apenas as ações dentro dos seus próprios municípios e mesmo assim de forma precária.
Característica das relações de compartilhamento entre as SMSs, posicionamento dos GMs, por meio dos coordenadores dentro do processo decisório do colegiado em relação às ações de Visa.	As relações mostram-se inexistentes. Os GMSs atuam de forma individualizada. O compartilhamento em coordenadores fica limitado a comunicação via telefone, “ <i>WhatsApp</i> ” ou quando ocorre alguma esporádica reunião informativa na Apevisa.

Fonte: O Autor, baseado em Aragão (2019).

Esse cenário regional de saúde não consolida a estrutura dessas relações interfederativas nas CIRs, entre os gestores e coordenadores municipais de VISA, em virtude da total verticalidade das ações, portanto, não tem como propor novas abordagens quanto ao planejamento e à alocação dos recursos nas regiões (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017). É imprescindível definir novas estratégias que proporcionem maior cooperação entre os entes federados, porque não existe uma instância macrorregional com poder para tal, o que causa esse vácuo na governança. No todo, o que se apresenta, de forma nítida, é uma total desarticulação política entre os gestores regionais, municipais, complexificando as tomadas de decisão.

Esse recorte mostra isso:

[...] tudo é decidido em torno do Município-sede, [...] é por isso, que aparecem os conflitos (Ent. 2, CRV).

É importante enfatizar que a descentralização, por si só, não é capaz de viabilizar as diretrizes e princípios do SUS: várias vezes gera efeitos paradoxais. Contudo, as forças centrípetas geradas por essa descentralização podem causar um funcionamento autárquico, reforçando uma fragmentação incongruente no sistema, e acarretando em um processo de municipalização com baixo nível e duvidosa capacidade de solidariedade e de integração entre as partes (CAMPOS, 2006; CARNOY, 2013; SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009). No que diz respeito ao relacionamento entre as esferas de gestão quanto ao processo de descentralização das ações de vigilância sanitária. Observa-se que é totalmente verticalizada, pois a demanda vem do Nível Central. Então, praticamente não há pactuação, fica limitado a simples apresentações de tópicos e esclarecimentos.

Esses excertos explanam isso:

[...] a pactuação é mínima, porque todas as ações são verticalizadas (Ent. 6, CRV).
[...] não vejo pactuação em VISA, só consigo enxergar apresentação (Ent. 12, CRV).

Em relação ao Desenho político-territorial como fator facilitador de negociação nas VI, X e XI Geres. Este quadro tem sido agravado pela interferência de atores em nível central/estadual, que não atuam no processo de governança regional, comprometendo a operacionalidade das ações de VISA, fica limitada, apenas as demandas verticalizadas de urgência que vêm do nível central. Esse desenho, além de estar obsoleto, especificamente na VI Geres, para se dirigir do município-sede para determinados municípios, devido ao sistema viário, a equipe de fiscalização da Apevisa da VI Geres demora muito tempo, cita-se como exemplo: para se dirigir ao município de Petrolândia, obrigatoriamente, tem que passar por

dentro de um município de Itaíba sob a jurisdição da V Geres (Garanhuns) da II Macrorregional de Saúde. O que acarreta, sem dúvida, uma morosidade, além de aumento de custos de deslocamento. A X Geres tem o desenho mais robusto e organizado, por ter menor área territorial. E, quanto a XI Geres, embora tendo sido criada recentemente, o seu desenho é pouco mais adequado, mas também apresenta inconsistências.

As falas dos entrevistados mostram esta situação:

[...] na VI Geres, o desenho é complicado [...] por exemplo, os municípios de Petrolândia e Jatobá ficam a mais de 250 km de distância de Arcoverde (Ent. 1, ARV).

[...] aqui na VI Geres, o problema está nos municípios mais distantes, Tacaratu, Petrolândia e Jatobá [...] tem que revisar esse desenho, porque é ultrapassado (Ent. 11, CRV).

[...] o desenho da X Geres é bom [...] porque é uma regional pequena (Ent. 8, CRV).

É inquestionável a relevância da regionalização (SANTOS; CAMPOS, 2015) para que as Visas atuem de forma sistêmica e resolutiva, com a região de saúde sendo o centro direcionador das bases entre os serviços dos diferentes entes federados. Em relação à Implantação de alternativas loco-regionais para otimizar a intersectorialidade e cooperação interfederativa entre Visas municipais, para capacitação de RH, e fortalecer regionalização, descentralização e resposta social do colegiado. Para Albuquerque, Franco de Sá, e Araújo Júnior (2016), as alianças intersectoriais são vitais é compreender as competências necessárias para implementar essa ação. Verifica-se que existe por demanda uma intersectorialidade com o Ministério Público e Polícias Militar e Civil, mas a cooperação em nível intermunicipal, nas Geres é inexistente. Os coordenadores municipais de Visa se limitam apenas as ações dentro dos seus próprios municípios e mesmo assim de forma precária.

Os fragmentos de fala, a seguir, corroboram o que foi exposto:

[...] eu nunca fui chamado para atuar em conjunto com outro município, e só posso atuar aqui no nosso município (Ent. 4, BRV).

[...] sou a favor de que deveria ter mais cooperação entre os municípios e as Visas atuem em conjunto (Ent. 3, CRV).

[...] quando tem demanda da Promotoria a gente procura cumprir (Ent. 10, CRV).

Quanto as características das relações de confiança e compartilhamento entre as SMSs, e o posicionamento dos GMSs, por meio dos coordenadores municipais de Visa dentro do processo decisório do colegiado direcionado às ações de Visa, foi verificado que essas relações se mostram inexistentes. Os GMSs atuam de maneira individualizada. O compartilhamento em coordenadores fica limitado a comunicação via telefone, “*WhatsApp*” ou quando ocorre alguma esporádica reunião informativa na Apevisa.

Esse recorte mostra isso:

[...] quando a gente precisa resolver alguma coisa com um coordenador municipal de visa, a gente fala ou por telefone institucional ou por *zap* (Ent. 3 CRV).

Em relação à alocação de recursos para a III Macrorregional de Saúde, em relação ao desenvolvimento para as ações e práticas de Visa, podem ser visualizadas no Quadro 10.

Quadro 10 – Atividades executadas da III Macrorregional de Saúde em relação à Alocação de Recursos e aos tópicos de importância para desenvolvimento das ações e práticas de Visa.

Núcleo de Sentido (Dimensão)	Consolidado das Pautas e Atas CIR (Apresentação e pactuação) e Entrevistas Semiestruturadas
Alocação de Recursos	Parâmetros
Alternativas loco-regionais do Colegiado em otimizar investimentos, focando às ações de Visa em virtude da contínua contração de recursos para a saúde	Diante da contínua contração de recursos para a Saúde pela União e pelo Estado, como colegiado em relação às ações de Visa. Não são visualizadas alternativas loco-regionais na III Macrorregional de Saúde, mesmo com maior controle econômico e financeiro para solucionar problemas de recursos, para aprimoramento dos investimentos objetivado o fortalecimento da Visa, não obstante tendo em vista um robusto movimento de responsabilização sanitária.
Apoio, pela CIR, da implantação e implementação das ações específicas relacionadas à Visa na III Macrorregional de Saúde.	Verificação de pouca ocorrência de supervisão das ações e práticas nas Visas municipais, por parte da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa), na Gerência Regional de Saúde pela CIR.
Monitoramento e Avaliação por meio da CIR. Processo de alocação e utilização de recursos vinculado à Visa, por meio entes federados.	As Geres não monitoram nem faz o acompanhamento de transferência de recursos financeiros vinculados às Visas municipais. Não existe <i>feedback</i> por parte do MS em relação às Geres (ficam isoladas), via SES-PE. Os recursos são repassados diretamente aos municípios através do teto Financeiro de Vigilância em Saúde.

Fonte: O Autor, baseado em Aragão (2019).

Com o Pacto de Gestão 2006, ocorreu a substituição das normas operacionais básicas e das portarias que as regulamentavam, por um conjunto de portarias ministeriais, onde não acarretou mudança para a maioria dos recursos financeiros destinados às ações de Visa; com isso, o Teto Financeiro da Visa ficou substituído pelo Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (DE SETA; SILVA, 2006). Mas, devido aos recursos serem repassados diretamente aos municípios através do teto Financeiro de Vigilância em Saúde. As Geres não têm como monitorar, nem acompanhar de transferência de recursos vinculados às Visas municipais. Não existe *feedback* por parte do MS em relação às Geres (ficam isoladas), via SES-PE.

O excerto a seguir reforça esta questão.

[...] na CIR não se fala de monitoramento de recursos de Visa porque foge à governabilidade (Ent. 1, ARV).

A importância de operacionalização das ações específicas e dos Sistemas de Logística para a Visa, no contexto da III Macrorregional de Saúde, para fortalecê-la e assegurar a sua configuração estão expostos no Quadro 11.

Quadro 11 - Operacionalização dos Sistemas de Logística para consolidação da regulação sanitária e das ações e práticas específicas de Visa na III Macrorregional de Saúde.

Núcleo de Sentido (Dimensão)	Consolidado das Pautas e Atas CIR (Apresentação e pactuação) e Entrevistas semiestruturadas
Sistema de Logística	Parâmetros
Otimização da acessibilidade e continuidade de ações específicas para as Visas municipais.	Cada município tem sua coordenação de Visa, o qual é supervisionada em suas ações pelo Estado, através da Apevisa. Verifica-se que o tema Visa não é quase abordado em pauta, quase nada é pactuado. Não ocorre comunicação entre as Visas.
Cadastramento de estabelecimentos, de profissionais pelas Visas na III Macrorregional, com a finalidade de operacionalizar as ações em nível municipal.	Há cadastramento de estabelecimentos sujeito à fiscalização sanitária e profissionais de saúde através do Sistema de Informação (Sevisa) da Apevisa, mas também, toma-se como referência o Cadastro Nacional de Especialidades de Saúde (CNES). A implantação do Sevisa ainda está em fase preambular, além desse sistema ser complicado para utilizar, mesmo em nível estadual, e os municípios não têm o menor domínio sobre este.
Conformidade com o proposto pelo Código Sanitário (Dec. 20.786/98, do Estado de PE).	Os municípios-sede possuem seus próprios Códigos Sanitários, mas os demais municípios da III Macrorregional de Saúde, têm sua regulação sanitária regida e em conformidade com Código Sanitário Estadual.
Diante das restrições impostas e das deficiências de RH e estruturais encontradas na conjuntura atual. Possíveis estratégias de superação.	São observadas graves deficiências na captação e capacitação RH, e também estruturais nas Visas municipais. Não são verificadas novas estratégias com finalidade de superar problemas crônicos das Visas.

Fonte: O Autor, baseado em Aragão (2019).

A regulação sanitária é um exercício de poder, por isso que a Visa detém o dito Poder de Polícia que lhe permite limitar o exercício dos direitos individuais em benefício do interesse público (ARAGÃO; OLIVEIRA, 2018; DI PIETRO, 2001). Compreende-se, assim, que o Poder é um condão para o cumprimento do Dever que tem o Estado de proteger a saúde (ARAGÃO; OLIVEIRA, 2018). Na procura da segurança sanitária, a Visa, como braço especializado do Estado para a Regulação em Saúde, deve procurar tecnologias de intervenção, informações, metodologias e estratégias alinhadas com o conhecimento científico atualizado e os valores estabelecidos na nossa Constituição (COSTA, 2009). Destarte, o problema mor é detectado nas graves deficiências na captação e capacitação de RH, e estruturais, bem como, na falta de comunicação entre as Visas municipais.

Os excertos abaixo, confirmam o exposto:

[...] realmente as Visas municipais são muito carentes tanto de material humano e capacitação desse pessoal, como de equipamento (Ent. 1, ARV).

[...] tem Visa municipal que não tem a menor condição para funcionar (Ent. 3, CRV).

[...] sempre depois das campanhas políticas, tem muita mudança nas equipes das Visas municipais [...] falta estabilidade, porque a maioria é contratado [...] o que sobra das SMSs é o que mandam para as Visas (Ent. 10, CRV).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou analisar a dinâmica de Governança no nível da III Macrorregional de Saúde de Pernambuco (PE), direcionada ao modelo de gestão da Visa, com relevo nas peculiaridades, grau de implantação, e implementação das ações das Visas municipais, com o propósito de averiguar sua conformidade no que concerne à configuração interinstitucional. Comprovou que a Governança se mostra conflitiva e apresenta um padrão similar nas três Geres em pauta.

O Modelo Lógico (ML) elaborado para a Visa demonstrou ser uma proveitosa ferramenta de gestão, porque proporcionou esquematizar uma imagem-objetivo da real situação da Visa Estadual e das Visas municipais nesse cenário.

A aplicação do Método *Delphi* Ajustado, baseado em relações intersetoriais e interfederativas na regionalização do SUS, acrescentou às lacunas do conhecimento e transpassou os entraves da avaliação normativa, mesmo diante do desprovimento de métodos avaliativos, correspondeu plenamente à premência da avaliação relativa às ações e práticas em Visa, alicerçado no parecer dos juízes e conexo com a complexidade do objeto de pesquisa não estruturado. E, por meio deste, avaliou-se o GI da Visa, que está em nível Crítico na III Macrorregional de Saúde de PE (Serra Talhada), validando o julgamento de consenso dos *experts* selecionados. É imperativo evidenciar o cenário no qual se mostra a estruturação da Visa na III Macrorregional de Saúde, porque, nessa circunstância, para seu fortalecimento, é imprescindível o apoio político e social, diante de uma população vulnerabilizada e desfavorecida, no interior do semiárido pernambucano, num panorama política e economicamente adverso.

As reuniões CIRs das XI, X e VI Geres, respectivamente, demonstram aspectos similares, limitadas simplesmente a questões técnicas regionais. Ainda que formalizadas e registradas, são meramente informativas, sem espaço para pactuações direcionadas à Visa. Apresentaram capacidade resolutiva irrelevante, e são singularizadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão, o que ocasiona um vácuo (hiato) na governança. Além, de não existir uma instância macrorregional. Portanto, faz-se indispensável a elaboração de novas soluções colegiadas nas CIRs; o trâmite primordial para incrementar a implementação de um modelo de gestão satisfatório, eficiente e eficaz para a Visa, que elimine a verticalidade na operacionalização de suas ações.

Não são verificadas novas etapas para consolidar e operacionalizar a Visa, porque a Apevisa, as CTs e as CIRs não têm poder de convencimento para demonstrar a magnitude

dessas ações e práticas de Visa em relação à sua configuração interinstitucional, e das respectivas responsabilizações aos GMSs, e respectivos coordenadores municipais de Visa que por sua vez são subordinados aos Gerentes municipais de Vigilância em Saúde, porque, além de, muitas vezes não serem capacitados para exercer tais funções; a operacionalização do modelo de gestão vigente instituído pelo MS, através da Anvisa direcionado para as Visas estaduais, e por sua vez supervisionam as Visas municipais é anacrônico, incongruente e inadequado, porque foge à governabilidade. Destarte, se torna fundamental estabelecer inovadoras estratégias e mecanismos que propiciem maior cooperação entre os entes federados, quanto à aplicação de ações e recursos: pois, muitas formas de ação são obsoletas; e, quanto aos recursos, muitos, quando são recebidos, por várias vezes não são aplicados, o que gera e impele uma sequência de não operacionalidade para a Visa.

O desenho territorial da III Macrorregional de Saúde, embora mais recente, é pouco conexo, e não traz funcionalidade em relação à Visa. Em nível regional, se torna imprescindível uma reorganização territorial em todas as três Geres. O desenho da VI Geres precisa ser revisto, em virtude de sua grande extensão territorial que faz fronteira com três Estados (Alagoas, Paraíba e Bahia).

Como esse cenário é inevitavelmente contingencial, mostra-se a imprescindibilidade de modernas avaliações focadas para às ações e práticas de Visa, com a finalidade de retificar tais distorções, inefetividades, ineficiências e ineficácias, e adequá-las às carências dos segmentos populacionais a que se reservam. É imperativo robustecer e implementar a Visa em Pernambuco, em virtude dessa conjuntura desfavorável desde 2016. Também é provável que essas incorreções constatadas sejam parte de um cenário ainda mais amplo no país, em relação a condição desfavorável de natureza intergovernamental, que se particulariza por grandes adversidades na saúde pública, decorrentes de uma crise institucional e ampla alteração das políticas do Governo Federal, com disposições de austeridade adotadas no SUS, dispostas na Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, T. I. P.; FRANCO DE SÁ, R. M. P.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão?. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1695-1705, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PVfVm6DR7FJQxHNnMYxDmSF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jun. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232015216.07672016.
- ALVES, C. K. A. *et al.* Interpretação e Análise das Informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. *In: SAMICO, I. et al. (orgs.). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Científica, 2010. cap. 8.
- ALMEIDA, L. L. **O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/13564>. Acesso em: 14 abr. 2021.
- ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o Dilema da Intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ARAGÃO, A. A. V. **Avaliação do Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano no município de Buíque – Pernambuco**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.
- ARAGÃO, A. A. V. **Análise da Governança nos Colegiados Regionais em relação à Rede Cegonha na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.
- ARAGÃO, A. A. V.; COSTA, A. M.; CÂMARA NETO, H. F. Programa de vigilância da qualidade da água para consumo humano em município do agreste de Pernambuco: avaliação do programa e caracterização dos sistemas de abastecimento de água e de soluções alternativas coletivas. *In: GURGEL, I. D. et al.; (orgs.). Gestão em Saúde Pública: a vigilância em Saúde em foco*. Recife: Editora UFPE, 2014.
- ARAGÃO, A. A. V.; OLIVEIRA, S. R. A. O Poder do Poder de Polícia à Luz do Direito Sanitário e da Vigilância Sanitária” **Revista SANARE**, Sobral, v. 17, n. 1, p. 58 - 64, 2018.
- ARAGÃO, A. A. V.; OLIVEIRA, S. R. A.; GURGEL JÚNIOR, G. D. O uso do Método Delphi ajustado para avaliar a Rede Cegonha: da Imagem-objetivo à Realidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. e20180318, 2019.
- ARAGÃO, A. A. V.; *et al.* O Panorama da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco Análise da governança em colegiados regionais do programa Rede Cegonha. *In: GURGEL JÚNIOR, G. D.; et al. (orgs.). Mecanismos de governança e regulação pública no SUS – Programa Rede Cegonha* [recurso eletrônico]: experiências e desafios institucionais. Recife: Ed. UFPE, 2021. ISBN 978-65-5962-004-3 (online).

ASSEN, M. V.; GERBEN, V. D. B.; PIETERSMA, P. **Modelos de Gestão**: os modelos que todo gestor deve conhecer. São Paulo. Ed. Pearson Prentice Hall, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: LDA: Edições 70, 2009.

BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. *In*: COSTA, E. A. (org.). **Vigilância sanitária**: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 91-106.

BEZERRA, L. C. A; CAZARIN, G; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. *In*: SAMICO, I. *et al.* (orgs.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.

BLOOR, M. *et al.* Useful but no Oracle: Reflections on the use of a Delphi Group in a multi-methods policy research study. **Qualitative Research**, Salt Lake City, 2014. DOI: 10.1177/1468794113504103.

BOULKEDID, R. *et al.* Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: A Systematic **Review Plos One**, Oxford, n. 6, p. e20476, 2011. DOI: 10.1371/journal.pone.0020476.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Art. 198º. *In*: BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_198_.asp. Acesso em: 27 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde**. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde. v.5). 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série Pactos pela Saúde, v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, 01 de agosto de 2008**. 2008. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 27 jun. 2020.

BRASIL. **Coleção das leis do Brasil de 1810**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis_Historicas/alvara22011810-2.htm. Acesso em: 13 mai. 2020.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. *In*: FLEURY, S. (org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417- 442.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 61, p. 25 – 52, 2006. Disponível em: <http://anpocs.com/index.php/bib-pt/bib-61/580-bib-61-integra/file>. Acesso em: 21 ago. 2020.

CARNOY, M. **Estado e Teoria Política**. 17. ed. Campinas: Papirus, 2013.

CARVALHO, C.; MACHADO, R. B.; TIMM, L. B. **Direito Sanitário Brasileiro**. São Paulo: Quartier Latin, 2004.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. *In:* BROUSSELLE, A. *et al.* (orgs.) **Avaliação: Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41- 60.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Diretrizes operacionais. Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série Pactos pela Saúde. v.1). 2006.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária Proteção e Defesa da Saúde**. 2 ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime), 2004.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária: temas para debate**. *In:* COSTA, E. A. (org.); AITH, F.; *et al.* Salvador: EDFUBA, 2009. p. 11-27.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. (orgs.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

DE SETA, M. H.; SILVA, J. A. A. A Gestão da Vigilância Sanitária. *In:* DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; OLIVEIRA, G. O. (orgs.) **Gestão e Vigilância Sanitária: modos de pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 195-217.

DE SETA, M. H.; REIS, L. G. C. Construção, estruturação, gestão das vigilâncias do campo da saúde. *In:* GONDIM, R.; GRABOIS, V; MENDES, W. (orgs.) III – As vigilâncias do campo da saúde: aportes e implicações para a gestão e de sistemas e de serviços de saúde. **Qualificação de Gestores do SUS**. 2 ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. III.8. p. 239-276.

DE SETA, M. H. *et al.* A Coordenação Federativa na Construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e no Estado do Rio de Janeiro. *In:* UGÁ, M. A. D. (org.) **A Gestão do SUS no Âmbito Estadual – O Caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 119-146.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

DUARTE, A. J. C.; TEIXEIRA, M. O. Trabalho e educação na saúde: um olhar na vigilância sanitária. *In:* **Anais**. Florianópolis. VII Encontro Nacional do Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente. v. 7. 2009.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-110, 2005.

FELISBERTO, E. **Análise da Implantação e da Sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil, no período de 2003 a 2008**.

2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

FERRARO, A. H. A.; COSTA, E. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Imagem-objetivo para descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2201 - 2217, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2056/1/per%20nac2009.8.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. *In: SAMICO, I. et al. (org.) Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Científica, 2010. cap. 1.

FLEURY, S. *et al.* Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 28, n. 6, p. 446 - 455, 2010.

FLICK, U. Triangulation in qualitative Research. *In: FLICK, U.; KARDOFF, E. V.; STEINKE, I. (orgs.). A Companion of qualitative research*. London: SAGE, 2004.

FONSÊCA, G. S.; JUNQUEIRA, S. R. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): o olhar dos tutores. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1151-1162, 2014.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como Desdobramento das Políticas de Saúde do Século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177-227, 2006.

GONÇALVES, A. O Conceito de Governança. *In: CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI, Conpedi, 2006, Manaus, Anais*, São Paulo: Integra, 2006. Disponível em: <http://www.conpedi.org/manaus/arquivos/Anais/Alcindo%20Goncalves.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

GÖTTEMS, L. B. D. *et al.* O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1997 - 2008, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-1997.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2020.

GREENE, J. C. **Mixed methods in social inquiry**. San Francisco: Wiley Imprint, 2007.

GURGEL JÚNIOR, G. D. **Health Sector Reform in Brazil: Past, present and future. A Theoretical Approach to Structural Changes**. 2008. Tese (PhD in Social Sciences) - Manchester: Faculty of Humanities. School of Social Sciences. University Manchester; 2008.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2010.

HSIEH, H-F.; SHANNON, S. E. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. **Quality Health Research Journal**, Salt Lake City, n.15, p.1277, 2005. Disponível em: <http://qhr.sagepub.com/content/15/9/1277>. Acesso em: 12 dez. 2020.

HUFTY, M; BÁSCOLO, E; BAZZANI, R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22 S, p. 35-45, 2006.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em:

<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>. Acesso em: 01 jun. 2021.

JANSEN, M. W. *et al.* Public health: disconnections between policy, practice and research. **Health Research Policy and Systems**, London, v. 8, n. 1, p. 37, 2010. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-8-37>. Acesso em: 4 nov. 2020.

JANUZZI, P. M. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 36, p. 251 - 275, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/228/212>. Acesso em: 14 fev. 2021.

JESSOP, B. **Governance and Metagovernance: On Reflexivity, Requisite Variety, and Requisite Irony**. Published by the Department of Sociology, Lancaster University, LA1 4YN, Lancaster, UK. 2003. Disponível em: <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Jessop-Governance-and-Metagovernance.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

KONDRACKI, N. L.; WELLMAN, N. S. Content analysis: Review of methods and their applications in nutrition education. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, San Diego, CA, v. 34, n. 4, p. 224-230, 2002.

KVALE, S.; BRINKMANN, S. **Interviews: Learning the craft of qualitative research**. California: Sage Publications, 2009.

LIMA, L. D. *et al.* O Pacto Federativo Brasileiro e o Papel do Gestor Estadual no SUS. In: UGÁ, M. A. D. (org.) **A Gestão do SUS no Âmbito Estadual – O Caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 27 - 58.

LOPES, G. V. D. O.; VILASBÔAS, A. L. Q.; CASTELLANOS, M. E. P. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 241 - 254, 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTELLI, P. J. L. **Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: Um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

MAYER, B. L. D. *et al.* Profissionais de saúde da atenção básica e a avaliação: revisão integrativa da literatura. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 19-28, 2015.

MÉGIE, A. Mise en oeuvre. In: BOUSSAGUET, L.; JACQUOT, S.; RAVINET, P. (orgs.) **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 2004. p. 283 - 289.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. *In*: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, S. R. A.; TEIXEIRA, C. F. Avaliação da regionalização do SUS: construção de Modelo Teórico-lógico. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n.1, p. 236-254, 2013.

PEREIRA, R. D. M.; ALVIM, N. A. T. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção em enfermagem. **Escola Anna Nery**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 174 – 180, 2015.

PEREIRA, R. R. Governança no Setor Público - origem, teorias, modalidades e aplicações. **Revista do TCU**, Brasília, v. 122, p. 122 - 133, 2011. Disponível em: <http://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/200>. Acesso em: 24 set. 2020.

PERNAMBUCO. **Secretaria Estadual de Saúde**. Recife, 2021. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude>. Acesso em: 27 mai. 2021.

PESSOA, T. R. R. F.; NORO, L. R. A. Caminhos para a avaliação da formação em Odontologia: construção de modelo lógico e validação de critérios. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2277 - 2290, 2015.

PINTO, I. C. M. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de política. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 12, n. 1, p. 27-36, 2008. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3832/1960>. Acesso em: 12 set. 2020.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1075-1084, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1075.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

ROCHA, J. C. S. **Direito Sanitário na Perspectiva dos Interesses Difusos**. São Paulo: Atlas, 2011.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. *In*: SAMICO, I. *et al.* (orgs.). **Avaliação em Saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

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

SANTOS, F. A. S. *et al.* Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1154 -1159, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2916.pdf>. Acesso em: 29 set. 2020.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438 - 446, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200438&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 ago. 2020.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SAVARD, J. F. Policy Cycles. *In:* CÔTÉ, L.; SAVARD, J. F. (ed.). **Encyclopedic Dictionary of Public Administration**. 2012. Disponível em: http://www.dictionnaire.enap.ca/dictionnaire/docs/definitions/definitions_anglais/policy_cycles.pdf. Acesso em: 18 ago. 2020.

SECCHI, L. Ciclo de políticas públicas. *In:* SECCHI, L. **Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: ed. FGV, 2011. Disponível em: <http://encontroprogramadeprotecao.files.wordpress.com/2011/11/ciclodopolc3adticaspc3bbllicas.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2020.

SILVEIRA FILHO, R. M. *et al.* Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, 2016.

SOUZA, L. E. P. F.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. *In:* HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M, (orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA/RJ: Editora Fiocruz; 2005. p. 65-102.

SPEDO, S. M.; TANAKA, O. Y.; PINTO, N. R. S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1781-1790, 2009.

STEINBACH, A. *et al.* Mapeamento da produção científica em gestão vigilância sanitária no período 2000 a 2010. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 919-940, 2012.

VALDÉS, M. G.; MARÍN, M. S. Empleo del método Delphi en investigaciones sobre salud publicadas en revistas científicas cubanas. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud**, Havana, v. 24, n. 2, p. 133-144, 2013. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S230721132013000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 13 fev. 2021.

VIANA, A. L. A; LIMA, L. D. (orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

VIANA, A. L. A; LIMA, L. D, FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317- 2326, 2010.

WERNECK, G. A. F.; FEKETE, M. C. **Textos de vigilância Sanitária: VISA na atenção básica** (orgs.). Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 2007.

WORLD BANK. The Independent Evaluation Group. **Sourcebook for Evaluating Global and Regional Partnership Programs. indicative principles and standards**. Geneve, 2007. Disponível em: <http://www.worldbank.org/ieg/grpp>. Acesso em: 4 out. 2020.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e método**. 3. ed. Porto alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO - Entrevista Semiestruturada para Visa (Pós Doc)

DOMÍNIO I – Dinâmica da política de descentralização e da governança interfederativa no contexto da Macrorregional de Saúde.

1

- A forma pela qual a reunião da CIR tem sido organizada, quanto a horários, pautas, coordenação da reunião, tem influenciado o processo de pactuação entre os gestores?

2

- Como ocorre a definição da agenda que será discutida na reunião do colegiado; e, a forma como os temas são discutidos, sofrem influência do ator social que propôs a discussão?

3

- Ocorre a influência de SMSs (Secretários Municipais de Saúde) em CIRs, e que mecanismos de incorporação e contribuições dos mesmos usam para o planejamento e qualidade da atuação no processo de pactuação?

4

- Diante do atual modelo de descentralização das ações de Visa adotado no Brasil. Na sua visão, como ele está sendo implementado e qual a concepção de gestão que o norteia?

5

- Qual o papel e a importância das CIRs nas Geres, nesse processo de planejamento e fortalecimento das Visas municipais através da utilização de informações estratégicas?

6

- Quanto ao processo de descentralização das ações de Visa, a definição dos papéis/atribuições das três esferas de gestão dentro do SNVS está clara? Como tem se desempenhado o Estado (Apevisa) nesse processo?

7

- Como tem se dado a comunicação entre o colegiado e a população quanto a condução das Visas municipais na Região de Saúde? Quais aspectos têm favorecido ou limitado esse diálogo e prestação de contas à sociedade?

8

Houve mudança na estruturação das ações, serviços e descentralização de Visa nas VI, X e XI Geres, como acordo interfederativo entre municípios. As fragilidades e potencialidades? Existem próximas etapas e fortalecimento para efetivação da Visa?

DOMÍNIO II - Relações interfederativas no contexto da Macrorregião de Saúde.

1

- Como é a forma de interrelação da Gerência Regional de Saúde nas CIRs para fortalecimento as ações estratégicas e práticas da Visa. Como ocorre a condução da negociação e quem é o ator social principal?

2

- Como vem se dando o relacionamento entre as esferas de gestão quanto ao processo de descentralização das ações de vigilância sanitária? Como têm se acompanhado as pactuações realizadas?

3

- O desenho político-territorial da Região de Saúde tem sido um fator facilitador da negociação de forma regionalizada? Você acredita que o processo de condução da política de Visa poderia ser positivamente diferente se fosse realizado uma reorganização dos municípios que fazem parte dessa Região de Saúde? Quais mudanças você proporia?

4

- Quais alternativas poderiam ser implementadas visando o aprimoramento e cooperação intersetorial e interfederativa entre outros entes públicos, estado e municípios, fortalecendo a regionalização e a resposta social do colegiado, as demandas de Visa (ações, treinamento para os gestores, oficinas, mudanças na forma de financiamento)?

5

- Como se caracteriza as relações de confiança e compartilhamento entre as SMSs e como se posicionam os Secretários Municipais, por meio dos coordenadores municipais de Visa dentro do processo decisório do colegiado em relação às ações de Visa?

DOMÍNIO III - Alocação de recursos no contexto da Macrorregião de Saúde.

1

- Diante da contínua diminuição de financiamento para a Saúde pela União como colegiado em relação às ações de Visa. Existem alternativas loco-regionais para aprimoramento dos investimentos visando o fortalecimento da Visa (tendo em vista forte movimento de responsabilização sanitária na III Macrorregional de Saúde)?

2

- Como ocorre a realização do monitoramento, avaliação e supervisão das ações e práticas das Visas municipais por parte da Regional de Saúde pela CIR?

3

- Existe a implantação de alternativas loco-regionais para aprimorar cooperação interfederativa entre Visas municipais, e para fortalecer regionalização, descentralização e resposta social do colegiado?

4

- Como a CIR tem monitorado e avaliado o processo de alocação, utilização e repasse dos recursos financeiros pelos entes federados (união, estados e municípios) vinculados ao financiamento da Visa na Região de Saúde?

DOMÍNIO IV - Ações específicas e Sistema de Logística no Contexto Macrorregional de Saúde

1

Tem ocorrido mecanismos para otimização da acessibilidade e continuidade de ações específicas para as Visas municipais?

2

Ocorre o cadastramento de estabelecimentos e de profissionais de saúde em nível de Visa na III Macrorregional, com a finalidade de operacionalizar as ações das Visas municipais.

3

Existe conformidade para as ações de Visa com o que foi proposto pelo Código Sanitário (Dec. 20.786/98 do Estado de Pernambuco)?

4

Diante das restrições impostas e das deficiências de captação e capacitação de Recursos Humanos (RH), e estruturais encontradas na conjuntura atual de Visa, quais as estratégias de superação são possíveis?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MATRIZ DE CONCORDÂNCIA DELPHI



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães
Departamento de Saúde Coletiva
Estágio de Pós-Doutorado em Saúde Pública

Convidamos o (a) Senhor (a) para participar da Pesquisa “**A utilização do Método Delphi Ajustado para avaliar as ações de Vigilância Sanitária na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Dr. Antônio Augusto Vieira de Aragão e Prof. Dr. José Luís Correia de Araújo Júnior**. Se decidir participar dela, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Essa pesquisa pretende analisar o processo do modelo de gestão de Visa em Comissões Intergestores Regionais (CIRs), relacionada ao grau de implantação (GI) das ações das Visas municipais da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco (PE) no período de 2015 a 2018.

Com esta, acredita-se poder contribuir para aprofundar o conhecimento sobre o surgimento, desenvolvimento, atuação e produção do modelo de gestão da Visa; bem como, compreender quais os impasses nas ações para a estruturação/fortalecimento e operacionalização de um modelo de gestão que desenvolva a perspectiva de promoção e proteção da saúde.

Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. Em situações de danos devido a sua participação na pesquisa, é garantido o direito de indenização caso seja comprovado o dano e garantida a indenização por vias legais.

O participante poderá se recusar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento que desejar, sem prejuízo a ambas as partes. Todos os seus dados também serão removidos da pesquisa, a não ser que o Sr. (a) autorize a permanência desses na nossa análise. A sua contribuição na pesquisa ocorrerá como *expert* (especialista), através de uma entrevista e/ou do preenchimento do Instrumento de validação de Categorização das ferramentas da Avaliação baseada nos objetivos da Visa, através da Matriz de Concordância de Fundamentos da Visa, pelo Método Delphi Ajustado.

Rubricas: _____

(Pesquisador)

(Participante)

Estimulação à acessibilidade e participação da população na defesa de seus direitos através de ações de comunicação	Existir melhoria do acesso e participação para atividades educativas.																				
	Existir de comunicação entre colegiados e população quanto a condução das ações e práticas da Visa.																				
Organização de práticas e serviços de Visa nos municípios	Existir equipamentos de trabalho (ambiente físico, veículo, computador).																				
	Existir de material de consumo (insumos, material penso, formulários).																				
	Existir Sistema de Informação (cadastro e atualização) serviço de atendimento ao público (denúncias encaminhadas etc.).																				

OBS. 1 – Marcar com um X na Classificação do Nível de Concordância atribuindo as notas de 0 a 10.

OBS. 2 – Caso a nota seja 0 (zero) para algum fundamento. Pode sugerir um novo fundamento.

Comentários:

O risco relacionado a participação seria se houvesse falta de sigilo pessoal. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram, e que os riscos descritos sejam minimizados, através de total sigilo pessoal, pois, cada *expert* será identificado por um código. Inclusive, garantimos que sua identidade não venha a público sob hipótese alguma.

Os resultados dessa pesquisa ficarão disponíveis para o Sr. (a). Essa pesquisa traz como benefício preencher o hiato do saber e transpor os obstáculos da avaliação normativa, diante da carência de métodos avaliativos, para responder à avaliação em ações e práticas relacionados à Visa, alicerçada na opinião de *experts* (juízes), coerente com a complexidade do objeto de pesquisa não estruturado.

Os dados armazenados poderão ser usados em pesquisas futuras, mas um novo consentimento será pedido. Todas as informações colhidas serão analisadas, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do participante a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Rubricas: _____

(Pesquisador)

(Participante)

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste Instituto de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8 – 12 h e das 13 – 17h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma via pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Recife, ____/____/2021.

Assinatura do *expert*: _____

Nome completo: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Pesquisador - Assinatura: _____

Nome completo do Pesquisador: _____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Pesquisador: Antônio Augusto Vieira de Aragão

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

E-mail: augustoaapevisa@gmail.com

Telefone: 87 - 996032051

Rubricas: _____

(Pesquisador)

(Participante)

APÊNDICE C –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MATRIZ DE AVALIAÇÃO DELPHI



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães
Departamento de Saúde Coletiva
Estágio de Pós-Doutorado em Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Senhor (a) para participar da Pesquisa “**A utilização do Método Delphi Ajustado para avaliar as ações de Vigilância Sanitária na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Antônio Augusto Vieira de Aragão, e Prof. Dr. José Luís Correia de Araújo Júnior**. Se decidir participar dela, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Essa pesquisa pretende analisar o processo do modelo de gestão de Visa em Comissões Intergestores Regionais (CIRs), relacionada ao grau de implantação (GI) das ações das Visas municipais da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco (PE) no período de 2015 a 2018.

Com esta, acredita-se poder contribuir para aprofundar o conhecimento sobre o surgimento, desenvolvimento, atuação e produção do modelo de gestão da Visa; bem como, compreender quais os impasses nas ações para a estruturação/fortalecimento e operacionalização de um modelo de gestão que desenvolva a perspectiva de promoção e proteção da saúde.

Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. Em situações de danos devido a sua participação na pesquisa, é garantido o direito de indenização caso seja comprovado o dano e garantida a indenização por vias legais.

O participante poderá se recusar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento que desejar, sem prejuízo a ambas as partes. Todos os seus dados também serão removidos da pesquisa, a não ser que o Sr. (a) autorize a permanência desses na nossa análise. A sua contribuição na pesquisa ocorrerá como *expert* (especialista), através do preenchimento do Instrumento de validação de Categorização das ferramentas da Avaliação baseada nos objetivos da Visa, através da Matriz de Concordância de Fundamentos da Visa, pelo Método Delphi Ajustado.

Rubricas: _____

(Pesquisador)

(Participante)

Dimensão	Fundamento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Contratação e Captação de Recursos Humanos (RH)	Existência de aumento, organização e qualificação da equipe de profissionais (níveis superior e médio), e de serviços para execução de ações (sistema de informação).										
	Existência de equipe técnica que atenda necessidades (nível superior, médio, etc.)										
Estimulação à acessibilidade e participação da população na defesa de seus direitos através de ações de comunicação	Ocorrência de melhoria do acesso e participação para atividades educativas.										
	Ocorrência de comunicação entre colegiados e população quanto a condução das ações e práticas da Visa.										
Organização de práticas e serviços de Visa nos municípios	Existência de equipamentos de trabalho (ambiente físico, veículo, computador).										
	Existência de material de consumo (insumos, material penso, formulários).										
	Existência de Sistema de Informação (cadastro e atualização) e serviço de atendimento ao público (denúncias encaminhadas etc.).										

OBS. 1 – Marcar com um X na Classificação do Nível de Concordância atribuindo as notas de 0 a 10.

OBS. 2 – Caso a nota seja 0 (zero) para algum fundamento. Pode sugerir um novo fundamento.

Comentários:

O risco relacionado a participação seria se houvesse falta de sigilo pessoal. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram, e que os riscos descritos sejam minimizados, através de total sigilo pessoal, pois, cada *expert* será identificado por um código. Inclusive, garantimos que sua identidade não venha a público sob hipótese alguma.

Os resultados dessa pesquisa ficarão disponíveis para o Sr. (a). Essa pesquisa traz como benefício preencher o hiato do saber e transpor os obstáculos da avaliação normativa, diante da carência de métodos avaliativos, para responder à avaliação em ações de serviços de saúde relacionados à Visa, alicerçada na opinião de *experts* (juízes), coerente com a complexidade do objeto de pesquisa não estruturado.

Rubricas: _____

(Pesquisador)

(Participante)

Os dados armazenados poderão ser usados em pesquisas futuras, mas um novo consentimento será pedido. Todas as informações colhidas serão analisadas, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do participante a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8 – 12 h e das 13 – 17h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma via pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Recife, ____/____/2021.

Assinatura do expert: _____

Nome completo: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Pesquisador - Assinatura: _____

Nome completo do Pesquisador: _____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Pesquisador: Antônio Augusto Vieira de Aragão

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

E-mail: augustoapevisa@gmail.com

Telefone: 87 - 996032051

Rubricas: _____

(Pesquisador)

(Participante)

APÊNDICE D – Parecer Consubstanciado de aprovação da pesquisa pelo CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A utilização do Método Delphi Ajustado para avaliar as ações de Vigilância Sanitária na III Macrorregional de saúde em Pernambuco

Pesquisador: ANTONIO AUGUSTO VIEIRA DE ARAGAO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 42522620.0.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.639.874

Apresentação do Projeto:

As informações dos campos Apresentação do Projeto, Objetivo da Pesquisa e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram retiradas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1499285.pdf, de 11/01/2021, cujo preenchimento foi realizado pelo pesquisador responsável.

Resumo:

Mesmo sendo a Vigilância Sanitária (Visa), um tema de alta relevância no âmbito da saúde pública, observase que ainda são esparsas as pesquisas e publicações sobre o tema, principalmente em relação à construção teórica e política que configurou o campo, tal qual se apresenta hoje no Brasil. Este estudo tem como objetivo geral: analisar o processo do modelo de gestão de Visa em Comissões Intergestores Regionais (CIRs), relacionada ao grau de implantação (GI) das ações das Visas municipais da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco (PE) no período de 2015 a 2018. E como específicos: avaliar o GI das ações para a estruturação, fortalecimento e operacionalização da gestão das Visas; identificar as ações das CIRs relacionadas à gestão das Visas; e, verificar as práticas das Visas. Trata-se de um estudo de caso. Adota o método misto de triangulação de dados, combinando distintas técnicas para captação do fenômeno estudado dos métodos mistos (Mixed Methods). Focará os planos de ações municipais de Visa, bem como o plano estadual, que corresponde à gestão do governador Paulo Câmara (de fevereiro de 2015 a novembro de 2018). Será realizado na III Macrorregional de Saúde

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.639.874

em PE, cuja sede é no município de Serra Talhada, e tem, sob sua jurisdição, as VI, X e XI Gerências Regionais de Saúde (Geres), e 35 municípios. Para a realização das etapas da pesquisa será entrevistado um grupo selecionado com 15 indivíduos por meio de entrevistas semiestruturadas: três Supervisores Regionais de Visa; nove Coordenadores Municipais de Visa; e três Técnicos de Visa, dentre estes, dois especialistas operam como professores na Academia. Serão realizadas consultas através do site oficial do MS e selecionados os registros publicados no Diário Oficial da União, e da Secretaria Estadual de Saúde, dos Planos Diretores Estadual e Municipal de Visa (PDVISA), Relatórios Anual de Gestão, Protocolos e Documentos da Política Estadual e Municipal de Visa, concernentes ao período estudado.

Serão analisadas as pautas e atas das reuniões em Comissões Intergestores Bipartite (CIRs), nas três Gerês sob a jurisdição da III Macrorregional. Será aplicado o Método Delphi de forma ajustada, com 15 especialistas, em três momentos. Inicialmente, com a construção de um Modelo Lógico, com a Proposta da Imagem-objetivo, posteriormente avaliar-se-á o Grau de implantação da Visa na III Macrorregional. Esta pesquisa será submetida ao Comitê de Ética do IAM/Fiocruz, e seguirá todos os preceitos éticos e legais. E finalmente, o cronograma de execução deste projeto deverá ser desenvolvido no período de dois semestres a partir do início das atividades.

Hipótese:

Considerando o fato de que, nos últimos anos a Visa emergiu como um setor importante e crucial nas políticas públicas, para a promoção e proteção à saúde, no processo de consolidação do SUS, e em cumprimento à Constituição Federal de 1988; é necessário evidenciar, o trabalho que vem sendo desenvolvido a nível nacional em Visa nos últimos anos, tornou o Brasil, referência em regulação sanitária e econômica na América Latina, pois, sua atuação engloba produtos e serviços de saúde que representam 25% do Produto Interno Bruto (PIB) do país, demonstrando com isso, sua importância no cenário nacional. Com isso, pretende-se, aprofundar o conhecimento sobre o surgimento, desenvolvimento, atuação e produção do modelo de gestão da Visa; bem como, compreender quais os impasses nas ações para a estruturação/fortalecimento e operacionalização de um modelo de gestão que desenvolva a perspectiva de promoção e proteção da saúde. Pressupõe-se que: a escolha da aplicação do Método Delphi Ajustado para avaliar o Grau de Implantação (GI) das ações para a estruturação e fortalecimento do modelo gestão das Visas municipais na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco (PE) preenche o hiato do saber e transpõe os obstáculos da avaliação normativa, diante da carência de métodos avaliativos, para responder à avaliação em ações de serviços de saúde relacionados à Visa, alicerçada na opinião de

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.639.874

experts (juizes), coerente com a complexidade do objeto de pesquisa não estruturado. Diante do exposto, justifica-se, que este estudo, poderá proporcionar o acúmulo de conhecimento e publicações que poderão contribuir para o debate acadêmico-científico sobre a análise do modelo de gestão em Visa, pois, abrirá um vasto campo para novas pesquisas na área de saúde pública. Com isso, este projeto pretende contribuir para um maior conhecimento do tema, através da análise das relações intergovernamentais no SUS, por meio das ações em CIRs, direcionada à Visa, quanto ao processo do modelo de gestão, e demonstrar como se encontra o GI das ações de Visa nesse contexto.

Diante do exposto, podem ser levantados os seguintes questionamentos:

- Como está configurado o processo direcionado ao modelo de gestão da Visa, por meio das ações em CIRs, relacionada a estruturação/fortalecimento e operacionalização das ações das Visas municipais, na III Macrorregional de Saúde em PE?
- Como está o Grau de Implantação (GI), das ações para a estruturação/fortalecimento e operacionalização do modelo de gestão das Visas municipais na III Macrorregião de Saúde em PE, através do Método Delphi Ajustado, coerente com a complexidade do objeto de pesquisa não estruturado?

Metodologia Proposta:

Trata-se de estudo de caso (Yin, 2005). O estudo adota o método misto de triangulação de dados, combinando distintas técnicas para captação do fenômeno estudado com métodos mistos (Mixed Methods), (MINAYO, 2005).

Ocorrerá entre os meses de novembro de 2019 a outubro de 2020, focará os planos de ações municipais de Visa, bem como o plano estadual, que corresponde à Gestão do Governador Paulo Câmara (de fevereiro de 2015 a novembro de 2018). Será realizado na III Macrorregional de Saúde em PE, cuja sede é no município de Serra Talhada, e tem,

sob sua jurisdição, as VI, X e XI Gerências Regionais de Saúde (Geres), com 35 municípios, e com uma população em torno de 800 mil habitantes (IBGE, 2010).

Para a realização das etapas da pesquisa será entrevistado um grupo selecionado com quinze indivíduos: três Supervisores Regionais de Visa (SRV); nove Coordenadores Municipais de Visa (CMVs); e três Técnicos de Visa, dentre estes, dois especialistas operam como professores na Academia. A amostra será definida de forma intencional, considerando os propósitos em compreender a influência dos atores no contexto, nas suas relações interinstitucionais e no fortalecimento das ações em Visa (MARCONI;

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.670-420
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639	Fax: (81)2101-2639 E-mail: cep.iam@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.639.874

LAKATOS, 2006).

Este trabalho seguirá a sequência dos seguintes passos: 1) Coleta e tratamento dos dados provenientes dos documentos; 2) Definição das perguntas condutoras das entrevistas semiestruturadas; 3) Realização das entrevistas com os atores-chave em Visa (especialistas); 4) Transcrição e tratamento dos dados provenientes das entrevistas; 5) Aplicação do Questionário de Consenso, Conferência e aplicação do Questionário de Avaliação das ações Visa com experts (juizes) das três Geres da III Macrorregional; 6) Construção de um ML para estruturação/fortalecimento das ações em Visa; 7) Triangulação e análise dos dados documentais, das entrevistas semiestruturadas; 8) Observação não participante em reuniões.

O levantamento documental possibilitará a triangulação das informações obtidas nas entrevistas, levando maior robustez ao estudo (DE SETA; SILVA, 2006). Serão realizadas consultas através do site oficial do MS e selecionados os registros publicados no Diário Oficial da União (DOU), da Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE), dos Planos Diretores Estadual e Municipal de Visa (PDVISA), Protocolos e Documentos da Política Estadual e Municipal de Visa, concernentes ao período estudado. Serão analisadas as pautas e atas das reuniões em CIRs, nas três Geres sob a jurisdição da III Macrorregional.

Optou-se pela entrevista semiestruturada, porque garante um roteiro com melhor grau de uniformidade, pois permite uma relação mais interativa entre entrevistador e entrevistado (MARTELLI, 2010; MINAYO, 2010). Haverá uma conferência de Consenso com os experts (juizes). Logo em seguida, será apresentado o Questionário de Avaliação das ações de Visa, contendo a Matriz para Avaliação do GI de Fundamentos das ações de Visa, pelo Método Delphi Ajustado (ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019).

A elaboração do Modelo Lógico (ML) terá início com a pesquisa e leitura de documentos relacionados ao objeto e a partir de dispositivos – publicações do MS e da SES-PE, citados anteriormente. O ML é um sistema hipotético-dedutivo que é representado por símbolos ou diagramas, é imprescindível para a descrição das ideias, dos enunciados que compõem a teoria específica (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013). Será utilizada a técnica de análise de conteúdo nominada Condensação de Significados, proposta por Kvale e Brinkmann (2009). Aplicar-se-á o Método Delphi de forma ajustada; então, será feita a seleção e participação de quinze indivíduos especialistas “juizes” de forma interativa, alicerçada em

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.639.874

feedback, de rodadas de respostas, de acordo com critérios definidos (ARAGÃO, OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019; BLOOR et al., 2014; PEREIRA; ALVIN, 2015).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo direcionado ao modelo de gestão de Vigilância Sanitária em Comissões Intergestores Regionais (CIRs), relacionada à avaliação das ações das Visas em municípios da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco (PE) no período de 2015 a 2018.

Objetivo Secundário:

- a) Avaliar o grau de implantação das ações para a estruturação, fortalecimento e operacionalização da gestão das Visas municipais na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco;
- b) Identificar as ações das Comissões Intergestores Regionais relacionadas à estruturação, fortalecimento e operacionalização da gestão da Vigilância Sanitária na III Macrorregional de Saúde;
- c) Verificar as práticas direcionadas à estruturação, fortalecimento e operacionalização das ações de Vigilância Sanitária na III Macrorregional de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

(Alterados em : 16/03/2021, após resposta às pendências).

Riscos:

O risco relacionado a participação seria se houvesse falta de sigilo pessoal. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram, e que os riscos descritos sejam minimizados, através de total sigilo pessoal, pois, cada expert será identificado por um código. Inclusive, garantimos que sua identidade não venha a público sob hipótese alguma. "Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. Em situações de danos devido a sua participação na pesquisa, é garantido o direito de indenização caso seja comprovado o dano e garantida a indenização por vias legais."

Benefícios:

Conforme cronograma de pesquisa. Será produzido um artigo científico em revistas indexada com

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº	CEP: 50.670-420
Bairro: Cidade Universitária	
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639	Fax: (81)2101-2639
	E-mail: cep.iam@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.639.874

Qualis B1 a B3; bem como, também será ministrada uma Palestra sobre “O real panorama da Vigilância Sanitária (Visa) através da aplicação do Método Delphi Ajustado na III Macrorregional de Saúde” para os gestores e técnicos estaduais e municipais de Visa que participaram da pesquisa, bem como para outros técnicos que tenham interesse pelo tema. Em data a ser definida no mês de novembro de 2021.

Portanto, essa pesquisa traz como benefícios e diante dos dados apresentados:

- Os especialistas (beneficiários dessa pesquisa) terão em sua posse dados relevantes da real situação detectada nesse cenário da governança, pois terão acesso e participarão de todas as etapas Delphi, para que esses mesmos atores possam tomar futuras decisões em suas posições estratégicas que exercem nas suas respectivas instituições com base nessa conjuntura; - Mostrar e verificar capacidade resolutiva, e como é caracterizada a presença desses participantes (beneficiários) no poder de decisão no contexto de governança na III Macrorregional de Saúde.
- Como os resultados dessa pesquisa ficarão disponíveis para domínio público. E de posse desses resultados, os participantes dessa pesquisa também, poderão utilizar esses dados para futuras pesquisas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um projeto relevante, que pretende, a partir dos resultados obtidos, preencher o hiato do saber e transpor os obstáculos da avaliação normativa, diante da carência de métodos avaliativos, para responder à avaliação em ações de serviços de saúde relacionados à Vigilância Sanitária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados sem pendências.

Recomendações:

Entregas de relatórios parciais e final devem ser feitas via notificação. Os relatórios parciais devem ser apresentados, pelo menos, semestralmente. Qualquer alteração no protocolo no decorrer da pesquisa, como também mudança de equipe, devem ser informados via emenda. Todas as ações deve ser realizadas via Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas sociais envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.670-420
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639	Fax: (81)2101-2639 E-mail: cep.iam@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.639.874

Considerações Finais a critério do CEP:

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1499285.pdf	16/03/2021 12:29:00		Aceito
Outros	cartaresposta3d.pdf	16/03/2021 12:28:42	ANTONIO AUGUSTO VIEIRA DE ARAGAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoposdocvisa03.pdf	16/03/2021 12:28:11	ANTONIO AUGUSTO VIEIRA DE ARAGAO	Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	22/02/2021 13:40:49	ANTONIO AUGUSTO VIEIRA DE ARAGAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	22/02/2021 13:39:55	ANTONIO AUGUSTO VIEIRA DE ARAGAO	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	22/02/2021 13:39:44	ANTONIO AUGUSTO VIEIRA DE ARAGAO	Aceito
Outros	Curriculumlattes.pdf	11/01/2021 10:51:57	ANTONIO AUGUSTO VIEIRA DE ARAGAO	Aceito
Declaração de concordância	declaracaocompromisso.pdf	11/01/2021 10:51:13	ANTONIO AUGUSTO VIEIRA DE ARAGAO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	11/01/2021 10:50:38	ANTONIO AUGUSTO VIEIRA DE ARAGAO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaooodeequipe.pdf	11/01/2021 10:50:15	ANTONIO AUGUSTO VIEIRA DE ARAGAO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/02/2020 11:56:21	ANTONIO AUGUSTO VIEIRA	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.639.874

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/02/2020 11:56:21	DE ARAGAO	Aceito
----------------	------------------	------------------------	-----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

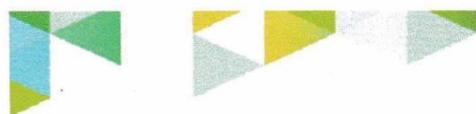
Não

RECIFE, 09 de Abril de 2021

Assinado por:
Maria Almerice Lopes da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br

APÊNDICE E – Carta de Anuência do município Sede da III Macrorregional de Saúde



PREFEITURA DE
Serra Talhada



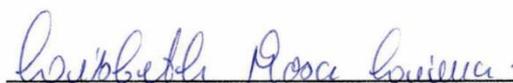
GUIDANDO DE VOCÊ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos em receber em nossas instalações o estudante do Estágio de Pós-doutorado em Saúde Pública, Dr. Antônio Augusto Vieira de Aragão, regularmente matriculado no Período 2019-2021, do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz - PE, sob a supervisão e Docência do Prof. Dr. José Luiz Correia de Araújo Júnior, donde realizará a coleta de dados do Projeto de Pesquisa, intitulado “A utilização do Método Delphi Ajustado para avaliar as ações de Vigilância Sanitária na III Macrorregional de saúde em Pernambuco”

Serra Talhada, 22 de fevereiro de 2021.



(Secretária Municipal de Saúde)

Lisbeth Rosa de Souza Lima
Secretaria de Saúde
Port.: PMST/CP Nº 067/2021

